



МАГІЛЁУСКІ АБЛАСНЫ
ВЫКАНАЎЧЫ КАМІТЭТ

ГАЛОЎНАЕ УПРАВЛЕННЕ
ПА АХОВЕ ЗДАРОЎЯ

вул. Першамайская, 71, 212030, г.Магілёў
Тэл. (0222) 32-66-77, факс (0222) 27-35-26
E-mail: uzo_let@mogilev.by

р/р BY67BLBB36040700008090001001 Дырэкцыя ААТ
“Белінвестбанк”
на Магілёўскай вобласці, бік BLBBBY2X, УНП 700008090

От 30.08.19. № 2151/17нодз

На № _____ ад _____

МОГІЛЁВСКІЙ ОБЛАСТНОЙ
ІСПОЛНІТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

ул. Первомайская, 71, 212030, г.Могилев
Тел. (0222) 32-66-77, факс (0222) 27-35-26
E-mail: uzo_let@mogilev.by

р/с BY67BLBB36040700008090001001 Дирекция ОАО
«Белинвестбанк»
по Могилевской области. бик BLBBBY2X, УНП 700008090

Главное управление образования
Могилевского облисполкома

Главное управление по здравоохранению облисполкома во исполнение п.7.3 решения Могилевского облисполкома от 11.07.2019 «О мерах по предупреждению гибели людей, в том числе несовершеннолетних, от внешних причин» предоставляет методические рекомендации по раннему выявлению суицидальных рисков у несовершеннолетних-учащихся учреждений образования для психологов, педагогов учреждений образования.

Приложение на 21 л.

1. Экспресс диагностика суицидального риска у детей и подростков.
2. Инструкция «Суицид и суицидальное поведение. Алгоритм действий при выявлении суицидально настроенного ребенка. Диагностика и профилактика суицидального поведения в детско-подростковом возрасте»

Начальник
главного управления

А.Д.Жилин

УТВЕРЖДАЮ
Начальник главного управления
по здравоохранению
Могилевского облисполкома
А.Д. Жилин _____
«_____» 2019г.

**Экспресс диагностика суициального риска у детей и
подростков.**

Учреждение разработчик:

УЗ «Могилевская областная психиатрическая больница»

Составили: Нестер Л.Н. – главный врач, главный внештатный специалист ГУЗО по оказанию психиатрической помощи.

Лаппо Н.С. – заведующий медико-психологическим отделением, главный внештатный специалист ГУЗО по оказанию психологической помощи.

Лаппо Н.Г. – психолог медико-психологического отделения.

Телефон экстренной психологической
помощи «Телефон доверия» 80222 - 473161

Данный тест предназначен для диагностики суицидального риска у детей и подростков. Является пособием для специалистов – психологов системы образования. Направлен на быстрое выявление суицидального риска, с целью принятия необходимых мер по предотвращению суицидальных действий и купированию суицидальных мыслей.

За каждый ответ «да» начисляется – 1 балл.

№	Вопрос	Да	Нет
1	Употреблял ли ты алкоголь или наркотики когда нибудь?		
2	Тебе знакомо понятие «Несчастная любовь»?		
3	Ты любишь риск?		
4	Тебе часто не хватает денег?		
5	Добровольно уйти из жизни может только смелый человек?		
6	В твоей семье часто ссорятся ?		
7	Ты потерял свой смысл жизни?		
8	Ты чувствуешь себя не красивым и ущербным?		
9	В школе у тебя нет друзей?		
10	Окружающие люди плохо к тебе относятся и не понимают?		

Интерпретация:

1-2б. – недостоверный результат (диссимуляция. На диссимуляцию и формальное отношение также могут указывать слишком быстрые ответы на вопросы).

3-4б. – норма. Отсутствие суицидального риска на момент оценки.

5-6б. – суицидальный риск несколько повышен. Указывает на необходимость консультации врача психотерапевта и дополнительной психодиагностики.

7-8б. – высокий суицидальный риск. Предполагает госпитализацию, либо частое до 3 раз в неделю амбулаторное наблюдение врача психиатра.

9-10б. – выраженный суицидальный риск. Обязательная госпитализация.

УТВЕРЖДАЮ
Начальник главного управления
по здравоохранению
Могилевского облисполкома
А.Д. Жилин
« 23 » августа 2019г.

Инструкция:

«Суицид и суицидальное поведение. Алгоритм действий при выявлении суицидально настроенного ребенка. Диагностика и профилактика суицидального поведения в детско-подростковом возрасте».

(для специалистов – психологов системы образования)

Учреждение разработчик:

УЗ «Могилевская областная психиатрическая больница»

Составили: Нестер Л.Н. – главный врач, главный внештатный специалист ГУЗО по оказанию психиатрической помощи.

Головач П.В. - заместитель главного врача (по медицинской части), главный внештатный специалист-суицидолог ГУЗО.

Лазаренко Е.В. – заместитель главного врача (по медицинской части).

Лаппо Н.С. – заведующий медико-психологическим отделением, главный внештатный специалист ГУЗО по оказанию психологической помощи.

Барановская И.Г. – психолог медико-психологического отделения.

Телефон экстренной психологической помощи «Телефон доверия» 80222 - 473161

Настоящая инструкция содержит: 1) систематически изложенные теоретико-методологические основы причин, типов, факторов и признаков суицидального поведения. 2) алгоритм действий при выявлении суицидально настроенного ребенка. 3) методы диагностики и профилактики суицидального поведения.

Инструкция предназначена для специалистов-психологов системы образования. Предлагается как пособие для диагностики суицидального риска у детей, а также содержит алгоритм действий специалистов системы образования при выявлении суицидально настроенного ребенка.

Подросток часто переживает проблемы трех «Н» (по Вроно Е.): непреодолимость трудностей, нескончаемость несчастья и непреодолимость тоски и одиночества.

Отчаявшийся подросток вынужден бороться с тремя «Б»: беспомощность, бессилие и безнадежность. И это надо учитывать психологу при оценке суицидального риска и работе с таким ребенком.

Термины и понятия используемые в инструкции.

- **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.
- **Идентификация** (по Эриксон) включает преемственность с индивидуальным прошлым, чувство постоянства, а также целостное ощущение Я, включающее цели, задачи и стиль жизни наряду с сексуальной идентификацией.

Факторы суицидального поведения:

Диапазон факторов внутренней и внешней среды, повышающих вероятность суицидального поведения, достаточно широк. С определенной долей условности известные к настоящему времени факторы суицидального риска можно разделить на социально-демографические, природные, медицинские и индивидуальные.

Социально-демографическим факторам относят:

- пол (установлено, что мальчики гораздо чаще совершают суицидальные действия, чем девочки, и в большинстве своем через повешенье).
- возраст (чаще попытки уйти из жизни совершают дети, находясь в подростковом возрасте от 15 до 17 лет).
- место жительства (установлено, что даже в пределах одного города частота завершенных самоубийств выше в центральной его части, а незавершенных - на окраинах);
- семейное положение (существенное влияние оказывает также социально-психологический тип семьи);

Социально-экономические факторы:

- В периоды войн и революций значительно уменьшается число самоубийств, а во время экономических кризисов увеличивается. Так, в Великобритании в годы экономической депрессии 1936-1938 гг. 30 % всех самоубийц составили безработные. По данным ВОЗ (1960), частота самоубийств прямо пропорциональна степени экономического развития страны.
- Природные факторы. В большинстве исследований указывается на увеличение частоты самоубийств весной. Имеются противоречивые факты зависимости частоты самоубийств от дня недели и от времени суток.
- Медицинские факторы: острые и хронические соматические заболевания обнаруживают у многих суицидентов, причем на первом месте стоят заболевания органов дыхания, затем пищеварительного тракта, аппарата движения и опоры и травмы. Церебрально-органическая патология. Чем острее протекает органическое поражение головного мозга, тем ниже суицидальный риск. По мере хронификации органического заболевания головного мозга возможно как понижение суицидального риска (при нарастании деменции), так и его повышение (при психопатизации личности).
- Психическая патология. Душевнобольные совершают самоубийства чаще, чем психически здоровые лица. Наиболее высокий суицидальный риск отмечается при реактивных депрессиях, неалкогольных токсикоманиях, психопатиях и аффективных психозах.

Индивидуально – личностные факторы суицидального риска:

- Личностные и характерологические особенности часто играют ведущую роль в формировании суицидального поведения. Повышенный риск самоубийства характерен для дисгармоничных личностей, при этом личностная дисгармония может быть вызвана как утрированным развитием отдельных интеллектуальных, эмоциональных и волевых характеристик, так и их недостаточной выраженностью;
- Повышают суицидальный риск такие противоположные качества личности, как отсутствие целеустремленности и чрезмерная

настойчивость в достижении поставленной цели, аффективная неустойчивость и эмоциональная застrevаемость, чрезмерная общительность и недостаточная коммуникативность, повышенная и пониженная самооценка. В число личностных характеристик, облегчающих формирование суициального поведения, следует отнести также аффективную логику, возбудимость, категоричность суждений и умозаключений. Особенности характера находят отражение и в серьезности суициальных поступков.

- Высокая частота суициальных поступков наблюдается в тех социальных группах, где существующие моральные нормы допускают, оправдывают или поощряют самоубийство при определенных обстоятельствах (суициальные поступки в молодежной субкультуре как доказательство преданности и мужества, расширенное самоубийство престарелых лиц и больных с хроническими заболеваниями, эпидемии самоубийства среди религиозных сектантов и др.).

Говоря о медицинских факторах причин суицидов, необходимо отметить, что:

- Психические расстройства являются серьёзным фактором риска суицида. *Суициденты представлены диагностическими категориями: 1) психически здоров; 2) лица с пограничными расстройствами; 3) психические заболевания.* Во многих случаях состояние ребенка на момент суицида соответствует критериям диагноза какого-либо психического расстройства. Самые частые среди них – это расстройства настроения, расстройства личности, зависимость от психоактивных веществ, шизофрения и другие психозы, расстройство адаптации. Также высокий суициальный риск может быть связан с такими расстройствами как нервная анорексия, паническое расстройство, расстройства, связанные со стрессом и др. Как правило, предиктором суицида является не диагноз, а клиническое состояние ребенка, т.е. психопатологический синдром, регистрируемый на данный момент.
- При наличии нарушений психического здоровья нужно обращать внимание на наличие реальных конфликтов у психически больных; на наличие стойких патологических мотивировок; отношение к самому факту «психиатрического диагноза»
- Связь между соматической патологией и суициальным поведением очень велика. Наибольший риск суицида связан с: эпилепсией; онкологическими заболеваниями и заболеваниями органов кроветворения; сердечно-сосудистыми заболеваниями; заболеваниями органов дыхания (астма, туберкулоз); врожденными и приобретенными уродствами; потерей физиологических функций; ВИЧ-инфекцией; состояниями после тяжёлых операций и трансплантации донорских органов и тканей.

- При этом нужно учитывать индивидуальную восприимчивость физических страданий.

В 31-44% случаев самоубийств эксперты ставят более одного психиатрического диагноза, т.е. коморбидность расстройств значительно увеличивает риск суицида.

Факторы риска суицида и парасуицида у детей.

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

- ситуаций, переживаемые как обидные, оскорбительные, несправедливые, угрожающие их образу «я» и унижающие чувство собственного достоинства, вызывающие чувство протеста и мести;
- конфликтные взаимоотношения в семье;
- потеря любимого (другого значимого) человека (смерть, обман значимого взрослого, разрыв отношений, уход из семьи, арест и пр);
- 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 и/или родителей к итоговым результатам обучения (экзамены) К суициду могут привести как насмешки и постоянное чувство неполноценности у подростков с плохой успеваемостью, так и неожиданная неудача у одаренного подростка, привыкшего к восхищению и не способного пережить чувство обиды, стыда и вины за то, что подвел родителей. Многим отличникам свойственна привычка относиться к своим решениям как к единствено правильным и неукоснительно исполнять их. При переживании поражения эта особенность характера часто подталкивает одаренных подростков к отчаянному шагу.;
- увлечение субкультурами (ЭМО, вампиранизм, сатанинские sectы, сообщества);
- нежелательная беременность, аборт и его последствия, сексуальное насилие, сексуальные отклонения ,проблемы с идентификацией;
- ВИЧ-инфекция или заражение другой болезнью, передающейся половым путем;
- серьезная физическая болезнь;
- незрелость личности и определенные формирующиеся черты характера ребенка (высокая агрессивность и оппозиция , особенно у подростков 14-16 лет; эмоциональная неустойчивость; неправильная самооценка; пубертатные кризы; предрасположенность эмоционального отвержения, преобладающая у подростков 12-16 лет; инфантильные

способы психологической защиты, преобладающие у подростков 14-18 лет) .

Семейными факторами, влияющими на суициальность 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 (риgidность) в вопросах воспитания;
- конфликтные отношения между членами семьи и неспособность продуктивного обсуждения семейных проблем;
- развод родителей;
- -переезд семьи на новое место жительства.

Нельзя недооценивать значение возникающих психических расстройств у ребенка, таких как :

- депрессия,
- девиантное поведение,
- психотическое расстройство (острое или хроническое),
- расстройство адаптации,
- зависимость от психоактивных веществ (алкоголя, наркотиков, токсических , в том числе лекарственных, средств).

При этом следует иметь ввиду, что суицидальное поведение включает в себя как истинные намерения, так и демонстративно-шантажные намерения (чаще это заканчивается парасуицидом), так и скрытые намерения.

Суицид и суицидального поведение:

Суицидальное поведение включает:

- ✓ суицидальные мысли;
- ✓ суицидальные приготовления;
- ✓ суицидальные попытки;
- ✓ суицидальные намерения;
- ✓ собственно акт суицида.

Роль помощника врача особенно велика на этапе распознавания суицидальных мыслей, выявления приготовлений и попыток в прошлом, воздействии на суицидальные намерения и, как результат, предотвращения суицидальной попытки.

В настоящее время существуют две типологические схемы суицидальных актов:

1.Внешние формы зависящие от цели:

- 1.1. Истинные суициды.
- 1.2. Демонстративно-шантажные.
- 2. Внутренние, зависящие от личностной мотивации:
 - 2.1. Протест.
 - 2.2. Призыв.
 - 2.3. Избегание.
 - 2.4. Самонаказание.
 - 2.5. Отказ.

Парасуицид – один из компонентов пресуициального синдрома: незавершенные суицидальные действия, которые представляют собой либо проявления суицидального шантажа, либо этап суицидального поведения, который предшествует завершенному истинному суициду, т.е. акт намеренного самоповреждения, не приводящий к смерти.

Демонстративный суицид – это попытка самоубийства не имеет истинной цели ухода из жизни, однако в результате неверной оценки ситуации возможен летальный исход. Ребенок может осознавать или не осознавать свои истинные намерения. У детей такое поведение может нести черты манипулятивности, чтобы заставить значимого человека вернуться, совершить необходимое ребенку действие, но иногда и просто от отчаяния.

Демонстративное суицидальное поведение служит основной причиной госпитализации эмоционально – неустойчивых подростков 15-17 лет. В качестве причины подростки чаще всего называют неудачную любовь, желание восстановить утраченный статус, стать объектом всеобщего внимания, избежать наказания и самому наказать обидчика, вызвав у него чувство вины или обратив на него внимания доставить серьезные неприятности. Надо отметить, что в последние 2-3 года у подростков разрешение конфликтов с помощью суицидальной демонстрации стало «популярным». Подросток прибегает к суицидальной броваде «игры со смертью» для создания репутации исключительной личности. Действия носят яркий, театрализованный характер. Суицидальное действие совершается в том месте, которое связано с эмоционально значимым лицом, которому оно адресовано: дома – родным, в школе – педагогам или сверстникам, перед домом одноклассницы – «любимой девушке». Здесь следует предполагать, что ребенок не может/ не умеет проявлять свои потребности иным способом, либо его ближайшее окружение игнорирует более «слабые» сигналы.

Истинный суицид – это самоубийство с явной целью ухода из жизни. Человек совершает его обдуманно и осознанно, для такого самоубийства имеются достаточно веские основания. Человек готовится к нему заранее – приводит в порядок свои дела, отдаёт долги, просит прощения у близких и т.д.

Предотвратить такое самоубийство в момент совершения попытки достаточно сложно по двум причинам:

1. Самоубийство совершается вдали от возможных свидетелей, продуман механизм действия;
2. Решение ребенка было не спонтанным, он взвесил различные варианты, потратил много времени на подготовку.

Шанс предотвратить такое самоубийство может быть только тогда, когда на этапе подготовительных действий кто-то из близких заметил это и обратился за помощью к специалисту.

Скрытый суицид – это случай, когда желание покончить с собой не осознается ребенком или ребенок в силу нравственных, религиозных или моральных установок не может совершить самоубийство. В этом случае он как бы неосознанно стремится совершить самоубийство – начинает употреблять наркотики, алкоголь, психоактивные вещества; попадает в несчастные случаи; совершает потенциально опасные действия, идет на неоправданный риск, возможно развитие психосоматических заболеваний. Скрытое суицидальное поведение достаточно выявить.

Типы суицидального поведения:

Аффективное суицидальное поведение - это импульсивные действия под влиянием ярких эмоций, без четкого плана. Совершается на высоте аффекта (сильных эмоций), который может длиться всего несколько минут, но иногда при очень напряженной ситуации затягивается на часы и сутки. Аффективное суицидальное поведение с трудом диагностируется и с трудом поддается профилактике.

Диагностика суицидальных тенденций у детей.

Суицидально настроенного ребенка распознать можно по следующим признакам:

A. Поведенческие признаки:

- внезапная замкнутость и отказ от общения с детьми, самоизоляция от других людей, резкое снижение повседневной активности;
- 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, несоблюдение правил личной гигиены, изменение привычек сна, питания;
- 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;
- раздача своих ценностей, долгов (начинает чинить какие-то вещи с друзьями и родителями, что бы все было в порядке);
- написание «записок-завещаний»;
- частое прослушивание траурной или печальной музыки;
- посещение врача без очевидной необходимости;
- приобретение средств для совершения суицида;
- склонность к неоправданно рискованным поступкам.

Б. Особенности эмоционального состояния и особенности мышления, свидетельствующие о суициdalной 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 суициdalный поступок. Подросток старается сделать так, чтобы другие увидели его боль, остановили, переубедили и изменили ход его мыслей в суициdalном направлении, оставляя сигналы и ключи.

В. Словесные ключи в высказываниях ребенка:

- прямые или косвенные сообщения о суициdalных намерениях: «Хочу умереть», «ты меня больше никогда не увиديшь», «я не могу больше выносить эту проблему», «скоро все это закончится», « я не могу так больше жить», « я больше не буду никому обузой», « тебе не придется больше за меня волноваться и ухаживать за мной», «всем будет только лучше без меня»;
- шутки, иронические высказывания на тему самоубийства, о бессмыслиности жизни;
- уверения в беспомощности и зависимости от других;

- прощание;
- самообвинения;
- расспросы о смерти, о способах ухода из жизни;
- фантазирование на тему смерти, самоповреждения и самоубийства;
- двойственная оценка значимых событий;
- медленная, маловыразительная речь;
- сообщение о конкретном плане суицида.

Г. Ситуационные ключи:

- психотравмирующие события, которые недавно произошли в жизни ребенка или подростка (разрыв отношений с любимым человеком, публичное оскорблениe, незаслуженное наказание, конфликт с родителями, ревность; систематические избиения; публичное унижение; коллективная травля; одиночество, тоска, усталость; религиозные мотивы; подражание кумиру и т.п.).

Д. Когнитивные признаки:

- Разрешающие установки относительно суициального поведения;
- негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего;
- представление о собственной личности как о ничтожной, не имеющей права жить;
- представление о мире как месте потерь и разочарований;
- представление о будущем как бесперспективном, безнадежном;
- «туннельное видение» – неспособность увидеть иные приемлемые пути решения проблемы, кроме суицида;
- наличие суициальных мыслей, намерений, планов. Степень суициального риска прямо связана с тем, имеются ли
- у ребенка только неопределенные редкие мысли о самоубийстве («хорошо бы заснуть и не проснуться») или они постоянны, и уже оформилось намерение совершить самоубийство («я сделаю это, другого выхода нет») и появился конкретный план, который включает в себя решение о методе самоубийства, средствах, времени и месте. Чем обстоятельнее разработан суициальный план, тем выше вероятность его реализации.

Е. Эмоциональные признаки:

- Амбивалентность по отношению к жизни;
- безразличие к своей судьбе, подавленность, безнадежность, беспомощность, отчаяние;
- переживание горя;
- признаки депрессии: (а) приступы паники, (б) выраженная тревога, (в) сниженная способность к концентрации внимания и воли, (г) бессонница, (д) умеренное употребление алкоголя и (е) потеря способности испытывать удовольствие;
- не свойственная агрессия или ненависть к себе: гнев, враждебность;
- вина или ощущение неудачи, поражения;
- чрезмерные опасения или страхи;

- чувство своей малозначимости, никчемности, ненужности;
- рассеянность или растерянность.

Особое внимание стоит уделять тем детям, которые:

1. Социально изолированы (не имеют друзей или имеют только одного друга), чувствуют себя отверженными; испытывают недостаток внимания и заботы окружающих, смена условий жизни).
2. Живут в нестабильном окружении (серьезный кризис в семье – в отношениях с родителями или взрослых друг с другом: алкоголизация в семье; подвергаются унижениям и оскорблений; половая несостоительность).
3. Ребенок ощущает себя жертвой насилия – физического, сексуального, эмоционального, психологического.
4. Предпринимал раньше попытки суицида, или кто-то из друзей, знакомых или членов семьи совершил ранее самоубийство. Чем больше количество попыток и тяжесть суицида, тем выше риск их завершить.
5. Перенес тяжелую потерю (смерть кого-то из близких, развод в семье, или развод родителей, болезнь «значимого» близкого человека).
6. Слишком критично настроен по отношению к себе.
7. Опасается судебной ответственности, страх позора или наказания, самоосуждение за неблаговидный поступок.
8. Имеет средства суицида (накапливает таблетки, приобретает ядохимикаты, огнестрельное оружие).

Важно уловить «сигналы» оповещающие о наличии суицидальных мыслей и тенденций, оценить степень летальности. Далее проявляя мягкую осторожную заботу помочь ребенку принять решение, исключающее суицидальные действия хотя бы на данный момент.

Алгоритм действий при выявлении суицидально настроенного ребенка.

Каждая попытка суицида ребенка является серьезным поводом, требующим осторожного и соответствующего вмешательства. Выявление подростков, переживающих стресс и нуждающихся в помощи, обычно не представляет особой проблемы. Гораздо труднее решить, как следует вести себя в отношении детей и подростков с суицидальными тенденциями. Многие работники школ обладают способностью к чуткому и уважительному обращению с учащимися, испытывающими страдание и суицидальные переживания, в то время как другие этими навыками не владеют. В последнем случае и задача психолога этим умениям их обучить.

Работу с ребенком целесообразно строить следующим образом:

1. Беседа с таким ребенком должна проводиться немедленно и в течении необходимого времени, отложить беседу нельзя. Надо быть готовым к тому, что вы можете быть вовлечены, возможно, на длительное время в психотерапевтическую беседу. Необходимо внимательно слушать ребенка.

2.Выразить свою заинтересованность личностью, проблемами и судьбой ребенка. Не проявлять излишнюю напористость. В большинстве случаев, у детей и подростков, переживающих стресс и/или подвергающихся риску суицидального поведения, существуют еще и проблемы общения, т.е. неспособность или невозможность обсуждения с кем-либо возникших проблем. Поэтому с этими детьми, в первую очередь, следует установить диалог. При контактах с суицидальным ребенком следует соблюдать баланс между дистанцией и близостью, между эмпатией и уважением. Диалог должен соответствовать ситуации. Он подразумевает признание самоценности детей и подростков и их потребности, прежде всего, в помощи, а не в дидактическом подходе (с позиции старшего).

3.Лучше беседовать без посторонних лиц. Задавать вопросы в прямой, искренней и мягкой манере. Не вступайте в споры.

4.Выявить насколько явный образ суицидального действия (время, дата, как, каким образом). Необходимо помнить, чем более обстоятельно развернут план, тем выше вероятность его реализации.

5.Побудить ребенка выразить свои чувства и эмоции в связи с насущной проблемой. Активно слушать и дать ему возможность выразить все переживания. Иметь терпение. При этом необходимо подобрать ключи к разгадке причины и мотива суицида.

6.Спросить, приходилось ли ему рассказывать кому-либо о том, что он говорит сейчас вам. Этот вопрос может побудить его к мысли что, возможно его главная проблема в социальной самоизоляции.

7.Нужно избегать морального осуждения и обвинения. Не предлагать неоправданных утешений.

8.Неоднократно нужно прояснить информацию, особенно тему мыслей о суициде и намерений. Чем больше ребенок об этом рассказывает, тем вероятнее снижение остроты переживаний.

9.Предложите конструктивные подходы. Вместо того чтобы говорить суициенту: «Подумай, какую боль принесет твоя смерть близким», – попросите поразмыслить об альтернативных решениях, которые, возможно, еще не приходили ему в голову. Наиболее подходящими вопросами для стимуляции дискуссии могут быть: «Что с вами случилось за последнее время? Когда вы почувствовали себя хуже? Что произошло в вашей жизни с тех пор, как возникли эти перемены? К кому из окружающих они имели отношение?» Потенциального самоубийцу следует подтолкнуть к тому, чтобы он идентифицировал проблему и, как можно точнее определил, что ее усугубляет. Отчаявшегося ребенка необходимо уверить, что он может говорить о чувствах без стеснения, даже о таких отрицательных эмоциях, как ненависть, горечь или желание отомстить. Если ребенок все же не решается проявить свои сокровенные чувства, то, возможно, вам удастся навести на ответ, заметив: «Мне кажется, вы очень расстроены», – или: «По моему мнению, вы сейчас заплачете». Имеет смысл также сказать: «Вы все-таки взволнованы. Может, если вы поделитесь своими проблемами со мной, я

постараюсь понять вас». Если кризисная ситуация и эмоции выражены, то далее следует выяснение, как человек разрешал сходные ситуации в прошлом. Она включает выслушивание описания предыдущего опыта в аналогичной ситуации. Для инициирования можно задать вопрос: «Не было ли у вас раньше сходных переживаний?» Существует уникальная возможность совместно раскрыть способы, которыми человекправлялся с кризисом в прошлом. Они могут быть полезны для разрешения и настоящего конфликта. Постарайтесь выяснить, что остается, тем не менее, позитивно значимым для ребенка. Что он еще ценит. Отметьте признаки эмоционального оживления, когда речь зайдет о «самом лучшем» времени в жизни, особенно следите за его глазами. Что из имеющего для него значимость достижимо? Кто те люди, которые продолжают его волновать? И теперь, когда жизненная ситуация проанализирована, не возникло ли каких-либо альтернатив? Не появился ли луч надежды?

10. Вселяйте надежду. Надежда помогает человеку выйти из поглощенности мыслями о самоубийстве. Надежда не может строиться на пустых утешениях. Надежда возникает не из оторванных от реальности фантазий, а из существующей способности желать и достигать. Нужно помнить, что надежды должны быть обоснованы: когда корабль разбивается о камни, есть различия между надеждой «доплыть до ближайшего берега или достичь противоположного берега океана». Когда люди полностью теряют надежду на достойное будущее, они нуждаются в поддерживающем совете, в предложении какой-то альтернативы. «Как бы вы могли изменить ситуацию?», «Какому вмешательству извне вы могли бы противостоять?», «К кому вы могли бы обратиться за помощью?» Таким образом, основания для реалистичной надежды должны быть представлены честно, убедительно и мягко. Очень важно, если вы укрепите силы и возможности ребенка, внушите ему, что кризисные проблемы обычно преходящи, а самоубийство не бесповоротно.

11. Не оставляйте ребенка одного в ситуации высокого суицидального риска. Оставайтесь с ним как можно дольше или попросите кого-нибудь побывать с ним, пока не разрешится кризис или не прибудет помощь. Обсудите, чем ребенок будет заниматься в ближайшие часы, дни, с кем будет проводить время.

В этом случае **важной задачей** является «оттянуть время» и дождаться окончания опасного периода. Эффективный подход заключается в том, чтобы побудить суицидента к объективному анализу своих суицидальных желаний.

12. Далее необходимо убедить суицидента обратиться за помощью к специалисту (психолог, психотерапевт), а если он не соглашается, необходимо оповестить родителей или других эмоционально значимых людьми суицидента и убедить их о необходимости таковой помощи. При отсутствии или невозможности оповещения, взять за руку и отвезти его лично. Так как не всегда бывает достаточным купировать стрессовое состояние и найти наиболее успешный выход из ситуации, чаще всего необходима повышение

адаптационных возможностей личности, глубинная коррекция системы мотиваций, направленности, ценностных ориентаций, обеспечение профилактики образования конфликтно-стрессовых ситуаций в дальнейшем, так как есть опасность рецидива.

Если во время беседы выясняется, что суицидент проецирует только мысли о трудности жизни и нежелании жить, но полностью отвергает суицидальные действия, и соответственно конкретного плана ухода из жизни у него нет; то важной задачей является информированность предполагаемого суицидента и его родителей о тех местах, где он может получить квалифицированную психологическую помощь и поддержку. Также информировать его о работе телефона экстренной психологической помощи «Телефон доверия», с обязательным упоминанием того, что он может получить необходимую ему помощь, в том числе и анонимно.

Во время беседы важно знать, что каждый человек по разному воспринимает и отражает окружающий мир, поэтому эффективнее использовать в работе воздействие на модальность ребенка.

Всех людей можно условно разделить на 4 большие группы по критерию ведущей модальности:

- **Визуальная** (зрительные образы),
- **Аудиальная** (слуховые образы),
- **Кинестетические** (область чувств и ощущений),
- **Дискретная** (область разума)

Ведущую модальность важно определить для того, чтобы легче довести информацию до человека. Ключи к определению модальности:

Аудиалы: комментарий, мнение, обговорить, выслушать, подслушать, объяснить, рассказать, громкий и т.д.

Визуалы: перспектива, точка зрения, осветить, высмотреть, выслеживать, показать, осматривать и т.д.

Кинестетики: направленность, уклон, стойка, прочувствовать, добиваться, упорствовать, держаться, вчувствоваться и т.д.

Дискреты: установка, обдумать, проявить настойчивость, продемонстрировать, отствовать и т.д.

!!!Чего надо избегать:

- часто перебивать пациента;
- показывать, что Вы «шокированы» или демонстрировать сильные эмоции;
- демонстрировать свою занятость или нехватку времени;
- допускать неясность в высказываниях;
- демонстрировать снисходительный или покровительственный тон;
- провоцировать на более серьёзные суицидальные действия;
- обещать, что все его суицидальные замыслы сохраните в тайне;
- высмеивать пациента.

!!! Алгоритм действий:

1. Обеспечить немедленное наблюдение за несовершеннолетним, ни на минуту не оставлять одного.
2. Обеспечить адекватные меры по оценке психического статуса и суицидального риска (осуществление первичной оценки суицидального риска). При возможности, немедленно поставить в известность руководителя учебного заведения о возможном риске суицидальных действий. При отсутствии такового произвести вышеуказанные действия самостоятельно. Попытаться договориться с ребенком об изъятии средств для суицида (забрать острые предметы, изъять таблетки, отвести от окон).
Попытаться взять контроль над доступностью средств суицида (открытые окна и т.д.).
Попытаться, с согласия ребенка, пригласить родителей или других значимых лиц с целью оказания психоэмоциональной поддержки в момент выявления суицидальных мыслей и намерений.
3. При необходимости организация консультации детского врача – психиатра – нарколога, психотерапевта.
4. Обеспечить проведение регулярного наблюдения, адекватного по характеру и тяжести психического расстройства (если такое диагностировано врачом – психиатром – наркологом, психотерапевтом).
5. Предложить госпитализацию добровольно.
6. Наладить контакт с родственниками и другими эмоционально значимыми людьми, в дальнейшем они могут привлекаться для оказания психологической поддержки пациенту и наблюдение за ним.

Экспресс-диагностика суицидального поведения:

Большинство тех, кто совершает самоубийство, никогда до этого не обращался к психиатру. В связи с этим, ранняя диагностика суицидального риска на этапе первичного звена образования является важной предпосылкой снижения риска суицида.

Приводим, экспресс – тест, разработанный и успешно используемый психологами системы здравоохранения.

Экспресс – тест предназначен для диагностики суицидального риска у детей и подростков. Является пособием для специалистов – психологов системы образования. Направлен на быстрое выявление суицидального риска, с целью принятия необходимых мер по предотвращению суицидальных действий и купированию суицидальных мыслей.

За каждый ответ «да» начисляется – 1 балл.

№	Вопрос	Да	Нет
1	Употреблял ли ты алкоголь или наркотики когданибудь?		

2	Тебе знакомо понятие «Несчастная любовь»?		
3	Ты любишь риск?		
4	Тебе часто не хватает денег?		
5	Добровольно уйти из жизни может только смелый человек?		
6	В твоей семье часто ссорятся?		
7	Ты потерял свой смысл жизни?		
8	Ты чувствуешь себя не красивым и ущербным?		
9	В школе у тебя нет друзей?		
10	Окружающие люди плохо к тебе относятся и не понимают?		

Интерпретация:

1-2б. – недостоверный результат (диссимуляция. На диссимуляцию и формальное отношение также могут указывать слишком быстрые ответы на вопросы).

3-4б. – норма. Отсутствие суициdalного риска на момент оценки.

5-6б. – суициdalный риск несколько повышен. Указывает на необходимость консультации врача психотерапевта и дополнительной психодиагностики.

7-8б. – высокий суициdalный риск. Предполагает госпитализацию, либо частое до 3 раз в неделю амбулаторное наблюдение врача психиатра.

9-10б. – выраженный суициdalный риск. Обязательная госпитализация.

Также можно применять:

Шкала безнадёжности

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 – безнадежность лёгкая;

9-14 баллов – безнадежность умеренная;

15-20 баллов – безнадежность тяжёлая.

Профилактика суицидального поведения.

Существует множество методов профилактики самоубийств: профессиональная психологическая помощь, «телефоны доверия», экстренная медицинская помощь и т.д. Основными направлениями такой помощи являются: диагностика тенденций к совершению самоубийства; своевременное посещение суицидентом специалистов; экстренная помощь в момент акта самоубийства, направленная на то, чтобы помешать ребенку совершить суицид. Она может быть как физической (просто оттащить от окна), так и психологической.

При профилактике суицидального поведения наиболее важным является:

- 1.Развечивание привлекательности суицида.
- 2.Говорить надо о привлекательности жизни, о будущем, о перспективах, что может быть упущено и т.д.
- 3.Формировать культуральные ценности и цели.
- 4.Вести работу по профилактике различного рода зависимостей (алкогольной, наркотической, игровой и т.д.)
- 5.Вести работу с семьями, обращать особое внимание на неблагополучные семьи, а также на детей с акцентуациями характера.
- 6.Вести работу направленную на личностный рост и успех, на выработку уверенности в себе, на профилактику конфликтных ситуаций, и обучать релаксационным упражнениям.
7. Ни в коем случае не оставлять нерешенными проблемы, касающиеся сохранения физического и психического здоровья суицидента;
- 8.Анализировать вместе с суицидентом каждую трудную ситуацию;
- 9.Просить суицидента рассказывать родителям не только о своих достижениях, но и о тревогах, сомнениях, страхах;
- 10.Не иронизировать над суицидентом, если в какой-то ситуации он оказался слабым физически и морально, помочь ему и поддержать его, указать возможные пути решения возникшей проблемы;
- 11.Обсудить с суицидентом работу служб, которые могут оказать помощь в ситуации, сопряженной с риском для жизни; записать соответствующие номера телефонов;
- 12.Записать свои рабочие номера телефонов, а также номера телефонов людей, которым суицидент может позвонить при необходимости сами.

Особое внимание следует уделить подростковой группе. Так как подростки - это еще не до конца сформировавшиеся личности, психика очень ранима, они подвержены влиянию микросреды, в которой находятся. Очень важно подобрать правильное увлечение, проконтролировать круг общения подростка. Главное во всем этом не враждовать, а стараться помочь, сделать так, чтобы ребенок делился с вами своими переживаниями. Поинтересуйтесь, чем увлекается, с кем общается в социальных сетях, пригласите друзей в гости. Подросток не должен ощущать себя одиноко, участуйте в его жизни и перемены всегда будут видны. Любую ситуацию, тем более связанную с суицидом, можно будет предупредить.