

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ**

**СОГЛАСОВАНО**

Главный внештатный  
детский специалист  
психиатр Департамента  
здравоохранения города  
Москвы, к.м.н.



П.В. Безменов

2025 г.

**РЕКОМЕНДОВАНО**

Экспертным советом по науке  
Департамента здравоохранения  
города Москвы № 117



2025 г.

**"План безопасности": методические рекомендации по  
созданию и использованию индивидуального  
кризисного плана у подростков с суицидальным  
поведением**

Методические рекомендации № 117

Москва 2025

**УДК 616.89-008.441.44-053.2:159.9.072.59**

**ББК Р 457.252 + Ю 948**

**М 76.29.41 + 87.45.19**

**Организация-разработчик:** Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы».

**Авторы-составители:** П.В. Безменов, к.м.н., главный внештатный детский специалист психиатр ДЗМ, директор ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

А.Я. Басова, к.м.н., заместитель директора ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» по научной работе

С.Л. Залманова, медицинский психолог, младший научный сотрудник ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ»

А. А. Ильина, медицинский психолог, младший научный сотрудник ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ».

**Рецензенты:** А.А. Шмилович – д.м.н., заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ФГАОУ ВО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова" Минздрава России.

Р.Г. Акжигитов – к.м.н., заместитель директора ГБУЗ «НПЦ им. З.П. Соловьева ДЗМ» по лечебной работе.

«План безопасности»: методические рекомендации по созданию и использованию индивидуального кризисного плана у подростков с суицидальным поведением. Методические рекомендации / П.В. Безменов, А.Я. Басова, С.Л.Залманова, А.А.Ильина – М.: ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» 2025. – 55 с.

**Предназначение:** в настоящих методических рекомендациях представлена краткая информация о методе планирования безопасности и возможностях его использования в работе с подростками с суицидальными проявлениями. Материал предназначен для использования специалистами в области детской и подростковой психиатрии, клинической и консультативной психологии.

Методические рекомендации разработаны в рамках выполнения программы Департамента здравоохранения города Москвы «Научное обеспечение столичного здравоохранения" на 2023-2025 гг.» НИР «Современные научные подходы к комплексной мультидисциплинарной пациентоориентированной персонифицированной помощи детям и подросткам с аутоагрессивным поведением».

*Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.*

**ISBN:**

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2025

© ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, 2025

© Коллектив авторов, 2025

## Оглавление

Определения.....	5
Сокращения.....	8
Введение.....	9
Теория СП: особенности подросткового возраста, факторы риска и защиты.....	9
Кризисный план (план безопасности): основы.....	12
Интеграция в протоколы CAMS и LRAMP.....	15
Эффективность плана безопасности: данные литературы.....	16
Клинические выводы.....	16
Клиническое применение.....	17
Индивидуальный кризисный план, его варианты и модификации.....	17
Классическая структура и её варианты.....	17
Групповые и цифровые форматы.....	18
Модификации для особых групп.....	18
Интеграция в терапевтические протоколы.....	19
Показания и противопоказания к использованию.....	19
Клинические рекомендации по отбору.....	20
Особенности при работе с разными возрастными группами.....	20
Адаптированная структура Центра имени Г.Е. Сухаревой.....	21
Возрастные модификации структуры.....	22
Разработка совместно с подростком на консультациях.....	22
Возрастные и форматные особенности.....	23
Язык и формулировки.....	24
Совместное обсуждение суицидального опыта.....	24
Роль семьи.....	25
Оформление и выдача плана.....	25
Опыт использования — в стационаре и амбулаторно.....	25
Гендерные особенности использования.....	26
Клинические наблюдения и эффективность.....	26
Интеграция с постгоспитальным сопровождением (ПГС).....	27
Пример заполнения.....	27
Практическая и клиническая полезность.....	29
Заключение.....	29
Список литературы.....	31
Приложение №1. План безопасности.....	34
Приложение №2. Алгоритм создания индивидуального плана безопасности.....	35

Приложение 3. Программа «Жизнестойкость» в рамках стационарного отделения для младших подростков (М.О.Башкова, Н.Ю.Мангутова).....	39
Приложение 4. Программа работы в рамках стационарного отделения для старших подростков (М.Ф.Александров, А.С.Лазарева, А.В.Желнерович, Н.А.Кирюхина).	45

## Определения

- **Антивитальные переживания** - эмоционально-когнитивные состояния, выражающиеся в ощущении безнадежности, бессмысленности жизни, чувстве вины, ненужности, пессимизме относительно будущего. Являются предвестниками суицидальных мыслей и поведения.
- **Аутоагрессия** - намеренные действия, направленные на причинение себе вреда в физической и психической сферах. Проявляется в нанесении себе телесных повреждений различной степени тяжести, отказе от удовлетворения потребностей, получения удовольствия, самообвинении, самоунижении. Крайняя форма аутоагрессии — суицид.
- **CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality)** - совместная оценка и управление суицидальностью — клиентоориентированный протокол психотерапевтической работы с суицидальными пациентами, разработанный Дэвидом Джобесом. Основан на совместном исследовании «психической боли», формировании терапевтического альянса и разработке персонализированного плана безопасности как завершающего элемента.
- **Вторичная профилактика суицидального поведения** - комплекс мер, направленных на помощь лицам с уже выявленным суицидальным риском (суицидальные мысли, намерения, попытки) в рамках оказания им специализированной медицинской помощи. Включает кризисное вмешательство, психотерапию, медикаментозное лечение.
- **ДПТ (диалектическая поведенческая терапия)** - метод психотерапии, разработанный Маршей Линехан для работы с эмоциональной дисрегуляцией, хронической суицидальностью и несуицидальным самоповреждением. Включает модули по осознанности, эмоциональной регуляции, межличностной эффективности и терпимости к стрессу.
- **Завершённый суицид** - смерть в результате намеренного самоповреждения с целью прекратить жизнь.
- **КПТ (когнитивно-поведенческая терапия)** - направление психотерапии, направленное на выявление и коррекцию дезадаптивных мыслей, убеждений и поведенческих паттернов. Используется при работе с депрессией, тревогой и суицидальностью.
- **Кризисное состояние** - состояние, развившееся в результате субъективно значимой психической травмы или иных ситуаций, сопровождающихся реальной или воображаемой угрозой жизни, здоровью и безопасности индивида или его близких. Сопровождается вегетативными нарушениями (расстройства сна, аппетита, головные боли, утомляемость), неустойчивостью настроения и повышением риска суицидального поведения.
- **LRAMP (Linehan Risk Assessment and Management Protocol)** - протокол оценки и управления суицидальным риском по Линехан — компонент ДПТ, включающий систематическую оценку суицидального риска, выявление сигналов ухудшения и разработку плана безопасности. Акцент делается на управлении риском, а не только на его диагностике.

- **Несуицидальное самоповреждающее поведение (self-harm)** - намеренное причинение себе физического вреда (порезы, ожоги и др.) без цели умереть. Используется как способ регуляции эмоций, выражения боли или совладания с переживаниями.
- **Первичная профилактика суицидального поведения** - меры, направленные на предупреждение возникновения суицидальных мыслей и поведения: психообразование, формирование навыков эмоциональной регуляции, работа с факторами риска в популяции.
- **Постгоспитальное сопровождение (ПГС)** - программа непрерывной поддержки подростка после выписки из стационара, включающая наблюдение врача-психиатра и психолога, регулярные консультации и связь с образовательной средой.
- **Профилактика суицидального поведения (суицидологическая превенция)** - различные мероприятия, направленные на предотвращение возникновения суицидального поведения, снижение уровня суицидальной активности, предотвращение рецидивов суицидального поведения.
- **Психическая боль** (по Е. Шнейдману) - субъективное переживание невыносимой эмоциональной боли, чувство отчаяния, пустоты и безысходности, лежащее в основе суицидальных намерений.
- **Суицидальные мысли** - мысли о самоубийстве любой интенсивности. Могут быть пассивные и активные.
- **Сигналы ухудшения состояния** - ранние маркеры (эмоции, мысли, телесные ощущения, поведение), по которым подросток может распознать начало кризиса до появления активных суицидальных намерений.
- **Суицид** - намеренное, целенаправленное и осознанное прекращение собственной жизни. Рассматривается специалистами как способ избегания непереносимой ситуации, акт аутоагрессии или призыв о помощи.
- **Суицидальное поведение** - широкое понятие, включающее завершённый суицид, суицидальные попытки, угрозы, планирование и другие проявления с намерением или риском завершения жизни.
- **СРП (суицидально-релевантное поведение)** - обобщающий термин, охватывающий все формы поведения, связанные с риском суицида: попытки, угрозы, самоповреждения с суицидальными мотивами, активные суицидальные мысли.
- **Суицидальные намерения** - это субъективная степень целенаправленности, решимости и осознанного желания умереть, которые предшествуют суицидальным действиям.
- **Суицидальный кризис** - острое состояние, характеризующееся интенсивной психической болью, безысходностью, импульсивностью и высоким риском суицидального поведения в ближайшее время.
- **Суицидальный кризисный синдром (СКС)** - экстремальное психическое состояние с когнитивной и аффективной дисрегуляцией, переживаниями невыносимой тревоги и душевной боли. Не обязательно включает активные суицидальные мысли, но предсказывает краткосрочный суицидальный риск.

- **Суицидент** - человек, совершивший завершённое (самоубийство) или незавершённое (суицидальную попытку) самоубийство.
- **Суицидология** - междисциплинарная область научного знания, изучающая теоретические и практические аспекты аутоагрессивного поведения и пути его профилактики на стыке психологии, психиатрии, социологии, юриспруденции, философии и других дисциплин.
- **Третичная профилактика суицидального поведения** - меры, направленные на предотвращение повторных суицидальных попыток и подражательных суицидов, а также на психосоциальную реабилитацию выживших после попытки и их окружения.
- **Факторы защиты** - индивидуальные, семейные и социальные ресурсы, снижающие вероятность реализации суицидального поведения (например, поддержка значимого взрослого, навыки совладания, чувство принадлежности).
- **Факторы риска** - биологические, психологические, семейные и социальные условия, повышающие вероятность суицидального поведения (депрессия, буллинг, травма, изоляция и др.).
- **Человеко-центрированность** - принцип работы с подростком, при котором он рассматривается как эксперт своего опыта, а не как пассивный пациент. Обеспечивает уважение, сотрудничество и вовлечённость в терапевтический процесс.

## Сокращения

Сокращение	Расшифровка
<b>СП</b>	Суицидальное поведение
<b>СК</b>	Суицидальный кризис
<b>ПГС</b>	Постгоспитальное сопровождение
<b>ПАВ</b>	Психоактивные вещества
<b>КПТ</b>	Когнитивно-поведенческая терапия
<b>ДПТ</b>	Диалектическая поведенческая терапия
<b>CAMS</b>	Collaborative Assessment and Management of Suicidality (Совместная оценка и управление суицидальностью)
<b>LRAMP</b>	Linehan Risk Assessment and Management Protocol (Протокол оценки и управления суицидальным риском по Линехан)
<b>СИ</b>	Суицидальные мысли / Суицидальная идеация *(от англ. Suicidal Ideation)*
<b>СПП</b>	Суицидально-релевантное поведение
<b>СКС</b>	Суицидальный кризисный синдром
<b>ASAD</b>	Acute Suicidal Affective Disturbance (Острое суицидальное аффективное расстройство)
<b>ФИО</b>	Фамилия, Имя, Отчество
<b>ОР</b>	Отношение рисков *(от англ. Odds Ratio / Risk Ratio)*
<b>ДИ</b>	Доверительный интервал

## Введение

Самоубийство остаётся одной из глобальных проблем современного общества. По данным ВОЗ, ежегодно кончают жизнь самоубийством более 800 000 человек (частота — 10,5 на 100 000 населения; 15,0 у мужчин и 8,0 у женщин) [1], однако большинство специалистов считают эти цифры заниженными. На каждого человека, совершившего суицид, приходится от 20 до 100 суицидальных попыток, которые сами по себе являются важнейшим фактором риска последующего завершённого суицида [2].

Особую тревогу вызывает рост суицидальной активности среди детей и подростков. В возрасте 15–29 лет самоубийства становятся второй по значимости причиной смерти, уступая только ДТП [3]. За последние годы число суицидов среди подростков в возрасте 10–14 лет составило 9 368 случаев, а в группе 15–19 лет — 52 750 [3]. В межнациональном исследовании С. Glenn и соавт. [25] оценивали глобальную распространённость самоубийств среди подростков и молодых людей обоего пола (10–19 лет) в 3,77 случая на 100 тыс. человек. Суицид составляет 4,2% от общей детской смертности [26].

Важно понимать, что суицидальное поведение у подростков часто напоминает «айсберг» [6, 7, 27]: завершённый суицид — лишь верхушка, тогда как основной массив (суицидальные мысли, попытки, самоповреждения) остаётся скрытым от глаз специалистов и официальной статистики. Систематический недоучёт, включая так называемые латентные суициды (несчастные случаи, передозировки и пр.), достигает 15,8–27,6% [5].

В последние годы в клинической практике для работы с суицидальными проявлениями активно применяется **индивидуальный кризисный план (план безопасности - ПБ)** — краткосрочное вмешательство, направленное на снижение суицидального риска в подострых состояниях [17, 19, 20]. Этот подход получил широкое распространение в США, странах Европы и Австралии и включён в рекомендации ведущих организаций, таких как Национальный институт здравоохранения и качества медицинской помощи (NICE), Suicide Prevention Resource Center и Американский фонд предотвращения суицидов [28, 29].

Хотя доказательная база, свидетельствующая об эффективности планов безопасности у подростков, остается недостаточной [29], тем не менее, исследования подтверждают, что подростки сохраняют ПБ и действительно используют его в повседневной жизни, особенно в первые недели после выписки из стационара (>90% имели план через месяц после госпитализации) [28].

## Теория СП: особенности подросткового возраста, факторы риска и защиты

Подростковый возраст — это период интенсивного биопсихосоциального развития, сопровождающийся значительными гормональными, нейрочувствительными и социальными изменениями. Именно в этом периоде формируются ключевые аспекты самосознания, идентичности и эмоциональной регуляции, что делает подростков особенно уязвимыми к кризисным и суицидальным состояниям.

В отличие от взрослых, у подростков суицидальное поведение часто возникает на фоне острых межличностных конфликтов, чувства отверженности, социальной изоляции

или академической неуспешности, а не в контексте хронической депрессии или соматических заболеваний [29]. Это подчёркивает необходимость возрастнo-специфического подхода к оценке суицидального риска и разработке планов безопасности.

Общая незрелость эмоционально-личностной сферы, несформированность жизненных целей, временной перспективы, самосознания, представлений о смерти как о конечном событии, отсутствие понимания необратимости своих действий и другие нормативные особенности, делают подростков более уязвимыми к суицидальным проявлениям.

Психофизиологическая незрелость префронтальной коры при одновременной гиперактивности эмоциональных центров (миндалевидного тела) обуславливает у подростков:

- импульсивность и склонность к рискованному поведению;
- эмоциональную лабильность и резкие перепады настроения;
- трудности в прогнозировании последствий своих действий;
- усиленную чувствительность к социальной оценке и отвержению [29].

Эти особенности делают подростков более восприимчивыми к «аффективному» типу суицидального поведения, когда решение о самоубийстве принимается в состоянии эмоционального шока и может быть реализовано в течение нескольких минут [30].

Кроме того, у подростков часто наблюдается недостаточная способность вербализовать эмоциональную боль, недостаточный уровень развития навыков распознавания и регуляции своих эмоций, что приводит к замещению её самоповреждающим поведением или демонстративными суицидальными попытками [29]. Важно понимать, что даже «несуицидальное» самоповреждение у подростка может носить летальный характер из-за недооценки опасности метода.

### **Факторы риска суицидального поведения у подростков**

Антивитаьные мысли представляют собой переживания, встречающиеся у большинства подростков. К счастью, подавляющее большинство из них никогда не переходят к суицидальному поведению.

Факторы риска - это внешние и внутренние факторы, способствующие формированию суицидального поведения.

Следует понимать, что чем больше факторов риска присутствует в ситуации одного человека, тем больше вероятность появления у него суицидального поведения. С другой стороны, отсутствие факторов риска не означает, что подросток не сможет покончить с жизнью.

#### **Биологические:**

- Психическое заболевание
- Злоупотребление ПАВ
- Соматическое заболевание
- Особенности развития (перинатальные, ранние).
- Органическое поражение ЦНС с психоэмоциональной незрелостью (инфантилизмом), с или без неглубокого снижения интеллекта.

#### **Микросоциальные (семейные)**

- Конфликтная обстановка в семье.
- История суицидального поведения в семье

- Антисоциальное поведение родителей/ Социальное неблагополучие
- Жестокое обращение, насилие между членами семьи и в адрес ребенка.
- Семейный перфекционизм
- Недостаток внимания, поддержки, субъективно воспринимаемые ребенком
- Некритичность родителей к состоянию ребенка
- Тяжелые заболевания в семье, соматические или психические, у членов семьи, проживающих совместно с ребенком
- Особенности семейных убеждений (религиозных, культурных, политических и др)
- Макросоциальные стрессоры трагически отразившиеся на жизни семьи.
- Финансовые трудности в семье, субъективно воспринимаемые ребенком

#### **Макросоциальные (социальные)**

- Суицид в ближайшем окружении ребенка
- Утрата значимого человека (родственника, друга)
- Проблемы с друзьями.
- Отвержение, травля со стороны сверстников
- Отвержение, травля со стороны учителей
- Самоповреждающее поведение в окружении
- Утрата социального статуса.

#### **Психологические**

##### *Личностные (характерологические) особенности*

- Импульсивность. Склонность к поспешным действиям без продумывания, планирования, учета последствий
- Эмоциональная неустойчивость. Выраженные колебания (скачки) настроения без видимых причин, присущие с детства (циклоидный радикал)
- Ригидность мышления.
- Перфекционизм
- Нарушения самооценки - как завышенная, так и заниженная или неустойчивая
- Тревожность
- Чувствительность, ранимость, сенситивность
- Выраженный истерический радикал

##### *Актуальная психотравмирующая ситуация*

- Актуальная психотравмирующая ситуация, субъективно воспринимаемая как тяжелая, невыносимая ситуация, болезненно переживаемая ребенком на момент осмотра, не зависимо от реальной тяжести и давности.

##### *Навыки*

- Осознанность. Умение наблюдать и описывать, распознавать/идентифицировать свои эмоции, мысли, соматические ощущения, внешние события, влияющие на состояние
- Стрессоустойчивость. Умение переживать, переносить психотравмирующие факторы/события без нарушения адаптации и использования потенциально опасных форм поведения.
- Эмоциональная регуляция. Умение понимать и идентифицировать свои эмоции, изменять нежелательные эмоции, переживать интенсивные эмоции без существенного нарушения жизнедеятельности.

- Межличностная эффективность. Умение поддерживать фокус на важных целях в межличностных ситуациях, умение строить и укреплять отношения, просить и принимать помощь, завершать деструктивные отношения.

Особое внимание следует уделить демографическим и культурным аспектам: в последние годы наблюдается тревожный рост суицидов среди подростков из меньшинств [29, 28].

### **Защитные факторы**

Несмотря на высокий риск, у подростков также выражены и факторы, снижающие риск развития суицидальных проявлений, которые могут быть усилены в ходе психотерапевтической работы и при составлении плана безопасности:

#### **Психологические факторы**

- Хороший уровень развития навыков осознанности, стрессоустойчивости, эмоциональной регуляции и межличностной эффективности
- Экстравертированность (в понимании поиска внешних советов и помощи при возникновении трудностей);
- Восприимчивость к опыту других людей с похожими проблемами, использование наработанных стратегий их решения;
- Стабильный высокий уровень самооценки, доверие к самому себе;
- Позитивные ценностные ориентации, такие как уважение, солидарность, сотрудничество, справедливость и дружба;
- Ощущение поддержки и любви со стороны окружающих.

#### **Семейные факторы:**

Семейная поддержка, характеризующаяся высокой сплоченностью и гибкостью семьи.

#### **Социальные факторы:**

Развитая сеть социальной поддержки:

- Хорошая коммуникация с родными, учителями, сверстниками или особенным значимым человеком;
- Чувство, что тебя слышит, с уважением и чуткостью, без осуждения, как минимум один значимый человек;
- Друзья
- Доступность экстренной и кризисной поддержки, помощи;

## **Кризисный план (план безопасности): основы**

Концепция «кризиса самоубийств», как краткосрочного риска суицидального поведения, получила свое обоснование в теории «побега от себя» Р.Баумейстера [14], концепции Е.Шнейдмана [15] о «психической боли», в которых акцент делается на острое специфическое душевное состояние, приводящее к самоубийству.

Сам термин «кризис самоубийства» был впервые использован Н.Hendin и соавт. [16] для описания острого, высокоинтенсивного состояния негативного аффекта, необязательно связанного с психическим расстройством, которое может послужить пусковым механизмом для совершения самоубийства.

В 2003 году был представлен, а в 2009 году полностью опубликован протокол психотерапевтического сопровождения пациентов с суицидальным поведением [17]. «В протоколе было введено понятие суицидального кризиса, который рассматривался как центральная и первичная проблема, а не просто, и даже не обязательно как симптом психического расстройства» [9].

Суицидальный кризис по А. Warnke [19] проявляется: 1) чувствами безысходности, самообвинения, одиночества и непонимания; 2) навязчивыми негативными воспоминаниями, жалостью к себе; 3) бездеятельностью и социальной изоляцией; 4) усилением агрессии, направленной на самого себя (аутоагрессия); 5) суицидальными фантазиями и планами; 6) дисфорией; 7) соматическими симптомами (проблемами со сном, утомляемостью и потерей аппетита).

В настоящее время в литературе описаны два острых суицидальных кризисных состояния: суицидальный кризисный синдром (СКС) [20] и острое суицидальное аффективное расстройство (ASAD) [21]. Острое суицидальное аффективное расстройство достоверно выявляло наличие прошлой попытки самоубийства. Более того, ASAD разграничивает лиц с анамнезом нескольких попыток самоубийства с одной попыткой самоубийства и не имевшими в анамнезе попытки самоубийства. Острое суицидальное аффективное расстройство, по-видимому, представляет собой единую конструкцию, которая предсказывает суицидальное поведение и отличается от уже определенного расстройства настроения.

Суицидальный кризисный синдром, названный «триггерным состоянием самоубийства» [22], описан как экстремальное психическое состояние, в основе которого лежит когнитивная и аффективная дисрегуляция, характеризующаяся переживаниями невыносимой тревоги, паники, душевной боли, негативных руминаций, выявление которых может помочь идентифицировать лиц, подверженных краткосрочному риску самоубийства. СКС отличается от ASAD тем, что наличие суицидальных мыслей не входят в оценку степени тяжести кризисного состояния [23].

Согласно нарративно-кризисной модели развития суицидального поведения И. Галынкера [24], приводится следующая категоризация воздействий специалиста на каждой фазе:

Непосредственно момент суицидального акта можно прервать, если забрать у человека средства совершения самоубийства.

Чтобы снять острое состояние, при диагностировании синдрома суицидального кризиса необходима психофармакотерапия.

В подостром состоянии нарративного кризиса, а также после снятия острого состояния помогут такие подходы как CAMS и планирование безопасности.

На этапе актуального стресса помогут методы совладания со стрессом и обучение копинг-стратегиям.

И только если отсутствуют острый стресс, суицидальный нарратив и острый суицидальный кризис, можно работать с хроническими, предрасположенными факторами на долгосрочной терапии и использовать другие методы психосоциального воздействия.

На данный момент, согласно исследованиям [25, 26], по-прежнему нет 100% универсального надежного валидного инструмента для диагностики и прогнозирования суицидального поведения. Учитывая современное понимание суицидальных тенденций как проявления кризисного состояния, такая диагностика затруднена. Так как кризисное

состояние отличается быстрым началом, непредсказуемым течением и вариабельностью состояния, как в случае увеличения суицидального риска, так и в сторону его уменьшения за короткий промежуток времени.

Согласно австралийскому ученому, известному психиатру, профессору Брайану Дрейперу эффективная оценка суицидального риска — это систематический процесс, фокусирующийся на обстоятельствах жизненной ситуации человека (включая ряд социальных, ситуационных, семейных и других областей) и включающий ряд процедур сбора данных (например, интервью с семьей, значимыми другими, на рабочем месте и т. д.). Целью такой оценки суицидального риска должно быть снижение этого риска, информирование об эффективной и персонализированной помощи человеку в кризисном состоянии, поддержание способности к личностному росту и самовосстановлению; в конечном счете, в результате диагностики необходимо улучшить жизненные мотивы и усилить желание жить [27].

В связи с этим пониманием кризисной природы суицидального поведения были разработаны и апробированы специальные инструменты для периодической оценки суицидального состояния на момент встречи с клиницистом, а также протоколы управления суицидальностью клиента совместно с врачами-психиатрами и психологами.

Удачными примерами такого протокола для работы с суицидальными пациентами являются «Протокол оценки и управление суицидальным риском» Марши Линехан (LRAMP) и «Совместная оценка и управление суицидальностью» Дэвида Джобса (CAMS). Оба протокола базируются главным образом на клиентоориентированности и сотрудничестве с пациентом, где суицидент выступает в качестве эксперта своей «суицидальности». Клиницист в свою очередь также описывает в специальной форме свои наблюдения, эмоциональный отклик (контрперенос) на пациента, фиксирует наличие факторов риска и защитных механизмов, выявляет острые симптомы на момент осмотра и дает рекомендации.

Долгое время в консультативной практике для работы с суицидальными пациентами использовались также так называемые “антисуицидальные контракты”, в которых пациент письменно обещал не совершать каких-либо суицидальных действий во время психологической/врачебной коррекционной и реабилитационной работы. Однако, согласно последним исследованиям, данный вид договоренности не имеет клинической и юридической значимости, а также не имеет доказанной эффективности для продолжения использования [31].

На данный момент признанным инструментом для работы с суицидальными пациентами является кризисный план или план безопасности. Этот же инструмент используется в выше перечисленных протоколах (LRAMP и CAMS) как завершающий этап заполнения протоколов.

“Независимо от теоретической ориентации, все интервенции, показавшие свою эффективность в терапии несовершеннолетних, переживающих состояние суицидального кризиса, определяют в качестве задачи первостепенной важности разработку индивидуализированного «плана безопасности», то есть системы средств для совладания с суицидальным кризисом. Подчеркивается, что эффективность «плана безопасности» зависит от степени вовлеченности самого подростка в его создание и реализацию” [23].

Таким образом, план безопасности это эффективный инструмент для работы с подострым состоянием, а также после снятия острого состояния. По сути это время

актуализации суицидальных тенденций до совершения попытки или период постсуицида.

Метод планирования безопасности (Safety Planning Intervention) – это метод кризисного краткосрочного вмешательства, направленного на снижение суицидальности за счет составления списка симптомов для обнаружения кризисного состояния, а также списка заранее согласованных стратегий поведения и источников поддержки, которые пациенты могут использовать с целью снижения у них интенсивности эмоциональных переживаний при появлении первых признаков суицидального кризиса (СК).

Это важная последовательность действий в ситуации обострения СК так как именно в этот момент когнитивный контроль и исполнительные функции психики нарушены. Кроме того, план безопасности позволяет пациенту избежать социальной изоляции, которая сопутствует СК, а также обеспечить более безопасную среду, что является эффективным способом предотвращения самоубийства [32].

Индивидуальный план безопасности — это краткосрочное вмешательство, разработанное в рамках когнитивно-поведенческой терапии и направленное на снижение суицидального риска в острых и подострых состояниях. Метод был впервые представлен Грегори Брауном и Барбарой Стэнли как компонент когнитивной терапии для предотвращения суицидальных попыток у взрослых [33]. В дальнейшем он был адаптирован для использования в качестве самостоятельного вмешательства и получил широкое распространение в практике работы, особенно в отделениях неотложной помощи, психиатрических стационарах и кризисных службах [28, 29].

План безопасности не является контрактом на нанесение вреда — подход, ранее использовавшийся в клинической практике, но признанный неэффективным и лишённым юридической и терапевтической ценности. В отличие от «антисуицидального контракта», план безопасности — это совместно разрабатываемый, персонализированный инструмент совладания, включающий конкретные шаги, которые подросток может предпринять при появлении первых признаков кризиса.

## Интеграция в протоколы CAMS и LRAMP

Современные протоколы работы с суицидальностью, такие как CAMS (Collaborative Assessment and Management of Suicidality) и LRAMP (Linehan Risk Assessment and Management Protocol), включают разработку плана безопасности как один из ключевых этапов терапии.

- CAMS, разработанный Дэвидом Джобесом, предполагает совместную оценку суицидальной боли («психической боли» по Шнейдману), выявление её источников и разработку индивидуализированного плана действий, включая план безопасности как завершающий элемент сессии [34].
- LRAMP, предложенный Маршей Линехан в рамках диалектической поведенческой терапии (ДПТ), также подчёркивает необходимость структурированного управления риском, в том числе через составление плана, включающего сигналы ухудшения, стратегии самопомощи и контакты поддержки [35].

В обоих подходах суицидальный пациент рассматривается как активный участник терапевтического процесса, а не как пассивный получатель помощи. Это повышает вовлечённость, снижает стигматизацию и укрепляет терапевтический альянс.

## Эффективность плана безопасности: данные литературы

У взрослых пациентов имеются убедительные доказательства эффективности плана безопасности, включая снижение суицидальных попыток и повторных госпитализаций [36]. Однако в отношении подростков ситуация иная.

Систематический обзор и мета-анализ Albaum и соавт. (2025), включивший 10 исследований с участием 1002 подростков (средний возраст 15,0 лет, 76% — девочки), не выявил статистически значимого влияния плана безопасности как самостоятельного вмешательства на:

- суицидальные мысли (Hedges  $g = 0,11$ ; 95% ДИ 0,01–0,21);
- суицидальное поведение (Hedges  $g = -0,09$ ; 95% ДИ –0,20–0,02);
- суицидальные попытки (OR = 1,03; 95% ДИ 0,12–8,88);
- повторные обращения в систему здравоохранения (OR = 0,99; 95% ДИ 0,29–3,35).

Авторы подчёркивают, что большинство исследований имели умеренный или высокий риск систематической ошибки, а выборки были небольшими и гомогенными (преимущественно белые подростки из США) [29].

Тем не менее, качественные и пилотные исследования показывают, что подростки:

1. сохраняют план (более 90% имели доступ к нему через месяц после госпитализации);
2. используют его в повседневной жизни, в том числе в отсутствие активной суицидальной идеации (в 54,8% случаев использования кризисного плана суицидальные мысли отсутствовали) [28].

Кроме того, частота использования плана коррелирует с уровнем суицидальной идеации у девочек, но не у мальчиков, что указывает на необходимость гендерно-дифференцированного подхода [28].

Таким образом, несмотря на отсутствие доказанного влияния на жёсткие исходы (попытки, госпитализации), план безопасности:

- способствует самонаблюдению и раннему обращению за помощью;
- снижает ощущение беспомощности;
- формирует навыки совладания;
- укрепляет доверие к системе поддержки.

Эти эффекты особенно важны в подростковом возрасте, когда когнитивный контроль ослаблен, а импульсивность повышена.

## Клинические выводы

На сегодняшний день план безопасности не может рассматриваться как самостоятельное доказанное вмешательство для снижения суицидального поведения у подростков. Однако его использование оправдано как компонент комплексной терапии, особенно в подостром периоде и на этапе выписки из стационара.

Для повышения эффективности рекомендуется:

- дополнять план мотивационным интервьюированием;
- вовлекать семью в разработку и реализацию плана;
- обеспечивать последующий контакт (телефонные звонки, СМС-напоминания) [28, 29];
- адаптировать содержание под возраст, пол и культурные особенности подростка.

## Клиническое применение

Понимание особенностей пубертатного возраста и факторов риска/защиты позволяет:

- адаптировать содержание плана безопасности под возрастные и гендерные особенности;
- вовлекать семью как ресурс, а не только как источник стресса;
- делать акцент на навыках распознавания ранних сигналов ухудшения, а не только на кризисных стратегиях;
- обсуждать альтернативные способы выражения эмоциональной боли, особенно при наличии самоповреждающего поведения.

## Индивидуальный кризисный план, его варианты и модификации

Индивидуальный кризисный план (план безопасности) — это не универсальный шаблон, а гибкий, персонализированный инструмент, адаптируемый под возраст, уровень когнитивного и эмоционального развития, гендерную идентичность, семейный контекст и культурные особенности подростка. В клинической практике используются различные модификации плана, от классической версии, предложенной Stanley & Brown (2012), до адаптированных форм, разработанных в рамках диалектической поведенческой терапии (ДПТ), протокола CAMS и специализированных программ для детей и подростков.

## Классическая структура и её варианты

Классическая версия плана безопасности включает шесть последовательных шагов:

1. Признаки ухудшения состояния («триггеры» кризиса) — что подросток замечает в себе первым: мысли, эмоции, телесные ощущения, поведение.
2. Внутренние стратегии самопомощи — действия, которые подросток может предпринять самостоятельно для снижения эмоционального напряжения.
3. Люди и места для отвлечения — контакты, с которыми можно провести время без обсуждения кризиса.
4. Люди для обращения за помощью — доверенные лица, которым можно рассказать о своём состоянии.
5. Профессиональные и экстренные контакты — телефоны доверия, врачи, скорая помощь.
6. Создание безопасной среды — ограничение доступа к средствам для суицида.

Эта структура лежит в основе большинства современных адаптаций и является рекомендованной Американским фондом предотвращения суицидов и Национальным институтом здравоохранения и качества медицинской помощи (NICE) [29].

Однако мета-анализ Albaum и соавт. (2025) показал, что в исследованиях с подростками часто не соблюдается полная структура плана: лишь 6 из 10 исследований описывали содержание вмешательства, и не все компоненты были реализованы [29]. Это снижает как качество плана, так и его потенциальную эффективность.

В работе с подростками требуется возрастная и содержательная модификация. Например, в практике Центра имени Г.Е. Сухаревой используется упрощённая и более метафоричная структура из четырёх шагов, дополненная двумя поддерживающими разделами:

Шаг 1. Признаки ухудшения состояния – «на что я должен обратить внимание»;

Шаг 2. Опора и поддержка – «как я могу поддержать себя» (включает внутренние стратегии и внешние контакты);

Шаг 3. Помощь – контакты специалистов и экстренных служб;

Дополнительно: «Что мне нужно изменить в своей жизни, чтобы сохранить устойчивое состояние (включает внешние и внутренние изменения)»; «Важное, ради чего стоит жить» и «Мой градусник состояния».

Такой подход позволяет снизить когнитивную нагрузку, повысить вовлечённость подростка и сделать план более «живым» и актуальным для его повседневной жизни.

## Групповые и цифровые форматы

В последние годы активно развиваются модифицированные форматы реализации плана безопасности:

Групповой формат – особенно эффективен у младших подростков (11–14 лет), где обучение распознаванию сигналов ухудшения и навыков самопомощи происходит через игры, метафоры и совместное обсуждение. Примером является программа «Шаг за шагом: как понимать и помогать себе в кризисе» в Центре Сухаревой (см. Приложение). При необходимости, групповой формат дополняется индивидуальной работой со специалистом.

Цифровые платформы и мобильные приложения – такие как «Safety Plan» (VA) или «BRITE» [40] позволяют сделать план всегда доступным, добавлять напоминания и визуальные подсказки [29]. Однако исследование May и соавт. (2023) подчёркивает важность физического носителя (бумажной копии), так как телефоны у подростков могут быть временно недоступны (изъяты родителями, разряжены) именно в моменты кризиса [28].

## Модификации для особых групп

Особое внимание уделяется адаптации плана для:

- Подростков с расстройствами аутистического спектра: требуется упрощение формулировок, использование визуальных схем, чётких инструкций и предсказуемой структуры;

- Подростков из этнических меньшинств: учёт культурных норм, семейных ценностей, языковых особенностей и доступности ресурсов [29].

## Интеграция в терапевтические протоколы

План безопасности может использоваться как:

- самостоятельное краткосрочное вмешательство (например, на амбулаторном приеме);
- компонент комплексной терапии – в рамках CAMS, ДПТ, когнитивной терапии суицидальности (СТ-SP) или мотивационного интервьюирования [28, 29].

Исследования показывают, что комбинированные подходы (план + последующий контакт — звонок, СМС, групповая сессия) повышают частоту использования плана и снижают риск повторного обращения за помощью [39,28].

## Показания и противопоказания к использованию

Индивидуальный кризисный план (план безопасности) является инструментом работы в подостром и посткризисном периоде, а не в остром суицидальном кризисе. Его применение целесообразно тогда, когда подросток способен к минимальной рефлексии, может распознавать изменения в своём состоянии и участвовать в совместном планировании стратегий совладания.

### **Показания**

План безопасности показан при наличии следующих клинических состояний и факторов:

- Суицидальные мысли (пассивные или активные) любой интенсивности;
- Антивитальные переживания (безнадёжность, бессмысленность жизни, чувство обременённости близким);
- Несуицидальное самоповреждающее поведение (в том числе как способ регуляции эмоций);
- Кризисные реакции на психотравмы (разрыв отношений, утрата, буллинг, конфликты в семье);
- После выписки из стационара пациента с суицидальным поведением;

Согласно исследованию Мау и соавт. (2023), план особенно полезен в первый месяц после выписки из стационара, когда риск повторного суицидального эпизода остаётся высоким, а доступ к поддержке может быть ограничен [28]. Более того, данные показывают, что 90% подростков сохраняют план в течение месяца после выписки, что подчёркивает его высокую практическую значимость в этот период [28].

### **Противопоказания**

План безопасности не рекомендуется к применению в остром периоде суицидального кризиса, когда когнитивные и исполнительные функции подростка значительно нарушены. К временным противопоказаниям относятся:

- Острое психотическое состояние (наличие бреда, галлюцинаций, нарушение реальности);
- Тяжёлый депрессивный эпизод с психомоторной заторможенностью, апатией и отсутствием контакта;
- Недоступность подростка для контакта (сопор, агитация, делирий и др.);
- Фиксация на травмирующем событии с невозможностью выйти за рамки переживания;
- Выраженное интеллектуальное недоразвитие (умственная отсталость средней и тяжёлой степени), затрудняющее понимание и использование плана;
- Паралогичная суицидальная мотивация, связанная с основным психическим заболеванием (шизофрения, органическое поражение ЦНС).

В таких случаях предпочтительна медикаментозная терапия, а не психотерапевтическая помощь, требующая активного участия пациента.

## Клинические рекомендации по отбору

Для принятия решения о целесообразности разработки плана безопасности рекомендуется использовать пошаговую оценку, включающую:

1. Исключение органических и психотических нарушений (см. Блок 1 маршрута коррекции в Приложении);
2. Оценка способности к саморегуляции и наличия базовых навыков эмоционального контроля (Блок 2);
3. Выявление факторов риска суицидального поведения (Блок 3);
4. Оценка поведенческих особенностей и склонности к манипуляциям (Блок 4).

Если по результатам оценки подросток соответствует критериям (отсутствуют противопоказания, имеются показания), работа с планом безопасности начинается на 2–4-й день госпитализации или на первой амбулаторной консультации после выписки из стационара (в тех случаях, если план не составлен на госпитальном периоде).

## Особенности при работе с разными возрастными группами

Особое внимание следует уделить возрастным различиям:

У младших подростков (10–14 лет) показания к плану определяются не только суицидальными проявлениями, но и наличием деструктивных стратегий совладания, самоповреждением и выраженной эмоциональной дисрегуляцией. В этом возрасте план разрабатывается в групповом формате и требует упрощения языка, визуальной поддержки и активного вовлечения семьи.

У старших подростков (15–17 лет) акцент делается на автономии и вовлечённости в планирование. План разрабатывается индивидуально, с обсуждением гендерных, культурных и личностных особенностей (см. данные о гендерных различиях в использовании плана у девочек и мальчиков [28]).

Таким образом, решение о применении плана безопасности должно основываться на комплексной клинической оценке, а не только на наличии суицидальных мыслей. Это позволяет избежать формального подхода и повысить эффективность вмешательства.

## Адаптированная структура Центра имени Г.Е. Сухаревой

В практике Центра имени Г.Е. Сухаревой используется четырёхшаговая структура, дополненная двумя поддерживающими элементами. Она разработана с учётом возрастных, когнитивных и эмоциональных особенностей подростков и апробирована в клинической практике более 5 лет.

### **#Шаг 1. Признаки ухудшения состояния — «На что я должен обратить внимание»**

Подросток учится распознавать ранние сигналы (например, раздражительность, бессонница, избегание общения) и симптомы кризиса (например, мысли «всем будет лучше без меня», плач без причины, импульсивные поступки).

Этот шаг особенно важен: согласно исследованию Мау и соавт. (2023), 54,8% случаев использования плана происходили в отсутствие активной суицидальной идеи, то есть подростки применяли план на стадии предупреждения, что свидетельствует о развитии навыков самонаблюдения [28].

### **#Шаг 2. Опора и поддержка — «Как я могу поддержать себя»**

Этот шаг объединяет:

- Внутренние стратегии (дыхательные упражнения, мысли-поддержки, осознанность, «техника СТОП»);
- Внешние ресурсы — люди и места, где подросток чувствует себя в безопасности (даже без обсуждения проблем);
- Люди для обращения за помощью — обязательно включает хотя бы одного взрослого, не связанного с семьёй (например, школьного психолога, тренера), что критически важно для подростков с семейной дисфункцией.

### **#Шаг 3. Помощь**

Здесь указываются:

- Контакты лечащего врача и психолога постгоспитального сопровождения (ПГС);
- Телефоны доверия, включая круглосуточные кризисные службы;
- Информация о том, как и когда вызывать скорую помощь, включая формулировки для оператора («у меня суицидальные мысли и я не справляюсь»).

### **#Шаг 4. Что мне нужно изменить в своей жизни, чтобы сохранить устойчивое состояние**

Этот шаг уникален и направлен на профилактику рецидива. Он включает:

Внешние изменения: режим сна, питания, ограничение общения с токсичными людьми, удаление опасных предметов из дома;

Внутренние изменения: коррекция дезадаптивных убеждений (например, «я должен быть идеальным» → «я имею право на ошибку»).

Этот шаг особенно актуален в подростковом возрасте, когда когнитивная ригидность и перфекционизм часто усугубляют антивитальные переживания.

Пункт «Что мне нужно изменить в своей жизни, чтобы сохранить устойчивое состояние» меняется в зависимости от этапа лечения. Впервые он формулируется еще в стационаре и звучит так «что мне нужно изменить в своей жизни после выписки из больницы, чтобы сохранить устойчивое состояние», однако с течением времени после выписки образ жизни подростка изменяется, что накладывается на процесс взросления и становления личности подростка, и набор факторов и условий, составленных при выписке, устаревает. Таким образом, этот пункт на пролонгированном этапе работы нуждается в уточнении, изменении, дополнении.

### **Дополнительные компоненты**

#### **#«Важное, ради чего стоит жить»**

Этот раздел не является обязательным, но крайне рекомендуется. Он помогает подростку найти смысл и ценность жизни даже в состоянии кризиса: забота о животном, мечта стать врачом, любовь бабушки и т.д.

Исследования показывают, что включение «причин для жизни» повышает приверженность плану и снижает чувство безысходности [29].

#### **#«Градусник состояния»**

Метафорический инструмент для визуальной оценки текущего состояния (от «абсолютно стабильно» до «острый кризис»). Подросток отмечает, «на какой ступени» он сейчас находится, и какие шаги плана актуальны для этого уровня.

Этот элемент особенно востребован у подростков 10-14 лет, отмечающих в опросах, что «градусник помогает не запутаться в эмоциях и понять, когда просить помощь» (см. раздел «Опыт использования»).

## **Возрастные модификации структуры**

- Для детей 10-13 лет используется упрощённая структура в групповом формате, с акцентом на метафоры, визуальные образы и игровые техники (см. Приложение «Программа “Шаг за шагом”»).

- Для подростков 13-14 лет — гибридная форма: групповая работа с последующей индивидуальной доработкой плана.

- Для подростков 15-17 лет — полностью индивидуальная работа с акцентом на автономию, ценности, гендерные и культурные особенности.

Таким образом, структура плана безопасности — это не жёсткий шаблон, а динамическая карта выхода из кризиса, которую подросток создаёт совместно со специалистом и может обновлять по мере изменения своего состояния.

## **Разработка совместно с подростком на консультациях**

Разработка индивидуального кризисного плана (плана безопасности) — это совместный, поэтапный и диалоговый процесс, в котором подросток выступает не как

пассивный получатель помощи, а как активный участник и эксперт своего состояния. Успешность плана напрямую зависит от качества терапевтического контакта, адаптации языка и формата под возраст и особенности подростка, а также от степени его вовлечённости в создание и обсуждение содержания плана.

### **Время начала работы**

План безопасности не разрабатывается в остром периоде суицидального кризиса, когда когнитивные и исполнительные функции подростка нарушены. Оптимальным временем для начала работы считается 2–4-й день госпитализации (при условии снижения остроты состояния) или первая амбулаторная консультация после выписки из стационара.

Исследование Мау и соавт. (2023) подчёркивает, что максимальная частота использования плана приходится на первую неделю после выписки (54,8% дней), что указывает на важность завершения разработки плана до выписки из стационара [28].

### **Этапы совместной разработки**

На практике разработка плана разбивается на 4 индивидуальных или групповых встречи, каждая из которых посвящена одному шагу плана. Такой подход позволяет:

- избежать когнитивной перегрузки;
- дать подростку время «прожить» и протестировать стратегии между сессиями;
- адаптировать формулировки на основе обратной связи;
- укрепить терапевтический альянс.

Каждое занятие включает:

- краткое введение и напоминание о предыдущем шаге;
- терапевтическую беседу или упражнение по теме шага;
- заполнение соответствующего блока плана;
- рефлексию и обсуждение: «что показалось полезным/трудным?».

## **Возрастные и форматные особенности**

Как показывает опыт Центра имени Г.Е. Сухаревой и подтверждают данные исследований, формат работы должен зависеть от возраста:

Возраст, лет	Формат работы	Особенности
10–12	Групповой	Использование метафор, игр, визуальных материалов; акцент на «внешние опоры» и поддержку взрослых
13–14	Групповой индивидуальной доработкой	с Комбинированный подход: обсуждение в группе, но заполнение плана индивидуально
15–17	Индивидуальный	Акцент на автономии, ценностях, гендерных и культурных особенностях

## Язык и формулировки

Ключевой принцип — использовать понятный, не-клинический язык, близкий подростку:

- вместо «предикторы кризиса» — «на что я должен обратить внимание»;
- вместо «стратегии копинга» — «что мне помогает, когда мне плохо»;
- вместо «средства для суицида» — «опасные предметы, которые лучше убрать».

Формулировки должны быть:

- конкретными («послушать плейлист “Настроение”» вместо «отвлечься»);
- реалистичными (подросток должен быть уверен, что сможет выполнить действие);
- положительно сформулированными («я могу...» вместо «не стоит...»).

## Совместное обсуждение суицидального опыта

Перед заполнением плана важно провести клиническую беседу о суицидальном опыте, включающую:

- обстоятельства последней суицидальной попытки или эпизода самоповреждения;
- мысли, эмоции и поведение в период кризиса;
- ключевые события, «запускавшие» кризисное состояние («триггеры»);
- то, что помогало или мешало остановить суицидальные импульсы в предыдущих кризисах.

Эта информация становится основой для персонализации шагов плана. Например, если подросток отмечает, что в кризисе «теряет связь с реальностью», в план включаются т.н. техники заземления или релаксации, или отвлечения; если «не может никому позвонить», — добавляются альтернативные способы обратной связи (СМС, мессенджеры).

## Роль семьи

Индивидуальный план безопасности у подростков дополняется составлением семейного плана безопасности совместно с родителями.

Важно:

- не раскрывать интимные переживания подростка без его согласия;
- объяснить родителям, что цель плана — не контроль, а поддержка.

## Оформление и выдача плана

План оформляется на бумаге самим подростком и оригинал выдаётся подростку на руки при выписке. Копия плана остается в медицинской документации. Несмотря на распространение цифровых форматов, исследование Мау и соавт. (2023) подчёркивает важность физического носителя: телефоны могут быть недоступны в момент кризиса (отобраны, разряжены), тогда как бумажная копия — всегда под рукой [28].

Также рекомендуется:

- предоставить экземпляры команде постгоспитального сопровождения;
- дать возможность подростку оформить план в удобной для него форме (стикеры, цветные маркеры, скетчи).

Таким образом, разработка плана безопасности — это не формальное заполнение шаблона, а терапевтический процесс, способствующий развитию у подростка навыков самонаблюдения, самопомощи и доверия к системе поддержки.

## Опыт использования — в стационаре и амбулаторно

Практика применения индивидуального кризисного плана (плана безопасности) в Центре имени Г.Е. Сухаревой включает как стационарные, так и амбулаторные форматы, адаптированные под возраст, уровень риска и клиническое состояние подростка. Опыт показывает, что наиболее эффективным является непрерывный переход от стационарного к амбулаторному сопровождению, когда план, разработанный в больнице, становится основой для постгоспитального сопровождения и работы в условиях образовательной среды.

### Использование в стационаре

В стационаре план безопасности разрабатывается на 2–4-й день госпитализации (в случае стабилизации острого кризиса, иначе – по готовности ребенка к работе по состоянию – после предварительной работы на формирование критики к собственному состоянию, мотивацию на лечение). На этом этапе подросток способен к рефлексии и участию в совместном планировании. Работа ведётся:

- в групповом формате с младшими подростками (11–14 лет) — цикл «Шаг за шагом: как понимать и помогать себе в кризисе»;
- в индивидуальном формате со старшими подростками (15–17 лет).

К моменту выписки подросток должен:

- завершить заполнение всех шагов плана;
- получить бумажную копию плана;
- обсудить с врачом и психологом постгоспитальное сопровождение (ПГС).

Важно подчеркнуть: несмотря на рост цифровых решений, бумажный носитель остаётся предпочтительным. Как показало исследование Мау и соавт. (2023), у подростков телефоны часто недоступны в моменты кризиса — их могут изъять родители, отключить за нарушение режима или просто забыть зарядить [28]. Физический план, в отличие от цифрового, всегда под рукой и может быть размещен в видимом месте (на зеркале, в дневнике).

### **Использование в амбулаторных условиях**

В амбулаторной практике план безопасности служит:

- инструментом раннего распознавания ухудшения;
- основой для психообразования подростка и семьи;
- «дорожной картой» при переходе к более глубокой психотерапии (ДПТ, САМС, КПТ).

Амбулаторная работа предполагает:

- После выписки из стационара на этапе постгоспитального сопровождения необходимо периодическое возвращение к плану на приёмах (раз в 2–4 недели в первые 3 месяца);
- обновление шагов по мере изменения внутреннего состояния, окружения или уровня риска;
- вовлечение родителей в обсуждение и модификацию семейного кризисного плана
- совместное обсуждение трудностей его применения.

### **Гендерные особенности использования**

Особое внимание следует уделить гендерным различиям, выявленным в исследовании Мау и соавт. (2023):

У девочек частота использования плана коррелирует с уровнем суицидальной идеации: чем сильнее мысли — тем чаще обращаются к плану, и наоборот.

У мальчиков частота использования снижается независимо от уровня идеации — даже при усилении суицидальных мыслей они не возвращаются к плану.

Это означает, что в работе с мальчиками необходимы:

- более активные внешние напоминания (звонки, СМС от ПГС);
- упрощение структуры плана — с акцентом на конкретные действия, а не на рефлексию;
- вовлечение значимых взрослых мужчин (тренер, дядя, учитель) в систему поддержки.

### **Клинические наблюдения и эффективность**

Согласно внутренней оценке Центра Сухаревой, при использовании плана безопасности отмечается:

- снижение числа повторных эпизодов самоповреждения в первые 2 месяца после выписки;

- повышение комплаентности: подростки чаще и раньше сообщают о суицидальных мыслях и обращаются за помощью;
- укрепление альянса: подросток ощущает себя не «пациентом под надзором», а активным автором и участником процесса восстановления.

Однако эффективность плана напрямую зависит от качества его создания:

- если план заполняется формально — как «бумажка для выписки» — он не работает;
- если план создаётся в доверительном диалоге, с адаптацией под язык и культуру подростка — он становится реальным инструментом самопомощи.

## Интеграция с постгоспитальным сопровождением (ПГС)

План безопасности — ключевой элемент программы постгоспитального сопровождения, реализуемой в Москве с 2023 года. В рамках ПГС:

- врач и психолог знакомятся с планом безопасности подростка до начала работы;
- на амбулаторных приёмах специалисты обсуждают с подростком использование плана, при необходимости в дальнейшей работе возвращаются к нему для уточнения, дополнения и переформулирования отдельных пунктов;
- в случае ухудшения состояния специалист обсуждает с подростком соответствующие разделы плана и дополнительные шаги по стабилизации состояния.

Такой подход обеспечивает терапевтическую непрерывность и снижает разрыв между стационаром и «реальной жизнью».

## Пример заполнения

Ниже приведён анонимизированный клинический пример заполнения индивидуального кризисного плана (плана безопасности) подростком 16 лет, госпитализированным в Центр имени Г.Е. Сухаревой после суицидальной попытки на фоне тяжёлого межличностного конфликта с родителями и буллинга в школе. Работа велась в индивидуальном формате, 4 консультации в течение недели перед выпиской.

> \*Примечание: формулировки сохранены в том виде, в каком их предложил подросток, без клинической коррекции, чтобы продемонстрировать реальный язык и содержание плана.\*

ПЛАН БЕЗОПАСНОСТИ

ФИО Мурин А.А.

Дата 10.03.25

ШАГ 1. ПРИЗНАКИ УХУДШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ  
НА ЧТО Я ДОЛЖЕН ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ?

Сигналы ухудшения  
(состояние начинает ухудшаться)

- Мысли
1. расстаю (ст. критика мамы)
  2. "не кончатся" / ст. ссора с бабушкой
- Эмоции
1. злость
  2. любви (мама) / тревога
- Телесные проявления
1. дрожание руки
  2. свет / плачу
- Поведение
1. кричу на маму, разбиваюсь в комнате
  2. ухожу "в телефоны"

Симптомы кризиса  
(состояние уже ухудшилось)

- Мысли
1. я никому не нужна
  2. лучше сплунуть, чем так жить
- Эмоции
1. отчаяние
  2. безразличность
- Телесные проявления
1. каш в горле
  2. тоска, тяжесть в груди
- Поведение
1. серьезно
  2. исчезновение сплунуть

ШАГ 2. ОПОРА И ПОДДЕРЖКА  
КАК Я МОГУ ПОДДЕРЖАТЬ СЕБЯ?

- Поддерживающие действия (техники самопомощи, увлечения)
1. YouTube
  2. избавиться от мусора
  3. играть в телефоне
  4. спать
  5. \_\_\_\_\_

- Люди, с которыми мое настроение улучшается
1. мамуля - Кася
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_

- Поддерживающие мысли
1. спора кризис, будет не так плохо
  2. у меня есть любящая бабушка

- Безопасные и поддерживающие места
1. своей комнате
  2. \_\_\_\_\_

- Люди, к которым я могу обратиться за помощью
1. мамуля
  2. психолог
  3. мама ???

ШАГ 3. ПОМОЩЬ

КУДА Я МОГУ ПОЗВОНИТЬ?

ФИО врача-психиатра ПГС Александря Тетрова  
8(495)44-55-495, доб. 6603  
Администратор ПГС 8(495)44-55-495, доб. 6659  
ФИО психолога ГППЦ Ольга Игоревна  
Телефон +7 903 149 99 91  
Телефон доверия НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой 8(800)-222-05-57  
Всероссийский детский телефон доверия 8(800)200-01-22  
Неотложная психологическая помощь 8(495)051

КУДА Я МОГУ ПРИЙТИ?

Кабинет кризисной помощи  
Отдел постгоспитального сопровождения  
Приёмный покой НПЦ ПЗДП им.  
Г.Е.Сухаревой 5-ый Донской проезд 21А

Скорая помощь, экстренные службы 112, 103

ЧТО МНЕ НУЖНО ИЗМЕНИТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНИ, ЧТОБЫ СОХРАНИТЬ УСТОЙЧИВОЕ СОСТОЯНИЕ

Внешние изменения (среда, образ жизни, окружение)

сменить класс  
сходить с мамой к священнику, психологу

Внутренние изменения (убеждения, ценности)

мама меня не любит и только вредит → мама не  
даст изменить мне боль, она вредит, когда сама  
само не понимает

важное, ради чего стоит жить дружба Кася

Через месяц после выписки, на приёме у врача ПГС, А. сообщил, что использовал план трижды:

Дважды — при конфликтах с родителями, использовал музыку и поддержку подруги;

Один раз — при получении двойки по математике, позвонил психологу сопровождения.

План оказался живым документом — на 1-м амбулаторном приёме подросток дополнил его новым плейлистом и добавил контакт нового друга.

## Практическая и клиническая полезность

Несмотря на отсутствие доказанного влияния на жёсткие исходы, качественные и пилотные исследования подтверждают высокую практическую ценность плана безопасности:

Более 90% подростков сохраняют план в течение месяца после выписки из стационара [28];

План используется не только в кризисе, но и в профилактических целях: в 54,8% случаев использования суицидальные мысли отсутствовали [28];

План способствует раннему распознаванию ухудшения, снижению чувства изоляции и повышению комплаентности.

Важно: частота использования плана коррелирует с уровнем суицидальной идеации у девочек, но не у мальчиков, что указывает на необходимость гендерно-дифференцированного подхода [28].

## Заключение

Современное понимание суицидального поведения у подростков фокусируется не на статичном «риске», а на динамическом кризисном состоянии, которое может развиваться стремительно и непредсказуемо, но при этом остаётся обратимым при своевременной и адекватной поддержке. Индивидуальный кризисный план (план безопасности) — один из ключевых инструментов в арсенале клинициста, нацеленный не на контроль, а на вовлечение подростка в процесс самопомощи, развитие его автономии и укрепление доверия к системе поддержки.

Несмотря на то что мета-анализ Albaum и соавт. (2025) не выявил достоверного влияния плана безопасности как самостоятельного вмешательства на жёсткие исходы — суицидальные попытки, поведение или повторные госпитализации — это не отменяет его клинической ценности [29]. Напротив, качественные данные показывают, что более 90% подростков сохраняют план в течение месяца после выписки и действительно используют его — причём в 54,8% случаев — ещё до появления активных суицидальных мыслей, что указывает на формирование навыков профилактического самонаблюдения [28].

Эти данные подчёркивают: эффективность плана определяется не его существованием, а качеством разработки и последующего сопровождения. Формальное заполнение шаблона не работает. Работает — совместный, диалоговый, возрастно- и гендерно-чувствительный процесс, в ходе которого подросток:

- учится распознавать «сигналы ухудшения»;
- формирует реалистичные стратегии самопомощи;
- выстраивает сеть поддержки, включая хотя бы одного доверенного взрослого;
- получает чёткие инструкции по обращению за экстренной помощью;
- находит «важное, ради чего стоит жить».

Опыт Центра имени Г.Е. Сухаревой показывает, что при таком подходе план безопасности:

- снижает чувство беспомощности и одиночества;
- повышает комплаентность и раннее обращение за помощью;
- укрепляет терапевтический альянс;
- снижает частоту повторных эпизодов самоповреждения в подостром периоде.

В заключение, индивидуальный кризисный план — это не «гарантия от суицида», а жизненный навигатор в условиях эмоционального шторма. Он не заменяет глубокую психотерапию или медикаментозное лечение, но создаёт условия для их эффективности, формируя у подростка ощущение: \*«Я не один. У меня есть план. Я могу с этим справиться»\*.

## Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). (2019). Suicide in the world: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization.
2. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). (2021). Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization.
3. Росстат. (2017). Российский статистический ежегодник. 2017: Стат.сб. — М., 2017. — 686 с.
4. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. URL: [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/EN\\_WHS2016\\_TOC.pdf](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_TOC.pdf)
5. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г. и др. (2011). Смертность российских подростков от самоубийств. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). URL: <http://www.unicef.ru/upload/iblock/173/1734bb5f3f1815c38882cad4729e0933.pdf> World Health Organisation. (2016).
6. Дюркгейм, Э. (1994). Самоубийство: Социологический этюд. Москва: Мысль.
7. Shneidman E.S. (1993). Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior. — Northvale, NJ: Jason Aronson.
8. Амбрумова А.Г. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. — М.: Когито-Центр, 2001. — (Библиотека психологии и психотерапии). — ISBN 5-89353-049-6.
9. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: Методич. рекоменд. — М., 1980. — 48 с.
10. Вроно Е.М. Предотвращение самоубийства подростков. Руководство для подростков. М., Академический проект, 2001 г., — 40 с.
11. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков: социально-психологические и психиатрические аспекты. — Минск, — 2008. — 206 с.
12. Выготский Л.С. Собрание соч. Том 4. М.: Педагогика, 1986. — 432 с.
13. Havighurst R.J. Developmental Tasks and education. N.Y., 1967.
14. Vaumeister R.F. Escape from the self: Alcoholism, spirituality, masochism, and other flights from the burden of selfhood. — New York: Basic Books, 1991.
15. Shneidman E.S. The suicidal mind. — New York: Oxford University Press, 1996.
16. Hendin H., Maltzberger J.T., Szanto K. The Role of Intense Affective States in Signaling a Suicide Crisis // The Journal of Nervous and Mental Disease. — 2007. — Vol. 195 (5). — P. 363-368.
17. Gysin-Maillart A., Schwab S., Soravia L., Megert M., Michel K. A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) // PLoS Med. — 2016. — Vol. 13(3).
18. Банников Г.С., Вихристюк О.В., Федотенко Е.Ю. Современные зарубежные подходы к оценке краткосрочного риска суицидального поведения: обзор концепций острого суицидального кризиса // Суицидология. — 2021. — Т. 12, № 4 (45). — С. 3-19.

19. Warnke A. Krisenintervention bei Jugendlichen: Suizidalität // *Social Psychiatry*. – 1989. – Vol. 4. – P. 15-21.
20. Galynker I., et al. Prediction of short-term suicide behavior: The role of the suicide crisis syndrome // *Journal of Affective Disorders*. – 2020. – Vol. 276. – P. 183-190.
21. Rimkeviciene J., et al. Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD): A confirmatory factor analysis with 1442 psychiatric inpatients // *Journal of Psychiatric Research*. – 2017. – Vol. 86. – P. 31-38.
22. Yaseen Z.S., et al. Construct development: The Suicide Trigger Scale (STS-2), a measure of a hypothesized suicide trigger state // *BMC Psychiatry*. – 2010. – Vol. 10. – P. 110.
23. Банников Г.С. Острые суицидальные кризисные состояния у подростков: диагностика и феноменология // *Суицидология*. – 2022. – Т. 13, № 1 (46). – С. 4-18.
24. Galynker, I., Yaseen, Z. S., Cohen, A., Benhamou, O., Hawes, M., & Briggs, J. (2017). Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an affective narrative crisis model of suicide. *Journal of Affective Disorders*, 207, 60-69. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.023>
25. Glenn C.R., Kleiman E.M., Kellerman J., Pollak O., Cha C.B., Esposito E.C., Porter A.C., Wyman P.A., Boatman A.E. Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2020. – Vol. 61, no. 3. – P. 294–308. – DOI: 10.1111/jcpp.13106.
26. Kim S., Park J., Lee H., Lee H., Woo S., Kwon R., Kim S., Koyanagi A., Smith L., Rahmati M., Fond G., Boyer L., Kang J., Lee J.H., Oh J., Yon D.K. Global public concern of childhood and adolescence suicide: a new perspective and new strategies for suicide prevention in the post-pandemic era // *World Journal of Pediatrics*. – 2024. – July 15. – DOI: 10.1007/s12519-024-00828-9.
27. Басова А.Я., Безменов П.В. Эпидемиология суицидального поведения у детей и подростков во всем мире // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. – 2024. – Т. 124, № 11-2. – С. 16-22.
28. May A.M., Klonsky E.D. Assessing the predictions of suicide: The sui-cide crisis inventory // *Journal of Affective Disorders*. – 2023. – Vol. 321. – P. 163–168. – DOI: 10.1016/j.jad.2022.10.028.
29. Albaum C., Farag F., Fiksenbaum L., Goldstein B.I. Suicide attempts among youth presenting to the emergency department: A rapid review // *General Hospital Psychiatry*. – 2025. – Vol. 90. – P. 31–39. – DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2024.10.003.
30. Особенности суицидального поведения подростков: в помощь работнику образовательной организации. Методические рекомендации / ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ». М.: 2020 г. — ISBN 978-5-91976-150-1
31. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General. National Strategy for Suicide Prevention [Электронный ресурс]. – 2023. – URL: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/national-strategy-for-suicide-prevention.pdf>
32. Семенова Н.Б. Планирование безопасности с подростками, совершившими суицидальную попытку: методический подход // *Суицидология*. – 2021. – Т. 12, № 1. – С. 54–67. – DOI: 10.32878/suiciderus.21-12-01(45)-54-67.

33. Stanley B., Brown G.K. Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk // *Cognitive and Behavioral Practice*. – 2012. – Vol. 19, no. 2. – P. 256–264. – DOI: 10.1016/j.cbpra.2011.01.001.
34. Jobes D.A. The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): an evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. – 2016. – Vol. 46, no. 1. – P. 60–72. – DOI: 10.1111/sltb.12269.
35. Linehan M.M., Korslund K.E., Harned M.S., Gallop R.J., Lungu A., Neacsiu A.D., McDavid J., Comtois K.A., Murray-Gregory A.M. Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial and Component Analysis // *JAMA Psychiatry*. – 2015. – Vol. 72, no. 5. – P. 475–482. – DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.3039.
36. Nuij C., van Ballegooijen W., de Beurs D., Juniar D., Erlangsen A., Portzky G., O'Connor R.C., Smit J.H., Kerkhof A., Riper H. Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis // *The British Journal of Psychiatry*. – 2021. – Vol. 219, no. 2. – P. 419–426. – DOI: 10.1192/bjp.2021.50.
37. Stanley B., Brown G.K., Brenner L.A., Galfalvy H.C., Currier G.W., Knox K.L., Chaudhury S.R., Bush A.L., Green K.L. Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department // *JAMA Psychiatry*. – 2018. – Vol. 75, no. 9. – P. 894–900. – DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1776.
38. Czyz E.K., Horwitz A.G., Arango A., King C.A. Short-term change and prediction of suicidal ideation among adolescents: a daily diary study following psychiatric hospitalization // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2019. – Vol. 60, no. 7. – P. 732–741. – DOI: 10.1111/jcpp.13315.
39. Czyz E.K., Horwitz A.G., King C.A., Gipson P.Y. Suicide risk profiles among hospitalized adolescents: associations with multiple types of child maltreatment // *Journal of Adolescent Health*. – 2021. – Vol. 68, no. 2. – P. 317–324. – DOI: 10.1016/j.jadohealth.2020.06.007.
40. Kennard B.D., Goldstein T., Foxwell A.A., McMakin D.L., Wolfe K., Biernesser C., Moorehead A., Douaihy A., Zullo L., Wentroble E., Owen V., Zelazny J., Iyengar S., Porta G., Brent D. As Safe as Possible (ASAP): A Brief App-Supported Inpatient Intervention to Prevent Postdischarge Suicidal Behavior in Hospitalized, Suicidal Adolescents // *American Journal of Psychiatry*. – 2018. – Vol. 175, no. 9. – P. 864–872. – DOI: 10.1176/appi.ajp.2018.17101151.

# Приложение №1. План безопасности

## ПЛАН БЕЗОПАСНОСТИ

ФИО: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

### ШАГ 1. ПРИЗНАКИ УХУДШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ

*НА ЧТО Я ДОЛЖЕН ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ?*

#### Сигналы ухудшения

(состояние начинает ухудшаться)

Мысли

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Эмоции

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Телесные проявления

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Поведение

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

#### Симптомы кризиса

(состояние уже ухудшилось)

Мысли

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Эмоции

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Телесные проявления

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Поведение

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

### ШАГ 2. ОПОРА И ПОДДЕРЖКА

*КАК Я МОГУ ПОДДЕРЖАТЬ СЕБЯ?*

Поддерживающие **действия** (техники самопомощи, увлечения)

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_

5 \_\_\_\_\_

**Люди**, с которыми моё настроение улучшается

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

Поддерживающие **мысли**

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Безопасные и поддерживающие **места**

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

**Люди**, к которым я могу обратиться за помощью

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

### ШАГ 3. ПОМОЩЬ

*КУДА Я МОГУ ПОЗВОНИТЬ?*

ФИО врача-психиатра ПГС: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 8 (495) 44 - 55 - 495, доб. \_\_\_\_\_

Администратор ПГС: 8 (495) 44 - 55 - 495, доб. 6659

ФИО психолога ГППЦ: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Телефон доверия НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой: 8 (800) 222 - 05 - 57

Всероссийский детский телефон доверия: 8 (800) 200 - 01 - 22

Неотложная психологическая помощь: 8(495) 051

*КУДА Я МОГУ ПРИЙТИ?*

Кабинет кризисной помощи;

Отдел постгоспитального сопровождения;

Приёмный покой НПЦ ПЗДП им.

Г.Е.Сухаревой, 5-ый Донской проезд, 21А

**Скорая помощь, экстренные службы 112, 103**

### ЧТО МНЕ НУЖНО ИЗМЕНИТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНИ, ЧТОБЫ СОХРАНИТЬ УСТОЙЧИВОЕ СОСТОЯНИЕ

**Внешние** изменения (среда, образ жизни, окружение)

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

**Внутренние** изменения (убеждения, ценности)

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

**ВАЖНОЕ, РАДИ ЧЕГО СТОИТ ЖИТЬ** \_\_\_\_\_

## Приложение №2. Алгоритм создания индивидуального плана безопасности

Ниже представлен алгоритм создания индивидуального кризисного плана (плана безопасности) с учётом возрастных особенностей и формата работы — группового для детей до 12 лет и индивидуального для подростков старше 12 лет. Алгоритм разработан на основе клинической практики Центра имени Г.Е. Сухаревой и дополнен данными из представленных исследований (Albaum et al., 2025; May et al., 2023).

### I. Для детей 10-13 лет

Формат: групповой (4 занятия по 30–60 минут)

Цель: сформировать базовые представления о кризисе, научить распознавать сигналы ухудшения и использовать внешние опоры под контролем взрослого.

#### #Этап 1. Диагностическая оценка и отбор

Убедиться, что отсутствуют противопоказания (острое психотическое состояние, выраженная умственная отсталость).

Подтвердить способность ребёнка к вербальному контакту и минимальному самонаблюдению.

- Получить информированное согласие от законных представителей.

#Этап 2. Групповая работа (цикл «Шаг за шагом: как понимать и помогать себе в кризисе»)

> Примечание: занятия проводятся в игровой, метафорической форме с использованием визуальных и сенсорных материалов.

Занятие	Тема	Ключевые действия
1	Признаки ухудшения состояния	<ul style="list-style-type: none"><li>● Терапевтическая история (метафора кризиса)</li><li>● Рисунок «Образ кризиса»</li><li>● Заполнение «Сигналов кризиса» («Когда мне грустно/сердито... я...»)</li></ul>
2	Способы поддержать себя	<ul style="list-style-type: none"><li>● Игра с сенсорной коробкой (выбор предметов, которые «успокаивают»)</li><li>● «Коробка радостей» — что делает настроение лучше</li><li>● Простые техники: «Сделай глубокий вдох», «Обними плюшевого мишку»</li></ul>

3	Что для меня важно и ради чего стоит жить	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Упражнение «Волшебный остров» — что взять с собой?</li> <li>● Карточка «Кое-что о себе» — интересы, мечты, любимые люди/животные</li> </ul>
4	Как сохранить устойчивое состояние	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Совместное заполнение адаптированного плана безопасности</li> <li>● Выдача бумажного плана с иллюстрациями</li> <li>● Обсуждение: «К кому я пойду, если мне станет плохо?»</li> </ul>

#Этап 3. Вовлечение семьи – создание семейного плана безопасности

#Этап 4. Завершение и передача в постгоспитальное сопровождение

Отдать ребенку собственноручно заполненный оригинал плана (копия плана сохраняется в медицинской документации, в случае утери плана ребенком – можно восстановить его);

Передать копию плана специалистам постгоспитального сопровождения.

## II. Для подростков 14–17 лет

Формат: индивидуальный (4 консультации по 45–60 минут)

Цель: развить навыки самонаблюдения, саморегуляции и автономного совладания с кризисом с учётом гендерных и личностных особенностей.

Этап 1. Диагностическая оценка и установление контакта

- Подтвердить отсутствие противопоказаний (острый психоз, тяжёлая депрессия с апатией и отсутствием контакта).

- Провести клиническую беседу о суицидальном/самоповреждающем опыте.

- Установить терапевтический альянс, объяснить цель плана: «Это твой инструмент, а не отчёт для врача».

Этап 2. Поэтапное заполнение плана (1 консультация = 1 шаг)

Консультация	Шаг плана	Содержание
1	Признаки ухудшения состояния	<ul style="list-style-type: none"> <li>● «На что я должен обратить внимание»</li> <li>● Обсуждение ранних сигналов (настроение, сон, мысли)</li> <li>● Введение «градусника состояния» (шкала 0–10)</li> <li>● Различение «сигналов» и «кризиса»</li> </ul>
2	Опора и поддержка	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Как я могу поддержать себя»</li> <li>● Внутренние стратегии: техника СТОП, дыхание, мысли-поддержки</li> <li>● Внешние ресурсы: люди для отвлечения + люди для обращения за помощью</li> <li>● Особое внимание: хотя бы один доверенный взрослый вне семьи</li> </ul>
3	Помощь	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Контакты ПГС (врач, психолог)</li> <li>● Телефоны доверия, кризисных служб</li> <li>● Инструкция: «Как вызвать скорую и что сказать»</li> </ul>
4	Что мне нужно изменить в жизни, чтобы сохранить устойчивое состояние	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Внешние изменения: режим, круг общения, безопасная среда</li> <li>● Внутренние изменения: коррекция дезадаптивных убеждений («Я имею право на ошибку»)</li> <li>● Раздел «Важное, ради чего стоит жить»</li> </ul>

#Этап 3. Учёт гендерных и индивидуальных особенностей

Для девочек: акцент на связи между уровнем суицидальной идеации и использованием плана — обсудить: «Ты можешь использовать план не только в кризисе, но и заранее».

Для мальчиков: активные напоминания, упрощение формулировок, вовлечение значимых мужчин (тренер, дядя), обсуждение: «План работает даже если тебе “не так уж плохо”».

При наличии РАС — визуальные схемы, чёткие инструкции, минимум абстракции.

#### #Этап 4. Завершение и сопровождение

Выдать подростку собственноручно заполненный план (копия плана сохраняется в медицинской документации и может быть восстановлена при утрате).

Обсудить: «План можно и нужно обновлять».

Интегрировать план в программу постгоспитального сопровождения (ПГС):

- первая амбулаторная встреча — обсуждение использования плана дома;
- через 2 и 4 недели — ревизия шагов.

#### Общие принципы для обеих возрастных групп

1. Не использовать в остром кризисе — только при стабилизации состояния.
2. Избегать формального заполнения — план должен быть живым, персонализированным, понятным языком.
3. Обеспечить физический носитель — бумажный план остаётся доступным даже при изъятии телефона.
4. Обеспечить преемственность — передача плана в ПГС, включение в амбулаторную работу.

Алгоритм может быть адаптирован под конкретные условия учреждения, но сохранение поэтапности, возрастной дифференциации и клинической глубины является ключевым условием эффективности.

### Приложение 3. Программа «Жизнестойкость» в рамках стационарного отделения для младших подростков (М.О.Башкова, Н.Ю.Мангутова)

Программа состоит из двух частей: обязательный блок и дополнительный блок. Обязательный блок представлен циклом занятий «Шаг за шагом: как понимать и помогать себе в кризисе».

#### **Цикл занятий состоит из четырех встреч в групповом формате.**

Адресат: младшие подростки в возрасте от 10 до 13 лет и их законные представители.

Показания: кризисное поведение, суицидальные мысли, несуйцидальное самоповреждения, самоуничижительные и обесценивающие мысли, деструктивные способы совладания с кризисными ситуациями.

Противопоказания: острая психотическая симптоматика, умственная отсталость средней степени.

#### **Цель**

Расширение представлений о кризисном состоянии, формирование способности идентифицировать симптомы собственного кризисного состояния и регулировать его.

#### **Задачи**

- Развитие способности к вербализации своего эмоционального состояния, развитие способности оценивать актуальное состояние, замечать изменения в состоянии.
- Смещение фокуса внимания с полярных позиций, расширение представлений о разнообразии собственных переживаний, развитие способности к контейнированию собственных эмоций, расширение навыков саморегуляции; повышение адаптационных способностей: регуляция аффекта в соответствии с заданными условиями (социальной ситуацией).
- Снижение уровня субъективного ощущения тревоги, развитие способности осознавать и проживать свои чувства относительно своих особенностей; расширение представлений о своих возможностях.
- Поиск внутренних и внешних опор.
- Интеграция полученных знаний.

#### **Форма проведения**

**Группа открытого типа, количество участников варьируется. Время одного занятия от 30 минут до 60 минут.**

**Участники могут посещать занятия внутри программы в любой последовательности** в связи с отсутствием заездной системы, приемом пациентов в профильное отделение в разное время.

#### **Оборудование и материалы**

Используемые материалы занятий: фигурки, изображающие людей, животных, сказочных персонажей, а также в виде разнообразных предметов обихода, продуктов, и пр.; рабочие листы, бланк плана безопасности.

## Содержание

Название цикла занятий	Основные темы	Общая структура	Количество занятий
«Шаг за шагом: как понимать и помогать себе в кризисе»	«Признаки ухудшения состояния»; «Способы поддержать себя»; «Что для меня важно и ради чего стоит жить»; «Как я могу сохранить свое устойчивое состояние»	Приветствие, установление эмоционального контакта, обсуждение правил работы в группе, обсуждение темы занятия, упражнение по теме занятия, заполнение рабочего листа рефлексия, подведение итогов.	4

**План безопасности заполняется после прохождения заданных тем в связи с возрастом и индивидуальными особенностями функционального состояния.**

### **Занятие № 1** Тема «Признаки ухудшения состояния»

Цель: вербализация своего эмоционального состояния, развитие способности оценивать актуальное состояние, замечать изменения в состоянии; расширение представлений о разнообразии собственных переживаний.

Описание занятия: приветствие, установление эмоционального контакта, обсуждение правил работы в группе, прослушивание терапевтической истории по теме кризисного состояния, обсуждение содержания сюжета, соотнесение со своим жизненным опытом, заполнение рабочего листа «Сигналы кризиса», рисунок «Образ кризиса», рефлексия, подведение итогов.

·Инструкция 1 «Терапевтическая история»: прослушайте историю о зайчике. Ответьте на ряд вопросов: какие эмоции вызвала история; о чем была история; что запомнилось больше всего; какие сигналы кризисного состояния вы узнали.

### Терапевтическая история по теме кризиса

Эта история будет о зайчике, ему 12 лет, он живет с папой, мамой, младшим братом и сестрой. Любит смотреть видео на телефоне. Зайчик часто грустит, иногда плачет, не знает почему. Он ничего не может с собой поделать. Он не может спать ночам. Много думает, его голова переполнена мыслями. Днем он постоянно усталый, у него нет аппетита. Не хочется идти в школу. Он страдает от этого. Всем иногда бывает грустно, но ему грустно уже очень долго. Он не может делать многих приятных вещей, которые нравились ему раньше. Он не может сосредоточиться в школе. Иногда он забывает, что вообще нужно делать.

Его мама старается найти помощь. Она думает, что зайчик изменился, ведь он был всегда веселым, часто шутил. Теперь молчит и хочет побыть один. Его легко рассердить. Мама сочувствует ему, хочет помочь. Они с мамой идут на прием к врачу. Врач внимательно слушает зайчика, говорит, что его состояние называется кризисным. Но ему можно помочь. Врач подбирает терапию для помощи, а еще отправляет на прием к психологу. Врач и психолог вместе помогают справиться с кризисом. Психолог помогает, разговаривая о состоянии. Он много знает о чувствах, которые возникают во время кризиса.

Зайчик узнает больше о своем состоянии. Оказывается, оно бывает разное и у многих. Теперь он знает, сигналы кризисного состояния: длительная грусть, не хочется заниматься тем, что нравилось им раньше, плохой сон, плохой аппетит, болит голова, иногда возникают мысли о смерти, желание причинить себе вред. Это очень неприятно. К счастью, это состояние можно изменить. Кризис может начаться по разным причинам. Может быть, случилось что-то плохое с тобой или членами твоей семьи. Иногда это может происходить без видимой причины. Если есть сигналы ухудшения состояния, важно попросить о помощи.

Зайчик получает помощь, разговаривая с врачом и психологом. Они вместе придумывают способы, как справиться с кризисом, чтобы снова чувствовать себя хорошо. Зайчик чувствует изменения, ему становится лучше, он лучше спит, меньше грустит, у него появляются силы, планы и желания заниматься любимыми делами, ему хочется встречаться с кем-то вне дома, он может лучше удерживать внимание в школе, он все чаще занимается приятными делами. Мы тоже будем учиться разным способам самопомощи.

Инструкция 2 «Сигналы кризиса»: заполни рабочий лист, перечисли сигналы своего кризисного состояния.

Рабочий лист «Образ кризиса»



·Инструкция 3 «Образ кризиса»: нарисуй на что похож твой кризис (на предмет, абстракцию, явление природы и т.д.); придумай ресурсную/ поддерживающую фразу, помогающую во время кризиса.

Предложенные материалы: фигурка, изображающая главного героя истории (игрушечный заяц); фигурка, изображающая кризисное состояние (колючие мячики в двух размерах).

**Занятие № 2** Тема «Способы поддержать себя»

Цель: расширение навыков саморегуляции, развитие способности к контейнированию собственных эмоций, повышение адаптационных способностей: регуляция аффекта в соответствии с заданными условиями (социальной ситуацией); снижение уровня субъективного ощущения тревоги, смещение фокуса внимания с полярных позиций.

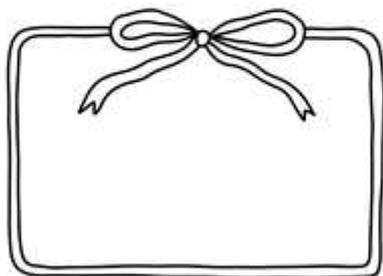
Описание занятия: приветствие, установление эмоционального контакта, обсуждение правил работы в группе, обсуждение темы занятия, упражнение «Назови способ самопомощи» с опорой на выбор из предложенных предметов и сенсорных материалов, заполнение рабочего листа «Коробка радостей», релаксационное упражнение «Путешествие на ковре-самолете», рефлексия, подведение итогов.

Инструкция 1 «Назови способ самопомощи»: посмотри на фигурки, назови способ самопомощи, которому они соответствуют.

Инструкция 2 «Коробка радостей»: нарисуй/ напиши, что улучшает твоё настроение.

Рабочий лист «Способы поддержать себя»

**Что я положу в свою  
"Коробку поддержки"**



Инструкция 3 «Путешествие на ковре-самолете»: сейчас мы с вами выполним релаксационное упражнение (текст представлен ниже).

### Релаксационное упражнение «Путешествие на ковре-самолете»

Сегодня мы отправимся в путешествие на ковре-самолете. Чтобы ковер-самолет мог подняться в воздух, нужно расслабиться. Усаживайтесь поудобнее или лягте на спину. Закройте глаза. Расслабьте ноги. От кончиков пальцев вверх идет тепло, ноги тяжелые. Согреваются руки. От кончиков пальцев идет вверх по руке тепло. Руки тяжелые и теплые. Расслабьте туловище. Тепло от рук, ног идет к животу, груди, спине. Расслабьте лицо, рот слегка приоткрывается. Отдыхайте, дышите ровно и спокойно. И вот ваш ковер-самолет поднимается медленно вверх. И вы плавно летите.

И вот вы пролетаете над огромным озером, над вами кружат чайки. У берега качаются на волнах лодки, вы летите дальше. Над вами в голубом небе бегут облака. Одно облако похоже на пушистого зайчика, другое - на большой ком белой ваты, вот совсем маленькое облако, похожее на белого котеночка. Возьмите маленькое облачко-котенка в руки. И вот уже теплый котенок лежит у вас на животе, мурлычет. Слушайте, как он мурлычет. Погладьте его правой рукой нежно. Теперь погладьте его левой рукой. Потянитесь, возьмите ласково котенка в руки. Погладьте его по головке.

Плавно и медленно ковер-самолет опускается на землю. Вы оказываетесь в прекрасном цветущем саду. Вокруг много цветов, они кивают вам своими головками. Вы идете по тропинке сада. Вы вышли на лужайку. Медленно присаживаетесь на зеленую траву, спокойно дышите, открываете глаза. Наше путешествие подошло к концу. На счет пять, возвращаетесь в группу: 5...4...3...2...1.

Предложенные материалы: сенсорная коробка с предметами разных размеров и фактур (например: массажные мячики, сквиши, аквагрунт (гидрогель), лед, вода, песок (натуральный и крашенный), соль (мелкая и крупная морская), мелкие камушки, блестки, ватные шарики, природные материалы, ароматические колбочки); контейнер с фигурками, изображающими варианты предпочтений, увлечений, хобби и пр; пледы и одеяла с утяжелителями.

**Занятие 3** Тема «Что для меня важно и ради чего стоит жить»

Цель: развитие способности осознавать и проживать свои чувства относительно своих особенностей; расширение представлений о своих возможностях; поиск внутренних и внешних опор.

Описание занятия: приветствие, установление эмоционального контакта, обсуждение правил работы в группе, заполнение карточки «Кое-что о себе» (Приложение), упражнение «Остров» (Приложение), рефлексия, подведение итогов.

Инструкция 1 «Кое-что о себе»: закончи предложения, запиши свои ответы.

#### «Кое-что обо мне»

Я хочу \_\_\_\_\_

Я чувствую себя радостным, когда \_\_\_\_\_

Самая красивая вещь в мире – это \_\_\_\_\_

Если бы у меня было очень много денег, то \_\_\_\_\_

Я довольна, когда \_\_\_\_\_

Мне нравится в себе \_\_\_\_\_

Я мечтаю \_\_\_\_\_

Самый счастливый день в моей жизни \_\_\_\_\_

Инструкция 2 «Остров»: представь, что ты отправляешься на волшебный остров, на нем есть все самое необходимое: вода, еда, тепло, развлечения, гаджеты и т.д.;

подумай, что одушевленное или неодушевленное, особенно важное для себя, ты хочешь взять с собой на этот волшебный остров, нарисуй это на бланке.

Рабочий лист «Что для меня важно»

Что я возьму с собой на остров?  
Самое важное в моей жизни



**Занятие 4** Тема «Как я могу сохранить свое устойчивое состояние»

Цель: снижение дезадаптивных форм поведения и развитие критического отношения к своему поведению у подростка; развитие копинг-стратегий и применении их в жизненных ситуациях вне Центра, расширение внутренних и внешних ресурсов; интеграция полученных знаний.

Описание занятия: приветствие, установление эмоционального контакта, обсуждение правил работы в группе, цели и темы встречи, составление и заполнение бланка плана безопасности, подведение итогов и рефлексия. Экземпляр плана безопасности выдается на руки.

#### Приложение 4. Программа работы в рамках стационарного отделения для старших подростков (М.Ф.Александров, А.С.Лазарева, А.В.Желнерович, Н.А.Кирюхина)

Маршрутизация пациентов 14 отделения включает 3 программы: *поддерживающая* (для пациентов с нарушениями поведения и социальной дезадаптацией), *основная* (пациенты с любыми формами суицидальных проявлений), *интенсивная* (любые формы суицидального поведения, актуальные переживания, связанные с травматическим событием).

Данные программы состоят из двух блоков: *обязательный* и *дополнительный*. *Обязательный* блок включает в себя четыре (4) индивидуальные консультации.

**Адресат:** подростки от 14 до 17 лет (возможность применения у подростка в возрасте 12-13 лет зависит от его индивидуальных особенностей).

**Показания:** кризисное поведение, стойкие суицидальные мысли и тенденции, суицидальные попытки, несуйцидальные самоповреждения, самоуничтожительные и обесценивающие мысли, деструктивные способы совладания с кризисными ситуациями, травматические переживания.

**Противопоказания:** острая психопродуктивная симптоматика, умственная отсталость средней степени.

**Цель:** расширение представлений о внутренней картине болезни и о способах управлением ухудшенным состоянием.

**Задачи:**

- Развитие способности к вербализации своего эмоционального состояния, развитие способности оценивать актуальное состояние и замечать в нём изменения;
- Изучение сигналов и симптомов ухудшения состояния, исследование внутренней картины болезни и здоровья;
- Расширение репертуара стратегий совладания со стрессовыми ситуациями, способов самоподдержки;
- Развитие навыков быстрого реагирования в стрессовых ситуациях, формирование четкой последовательности действий при столкновении с кризисом;
- Снижение уровня тревожности через структурированный подход к решению проблемы;
- Обсуждение важности своевременного обращения за психологической и медицинской помощью, информирование об организациях и кризисных службах, к которым можно обратиться в случае ухудшения состояния;
- Исследование планов на будущее, профессиональных ориентиров, ценностей с целью нахождения внутренних опор;
- Повышение уверенности в собственных силах благодаря наличию конкретного плана.

**Форма проведения:** индивидуально.

**Оборудование и материалы:** рабочие листы (см. приложение), ручки, карандаши, бланк плана безопасности.

## Содержание

<i>Название цикла занятий</i>	<i>Основные темы</i>	<i>Общая структура</i>	<i>Количество занятий</i>
Преодоление кризисных состояний	«Внутренняя картина болезни и здоровья»; «Способы поддержать себя»; «Ресурсы и ценности», «Ориентиры стабильности состояния», «Экстренный набор или контакты для помощи».	<ul style="list-style-type: none"><li>• Установление контакта и создание безопасной среды;</li><li>• Упражнения по теме занятия, заполнение рабочего листа, рефлексия и подведение итогов.</li></ul>	

План безопасности заполняется в соответствии с темой индивидуального занятия.

### **Занятие № 1: «Внутренняя картина болезни»**

**Цель:** вербализация своего эмоционального состояния; изучение сигналов и симптомов ухудшения состояния, исследование внутренней картины болезни и здоровья; развитие способности замечать изменения в состоянии; повышение комплаентности к лечению.

**Описание занятия:** приветствие; установление эмоционального контакта; работа в рабочем листе и заполнение плана безопасности.

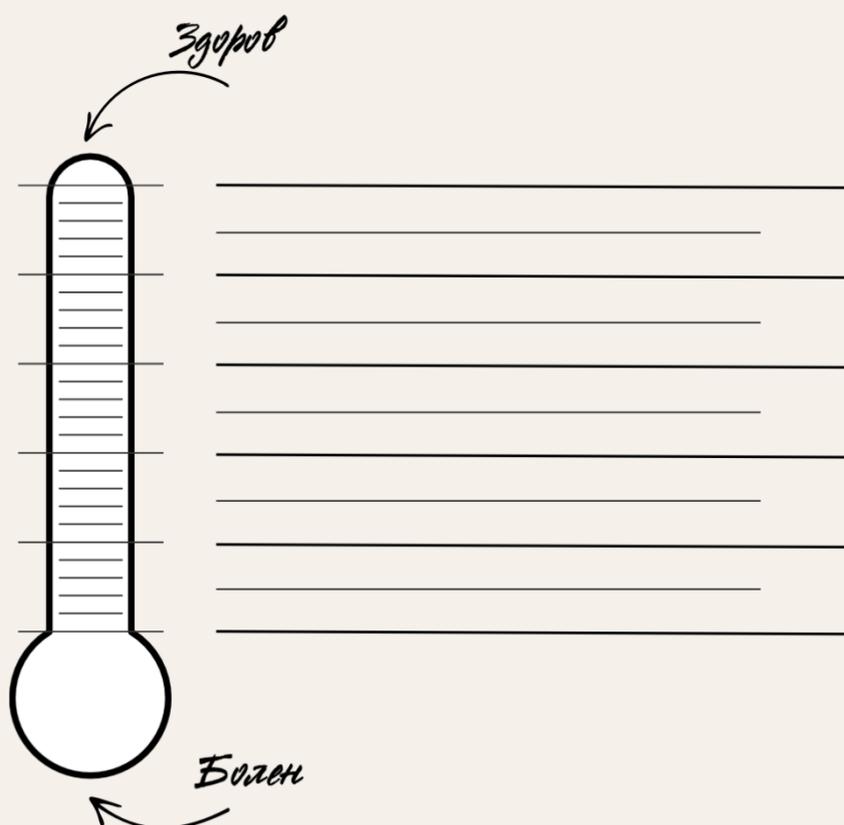
**Инструкция:** «План безопасности – это твой документ, который заполняется в течение госпитализации, некоторый план действий для того, чтобы знать, что делать в случае ухудшения состояния. Для того, чтобы знать, что делать в случае ухудшения состояния, необходимо понимать, по каким признакам можно определить, что твоё состояние ухудшается. Эти признаки можно разделить на две части: сигналы ухудшения состояния и симптомы кризиса. Сигналы ухудшения состояния – это сигналы, по которым можно понять, что состояние начинает ухудшаться. Симптомы кризиса – это когда состояние уже ухудшилось». «Представь, что этот градусник, это твоё состояние. Вот тут ты абсолютно здоров, а вот тут ты сильно болеешь. Где ты сейчас? Какие остановки в состоянии ты прошел, чтобы оказаться здесь? Какие остановки тебе еще следует пройти, чтобы оказаться вот здесь (Здоров)?».

**Предложенные материалы:** техника «Градусник состояния», план безопасности.

## ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И ЗДОРОВЬЯ

На делениях градусника отметь:

1. Где ты находишься **сейчас**.
2. Признаки **ухудшения** состояния, которые удалось пройти. Опиши их.
3. По каким признакам я пойму, что моё состояние **улучшается**?



**Занятие № 2:** «Способы поддержки».

**Цель:** расширение репертуара совладания со стрессовыми ситуациями; развитие способности к контейнированию собственных переживаний; повышение адаптационных способностей; снижение уровня тревожности через структурированный подход к решению проблемы; расширение репертуара стратегий совладания со стрессовыми ситуациями, способов самоподдержки.

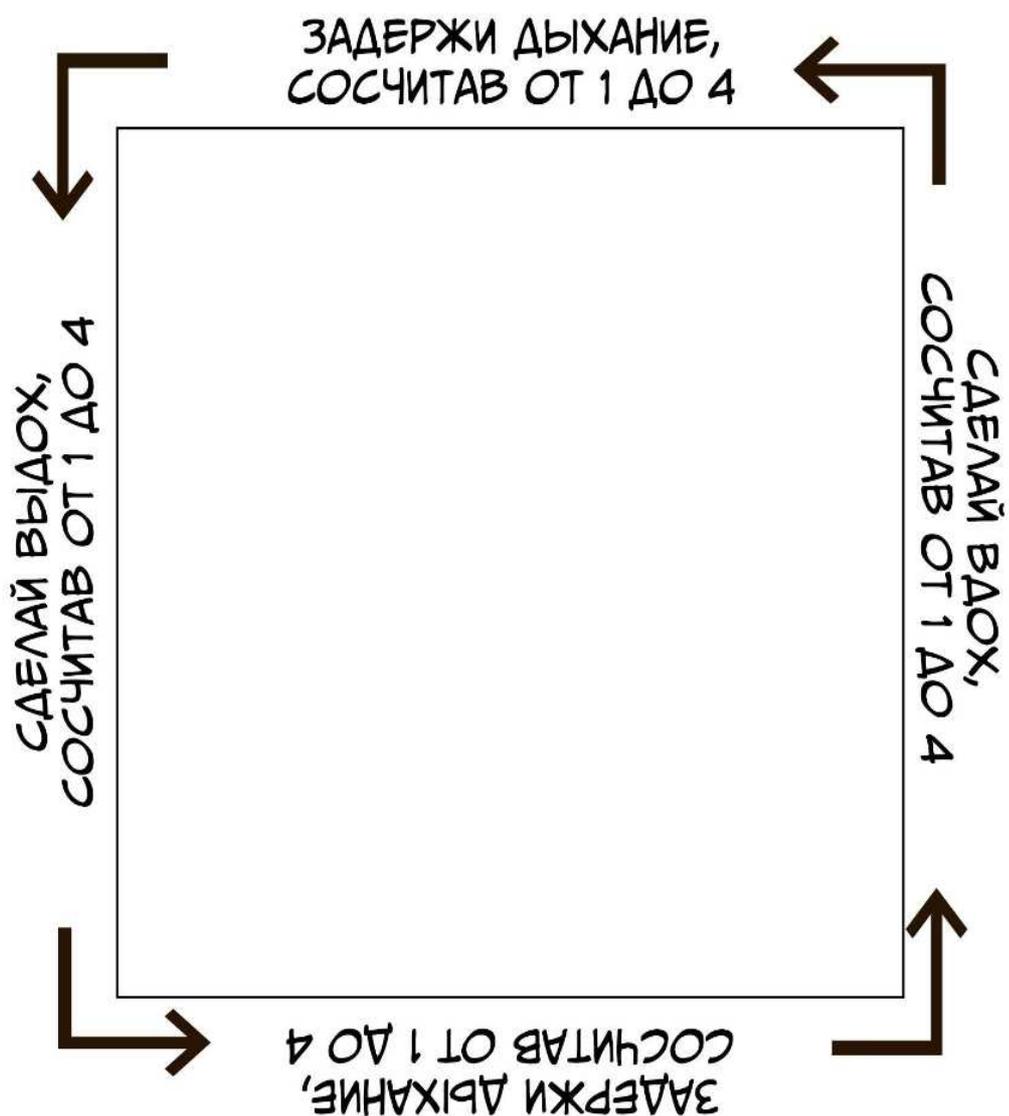
**Описание занятия:** приветствие; установление эмоционального контакта; работа в рабочем листе и заполнение плана безопасности.

**Инструкция:** «Этот шаг о том, что ты можешь сделать с ухудшением состояния – то есть, как ты можешь самостоятельно повлиять на него».

**Предложенные материалы:** задания на осознанность, план безопасности.

## Тренажер для дыхания «Квадрат»

Начинай с нижнего правого угла и продвигайся по сторонам квадрата в направлении, указанном стрелками, совершая полный цикл вдоха/выдоха за один обход квадрата.



## ПЯТЬ ЧУВСТВ

Данное упражнение, поможет тебе справиться с стрессовыми ситуациями.  
Для начала сделай глубокий вдох/выдох.

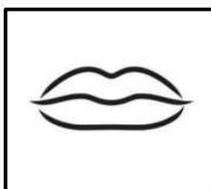
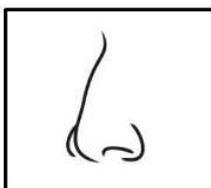
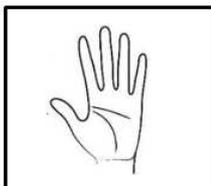
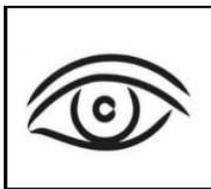
5 – присмотрись: Оглянись вокруг себя, последовательно фиксируя свой взгляд на каких-либо пяти предметах и проговаривая вслух их названия. Например, ты можешь сказать: я вижу ноутбук, я вижу книгу и так далее.

4 – потрогай: Какие вещи вокруг себя ты можешь потрогать? Например, это может быть, крышка стола, компьютерная мышь и так далее.

3 – прислушайся: Прислушайся к трем разным звукам. Это может быть шум улицы за твоим окном, пение птиц и так далее. Проговаривай вслух названия источников каждого из звуков.

2 – принюхайся: Назови две вещи, запах которых ты можешь ощутить. Если возникнут сложности с данным этапом, просто назови вслух два любимых запаха. Например, «я люблю запах малинового варенья», «я люблю запах маминых блинов» и так далее.

1 – попробуй на вкус: Назови что-то, что ты мог бы попробовать в данный момент на вкус. Если возникнут сложности с данным этапом, просто назови вслух продукт, который нравится тебе больше всего. В завершении сделай еще один глубокий вдох/выдох.



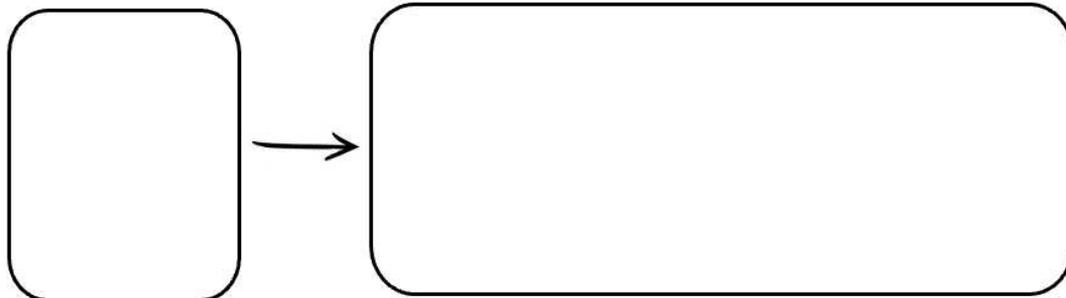
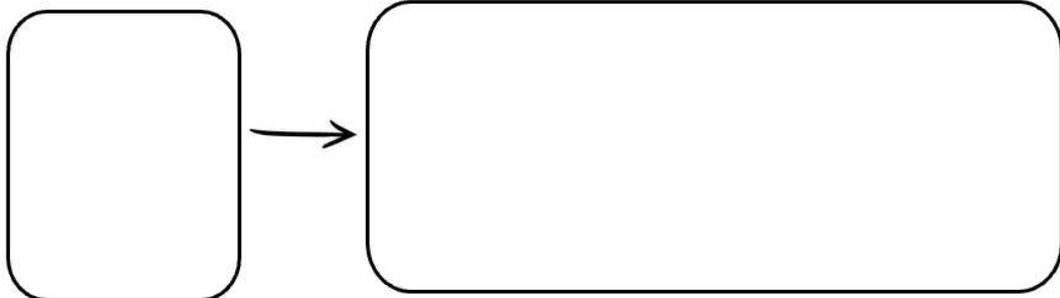
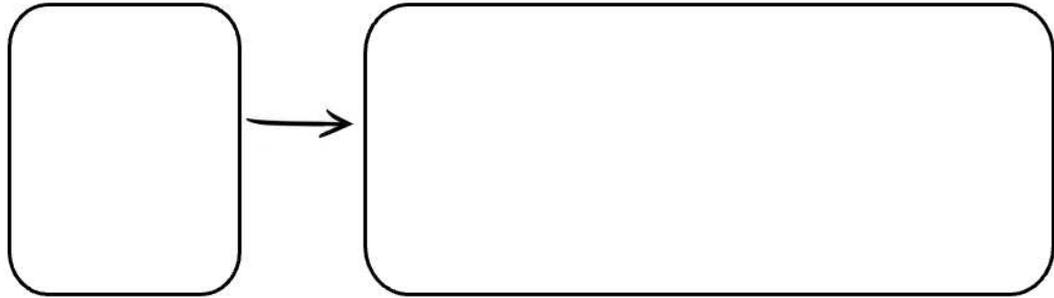
## Осознанное наблюдение

Фокусирование на одном объекте, так же поможет тебе тренировать навыки осознанного внимания.

Сосредоточившись на одном объекте, ты позволяешь своему разуму оставаться в настоящем времени. Эту технику ты можешь практиковать в любом месте и в любое время.

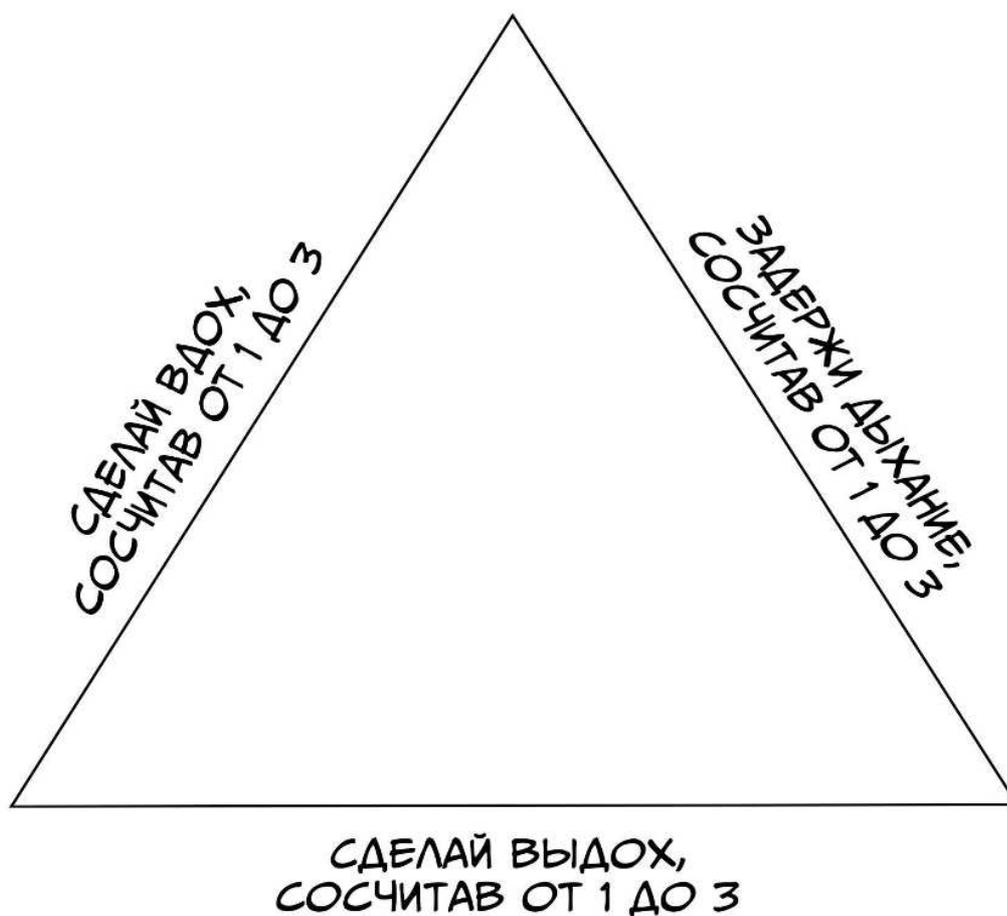
Выбери один объект, это может быть что угодно: цветной карандаш, часы, лист бумаги. В течении одной минуты, сосредоточься на этом объекте. Обрати внимание, как он выглядит, какого он цвета, какой формы, из чего он сделан, что им можно делать.

Попробуй пару раз, выполнить данную технику письменно. В левом квадрате, напиши объект, в правом квадрате опиши его.



## Тренажер для дыхания «треугольник»

Начинай с нижней левой вершины треугольника. Обводя пальцем все три стороны треугольника, соверши полный цикл глубокого вдоха/выдоха.





<b>СЧЕТ ДО 10</b>	<b>ВВЕРХ ПО РАДУГЕ</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сядь в удобное положение</li> <li>2. Медленно, про себя считай от 0 до 10</li> <li>3. При проговаривании каждого числа, делай глубокий вдох/выдох</li> <li>4. Затем, считай в обратном порядке от 10 до 0, старайся думать только о счете</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сядь в удобное положение и закрой глаза</li> <li>2. Сделай глубокий вдох, представь что вместе с этим вдохом, ты взбираешься вверх по радуге, а при выдохе, съезжаешь с нее, словно с горки</li> </ol>
<b>ЦВЕТ</b>	<b>ОДУВАНЧИК</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сядь в удобное положение</li> <li>2. Выбери любой цвет</li> <li>3. Оглянись вокруг, найди все, где есть выбранный тобой цвет</li> <li>4. Затем закрой глаза и подумай, в каких предметах может быть этот цвет</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Представь, что перед тобой одуванчик</li> <li>2. Сделай вдох и медленно выдыхай, как будто дуешь на одуванчик</li> <li>3. После выдоха, загадай желание</li> <li>4. Повтори три раза</li> </ol>
<b>5 ЧУВСТВ</b>	<b>АФФИРМАЦИИ</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 5 вещей, которые ты можешь увидеть</li> <li>2. 4 вещи, которые ты можешь потрогать</li> <li>3. 3 вещи, которые ты можешь услышать</li> <li>4. 2 вещи, которые ты можешь понюхать</li> <li>5. 1 вещь, которую ты можешь попробовать</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Придумай короткую фразу, которая придаст тебе сил (например, все хорошо, у меня все получится, я справлюсь и так далее)</li> <li>2. Закрой глаза и сделай пару глубоких вдохов</li> <li>3. Продолжай дышать и повторяй несколько раз, про себя придуманную тобой короткую фразу</li> </ol>
<b>НАБЛЮДЕНИЕ</b>	<b>БЛАГОДАРНОСТЬ</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Выбери один объект</li> <li>2. В течении одной минуты, сосредоточься на этом объекте</li> <li>3. Обрати внимание, как он выглядит, какого он цвета, какой формы, из чего он сделан, что им можно делать</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сядь в удобное положение и закрой глаза</li> <li>2. Подумай, кому и за что ты благодарен в своей жизни</li> <li>3. Сделай глубокий вдох и почувствуй как благодарность наполняет твое сердце</li> <li>4. Выдохни и позволь, возникшим чувствам, вызвать у тебя улыбку</li> </ol>
<b>МЕСТО СПОКОЙСТВИЯ</b>	<b>ЦЕЛЬ</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сядь в удобное положение и закрой глаза</li> <li>2. Сделай пару глубоких вдохов/выдохов</li> <li>3. Представь место, где ты ощущаешь спокойствие</li> <li>4. Сосредоточься на приятных чувствах, которые ты испытываешь в этом месте</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сядь в удобное положение и закрой глаза</li> <li>2. Подумай над своей целью, которую ты хочешь достигнуть</li> <li>3. Представь что ты достиг желаемой цели</li> <li>4. Обрати внимание, что ты чувствуешь в данный момент</li> </ol>

### **Занятие № 3: «Ресурсы и ценности», «Ориентиры стабильности состояния».**

**Цель:** исследование планов на будущее, профессиональных ориентиров, ценностей с целью нахождения внутренних опор; повышение уверенности в собственных силах благодаря наличию конкретного плана; снижение дезадаптивных форм поведения и развитие критического отношения к своему поведению.

**Описание занятия:** приветствие; установление эмоционального контакта; работа в рабочем листе и заполнение плана безопасности.

**Инструкция:** «Что ты можешь и хочешь изменить в себе, в своей среде вокруг (друзья, семья и т.д.), чтобы состояние вновь не ухудшилось?».

# На воздушном шаре

*Представь, что у тебя есть уникальная возможность отпустить свои переживания, проблемы, трудности ввысь на воздушном шаре.*

*Подумай, от чего бы ты еще хотел(а) избавиться, чтобы тебе было безопаснее, и твоё состояние не ухудшалось*



**Занятия № 4:** «Экстренный набор или контакты для помощи».

**Цель:** обсуждение важности своевременного обращения за психологической и медицинской помощью, информирование об организациях и кризисных службах, к которым можно обратиться в случае ухудшения состояния.

**Описание занятия:** приветствие; установление эмоционального контакта; работа в рабочем листе и заполнение плана безопасности.

**Инструкция:** «В случае ухудшения состояния, возникновения вопросов по состоянию, дате приёма, информации о медикаментозном лечении, ты можешь позвонить своему лечащему доктору (ФИО врача ПГС, номер). Если вдруг, ты не смог дозвониться до врача ПГС, можно позвонить администратору, и она передаст информацию о твоём

звонке доктору, и тебе перезвонят. Также ты можешь бесплатно получать психологическую помощь в ГППЦ. Обязательно впиши ФИО и номер своего психолога из ГППЦ, когда с ним познакомишься. В случае необходимости экстренной психологической поддержки ты можешь позвонить на телефон доверия НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой, детскому телефону доверия, НПП. Если так случилось, что тебе требуется помощь, ты можешь прийти в кабинет кризисной помощи, ПГС (там твой доктор) или в Приёмное отделение (оно круглосуточное). Если твоё состояние ухудшилось и тебе плохо, у тебя возникли суицидальные мысли и тебе экстренно нужна помощь, позвони в скорую или в экстренные службы, и они доставят тебя в приёмное отделение НПЦ ПЗДП».

**Предложенные материалы:** план безопасности.