**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 и настораживающим является тот факт, что год от года растет количество парасуицидов (незавершенных суицидальных попы­ток), особенно среди лиц подросткового возраста. Только за последний год показатель незавершенных 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, обществен­ном 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 летальности определённых средств (медикаменты, химикаты). Любая форма аутоагрессии требует терапевтического подхода. Ярлыки «демонстратив­ный», «манипулятивный» привносят 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, I 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 | Прогулы в школе |

***Психотические расстройства***

    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.

    Проявления психоза:

    бредовые идеи самообвинения, самоуничижения, виновности, преследования, воздействия,  наличие  слуховых  галлюцинаций  императивного  характера  («приказывающие голоса»).

***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 бравирующее 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;

-  самообвинения;

-  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, публич­ное 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, 3,4).

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 безнадёжности в высказываниях
* Заметная импульсивность в поведении
* Факт недавнего/текущего кризиса/утраты
* Эмоционально-когнитивная фиксация на кризисной ситуации, объекте утраты
* Выраженное физическое или психическое страдание (болевой 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.

1. Обеспечение непрерывного наблюдения за подростком как в шко­ле, так и в семье.
2. 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** (бреда, галлюцина­ций, психомоторного возбуждения).

**К основным признакам бреда** относятся ложные представления или умозаключения, в ошибочности которых пострадавшего невозможно ра­зубедить (пример: «Я должен выброситься 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 выплеснуть 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 нескольких 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. Останьтесь 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 см. 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 злоупотребленияем алкоголем или наркоти­ками;
* осуществление мероприятий по ограничениию 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 тур­походы, 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 токсикоманиче-ских 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 суи-цидоопасных тенденций в поведении детей позволят: своевременно выяв­лять и направлять к специалистам детей с психической патологией, стаби­лизировать и уменьшить число случаев школьной и семейной дизадапта-ции, формировать здоровый образ жизни и нравственные ценности у де­тей и подростков, что, безусловно, приведет к снижению числа попыток самоубийств у детей и подростков.