


Минздрав
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ
Заместитель Министра
Р.А. Часнойть
2009 г.
Регистрационный № 016-0209



**ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА И ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
(РУКОВОДСТВО ДЛЯ ПЕДАГОГОВ, ПСИХОЛОГОВ И ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ОБРАЗОВАНИЯ)**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

АВТОРЫ:

Кандидат медицинских наук, ассистент Пятницкая И.В.

Кандидат медицинских наук, доцент Ласый Е.В.

Врач-психотерапевт УЗ «ГКДПНД» Навицкая Е.В.

Врач-психиатр УЗ «ВОПНД» Данилова Е.Л.

МИНСК 2009

ВВЕДЕНИЕ

Сохранение и укрепление здоровья детей и подростков в Республике Беларусь является одной из главных задач различных служб и ведомств. На фоне демографических проблем в мире вопрос сохранения психического здоровья и жизни подрастающего поколения приобретает особую значимость и социальную направленность.

Ежегодно самоубийства совершают от 873 тысяч до 1 миллиона человек во всём мире, включая 163 тысяч в Европейском регионе. По данным ВОЗ, самоубийство является 13-й по счёту причиной смерти во всём мире, а в возрастном диапазоне от 15 до 35 лет в Европе оно занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий.

Показатель суицидов среди детей и подростков в Республике Беларусь не высок и достаточно стабилен. В среднем, за последние три года, он составил 1,5 случая на 100 тысяч детского населения.

Пугающим истораживающим является тот факт, что год от года растёт количество парасуицидов (незавершённых суицидальных попыток), особенно среди лиц подросткового возраста. Только за последний год показатель незавершённых суицидов в детско-подростковой популяции вырос более чем на сорок процентов по сравнению с аналогичным периодом 2007 года и составил 25,1 случая на 100 тысяч детского населения.

Психологическое и социальное воздействие самоубийства на членов семьи и общество в целом огромно. Самоубийство одного человека оказывает непосредственное влияние в среднем на шестерых других людей. Если самоубийство происходит в учебном заведении или на рабочем месте, то психологические последствия его сказываются на сотнях людей.

Профилактика суицидального поведения у детей и подростков является системой общих и специальных мероприятий на различных уровнях социальной организации: общегосударственном и правовом, обществен-

ном и экономическом, медицинском, педагогическом, социально-психологическом и др.

К условиям успешности профилактической работы можно отнести следующее: комплексность, последовательность, дифференцированность, и своевременность. Своевременность приобретает особое значение при работе с подростками. Известный факт: подростковые суициды, в большинстве случаев, совершаются на высоте аффекта. От внимательного отношения и грамотного реагирования окружающих (родителей, педагогов, сверстников, медицинских работников) зависит реализует или остановит свой суицидальный план подросток.

Таким образом, рост числа случаев суицидального поведения в детской популяции, низкий уровень осведомленности и недостаточный уровень сотрудничества и преемственности в работе специалистов различных служб и ведомств указал на необходимость разработки данной инструкции.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

- **Самоубийство (суицид)** – намеренное, осознанное лишение себя жизни.
- **Суицидальная попытка (синонимы: парасуицид, незавершенный суицид, умышленное самоповреждение и др.)** – это любое умышленное действие по причинению себе вреда, которое по той или иной причине не привело к смертельному исходу.
- **Суицидальное поведение** – аутоагрессивное поведение, проявляющееся в виде фантазий, мыслей, представлений или действий, направленных на самоповреждение или самоуничтожение и, по крайней мере, в минимальной степени мотивируемых явным или скрытым желанием умереть.

Суицидальное поведение у детей и подростков может нести в себе как черты «манипулятивности», так и выраженные интенции к смерти. Как правило, суицидальный акт или намерения одновременно обусловлены противоречивыми мотивациями: с одной стороны - «воздействие на значимых других», попытка изменить ситуацию или «наказать» обидчика, с другой стороны – избежать психологической боли, обиды, стыда и пр. с помощью самоповреждения или смерти.

Суицидальное поведение с преимущественным воздействием на значимых других

Суицидальные акты и намерения могут носить яркий, театрализованный характер. Действия предпринимаются с целью привлечь или вернуть утраченное к себе внимание, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей, или наказать обидчика, вызвав у него чувство вины или обратив на него возмущение окружающих, и доставив ему серьезные неприятности. Суицидальный акт часто совершается в том месте, которое связано с эмоционально значимым лицом, которому он адресован: дома – родным, в школе – педагогам, либо сверстникам и т.д. Такого рода действия, направленные «во вне», как правило, свидетельствуют о нарушенных отношениях между ребёнком (подростком) и его ближайшим окружением (родители, сверстники и пр.). В данной ситуации можно предположить, что, либо ребёнок (подросток) не может проявить свои потребности иным (адаптивным) способом, либо его ближайшее социальное окружение игнорирует «более слабые» сигналы. Следует помнить, что даже «демонстративное» поведение может заканчиваться смертью. В качестве примера можно привести религиозные суициды – частым мотивом действий является протест, но следствием – смерть. Даже в случае полного отсутствия мотивов смерти, суицидальные акты могут носить тяжёлые последствия вследствие недоучёта ребёнком (подростком) обстоятельств, незнания ле-

тальности определённых средств (медикаменты, химикаты). Любая форма аутоагрессии требует терапевтического подхода. Ярлыки «демонстративный», «манипулятивный» приносят морализаторский и осуждающий оттенок, что препятствует налаживанию отношений с ребёнком (подростком).

Аффективное суицидальное поведение

Суицидальные попытки, совершаемые на высоте аффекта (сильных эмоций), который может длиться всего минуты, но иногда в силу напряженной ситуации может растягиваться на часы и сутки. В какой-то момент здесь может появиться мысль, чтобы расстаться с жизнью. Аффективное суицидальное поведение с трудом прогнозируется и с трудом поддается профилактике.

Суицидальное поведение с выраженными интенциями к смерти

Обдуманное, тщательно спланированное намерение покончить с собой. Поведение строится так, чтобы суицидальная попытка, по представлению подростка, была эффективной. В оставленных записках обычно звучат идеи самообвинения. Записки более адресованы самому себе, чем другим, или предназначены для того, чтобы избавить от чувства вины знакомых и близких.

ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДА И ПАРАСУИЦИДА

К *ситуациям риска* провоцирующим подростков на совершение суицида относятся:

- ситуации, переживаемые как обидные, оскорбительные, несправедливые, угрожающие их образу «я» и унижающие чувство собственного достоинства;
- конфликтные отношения в семье;
- смерть любимого (другого значимого человека);

- разрыв отношений и межличностные конфликты;
- запугивание, издевательства со стороны сверстников, длительное пребывание в роли «козла отпущения» или жертвы;
- серьезные трудности в учебе и высокие требования в школе к итоговым результатам обучения (экзамены);
- нежелательная беременность, аборт и его последствия;
- ВИЧ-инфекция или заражение другой болезнью, передающейся половым путем;
- серьезная физическая болезнь.

Семейными факторами, влияющими на суицидальность детей и подростков являются:

- психические отклонения у родителей;
- история самоубийства и суицидальные попытки в семье;
- насилие в семье (включая психическое, физическое и сексуальное);
- недостаток внимания и заботы либо излишняя родительская авторитарность, отсутствие гибкости (ригидность) в вопросах воспитания;
- конфликтные отношения между членами семьи и неспособность продуктивного обсуждения семейных проблем;
- развод родителей.

Психические расстройства:

- депрессия,
- девиантное поведение,
- психоз,
- расстройство адаптации.

СИМТОМЫ ОСНОВНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Депрессия. Сочетание симптомов депрессии и проявлений антисоциального поведения описывают как самый частый предвестник самоубийства у подростков.

Школьники, страдающие депрессией, нередко обращаются к врачу с жалобами на соматические симптомы (головные боли, боли в животе, стреляющие боли в ногах или груди).

Девочки в состоянии депрессии обычно замыкаются в себе, становятся молчаливыми, печальными и пассивными. В отличие от них мальчики чаще проявляют склонность к разрушительному и агрессивному поведению, учителям и родителям приходится уделять им много внимания. Агрессивность может приводить к изоляции и одиночеству, которые сами по себе являются факторами риска суицидального поведения.

Особенности течения депрессии в разных возрастных группах представлены в следующей таблице.

**Признаки депрессии у детей и подростков
(сравнительная характеристика)**

Дети	Подростки
Печальное настроение	Печальное настроение
Потеря свойственной детям энергии	Чувство скуки
Внешние проявления печали	Чувство усталости
Нарушения сна	Нарушения сна
Соматические жалобы	Соматические жалобы
Изменение аппетита или веса	Неусидчивость, беспокойство
Ухудшение успеваемости	Фиксация внимания на мелочах
Снижение интереса к обучению	Чрезмерная эмоциональность
Страх неудачи	Замкнутость
Чувство неполноценности	Рассеянность внимания
Негативная самооценка	Агрессивное поведение

Постоянное чувство вины	Непослушание
Повышенная чувствительность к средовым воздействиям, сужение зоны комфорта	Склонность к бунту
Чрезмерная самокритичность	Злоупотребление алкоголем или наркотиками
Снижение общительности	Плохая успеваемость
Агрессивные действия	Прогоулы в школе

Психозы (психотические расстройства):

своеобразные нарушения мышления в виде оторванности от внешнего мира и реальных факторов, бредовых идей воздействия и управления своими действиями или мыслями посторонней силой, бредовых идей самообвинения, самоуничужения, виновности и преследования;

наличие слуховых галлюцинаций императивного (вынуждающего к действию) характера. Дети слышат голос (или голоса), которые приказывает совершить суицид, «уйти из жизни».

Распространенность у детей и подростков тяжелых психических расстройств, подобных шизофрении или маниакально-депрессивному психозу является невысокой. Суицидальный риск в категории таких пациентов возрастает при сочетании психотического расстройства и злоупотребления алкоголем, наркотиками и табачными изделиями.

Расстройство адаптации:

наблюдается в период адаптации к значительному изменению социального статуса (потеря близких или длительная разлука с ними, положение беженца и тому подобные) или к стрессовому жизненному событию (в том числе – серьезное физическое или психическое заболевание).

Симптомы:

- депрессивное настроение, тревога, беспокойство;

- чувство неспособности справиться с ситуацией, приспособиться к ней;
- снижение продуктивности (плохая успеваемость, снижение внимания, памяти);
- склонность к драматическому поведению, вспышки агрессии.

Нарушения поведения:

возбуждение, агрессия, импульсивность, прогулы в школе и уходы из дома, вызывающее провокационное поведение, воровство, лживость, откровенное постоянное непослушание.

Среди детей и подростков с нарушениями поведения и склонных к самоубийству, многие злоупотребляют алкоголем и наркотиками. Установлено, что в данной суицидальной группе риска перед совершением суицидальной попытки каждый четвертый употреблял алкоголь или наркотические вещества.

Нарушения пищевого поведения (нервная анорексия)

Расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса из-за неудовлетворенности своим телосложением и внешностью. Подростки стремятся похудеть, избегая употребления калорийной пищи, снижая пищевой объем, вызывая рвоту после еды, принимая слабительные и мочегонные средства, чрезмерно занимаясь физкультурой и спортом.

Анорексия весьма часто сочетается с депрессией, суицидальный риск у этого контингента примерно в 20 раз выше, чем в общей подростковой популяции.

ЗНАКИ (ПРОЯВЛЕНИЯ) СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Поведенческие признаки:

- внезапная замкнутость и отказ от общения с детьми;
- употребление спиртного и/или наркотических средств;

- избегающее поведение (необъяснимые или часто повторяющиеся исчезновения из дома, прогулы в школе);
- безразличное или негативное отношение к своему внешнему виду;
- безразличное, а иногда бравадирующее отношение к ситуациям неудач в повседневной жизни;
- внезапное враждебное поведение, асоциальные поступки, инциденты с правоохранительными органами, участие в беспорядках;
- внезапно могут появиться проблемы концентрации внимания, снижение успеваемости, активности, неспособность к волевым усилиям.

Особенности эмоционального состояния и особенности мышления, свидетельствующие о суицидальной угрозе:

- невыносимая психологическая боль, которую хочется уменьшить любыми средствами;
- разочарование в удовлетворении психологических потребностей (потребности в безопасности, возможности достичь чего-то, овладеть чем-то, необходимости дружбы или принадлежности к чему-то или к какой-то группе);
- поиск решения проблем не дает результата, заводит в тупик, наводит на мысли о смерти;
- присутствует беспомощность, безнадежность, чувство бессилия, невозможность что-то сделать, чувство, что никто из окружающих не может ему помочь в борьбе с его болью;
- конфликт ценностей и полярность мышления. Видит вещи в черно-белом свете, либо все хорошо, либо все плохо;
- противоречивость (амбивалентность) в отношениях и мышлении, например: одновременно любит и ненавидит родителей, сестер и братьев, противоречив в принятии своего решения о жизни и смерти.

Именно эта противоречивость и дает возможность вовремя предотвратить суицидальный поступок. Подросток старается сделать так, чтобы другие увидели его боль, остановили, переубедили и изменили ход его мыслей в суицидальном направлении, оставляя сигналы и ключи.

Словесные ключи:

- прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях: «Хочу умереть», «ты меня больше не увидишь», «я не могу больше выносить эту проблему», «скоро все это закончится»;
- шутки, иронические высказывания о желании умереть, о бессмысленности жизни;
- уверения в беспомощности и зависимости от других;
- прощание;
- сомообвинения;
- сообщение о конкретном плане суицида.

Поведенческие ключи:

- раздача своих ценностей, долгов (начинает чинить какие-то вещи с друзьями и родителями, что бы все было в порядке);
- написание «записок-завещаний»;
- несоблюдение правил личной гигиены, изменение привычек сна, питания;
- самоизоляция от других людей, резкое снижение повседневной активности;
- частое прослушивание траурной или печальной музыки;
- склонность к неоправданно рискованным поступкам.

Ситуационные ключи:

- психотравмирующие события, которые недавно произошли в жизни ребенка или подростка (разрыв отношений с любимым человеком, публич-

ное оскорбление, незаслуженное наказание, конфликт с родителями и т.п.).

МОТИВЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

- обида, чувство одиночества, отчужденности и непонимания;
- действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность;
- переживания по поводу смерти, развода или ухода родителей из семьи;
- чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения;
- страх позора, насмешек или унижения;
- любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность;
- чувство мести, злобы, протеста, угроза или вымогательство;
- желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации;
- страх наказания, нежелание извиниться;
- сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов, публикаций в СМИ («синдром Вертера»).

ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Основными «инструментами» педагогов и школьных психологов для оценки суицидального риска является беседа с подростком, наблюдение за ним, информация, полученная от третьих лиц (друзей, родственников), данные медицинской документации. В качестве дополнительных средств оценки суицидального риска рекомендуется использовать оценочные шкалы (Приложения №№ 1, 2, 3).

Состоянию высокого суицидального риска соответствует следующее:

- Устойчивые фантазии о смерти, невербальные «знаки», мысли, прямые или косвенные высказывания о самоповреждении или самоубийстве
- Состояние депрессии
- Проявления чувства вины /тяжёлого стыда /обиды /сильного страха

- Высокий уровень безнадежности в высказываниях
- Заметная импульсивность в поведении
- Факт недавнего/текущего кризиса/утраты
- Эмоционально-когнитивная фиксация на кризисной ситуации, объекте утраты
- Выраженное физическое или психическое страдание (болевого синдром, «душевная боль»)
- Отсутствие социально-психологической поддержки /не принимающее окружение
- Нежелание подростка принимать помощь /недоступность терапевтическим интервенциям /сожаления о том, что «еще жив»

Наличие хотя бы одного из вышеперечисленных состояний свидетельствует о высокой вероятности совершения суицидальной попытки.

КАК ВЕСТИ СЕБЯ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ УЧАЩИМИСЯ В ШКОЛЕ

Возникшие подозрения о суицидальной опасности являются показанием ряда следующих мероприятий:

1. Информирование родственников подростка о суицидальной опасности или действиях.
2. Обеспечение непрерывного наблюдения за подростком как в школе, так и в семье.
3. Привлечение для консультации детского психиатра или психотерапевта (с согласия родителей или официальных опекунов).

Алгоритм действия педагога-психолога при контакте с ребенком-суицидентом в различных психологических ситуациях:

А. При наличии признаков психических нарушений (брёда, галлюцинаций, психомоторного возбуждения).

К основным признакам бреда относятся ложные представления или умозаключения, в ошибочности которых пострадавшего невозможно разубедить (пример: «Я должен выбраться из окна и тогда люди перестанут болеть», «Я избран для великой миссии», «Я инопланетянин, я не могу разбиться, сейчас я вам это докажу ...»).

Галлюцинации характеризуются тем, что пострадавший переживает ощущение присутствия воображаемых объектов, которые в данный момент не воздействуют на соответствующие органы чувств (слышит голоса, видит людей, чувствует запахи и прочее).

В данной ситуации требуется:

1. Сообщить родителям и вызвать бригаду скорой психиатрической помощи.
2. До прибытия специалистов следить за тем, чтобы ребенок не навредил себе и окружающим. Уберите от него предметы, представляющие потенциальную опасность. Изолируйте его от детей и не оставляйте одного.
3. Говорите спокойным голосом. Соглашайтесь с ним. Помните, что в такой ситуации переубедить пострадавшего (изменить его бредовую направленность или доказать отсутствие галлюцинаций) невозможно.

Психомоторное возбуждение (потеря способность логически мыслить и принимать решения, ребенок становится похожим на животное, мечущееся в клетке: движения резкие, речь ненормально громкая, не реагирует на замечания и просьбы)

В данной ситуации:

1. Используйте прием «захват»: находясь сзади, просуньте свои руки ему под мышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя.
2. Изолируйте от других учащихся.
3. Говорите спокойным голосом о чувствах, которые он испытывает. («Тебе хочется что-то сделать, чтобы это прекратилось? Ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего?»)
4. Не спорьте, не задавайте вопросов, в разговоре избегайте фраз с частицей

«не», относящихся к нежелательным действиям, например: «Не беги - стой», «Не размахивай руками – опусти руки», «Не кричи – говори тише»).

5. Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением

Агрессия — один из непроизвольных способов, которым организм человека «пытается» снизить высокое внутреннее напряжение. Проявление злобы или агрессии может сохраняться достаточно длительное время.

В данной ситуации:

1. Сведите к минимуму количество окружающих (но не оставайтесь с ним один на один).
2. Дайте возможность «выпустить пар» (например, выговориться или «избить» диван, стул).
3. Демонстрируйте благожелательность. Даже если вы не согласны с ребенком, не обвиняйте его самого, а высказывайтесь по поводу его действий. Иначе агрессивное поведение будет направлено на вас. Нельзя говорить: «Что же ты за человек!» Следует сказать: «Ты ужасно злишься, тебе хочется все разнести вдребезги. Давай вместе попытаемся найти выход из этой ситуации».
4. Не старайтесь разрядить обстановку смешными комментариями или действиями.

Б. При наличии признаков психологического дискомфорта (плача, истерики).

Плач с суицидальными высказываниями.

В данной ситуации:

1. Не оставляйте его одного.
2. Установите с ним физический контакт (возьмите за руку, положите свою руку ему на плечо). Дайте ему почувствовать, что вы рядом.
3. Применяйте приемы «активного слушания» (они помогут ребенку вы-

плеснуть свое горе): говорите о своих и его чувствах.

4. Не старайтесь успокоить ребенка. Дайте ему возможность выплакаться и выговориться, «выплеснуть» из себя горе, страх, обиду.

5. Задавайте минимум вопросов, не давайте советов. Ваша задача — выслушать.

Истерический припадок (длится от нескольких минут до несколько часов).

Основные признаки: сохраняется сознание, чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы, речь эмоционально насыщенная, быстрая, крики, рыдания.

В данной ситуации:

1. Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Оставайтесь с ребенком наедине, если это не опасно для вас.
2. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко на него крикнуть).
3. Говорите короткими фразами, уверенным тоном («Выпей воды», «Умойся»).
4. После истерики наступает упадок сил. Уложите пострадавшего спать. До прибытия родителей или медработника наблюдайте за его состоянием.
5. Не потакайте его желаниям.

При контакте с суицидальным учащимся следует соблюдать баланс между дистанцией и близостью, между эмпатией и уважением.

В. В ситуациях подозрения на суицидальное поведение

Особенности коммуникации:

- сохранять понимающую и вежливую позицию;
- дать необходимые объяснения о чувствах и поведении человека в кризисе;
- принять то, что мы не всегда можем предупредить суицид;

- принять то, что суицид – это не игра и не беспомощная попытка привлечь к себе внимание; иначе говоря, к суициду нужно относиться серьезно;
- говорить с подростком о его чувствах, иначе его изоляция усиливается;
- учиться справляться с собственными страхами, в том числе через осмысление предмета и осознание его значения для себя;
- избегать моральных оценок и директивного тона в беседе;
- проявлять уважение к мнению и ценностям собеседника;
- избегать невыполнимых обязательств;
- иметь в себе мужество задавать нужные вопросы (максимально конкретные);
- избегать принятия решений «вместо» подростка-суицидента.

Часто подростки высказывают свою удовлетворенность беседой, что усыпляет бдительность окружающих. Следует помнить, что суицидальные мысли могут легко возвращаться в течение нескольких дней или часов.

В конце беседы следует проигрывать поведение подростка в будущих кризисных ситуациях или неразрешенной текущей. Примеры интервью (беседы) с подростком приведены в Приложении № 4.

Если вы чувствуете, что подросток находится в стадии риска, самое лучшее, что вы можете сделать для себя, это не заниматься этим один на один. Пусть в это будут вовлечены другие люди (родители, родственники, специалисты службы охраны психического здоровья – детские психиатры, психотерапевты, психологи).

Госпитализация в стационар осуществляется с согласия родителей или официальных опекунов ребенка и показана:

- во всех случаях повторных суицидных попыток;
- при наличии психических расстройств;

- при наличии высокого риска суицидных действий:
- устойчивых мыслей о самоубийстве;
- высоком уровне решимости умереть в ближайшем будущем (в течение ближайших часов или дней);
- существовании плана, в котором используется насильственный и высоко летальный метод;
- беспокойстве или панике;
- неблагоприятной семейной ситуации.

Порядок недобровольной госпитализации определен законом Республики Беларусь № 337, 1999 года "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДОВ В УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

- своевременное выявление учащихся с личностными нарушениями и обеспечение их психологической поддержкой;
- формирование с детьми и подростками более близких отношений путем доверительных бесед с искренним стремлением понять их и оказать помощь;
- проявление наблюдательности и умения своевременного распознавания признаков суицидальных намерений, словесных высказываний или изменений в поведении;
- оказание помощи в учебе ученикам с низкой успеваемостью;
- контроль посещаемости занятий и прогулов;
- дестигматизация психических болезней (борьба с преобладающим стыдом перед ними), предотвращение злоупотребления алкоголем и наркотиками;

- своевременное направление учащихся на лечение в связи с психическими расстройствами и злоупотреблением алкоголем или наркотиками;
- осуществление мероприятий по ограничению доступа к возможным средствам самоубийства – токсическим веществам и опасным медикаментам, пестицидам, огнестрельному или иному оружию и т.п.;
- формирование позитивных потребностей;
- развитие способности любить и быть любимыми;
- формирование умения себя занять и трудиться;
- раннее формирование устойчивых интересов (спорт, искусство, познание)
- организация деятельности, альтернативной отклоняющемуся поведению: кружки по интересам и спортивные секции, экскурсии и туры, походы, благотворительные акции и т.п.
- оказание помощи учителям и другим работникам школ в преодолении стресса на рабочих местах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Самоубийство является сложным многоплановым явлением, привлекающим внимание специалистов службы охраны психического здоровья детей и подростков, врачей-интернистов, школьных психологов и педагогов, социологов и в целом всех людей во все времена. Сегодня оно представляет собой серьезную проблему общественного здоровья, требующую постоянного внимания. Профилактика самоубийств, помимо усилий специалистов в области суицидологии, предусматривает повышение уровня знаний работников учебных заведений, что является важным условием эффективности предупредительных программ.

Уровень заболеваемости психическими расстройствами как и уровень суицидального поведения в детско-подростковой популяции, в значительной

степени определяются социальными факторами и условиями: изменением образа жизни, бытового уклада, высокими требованиями школьных программ, возможностями и формами занятости детей в каникулярное время, усилением информационного давления на детскую аудиторию, показателями состояния здоровья населения, употреблением психоактивных веществ (алкоголя, наркотических средств и токсикоманических веществ), что в целом приводит к социальному стрессу, снижению адаптационных возможностей детей и подростков, социальным конфликтам и ухудшает, в конечном итоге, психологическую обстановку в обществе.

Материал, изложенный в инструкции, и шкалы по выявлению суицидоопасных тенденций в поведении детей позволят: своевременно выявлять и направлять к специалистам детей с психической патологией, стабилизировать и уменьшить число случаев школьной и семейной дизадаптации, формировать здоровый образ жизни и нравственные ценности у детей и подростков, что, безусловно, приведет к снижению числа попыток самоубийств у детей и подростков.

ЭТО ПОЛЕЗНО ЗНАТЬ

Экстренная психологическая помощь в Минске:

Для взрослых – **290-44-44** (круглосуточно)

Для детей и подростков – **315-00-00** (круглосуточно)

Круглосуточная кризисная телефонная информационная линия по проблемам семьи и детей Минского городского центра социального обслуживания семьи и детей – **247-32-32**

Телефоны доверия в других городах Беларуси:

Борисов – (8-01777) 3-44-63 (с 15.00 до 17.00)

Брест – (8-0162) 40-62-26, 20-15-55 (круглосуточно)

Вилейка – (8-01771) 5-14-98 (с 8.00 до 16.00)

Витебск – (8-0212) 24-63-10 (круглосуточно)

Гомель – (8-0232) 37-91-91 (круглосуточно)

Гродно – (8-152) 75-75-15 (круглосуточно)

Жодино – (8-01775) 3-48-46

(пн., ср., пт. – с 16.00 до 20.00; вт., чт. – с 8.00 до 12.00)

Могилев – (8-0222) 47-31-61 (круглосуточно)

Молодечно – (8-01773) 5-46-44 (с 8.00 до 20.00)

Орша – (8-0216) 21-00-19 (с 8.00 до 20.00)

Полоцк – (8-021144) 3-22-20 (с 8.00 до 20.00)

Слуцк – (8-01795) 5-31-10 (с 8.00 до 17.00)

Солигорск – (8-01710) 3-02-98 (с 13.30 до 15.30)

ПОЛЕЗНЫЕ ССЫЛКИ (ЧТО ЧИТАТЬ):

1. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врачей общей практики . – Минск «Беларусь», 2001.
2. Ласый Е. В. Степень осознания стремления к смерти в аутоагрессивном акте//Актуальные вопросы психотерапии. – Минск, 1998.

3. Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства / Пер. с англ. М.: Смысл, 2000.
4. Малкин-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во Эксмо, 2006. – 960 с – (Справочник практического психолога).
5. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / Под ред. Этьенна Г. Круга и др./ Пер. с англ. – М.: Издательство «Весь Мир», 2003. – 376 с.
6. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчёт о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. – ВОЗ, 2006. – 185 с.
7. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текста. – М.: «Когито-Центр», 2001.
8. Bertolote J.M., Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective // World Psychiatry. – 2002. – Vol. 1, #3. – pp. 147-152.
9. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G-X. Global suicide rates among young people aged 15-19 // World Psychiatry. – 2005. – Vol. 4, #2. – pp. 114-120.

Приложение 1

Шкала оценки риска суицида (The SAD PERSONS Scale, Patterson et al. 1983)

	Фактор	Значение
Sex	Пол	1 – мужской; 0 - женский
Age	Возраст	1 – 12 - 24 лет или >45
Depression	Депрессия (депрессивные состояния в прошлом и настоящее время)	1 – если есть (или были в прошлом)
Previous attempt	Парасуициды в анамнезе (предыдущие попытки)	1 – если есть
Ethanol abuse	Злоупотребление алкоголем, зависимость от психоактивных веществ	1 – если есть
Rational thinking loss	Нарушение рационального мышления (бред, галлюцинации, фиксация на потере, депрессивное сужение восприятия)	1 – шизофрения, расстройство настроения, когнитивные нарушения
Social support lacking	Недостаток социальной поддержки (проживание в одиночестве, тяжёлые нарушенные отношения, не принимающее социальное окружение, нет друзей, узкий круг общения)	1 – если присутствует, особенно при недавней потере «значимого другого» (несчастливая любовь, смерть близких, гибель кумира и т.п.)
Organized plan	Организованный план суицида (выбрано время, место, способ высоко летален и легок в исполнении)	1 – если есть, а избранный метод потенциально летален
No spouse	Отсутствие супруги (супруга), родителей	1 – разведен, вдов, отделён, проживает в одиночестве, проживает в приемной семье, доме-интернате
Sickness	Болезнь (хронические заболевания, сопровождающиеся сильными болями и	1 – если есть, особенно хроническая, инвалидизирующая, тяжёлая

	/или утратой подвижности, социальными ограничениями)	
--	--	--

Общий балл варьирует от 0 (очень низкий риск) до 10 (очень высокий риск)

Действия

Общий балл	Предполагаемое действие
0 – 2, низкий риск	Невысокая степень суицидального риска (амбулаторное наблюдение)
3 – 4, средний риск	Амбулаторное наблюдение с частыми встречами (1-3 р/нед); дневной стационар; рассмотреть возможность госпитализации.
5 – 6, высокий риск	Рекомендовать госпитализацию, если нет уверенности в качественном амбулаторном наблюдении (психиатрическая и социальная службы, родственники)
7 – 10, очень высокий риск	Госпитализация (в том числе принудительная)

Приложение 2

ОПРОСНИК САН

Этот бланковый тест предназначен для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения.

Сущность оценивания заключается в том, что испытуемых просят соотнести свое состояние с рядом признаков по многоступенчатой шкале. Шкала эта состоит из индексов (3 2 1 0 1 2 3) и расположена между тридцатью парами слов противоположного значения, отражающих подвижность, скорость и темп протекания функций (активность), силу, здоровье, утомление (самочувствие), а также характеристики эмоционального состояния (настроение). Испытуемый должен выбрать и отметить цифру, наиболее точно отражающую его состояние в момент обследования.

При обработке эти цифры перекодируются следующим образом: ин-

декс 3, соответствующий неудовлетворительному самочувствию, низкой активности и плохому настроению, принимается за 1 балл; следующий за ним индекс 2 – за 2; индекс 1 – за 3 балла и так до индекса 3 с противоположной стороны шкалы, который соответственно принимается за 7 баллов (учтите, что полюса шкалы постоянно меняются).

Итак, положительные состояния всегда получают высокие баллы, а отрицательные низкие. По этим "приведенным" баллам и рассчитывается среднее арифметическое как в целом, так и отдельно по активности, самочувствию и настроению.

Следует упомянуть, что при анализе функционального состояния важны не только значения отдельных его показателей, но и их соотношение. Дело в том, что у отдохнувшего человека оценки активности, настроения и самочувствия обычно примерно равны. А по мере нарастания усталости соотношение между ними изменяется за счет относительного снижения самочувствия и активности по сравнению с настроением.

Код опросника

Вопросы на самочувствие – 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Вопросы на активность – 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Вопросы на настроение – 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Типовая карта методики САН

Фамилия, инициалы _____

Пол _____ Возраст _____

Дата _____ Время _____

1. Самочувствие хорошее	3	2	1	0	1	2	3	Самочувствие плохое
2. Чувствую себя сильным	3	2	1	0	1	2	3	Чувствую себя слабым
3. Пассивный	3	2	1	0	1	2	3	Активный
4. Малоподвижный	3	2	1	0	1	2	3	Подвижный
5. Веселый	3	2	1	0	1	2	3	Грустный
6. Хорошее настроение	3	2	1	0	1	2	3	Плохое настроение
7. Работоспособный	3	2	1	0	1	2	3	Разбитый
8. Полный сил	3	2	1	0	1	2	3	Обессиленный
9. Медлительный	3	2	1	0	1	2	3	Быстрый
10. Бездеятельный	3	2	1	0	1	2	3	Деятельный
11. Счастливый	3	2	1	0	1	2	3	Несчастный
12. Жизнерадостный	3	2	1	0	1	2	3	Мрачный
13. Напряженный	3	2	1	0	1	2	3	Расслабленный
14. Здоровый	3	2	1	0	1	2	3	Больной
15. Безучастный	3	2	1	0	1	2	3	Увлеченный
16. Равнодушный	3	2	1	0	1	2	3	Взволнованный
17. Восторженный	3	2	1	0	1	2	3	Унылый
18. Радостный	3	2	1	0	1	2	3	Печальный
19. Отдохнувший	3	2	1	0	1	2	3	Усталый
20. Свежий	3	2	1	0	1	2	3	Изнуренный
21. Сонливый	3	2	1	0	1	2	3	Возбужденный
22. Желание отдохнуть	3	2	1	0	1	2	3	Желание работать
23. Спокойный	3	2	1	0	1	2	3	Озабоченный
24. Оптимистичный	3	2	1	0	1	2	3	Пессимистичный
25. Выносливый	3	2	1	0	1	2	3	Утомляемый

26. Бодрый	3	2	1	0	1	2	3	Вялый
27. Соображать трудно	3	2	1	0	1	2	3	Соображать легко
28. Рассеянный	3	2	1	0	1	2	3	Внимательный
29. Полный надежд	3	2	1	0	1	2	3	Разочарованный
30. Довольный	3	2	1	0	1	2	3	Недовольный

Приложение 3

Шкала безнадёжности (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974)

Ниже приводится 20 утверждений о Вашем будущем. Пожалуйста, прочтите внимательно каждое и отметьте одно верное утверждение, которое наиболее точно отражает Ваши чувства в настоящее время. Обведите кружком слово ВЕРНО если Вы согласны с утверждением или слово НЕВЕРНО, если Вы не согласны. Среди утверждений нет правильных или неправильных. Пожалуйста, обведите ВЕРНО или НЕВЕРНО для всех утверждений. Не тратьте слишком много времени на одно утверждение.

01	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я жду будущего с надеждой и энтузиазмом
02	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мне пора сдаться, т.к. я ничего не могу изменить к лучшему
03	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда дела идут плохо, мне помогает мысль, что так не может продолжаться всегда
04	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не могу представить, на что будет похожа моя жизнь через 10 лет
05	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня достаточно времени, чтобы завершить дела, которыми я больше всего хочу заниматься
06	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем, я надеюсь достичь успеха в том, что мне больше всего нравится
07	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне во тьме
08	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я надеюсь получить в жизни больше хорошего, чем средний человек
09	ВЕРНО	НЕВЕРНО	У меня нет никаких просветов и нет причин верить, что они появятся в будущем

10	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Мой прошлый опыт хорошо меня подготовил к будущему
11	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Всё, что я вижу впереди – скорее, неприятности, чем радости
12	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я не надеюсь достичь того, чего действительно хочу
13	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Когда я заглядываю в будущее, я надеюсь быть счастливее, чем я есть сейчас
14	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Дела идут не так, как мне хочется
15	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я сильно верю в своё будущее
16	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Я никогда не достигаю того, что хочу, поэтому глупо что-либо хотеть
17	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Весьма маловероятно, что я получу реальное удовлетворение в будущем
18	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Будущее представляется мне расплывчатым и неопределённым
19	ВЕРНО	НЕВЕРНО	В будущем меня ждёт больше хороших дней, чем плохих
20	ВЕРНО	НЕВЕРНО	Бесполезно пытаться получить то, что я хочу, потому, что, вероятно, я не добьюсь этого

№	Ответ	Балл	№	Ответ	Балл
01	НЕВЕРНО	1	11	ВЕРНО	1
02	ВЕРНО	1	12	ВЕРНО	1
03	НЕВЕРНО	1	13	НЕВЕРНО	1
04	ВЕРНО	1	14	ВЕРНО	1
05	НЕВЕРНО	1	15	НЕВЕРНО	1
06	НЕВЕРНО	1	16	ВЕРНО	1
07	ВЕРНО	1	17	ВЕРНО	1
08	НЕВЕРНО	1	18	ВЕРНО	1
09	ВЕРНО	1	19	НЕВЕРНО	1
10	НЕВЕРНО	1	20	ВЕРНО	1

Интерпретация

Максимальный счёт – 20 баллов

0-3 балла – безнадёжность не выявлена;

4-8 баллов – безнадёжность лёгкая;

9-14 баллов – безнадёжность умеренная;

15-20 баллов – безнадёжность тяжёлая.

Приложение 4

Примеры вопросов, используемых в беседе с суицидальным подростком:

1. Нужно выяснить, не изменились ли у него привычки сна, еды, не стал ли он спать меньше обычного или, наоборот, больше обычного, рано просыпаться.
2. Какие изменения произошли в последнее время в его жизни? Спросите, пережил ли он недавно какую-то тяжелую потерю: развод родителей, потерю близкого друга, подруги, родителя? Совершал ли в семье кто-то покушение на свою жизнь?
3. Что этот кризис для него означает?
4. Как он раньше разрешал существующие проблемы и почему не получается сейчас?
5. Что бы ему сейчас помогло лучше себя чувствовать?
6. С чего бы он начал, если бы хотел что-то изменить?
7. Кто может его в этом поддержать?
8. Есть ли люди, которым он доверяет и кто это?
9. С чем, по его мнению, связан этот кризис?
10. Нужно спрашивать, не думал ли он о самоубийстве? Сам факт вынесения этого вопроса на обсуждение не заставляет подростка думать о суициде. И, конечно, не заставляет его сделать это. И если на самом деле у подростка были суицидальные мысли, то если он расскажет вам об этом, для него, возможно, в этом будет облегчение.
11. И если он говорит, что он думал об этом, то спросите: «А у тебя и план есть?»
12. Если он говорит «да», спросите, есть ли способы приведение его в исполнение?

13. Затем спросите: «А что тебя останавливает?» Он может сказать: «Религия, мои родители будут в отчаянии», или: «Я очень боюсь этого шага»
14. Нужно спросить напрямую, пытался ли он совершить суицид? И может так случиться, что вы первый человек, которому он это рассказал.
15. Спросите, не было ли у него друзей, одноклассников, которые бы совершали покушение на свою жизнь?
16. Что изменится, если он покончит с собой?