

УДК 616.89-008.441.44-053.2

СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ДЕТСКОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ПРИ ФЕНОМЕНЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

© 2017 г. М. А. Бебчук

Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой, г. Москва

Выделены организационные и методические аспекты семейно-ориентированной медицинской помощи в условиях психиатрического стационара детям с суицидальным поведением. Задачами были оценка степени готовности родителей/законных представителей участвовать в коррекционных и реабилитационных мероприятиях в период госпитализации ребенка; определение ключевых потребностей семьи; оформление практических рекомендаций по организационным и методическим вопросам семейно-ориентированной помощи детям с суицидальным поведением. Обследованы все девочки (57), госпитализированные в январе–октябре 2014 года в единственный детский психиатрический стационар Москвы по поводу суицидальных проявлений, и 98 их родителей/законных представителей. Использовались анамнестический метод (включая изучение семейного суицидологического анамнеза), анализ историй болезни, системный анализ уровня семейного функционирования и анкетирование родителей в момент госпитализации ребенка. 98 % родителей готовы в большей или меньшей степени участвовать в медицинских мероприятиях. Ведущими потребностями у всех семей были «Информация о состоянии ребенка, особенностях развития, диагнозе и перспективах» (98 %) и «Обучение новым формам поведения и воспитания, которые можно использовать дома после выписки» (92 %). Выделены методологические основы и предложены рекомендации по формированию организационных условий семейно-ориентированной медицинской помощи детям с суицидальным поведением. Описаны этапы семейной психотерапии. Готовность и потребность семьи участвовать в коррекционных и реабилитационных мероприятиях, направленных на суицидальное поведение у ребёнка, свидетельствует о необходимости включения семей в систему обеспечения профилактики и лечения суицидального поведения у детей. Внедрение семейно-ориентированной медицинской помощи ребенку с суицидальным поведением предполагает пересмотр норм, принятых в практике работы детского психиатра, психотерапевта, и организации медицинской помощи в целом. Использование реабилитационного потенциала не только ребенка, но и его микросоциального окружения – семьи – создает предпосылки для качественных изменений в профилактике, лечении и социальной адаптации детей с суицидальными проявлениями.

Ключевые слова: дети, семья, суицидальное поведение, психиатрическая больница, семейно-ориентированная помощь, семейная психотерапия

FAMILY-CENTRED HEALTH CARE IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL FOR CHILDREN WITH SUICIDAL BEHAVIOR PHENOMENON

M. A. Bebchuk

Scientific-Practical Children's Mental Health Centre n. a. G. Sukhareva of Moscow City Department of Healthcare, Moscow

The study aims at identifying the organizational and methodological aspects of family-centered care in a psychiatric hospital for children with suicidal behavior. The objectives of the study were to assess the readiness of the parents/legal representatives to participate in correctional and rehabilitation activities in the period of hospitalization of the child, identify the key needs of the family, to formulate practical recommendations on organizational and methodological issues of family-centered care for children with suicidal behavior. The study involved all the girls (57), hospitalized in January–October 2014 about suicidal symptoms in the only psychiatric children hospital in Moscow, and 98 of their parents/legal representatives. There were used anamnestic (including the study of family history a suicide), analysis if diseases histories, clinical and psychopathological methods, system analysis of the level of family functioning and parental questionnaire during the child's hospitalization. 98 % of the parents are willing to be involved in medical activities in a varying degree. Main needs of majority of families are as follows: "Information about the state of the child, especially the development, diagnosis and prospects" (98 %) and "Training in new forms of behavior and education, which can be used at home after discharge" (92 %). Methodological basis and recommendations on the formation of organizational conditions of family-centered medical care for children with suicidal behavior were obtained and stages of family therapy were described. Readiness and needs of the family to participate in correctional and rehabilitation activities in children suggests the need to include families into prevention and treatment of suicidal behavior in children.

Implementation of the concept of family-centered health care for a child with suicidal behavior suggests revising the rules adopted in the practice of child psychiatrists, psychotherapists and medical aid organization as a whole. Using not only the rehabilitation potential of the child but also his micro-social environment (the family) creates conditions for qualitative changes in the prevention, treatment and social adaptation of children with suicidal symptoms.

Keywords: children, family, suicidal behavior, psychiatric hospital, family-centered care, family therapy

Библиографическая ссылка:

Бебчук М. А. Семейно-ориентированная медицинская помощь в детском психиатрическом стационаре при феномене суицидального поведения // Экология человека. 2017. № 4. С. 32–37.

Bebchuk M. A. Family-Based Health Care in the Psychiatric Hospital for Children with Suicidal Behavior Phenomenon. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2017, 4, pp. 32-37.

Суицидальным поведением называется широкий спектр проявлений, связанных с уходом из жизни: от мыслей о самоубийстве, соответствующих высказываний, угроз или намерений до попыток покончить с собой. По официальным статистическим данным, в Российской Федерации по причине самоубийства ежегодно уходят из жизни до 500 детей (до 14 лет) и 2,5 тыс. подростков (15–18 лет), в среднем каждый двенадцатый подросток совершает покушение на самоубийство [5]. Важно, что суицидальные тенденции после попытки самоубийства сохраняются у 60 % суицидентов [8, 11]. Следовательно, вопросы дифференциальной диагностики суицидального поведения и профилактики повторных суицидов актуальны в пре-суицидальном и постсуицидальном периодах.

По данным исследователей, более 90 % детей и подростков с суицидальным поведением сталкивались с патологическим воспитанием в родительских семьях и ведущей сферой суицидогенных конфликтов является семейная — 47 % всех случаев [9]. Однако, предлагая создание Государственной межведомственной программы предупреждения суицидов с отдельным блоком «Предупреждение суицидов у детей и подростков», авторы не включают в поставленные задачи сотрудничество с родителями в помощи ребенку и профилактике вторичных суицидов. Подобное явление отражает современные тенденции организации психиатрической помощи детскому населению, которая остается центрированной на диагнозе ребенка, а психотерапевтические мероприятия проводятся с ребенком отдельно от его семьи. В редких случаях на постгоспитальном этапе реабилитацией суицидента занимается психотерапевт, а социальный работник консультирует семью [4].

Между тем формирование семейно-ориентированной модели медико-психологической помощи ребенку с суицидальным поведением является задачей ментальной экологии и, частично, экологической психологии, которые рассматривают психологические процессы человека, находящегося в той или иной среде, как физической, так и социальной [1]. Отказ ребенка от жизни свидетельствует о невозможности использования им ресурсов ментального здоровья (психического благополучия, позволяющего реализовать свой потенциал) и, как любое поведение, связано с его окружающей средой, т. е. с семьей.

В связи с этим суицидологический семейный анамнез может являться составной частью социально-психологической диагностики, дающей возможность решить, в какой мере целесообразно опираться при оказании медицинской и психологической помощи на сотрудничество с семьей. С другой стороны, учет анти-суицидальных факторов семьи (нежелание травмировать родственников, эмоциональная привязанность к близким) позволяет в психотерапевтической работе опираться на ресурсы не только одного ребенка, но и всей семейной системы.

Результаты исследования [2] (данные о роли семьи в формировании суицидального поведения, частоте суицидальных проявлений, направленных на/против роди-

телей («адресованных» родителям), реакции родителей на эти проявления и распространенности повторных суицидальных попыток) позволяют сделать вывод, что программа коррекции для каждого случая могла бы фокусироваться не на ребенке, а на дисфункциональной семейной системе, т. е. учитывать клиническое состояние ребенка, системные характеристики и ресурсы семьи в целом. Субъективное мнение родителей относительно качества внутрисемейных отношений (благополучных, нестабильных, конфликтных и др.) также имеет важное значение при разработке целенаправленной психологической и психотерапевтической помощи [10].

Методологической основой коррекционной работы может стать системная теория [6] и системный подход [7] в семейной психотерапии. В современной теории и практике семья понимается как система; центральным принципом такого подхода становится идея циркулярности, предполагающая взаимное влияние всех элементов системы друг на друга. Дети, с одной стороны, влияют на функционирование семьи как малой социальной группы, с другой — на них влияют другие члены семьи. Однако вопросы готовности родителей детей с суицидальным поведением принимать участие в коррекционных мероприятиях, как и мнение родственников пациентов о потребности изменения уровня функционирования семьи, остаются недостаточно изученными.

Цель исследования — выделение организационных и методических аспектов семейно-ориентированной медицинской помощи в условиях детского психиатрического стационара при феномене суицидального поведения.

Задачами исследования были обозначение отдельных характеристик суицидального поведения и клинического состояния ребенка; оценка степени готовности родителей/законных представителей участвовать в коррекционных и реабилитационных мероприятиях в период госпитализации ребенка; определение ключевых потребностей родителей/законных представителей и семьи в целом; разработка практических рекомендаций по организационным и методическим аспектам семейно-ориентированной помощи детям с суицидальным поведением.

Методы

В исследование были включены все девочки (57), поступившие с января по октябрь 2014 года в Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения г. Москвы по поводу различных суицидальных проявлений. Центр является единственным учреждением в городе, которое оказывает специализированную психиатрическую помощь детям и подросткам 3–18 лет. Следовательно, в исследование попали *все* дети и подростки женского пола, нуждающиеся в профильной стационарной помощи. Участие только девочек связано с тем, что условия учреждения (в первую очередь кадровые) позволяли охватить семейной психотерапией только сплошную выборку контингента женского отделения. В исследовании и психотерапевтической работе участвовали 98 родителей/законных представителей

госпитализированных детей, которые были проинформированы об условиях проводимого исследования и дали согласие на участие.

В работе использовались анамнестический метод (включая изучение семейного суицидологического анамнеза), анализ историй болезни, системный анализ уровня семейного функционирования в динамике и анкетирование родителей в момент госпитализации ребенка.

Результаты

Для оценки отдельных характеристик суицидального поведения из данных о формах суицидальных проявлений у девочек были выделены случаи, в которых оно было направлено на/против родителей, и те, где госпитализация была связана с повторными суицидальными проявлениями. Для сопоставления доли «адресованных» родителям (или другим членам ближайшего семейного окружения) суицидальных проявлений их абсолютные и относительные значения были также отдельно выделены из повторных случаев (табл. 1)

Таблица 1

Распределение количества суицидальных проявлений у девочек в зависимости от их формы (n = 57)

Форма проявления	Количество суицидальных проявлений		«Адресованные» родителям		Повторные суицидальные проявления		Из повторных «адресованных» родителям	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Отравления	6	10,5	2	3,5	0	0	0	—
Порезы	2	3,5	0	—	1	1,8	0	—
Удушья	1	1,8	0	—	0	0	0	—
Суицидальные высказывания	18	31,5	7	12,3	10	17,5	8	27,6
Угрозы суицидального характера	30	52,7	22	38,6	18	31,5	14	48,3
Итого	57	100	31	54,4	29	50,8	22	75,9

Анализ историй болезни, проведенный для выявления синдромальной и нозологической специфичности суицидальных проявлений, позволил получить результаты о распределении испытуемых в зависимости от диагноза (по МКБ-10), который был выставлен именно в данном отделении детской психиатрической больницы (табл. 2).

Оценка степени готовности родителей/законных представителей участвовать в коррекционных и реабилитационных мероприятиях в период госпитализации ребенка, определение ключевых потребностей родителей/законных представителей были изучены путем анкетирования ближайшего семейного окружения. Результаты опроса соответствовали моменту госпитализации ребенка (табл. 3, 4). Все 100 % родителей ждали от стационара стабилизации состояния ребенка, что по правилам составления анкет явилось причиной исключения этой центральной потребности семей из списка представленных ниже вопросов.

Таблица 2

Распределение девочек с суицидальным поведением в зависимости от диагноза (n = 57)

Основной диагноз (по МКБ-10) в группе наблюдения	Абс.	%
F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций	17	29,8
F92.9 Смешанное расстройство поведения и эмоций	12	21
F98.9 Эмоциональное расстройство и расстройство поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст, неуточненное	7	12,3
F23.01 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении, при наличии ассоциированного острого стресса	3	5,3
F23.13 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении, приступообразная шизофрения без ассоциированного стресса	3	5,3
F32.10 Депрессивный эпизод средней степени без соматических симптомов	3	5,3
F07.80 Другие органические расстройства личности и поведения в связи с травмой головного мозга на фоне тяжело протекающего пубертата	2	3,5
F20.004 Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения	2	3,5
F25.28 Другое шизоаффективное состояние со смешанными биполярными аффективными расстройствами	2	3,5
F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера	2	3,5
F43.25 Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации	2	3,5
F20.604 Простой тип шизофрении, непрерывный тип течения	1	1,75
F91.2 Социализированное расстройство поведения	1	1,75
Итого	57	100

Таблица 3

Готовность родителей/законных представителей к различным вариантам сотрудничества со специалистами детской психиатрической больницы, % (n = 98)*

Форма сотрудничества со специалистами	Точно нет	Может быть	Скорее да	Точно да
Обсуждение со специалистами плана лечения и коррекции	2	8,2	14,3	75,5
Участие в психотерапевтических занятиях	2	14,3	42,9	40,8
Участие в групповой психотерапии и образовательных программах для родителей	2	35,7	45,9	16,4
Продолжение сотрудничества со специалистами после выписки из стационара	2	30,6	50	17,4
Обсуждение плана коррекции/реабилитации на период после выписки	2	12,2	12,2	73,6
Выполнение заданий и рекомендаций специалистов	2	1	17,4	79,6
Форма сотрудничества с участием ребенка	Вообще не готов(а)	1—3 раза в месяц	1—2 раза в неделю	Почти каждый день
Посещение в отделении	2	—	16,4	81,6
Прогулки по территории больницы	2	4,1	69,4	24,5

Примечание. * — сумма значений каждой строки = 100 %.

Таблица 4

Потребности семей в момент госпитализации по поводу суицидального поведения ребенка, % (n = 98)*

Вид потребности	Точно нет	Может быть	Скорее да	Точно да
Обследование и диагностика состояния ребенка	2	4,1	10,2	83,7
Подбор медикаментозной терапии	8,2	34,7	30,6	26,5
Информация о состоянии ребенка, особенностях развития, диагнозе и перспективах	2	—	—	98
Согласование единой родительской позиции по вопросам лечения и воспитания ребенка	7,1	10,2	72,5	11,2
Уменьшение напряжения и изменение взаимодействия в семье	—	14,3	70,4	15,3
Улучшение контакта с ребенком	1	17,4	67,3	14,3
Повышение авторитета родителей, послушание ребенка	—	14,3	40,8	44,9
Обучение новым формам поведения и воспитания, которые можно использовать дома после выписки	1	4,1	3,1	91,8
Наказание ребенка для осознания им недопустимости суицидального поведения	25,5	24,5	26,5	23,5
Обеспечение безопасности ребенка, чтобы не совершил повторную попытку	—	1	15,3	83,7
Эмоциональная поддержка от специалистов	6,1	19,4	27,6	46,9
Контакт с другими родителями детей с суицидальным поведением	18,4	41,9	36,7	3

Примечание. * — сумма значений каждой строки = 100 %.

Обсуждение результатов

Исследование позволило выделить позицию детского психиатра в анализе случаев суицидального поведения. Так, среди диагнозов самым распространенным (см. табл. 2) являлся F92.8 (Другие смешанные расстройства поведения и эмоций 29,8 %). Таким образом, в психиатрическом стационаре большинство случаев суицидального поведения у девочек «шифруется» врачами как психопатоподобный синдром и нарушения поведения, т. е. традиционно понимается как проблема ребенка, а не проблема его взаимодействия с окружающими. Кроме того, обращает на себя внимание, что врачи стационара не используют диагноз F91.0 (Расстройство социального поведения, ограниченного рамками семьи), несмотря на то, что жалобы, клиническое состояние, механизмы формирования суицидального поведения и, в частности, повторных суицидальных проявлений (высказывания и угрозы) свидетельствовали в 22 случаях о намеренном сфокусированном поведении ребенка в адрес определенных членов семьи. Не менее важно, что доля суицидальных проявлений, «адресованных» родителям, выше у девочек, госпитализированных в связи с повторными суицидальными проявлениями: 54,5 % против 75,9 (см. табл. 1). Эти данные могут косвенно свидетельствовать о

недостаточной гибкости родительского поведения (например, вследствие отсутствия информации о возможном функциональном способе реагирования на суицидальные проявления ребенка или переживания собственной родительской некомпетентности, растерянности и тревоги).

Важно отметить, что 98 % родителей/законных представителей готовы на этапе поступления ребенка в стационар в той или иной мере участвовать в предлагаемых лечебных мероприятиях и вмешательствах (см. табл. 3). Ведущими потребностями у большинства семей (см. табл. 4) были «Информация о состоянии ребенка, особенностях развития, диагнозе и перспективах» (98 %) и «Обучение новым формам поведения и воспитания, которые можно использовать дома после выписки» (91,8 %).

Участие госпитализированных детей и их родственников в семейной психотерапии и результаты анкетирования, которые легли в основу этих занятий, позволили выделить значимые методологические принципы системного подхода для лечения и реабилитации детей с суицидальными проявлениями, а также рекомендовать организационные условия для семейно-ориентированной медицинской помощи в психиатрическом стационаре детям и подросткам с суицидальным поведением.

Методологические основы и принципы семейно-ориентированной медицинской помощи детям с суицидальным поведением

- Смена ориентации с индивидуально-центрированной модели психотерапии на системную

Дети после медикаментозного лечения и индивидуальной или групповой психотерапии в больнице (и выписанные в удовлетворительном состоянии) возвращаются в ту же семейную среду и включаются в привычный неблагоприятный стиль взаимоотношений, сложившийся в семье [2]. Возникает риск повторных суицидальных проявлений. Из базового принципа смены ориентации следует условие: в психотерапевтических занятиях должна принимать участие вся семья ребенка с суицидальным поведением. Специалист способствует осознанию каждым членом семьи собственного «вклада» в суицидальное поведение и формированию совместной ответственности за процесс и результат лечения. Вовлечение родителей в коррекционную работу с благодарностью воспринимается детьми.

- Использование циркулярной логики в анализе каждого случая суицидального поведения

Суицидальное поведение детей и подростков может быть напрямую связано с проблемами в семейных отношениях и являться реакцией ребенка на существующий в семье конфликт. В свою очередь, родители и другие члены семьи (в нашем исследовании был один случай исключения из этого наблюдения) реагируют на суицидальное поведение ребенка: начинают больше (меньше) контролировать, позволять, критиковать, уделять внимание, ласкать и т. д. Эти реакции родителей могут быть «выгодны» детям и, следовательно,

способствуют повторным суицидальным попыткам, как минимум демонстративно-шантажного характера. Задания, упражнения и предписания, направленные на освоение родителями новых форм реагирования на проблемное поведение ребенка, в том числе в момент угроз суицидального характера, позволяют взрослым членам семьи снизить тревогу и приобрести устойчивость в поведении.

- Опора в психотерапии на принцип нейтральности (в системном понимании термина [3]).

Психолог/психотерапевт, работающий с семьей ребенка с суицидальными проявлениями, должен быть ориентирован на соблюдение позиции «нейтральности», как в отношении всех членов семейной системы, так и в балансе между изменениями и гомеостазом. Кроме того, от специалиста требуется совладание с собственными страхами перед смертью ребенка и контакт с собственной семейной историей.

- Ориентация на системную гипотезу о морфогенетической функции суицидального поведения ребенка

Системное понимание функции суицидального поведения позволяет в коррекционной работе уделить внимание конкретным семейным правилам, которые нуждаются в трансформации. Особенное значение этот фокус занятий имеет для семей с подростками.

- Смена фокуса с проблемной ориентации на ориентацию поиска решения и ресурсов в семье

Страхи, чувство растерянности и беспомощности родителей в ситуации суицидального поведения ребенка дестабилизируют семейную систему и приводят к хаотичному, непоследовательному стилю воспитания. Готовность родителей к изменениям помогает искать внутрисемейные резервы, осваивать новые приемы совладания со стрессом и учиться при помощи специалиста опираться на уже существующие родительские компетенции.

- Мишень психотерапии — изменение семейного взаимодействия для формирования реабилитационной среды дома у ребенка

Движение родителей в процессе психотерапии в сторону согласованной позиции между членами семьи и сбалансированного стиля воспитания способствует повышению у родителей стрессоустойчивости и уровня дифференциации (в понимании М. Боуэна [7]), что, в свою очередь, влияет на коммуникативную сферу жизни семьи в целом и улучшает качество контакта с ребенком.

- Деконструкция мифа о безопасности, «безобидности» демонстративных, шантажных суицидальных и парасуицидальных проявлений

Любое суицидальное проявление воспринимается как опасное и угрожающее стать истинным суицидальным поведением и/или завершенной суицидальной попыткой. Трансляция семейным психотерапевтом такой позиции и отношения к поведению ребенка родителям и другим участвующим в занятиях членам семьи переводит разговор с вопроса «Кто виноват?» на вопрос «Что делать?» и возвращает ответственность за жизнь ребенка родителям.

Организационные условия семейно-ориентированной медицинской помощи детям с суицидальным поведением

Важно отметить, что семейно-ориентированная модель помощи предполагает как включение родителей в различные сферы жизни ребенка в стационаре (свидания, участие в родительских программах, обсуждение со специалистами программы коррекции), так и прямое участие в занятиях с семейным психологом/психотерапевтом. В табл. 5 представлена этапность работы семейного психолога/психотерапевта и задачи, которые решаются на каждом этапе.

Таблица 5

Этапы семейной психотерапии в условиях детского психиатрического стационара

Начальный этап (1–2 встречи)	Основной этап (3–8 встреч)	Заключительный этап (1–2 встречи)
Мотивация членов семьи на психотерапию Формирование отношений сотрудничества между специалистом и семьей Сбор семейного и суицидологического анамнеза Семейная диагностика Оценка суицидологического риска и антисуицидологических семейных факторов Определение ведущих потребностей семьи Заключение «конtrakта»	Формирование системной гипотезы Оценка готовности семьи к изменениям Снижение уровня тревоги Поиск внутри- и внесемейных ресурсов Обучение родителей новым формам поведения и воспитания Анализ и реконструкция семейной истории Коррекция родительских и детско-родительских отношений	Фиксация изменений и подведение итогов Рекомендации по поддержанию изменений в период после выписки Рекомендации по обращению к специалистам амбулаторно-поликлинического звена Рекомендации по организации контактов семьи с социальным окружением (родственники, друзья, образовательные учреждения)

Включение родителей в занятия с семейным психологом/психотерапевтом в первые дни госпитализации способствовало: а) понижению уровня тревоги и уменьшению ощущения беспомощности/растерянности у родителей за счет понимания механизмов суицидальной активности и постепенного формирования навыков устойчивого/последовательного родительского поведения; б) улучшению контакта с ребенком; в) согласованию единой позиции у членов семьи по вопросам лечения и воспитания ребенка. К сожалению, восприятие врачами-психиатрами суицидального поведения ребенка вне семейного контекста нередко приводило к назначению семейной психотерапии не с первых дней госпитализации, а ближе к выписке. В этих случаях на последнем перед выпиской занятии с семейным психологом/психотерапевтом родители сообщали о невозможности совладать со страхами перед предполагаемыми суицидальными высказываниями ребенка и беспокойстве по поводу отсутствия доступной амбулаторной поддерживающей семейной психотерапии или сопровождения после выписки.

Полученные результаты позволяют выделить важные условия организации семейно-ориентированной

практической работы в детской психиатрической больнице и рекомендовать при суицидальных проявлениях:

- детальное информирование родителей о предстоящих медицинских вмешательствах и участие родителей в качестве партнеров в формировании программы коррекции в каждом клиническом случае;
- организацию профилактических, психотерапевтических и просветительских мероприятий с членами семьи от приемного покоя до выписки;
- создание условий для ежедневных свиданий ребенка с родителями;
- организацию психотерапевтических занятий с семьей в условиях отделения с первых дней госпитализации;
- включение *всех* членов семейной системы в лечебные мероприятия и в занятия с семейным психотерапевтом в частности;
- взаимодействие смежных специалистов (психиатр, семейный психотерапевт, клинический психолог) для формирования оптимального алгоритма помощи семье;
- кадровое обеспечение семейно-ориентированной помощи.

Таким образом, исследование показало готовность и потребность семьи в участии в лечебных и реабилитационных мероприятиях, направленных на коррекцию суицидального поведения у детей. Использование реабилитационного потенциала не только ребенка, но и его микросоциального окружения — семьи — создает предпосылки для качественных изменений в профилактике, лечении и социальной адаптации детей с суицидальными проявлениями.

Семейно-ориентированная медицинская помощь ребенку с суицидальным поведением предполагает пересмотр норм, принятых в практике работы детского психиатра, психотерапевта и организации медицинской помощи в целом. Дальнейшим развитием темы может служить формирование пакета информационно-методических и нормативно-распорядительных документов на уровне медицинской организации, обеспечивающих большее включение родителей/законных представителей в оказание помощи ребенку с суицидальным поведением.

Список литературы

1. Барковская А. Ю., Янин К. Д. Ментальная экология в системе социально-экологического знания // Астраханский вестник экологического образования. 2012. № 3, Т. 21. С. 85–87.
2. Бебчук М. А., Салихова А. Р. Влияние семьи на формирование феномена суицидального поведения у детей и подростков // Педиатрия. 2009. № 2, Т. 89. С. 141–144.
3. Варга А. Я. Введение в системную семейную психотерапию. М.: Когито-Центр, 2009. 181 с.
4. Власовских Р. В., Хальфин Р. А. Опыт применения многопрофильного подхода при работе с подростками, совершившими суицидальные действия // Медицина критических состояний. 2005. № 5. С. 26–29.
5. Ишимбаева А. Н. Суицидальное поведение у детей и подростков Забайкальского края: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2013. 24 с.
6. Людевиц К. Введение в теоретические основы системной терапии / пер. с нем. М.: Институт консультирования и системных решений, 2012. 192 с.

7. Николс М., Шварц Р. Семейная терапия. Концепции и методы / пер. с англ. М.: Эксмо, 2004. 959 с.

8. Платонов Ю. П. Социальная психология поведения. СПб.: Питер, 2006. 464 с.

9. Положий Б. С., Панченко Е. А. Суициды у детей и подростков в России: современная ситуация и пути ее нормализации [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. № 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 11.01.2016).

10. Сидоров П. И., Бочарова Е. А., Соловьев А. Г. Проблемный ребенок: психосоциальная адаптация и качество жизни. Архангельск: СГМУ, 2005. 217 с.

11. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005. 376 с.

References

1. Barkovskaya A. Y., Yanin K. D. Mental ecology in the system of socio-ecological knowledge. *Astrakhanskiy vestnik ekologicheskogo obrazovaniya* [Astrakhan Herald of environmental education]. 2012, 3 (21), pp. 85–87. [in Russian]
2. Bebchuk M. A., Salikhova A. R. Influence of family on the formation of the phenomenon of suicidal behavior in children and adolescents. *Pediatrics* [Pediatrics]. 2009, 2 (89), pp. 141–144. [in Russian]
3. Varga A. J. *Vvedenie v sistemnyuyu semeinuyu terapiyu* [Introduction to systemic family therapy]. Moscow, Kogito Center, 2009, 181 p.
4. Vlasov R. V., Khalfin R. A. Experience of using a multidisciplinary approach when dealing with adolescents committed suicidal acts. *Medicina kriticheskikh sostoyaniy* [Medicine of critical care]. 2005, 5, pp. 26–29. [in Russian]
5. Ishimbayeva A. N. *Suicidalnoe povedenie u detei i podrostkov Zabaikalskogo kraia (avto-ref. kand. dis)* [Suicidal behavior in children and adolescents in Trans-Baikal Region (Author's Abstract of Cand. Diss.)]. Moscow, 2013, 24 p.
6. Ludewig K. *Vvedenie v teoreticheskie osnovy sistemnoy terapii* [Introduction to the theoretical foundations of systemic therapy]. Moscow, Institute consulting and system solutions, 2012, 192 p.
7. Nichols M., Schwartz R. *Semeinaya terapiya. Conceptsii i metodu* [The Family therapy. Concepts and Methods]. Moscow, 2004, 959 p.
8. Platonov Y. P. *Sotsialnaya psikhologiya povedeniya* [Social psychology of behavior]. Saint-Petersburg, Piter Publ., 2006, 464 p.
9. Polozhii B. S., Panchenko E. A. Suicides among children and adolescents in Russia: current situation and ways to normalize it. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii (elektonnui rossiiskii zhurnal)* [Medical psychology in Russia: e-medical magazin]. 2012, 2. Available at: <http://medpsy.ru> (accessed: 11.01.2016). [in Russian]
10. Sidorov P. I., Bocharova E. A., Solovev A. G. *Problemnyi rebenok: psikhosotsialnaya adaptatsiya i kachestvo zhizni* [Problem child: psychosocial adaptation and quality of life]. Arkhangelsk, 2005, 217 p.
11. Starshenbaum G. V. *Suicidologiya i krisisnaya psikhoterapiya* [Suicidology and crisis psychotherapy]. Moscow, Kogito Center Publ., 2005, 376 p.

Контактная информация:

Бебчук Марина Александровна — кандидат медицинских наук, доцент, директор ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г. Е. Сухаревой» Департамента здравоохранения г. Москвы

Адрес: 119334, г. Москва, 5-й Донской проезд, д. 21А
E-mail: bebtchuk@gmail.com