

Утвержден
постановлением Комиссии по делам
несовершеннолетних и защите их
прав Республики Мордовия
18 декабря 2020 г. № 5

Методические рекомендации по профилактике суицидального поведения, выявления факторов риска и признаков суицидального поведения среди несовершеннолетних

1. Общие положения

Настоящие Методические рекомендации предназначены для использования специалистами органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних Республики Мордовия.

Самоубийства занимают второе место, как причины смерти, в детском и подростковом возрастах и десятое – среди всех возрастных групп. Ежегодно кончают жизнь самоубийством 1,2 миллиона подростков. Скачок уровня суицидов отмечается между ранним подростковым и молодым возрастом. Суицид – вторая по распространенности причина смерти в возрасте 15–29 лет. По другим данным, самоубийство является третьей по значимости причиной смерти молодых людей в возрасте 10–19 лет во всем мире, и уровень самоубийств среди молодежи (15–19 лет) растет быстрее, чем среди населения в целом (45% против 26%). Подростковый возраст знаменует собой начало и быстрое развитие многих психических расстройств (например, депрессии, тревоги), которые способствуют повышенному риску самоубийства. Повышенный риск суицида наблюдается в период с 12 до 17 лет, на каждую смерть от самоубийства среди молодежи приходится от 50 до 100 попыток суицида. По всему миру показатели смертности от суицида в этой возрастной группе выше у юношей, чем у девушек. Суицидальные мысли редко фиксируются у детей до 10 лет, но резко учащаются в 12–17 лет.

Многие взрослые суициденты думали или пытались покончить с собой еще подростками, что подчеркивает важность ранней профилактики суицидального поведения.

В Республике Мордовия среди несовершеннолетних за последние годы зафиксировано:

оконченных самоубийств: в 2019 году – 1, в 2018 году – 1, за 11 месяцев 2020 г. – 2;

покушений на самоубийство: в 2019 году – 11, в 2018 году – 13, за 11 месяцев 2020 г. – 4.

Причинами и обстоятельствами, способствовавшими совершению несовершеннолетними самоубийств и попыток самоубийств, явились:

негативные условия воспитания либо взаимоотношения с родителями; педагогическая несостоятельность родителей; отсутствие должного контроля за несовершеннолетним со стороны родителей; негативные взаимоотношения со сверстниками; ссора с молодым человеком (с девушкой); депрессивное состояние несовершеннолетнего.

2. Общие понятия

Суицид – преднамеренное, умышленное лишение себя жизни, самоубийство. Ключевой признак данного явления – преднамеренность. Суицид несовершеннолетних, а также проявление суицидальных намерений являются формой девиантного поведения.

Суицидальная попытка (попытка суицида, незавершенный суицид) – целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни с целью покончить жизнь самоубийством или с демонстративно-шантажными целями, но не закончившееся смертью.

Суицидент – человек, совершивший попытку суицида, либо демонстрирующий суицидальные наклонности.

Суицидальное поведение – проявление суицидальной активности: мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения. Вариант поведения личности, характеризующийся осознанным желанием покончить с собой (цель – смерть, мотив – разрешение или изменение психотравмирующей ситуации путем добровольного ухода из жизни), то есть любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Имеет определенные формы, способы осуществления, стадии развития, предикторы, факторы риска.

Суицидальный риск – степень вероятности возникновения суицидальных побуждений, формирования суицидального поведения и осуществления суицидальных действий.

Склонение несовершеннолетнего к суициду – содействие совершению самоубийства советами, указаниями, предоставлением информации, средств или орудий совершения самоубийства либо устранением препятствий к его совершению или обещанием скрыть средства или орудия совершения самоубийства.

Факторы риска суицида – внешние и внутренние параметры, с высокой вероятностью оказывающие влияние на формирование и реализацию суицидальных намерений.

3. Факторы риска развития суицидального поведения

Сочетание внешних нарастающих проблем и внутренней нестабильности, неспособность справиться со стрессовыми сложными ситуациями приводит к социальной и психологической дезадаптации несовершеннолетних, а в значительной части случаев – к развитию

психопатологических состояний. Все это в совокупности может способствовать аутоагрессивному поведению несовершеннолетних и, в конце концов, совершению самоубийства. Условно можно выделить три группы взаимосвязанных факторов, участвующих в динамике развития суицидального поведения: потенциальные (создающие почву), триггерные (стрессовые события, запускающие динамику), актуальные (связанные с суицидальным кризисным состоянием).

3.1. Потенциальные факторы суицидального поведения

Суицидальные попытки в истории жизни один из основных факторов прогнозирования возможных повторных суицидальных попыток. Наибольший риск повторной попытки приходится на первые 3–6 месяцев. 20% пытавшихся покончить жизнь самоубийством могут предпринять суицидальную попытку в течение первого года, а 5% совершают самоубийство в течение 9 лет.

Акты самоповреждения, скрываемые, постоянные. Самоповреждения могут стать предшественниками «истинного» самоубийства.

Психические нарушения. Наличие диагноза психического расстройства связано с увеличением риска самоубийства. Риск самоубийства для несовершеннолетних с психическими расстройствами в 5–15 раз выше, чем без психических расстройств. Наиболее распространенными диагнозами являются тревожно-депрессивные расстройства (32–47%), шизофрения (15–20%), алкогольная зависимость (8–17%), расстройства личности (8–11%) и лекарственная зависимость (3–9%). Тревожные расстройства также в значительной степени способствуют риску самоубийства, особенно на пике выраженного, беспричинного страха. Частота самоубийств подростков 14–25 лет, страдающих нервной анорексией, в 8 раз превышает таковую в общем населении, особо при сочетании с диссоциальным, пограничным, истерическим и нарциссическим расстройствами личности. Расстройство пищевого поведения связано с повышенным риском тяжелых попыток самоубийств. У подростков моложе 12 лет, совершивших самоубийство только в 25% выявлялись психические расстройства, а в 30% перед совершением самоубийства наблюдались лишь отдельные депрессивные симптомы.

Семейные факторы: а) психические заболевания у ближайших родственников, а также суицидальные попытки в семейной истории; б) стиль воспитания, известный как «контроль без привязанности» увеличивает риск развития суицидального поведения; в) низкий социально-экономический статус и образовательный уровень, наличие нетрудоустроенных членов семьи и, как следствие, недостаточная интеграция ребёнка в социум; г) хронические конфликты в семье, частые ссоры между родителями (опекунами), недостаток внимания и заботы о детях в семье, недостаточное

внимание к состоянию ребёнка (например, из-за нехватки времени); д) алкоголизация, наркомания или другие виды антисоциального поведения родителей; е) проживание (по разным причинам) без родителей.

Сексуальная ориентация и гендерная идентичность. Несовершеннолетние нетрадиционной ориентации, подвержены большему риску самоубийства, чем их сверстники, за счет депрессивных состояний, переживаний безнадежности, злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами, а также частой подверженности сексуальному насилию.

3.2. Стрессовые события (триггеры) и суицидальное поведение

Более половины опрошенных родителей, у которых ребенок покончил с собой сообщили, что он пережил какое-то стрессовое событие или конфликт в ближайшее время до смерти.

Острые конфликты между родителями и детьми являются наиболее частыми причинами самоубийств у детей, а повешение – наиболее частый способ.

Сексуальное, физическое и эмоциональное насилие. Сексуальное и эмоциональное насилие вносят большой вклад в развитие суицидального поведения по сравнению с физическим насилием или пренебрежением в семье. Жестокое обращение с детьми влияет на мальчиков и девочек по-разному, и различия наиболее выражены в отношении сексуального насилия. Мальчики, подвергшиеся физическому насилию, имеют более высокий риск совершения попыток самоубийства по сравнению с девочками, подвергшимися физическому насилию.

Крушение романтических отношений, разлука или ссора с друзьями. Недавнее романтическое расставание в течение последних трех месяцев, одно из наиболее критических событий, приводящее к самоубийству. Более половины событий связанных с конфликтом отношений происходят за последние 24 часа до самоубийства.

Запугивание, издевательства (буллинг) со стороны сверстников. Взаимосвязь между запугиванием, унижением и риском самоубийства зависит от пола и по-разному влияет на жертв и преступников. Буллинг редко является единственным фактором, способствующим суицидальному поведению.

Нежелательная беременность, аборт, заражение болезнью, передающейся половым путем, зачастую являются пусковым механизмом к развитию кризисного состояния с суицидальными тенденциями;

Частые переезды в раннем детстве в возрасте 11–17 лет, независимо от наличия родительского конфликта, также могут усиливать суицидальный риск.

Недавно выявленное психическое расстройство. Риск самоубийства в течение 3 месяцев после постановки диагноза в 10 раз выше при депрессии

и расстройствах, вызванных употреблением психоактивных веществ. Таким образом, врачи должны знать о повышенном риске суицида и суицидального поведения в течение первых 3 месяцев после первоначального диагноза. Повышенный риск попыток самоубийства сохраняется в течение первого года после постановки диагноза тяжелой депрессии и тревожных расстройств.

Распад семьи, развод или уход одного из родителей из семьи, смерть одного из членов семьи.

3.3. Признаки кризисного суицидального состояния

Переживания несовершеннолетних, на которые необходимо обратить внимание:

Переживание социального поражения или личного унижения чаще возникает у подростков при невозможности оправдать ожидания родителей, в ситуации буллинга;

Переживание себя как бремени для других, первую очередь для родителей. Наиболее часто встречающееся и мучительное переживание. Является независимым предиктором суицидальных мыслей в различных выборках, вне зависимости есть ли заболевание или нет;

Переживание безысходности, подростки говорят, что чувствуют «себя в ловушке своих несчастий», «с закрытой дверью», «страдание без возможности побега», которое создает муку, которая вызывает самоубийство.

Чувство окончательности попадания в невыносимые страдания приводит к возникновению синдрома суицидального кризиса, проявляющегося в следующих симптомах:

В эмоциональной сфере: эмоциональное страдание, «душевная боль», тотальная безрадостность (острая ангедония), интенсивный беспричинный страх;

В когнитивной сфере: фиксация на переживаниях, событиях, приведших к кризисному состоянию, невозможность переключиться на позитивные события;

В поведении: значительное снижение социальной активности близкими;

В соматической сфере: хронические болезненные ощущения в теле, нарушение всех фаз сна;

Психосенсорные расстройства: ощущение измененности себя и окружающего мира (деперсонализация-дереализация), болезненное психическое бесчувствие, выражающаяся в словах «я не живу, я существую», «я стал как робот».

4. Типы суицидального поведения

Демонстративное поведение. В основе лежит стремление подростка обратить внимание на себя и свои проблемы, показать, как ему трудно справляться с жизненными ситуациями. Это своего рода просьба о помощи. Как правило, демонстративные суицидальные действия совершаются не с целью причинить себе реальный вред или лишить себя жизни, а с целью напугать окружающих, заставить их задуматься над проблемами подростка, «осознать» свое несправедливое отношение к нему.

Аффективное суицидальное поведение. В таких случаях подросток действует импульсивно, не имея четкого плана своих действий. Как правило, такие сильные негативные эмоции как обида и гнев затмевают собой реальное восприятие действительности и подросток, руководствуясь ими, совершает суицидальные действия.

Истинное суицидальное поведение. Характеризуется продуманным планом действий. Подросток готовится к совершению суицидального действия. При таком типе суицидального поведения подростки чаще оставляют записки, адресованные родственникам и друзьям, в которых они прощаются со всеми и объясняют причины своих действий. Поскольку действия являются продуманными, такие суицидальные попытки чаще заканчиваются смертью.

5. Динамика развития суицидального поведения

Первая стадия – стадия вопросов о смерти и смысле жизни. Характеризуется снижением адаптационных способностей (это может проявляться в снижении успеваемости, уровня интересов, ограничении общения, повышенной раздражительности, эмоциональной неустойчивости и т.д.). Происходит формирование пассивных суицидальных мыслей («надоела такая жизнь», «вот бы уснуть и не проснуться»), возникновением интереса к проблемам жизни и смерти и т.д.);

Вторая стадия – это суицидальные замыслы. Осуществляется разработка плана реализации суицидальных замыслов, продумываются способы, время и место совершения самоубийства. Несовершеннолетний высказывается о своих намерениях.

Третья стадия – суицидальные намерения и собственно суицидальная попытка. Происходит присоединение к замыслу о суициде сформированного решения (установки) и волевого компонента, побуждающего к непосредственному осуществлению внешних форм суицидальных поведенческих актов.

6. Факторы, обеспечивающие защиту от суицидального поведения

Семья: хорошие, сердечные отношения, поддержка со стороны родных.

Личностные факторы: развитые социальные навыки, уверенность в себе, выраженное чувство долга, обязательность, умение обращаться за помощью к окружающим при возникновении трудностей, открытость к мнению и опыту других людей, к получению новых знаний, наличие религиозно-философских убеждений, осуждающих суицид.

Социально-демографические факторы: социальная интеграция (включенность в общественную жизнь), хорошие отношения в школе с учителями и одноклассниками, психологическая гибкость и адаптированность, умение компенсировать негативные личные переживания, использовать методы снятия психической напряженности

7. Профилактика суицидального поведения подростков. Первичная профилактика или превенция

Основная цель профилактики суицидального поведения подростков – уменьшение факторов риска и противодействие им.

Первичная профилактика: работа с родителями

Три главные мысли, которые нужно донести до родителей:

а) то, что взрослому кажется пустяком, для ребёнка может быть поводом для очень серьёзных душевных переживаний (привести примеры);

б) у подростков ещё недостаточно жизненного опыта для конструктивного решения проблем, им может показаться, что уход из жизни – лучший выход из кризисной ситуации;

в) родители могут помочь своему ребёнку, если вовремя заметят у него признаки кризисного состояния и поговорят с ним. Дети очень редко напрямую просят им помочь или поговорить с ними, гораздо чаще они делают это косвенным образом, поэтому будьте внимательны к состоянию своего ребёнка и проявляйте искреннюю активную заинтересованность в его жизни.

Вторичная профилактика или интервенция

Поддержка лиц, переживающих кризисы, ориентированная на решение актуальных проблем подростка. Основная цель вторичной профилактики – помочь человеку с выявленными суицидальными намерениями найти выход из сложившейся ситуации и стабилизировать психологическое состояние. Цели мероприятий для подростков, склонных к суицидальному поведению, можно представить как уменьшение дистресса (разрешение актуального

кризиса) и предотвращение развития суицидальных намерений через поддержку и поощрение приверженности к лечению. Психотерапия сосредоточена на выявлении триггеров развития суицидального поведения для планирования эффективного совладания с такими ситуациями в будущем.

Третичная профилактика или поственция

Помощь, которая оказывается людям, уцелевшим после попытки самоубийства и их окружению, а также направлена на социально-психологическое сопровождение окружения близких, погибшего от суицида и предотвращение волны подражательных суицидов. Цели и этапы оказания кризисной психологической помощи после совершенного в образовательной организации суицида: снижение интенсивности острых стрессовых реакций у пострадавших (учащиеся и их родители, педагоги, администрация образовательного учреждения), оптимизация их актуального психического состояния, профилактика возникновения негативных эмоциональных реакций и повторных суицидов.

7.1. Профилактика суицидального поведения в семье

Необходимыми условиями профилактики суицидального риска являются:

а) благоприятная эмоционально-психологическая атмосфера в окружении ребенка (в семье, школе, классе);

б) наличие проявлений любви, заботы и внимания со стороны родителей;

в) насыщенность жизни яркими событиями, дающими подростку возможность достичь успеха, проявить себя и почувствовать свою значимость;

г) помощь и поддержка в решении проблем и преодолении трудностей;

д) контроль использования ребенком интернет-ресурсов;

е) помощь ребенку в поиске интересов и увлечений (секций, кружков и т.д.);

ж) беседы о целях подростка и способах их достижения, помощь в составлении плана действий для их достижения;

з) беседы на темы ценности жизни, семьи, дружбы и любви;

и) поддержание постоянного баланса между контролем поведения ребенка и свободой действий;

к) своевременное обращение к специалистам в случае невозможности сохранения и поддержания контакта между ребенком и родителями.

7.2. Профилактика суицидального поведения в образовательных организациях

Действенными мерами, способствующими предупреждению совершения самоубийств несовершеннолетними являются:

а) разнообразие и привлекательность внеклассной работы (кружки, секции, выездные мероприятия и т.д.), привлечение учеников к общественной деятельности путем заинтересованности;

б) наличие в штате профессиональных психологов и социальных педагогов;

в) периодическое тестирование для выявления психологического климата в семье, коллективе, наличие интернет-зависимости, суицидальных мыслей, тревожности, неуверенности, патологического страха и переживаний, неразрешимых проблем, виктимности в поведении, одиночества, фактов употребления алкоголя, наркотических, психотропных и иных одурманивающих веществ с проведением психолого-коррекционной работы;

г) проведение тематических классных часов, бесед и лекций (с приглашением различных специалистов, общественных деятелей и заслуженных авторитетных граждан), в ходе которых хорошо бы делиться увлекательной информацией из жизни;

д) ведение методической работы с педагогами, особенно классными руководителями, в том числе по вопросам:

недопустимости грубого и унижающего достоинство обращения с детьми, дискриминации по каким-либо признакам, решения через ребенка конфликтной ситуации с его законным представителем;

поддержания благоприятного психологического климата в классе (группе), налаживания доверительных отношений, изучения семейно-бытовых условий жизни детей, знакомства с их семьями;

выявления изменений в поведении детей, суицидальных проявлений, признаков вовлечения в деструктивные движения, проведения с детьми бесед, в том числе с участием психолога и законных представителей;

тактики общения с подростком, совершившим попытку суицида (по утверждениям психологов, как правило, после 3-х месяцев повышенное внимание и забота по отношению к такому ребенку ослабевают, и он совершает повторную попытку);

е) систематическое прохождение педагогами психологического консультирования для решения своих собственных проблем в целях исключения рефлексии при общении с детьми и для профессионального общения с ребенком;

ж) осведомление медицинских работников о внешних признаках суицидальной наклонности подростка и соответствующей этому атрибутики в целях их выявления в ходе осмотра;

з) проведение родительских собраний с законными представителями учащихся и воспитанников, разъяснение им психолого-педагогических аспектов воспитания детей в конкретном возрасте, их потребности в любви и общении, важности обсуждения любой, на первый взгляд, несущественной, проблемы, полезности частого совместного времяпрепровождения, а также обо всех вышеуказанных требованиях для обеспечения физического и психического здоровья ребенка;

и) выявление семей и детей, находящихся в социально опасном положении, информирование об этом органов опеки и попечительства, подразделений по делам несовершеннолетних органов внутренних дел, комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав;

к) ответственный подход к работе с учащимися, состоящими на внутришкольном профилактическом учете, четкие критерии для их постановки на данный учет и основания для снятия с него, не включая при этом показатель количества находящихся и снятых с учета в рейтинг образовательных организаций в целях исключения статистического формализма в ущерб проводимой работе.

8. Телефон доверия – средство первичной, вторичной и третичной профилактики суицидального поведения несовершеннолетних

В качестве одного из основных инструментов профилактики суицидального поведения во всем мире считаются службы Телефонов доверия (службы экстренной психологической помощи). Специалисты Телефонов доверия помогают ребенку осознать ценность жизни, найти выход из сложной жизненной ситуации, увидеть свое будущее во взрослой перспективе (жизни): учебе, работе, семье, поиске и выборе партнера. Работа служб Телефонов доверия снижают частоту суицидальных попыток и уменьшают риск повторных суицидов. В дополнение к снижению суицидального риска, телефонное консультирование улучшает общее психическое состояние суицидентов.

Памятка об инфраструктуре медицинских и психологических услуг, оказываемых населению (в том числе в кризисных и чрезвычайных ситуациях)

Кабинет медико-социально-психологической помощи работает на базе диспансерного отделения ГБУЗ РМ «Мордовская республиканская клиническая психиатрическая больница». В стационарном блоке на базе МРКПБ детско-подросткового отделения оказывается стационарная (кризисная, реабилитационная) суицидологическая помощь детям и подросткам, госпитализированным вследствие совершенных суицидальных попыток, а так же наличия у них других проявлений суицидального (мысли, замыслы, намерения, преднамеренные самоповреждения) и опасного (экстремальные поступки с риском для жизни и здоровья) поведения. В кабинете медико-социально-психологической помощи работают высококвалифицированные специалисты в области детской и подростковой психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и суицидологии.

Все виды консультативно-диагностической и лечебной помощи осуществляется на бесплатной основе и не требует каких-либо врачебных направлений. Запись на консультативно-диагностический прием осуществляется по телефону 8 (8342) 47-74-07 (кроме субботы и воскресенья).

При выявлении психологического расстройства у несовершеннолетних необходимо родителям совместно с детьми обратиться в медицинские организации, расположенные по адресам: г. Саранск, ул. Лесная, д. 2, тел.: 8 (8342) 47-74-83; г. Саранск, ул. Исторический проезд, д. 6, 3 этаж, тел.: 8 (8342) 47-66-74.

Бесплатные анонимные телефоны доверия

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Горячая линия помощи. Круглосуточно **8 (495) 637-70-70**. Горячая линия по вопросам домашнего насилия **8 (495) 637-22-20**. Контактный e-mail по вопросам COVID-19 covid-19@sarbsky.ru.

Всероссийский Детский телефон доверия (бесплатно, круглосуточно) **8-800-2000-122**. Психологическое консультирование, экстренная и кризисная психологическая помощь для детей и подростков в трудной жизненной ситуации и их родителей.

«Детский телефон доверия» Центра экстренной психологической помощи Московского городского психолого-педагогического университета (бесплатно, круглосуточно) **8 (495) 624-60-01**. Психологическое консультирование, экстренная и кризисная психологическая помощь для детей и подростков в трудной жизненной ситуации и их родителей.

Горячая линия «Дети Онлайн» (бесплатно, с 9.00 до 18.00 по рабочим дням) **8-800-250-00-15**. Консультирование взрослых по вопросам: как оградить детей от негативного контента, преследования, шантажа, домогательства в Интернете.

Горячая линия Центра экстренной психологической помощи МЧС России (бесплатно, круглосуточно) **8 (499) 216-50-50** (при звонке из другого города или страны оплачивается междугородняя связь). Психологическое консультирование взрослых по различным вопросам: острые кризисные ситуации, вопросы личностного развития, семейные или профессиональные проблемы.

Центр экстренной психологической помощи ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет», расположенный по адресу: г. Москва, ул. Шелепихинская набережная, д. 2А, тел.: **8 (499) 795-15-01, 8 (499) 795-15-07**. Оказание экстренной психологической помощи субъектам образовательной среды, психологическое консультирование детей, родителей, работников сферы образования в кризисных ситуациях. Организация и предоставление учебно-методической помощи специалистам образовательных организаций (по направлениям деятельности центра).

Телефоны доверия неотложной психологической помощи: ГБУЗ РМ «Мордовская республиканская клиническая психиатрическая больница» (бесплатно, круглосуточно) тел.: **8 (8342) 38-01-50**; ГБУЗ РМ «Детская поликлиника № 1» тел.: **8 (8342) 24-04-47**. Психологическое консультирование взрослых и детей по различным вопросам: острые кризисные ситуации, вопросы личностного развития, семейные или профессиональные проблемы, вопросы детско-родительских отношений и др.

Молодежный телефон доверия в ГБУ РМ «Мордовский республиканский молодежный центр» (бесплатно, работает ежедневно с 18.00 до 22.00), тел.: **8 (8342) 47-06-05**.

Телефон доверия в ГУ МЧС России по Республике Мордовия **8 (8342) 28-87-00**.

Телефон доверия в Управление ФСБ России по Республике Мордовия **8 (8342) 28-88-88**.

Интернет ресурсы

Сайт при детском телефоне доверия МГППУ, где размещены информационные ресурсы и есть возможность получить дистанционную консультацию <http://childhelpline.ru/>.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) <https://www.who.int/features/qa/24/ru/>.

WikiNov «Как предотвратить самоубийство» <https://ru.wikihov.com>.

Форум «Ты победишь» <https://pobedish.ru/forum/>.

РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ РЕБЕНКА, СОВЕРШИВШЕГО ПОПЫТКУ СУИЦИДА

Дорогие родители!

- ✓ Если Вы держите в руках этот буклет, возможно, вашему ребенку сейчас потребовалась помощь врачей.
- ✓ Первое и самое важное: **Ваш ребенок жив!**
- ✓ Второе и тоже важное: чтобы поправиться, ребенку необходима поддержка, любовь и забота его самых близких людей, т.е. Вас.
- ✓ Врачи сделают всё возможное, чтобы восстановить физическое здоровье ребенка.
- ✓ Чтобы поправиться полностью, необходимо восстановить психологическое здоровье и душевное спокойствие Вашего ребенка и Вас.
- ✓ Пожалуйста, обязательно придерживайтесь правильного режима дня – ваши силы сейчас очень важны и для Вас, и для Вашего ребенка.
- ✓ Пока ребенок находится под присмотром врачей, у Вас есть возможность успокоиться, собраться с мыслями и продумать следующие шаги.

Попытка самоубийства – это сигнал SOS

Попытка самоубийства – это реакция на проблему, которую ребенок видит непреодолимой, это крик о помощи. Даже если Вам эта проблема кажется надуманной, а действия ребенка – шантажными, суицидальная попытка говорит о том, что других способов справиться с ситуацией он не находит. Это не значит, что ребенок «плохой», это значит, что ему сейчас плохо, и ему **необходимо помочь**.

Почему необходимо обратиться за помощью к психиатру, психологу

Попытка прекратить жизнь – это крайняя степень отчаяния, одиночества, невыносимости ситуации, «страдания, которые больше невозможно выносить». Если уделить внимание только физическим последствиям попытки суицида: раны, травмы и т.д., то психологические причины так и останутся без внимания. Возможно, кризис не разрешился и суицидальная попытка может повториться, а значит, угроза жизни ребенка сохраняется. **Обращение за помощью к психиатру, психологу – это не слабость и стыд. Это наш с Вами выбор, выбор неравнодушного и ответственного человека.**

Признаки суицидального риска

- ✓ Высказывания о нежелании жить, фиксация на теме смерти;

- ✓ Сообщение друзьям о принятии решения о самоубийстве (прямое и косвенное);
- ✓ Символическое прощание с ближайшим окружением, написание «записок-завещаний»;
- ✓ Активная подготовка к способу совершения суицида;
- ✓ Негативные оценки своей личности;
- ✓ Снижение успеваемости;
- ✓ Постоянно пониженное настроение, тоскливость;
- ✓ Стремление к рискованным действиям, отрицание проблем;
- ✓ Раздражительность, угрюмость;
- ✓ Необычное нехарактерное поведение;
- ✓ Частые попытки уединиться, внезапная замкнутость и отказ от общения с детьми;
- ✓ Употребление спиртного и (или) наркотических средств;
- ✓ Безразличное или негативное отношение к своему внешнему виду;
- ✓ Несоблюдение правил личной гигиены, изменение привычек сна, питания;
- ✓ Самоизоляция от других людей, резкое снижение повседневной активности;
- ✓ Частое прослушивание траурной или печальной музыки.

Способы помощи

Наиболее эффективна комплексная психолого-психиатрическая работа с ребенком и членами его семьи.

Психологическая помощь необходима в решении сложностей в следующих сферах:

- ✓ Семейные взаимоотношения;
- ✓ Сложности в школе: учеба, отношения со сверстниками, учителями;
- ✓ Потеря близких людей, разрыв отношений;
- ✓ Ощущение безнадежности, никчемности;
- ✓ Болезнь и хроническая боль;
- ✓ физическое или сексуальное насилие (часто скрывается);
- ✓ Вопросы сексуальной ориентации.

Психиатрическая помощь необходима в решении сложностей в следующих сферах:

- ✓ Злоупотребление алкогольными напитками и (или) психоактивными веществами, в том числе подозрение на их прием;
- ✓ Психические расстройства (эмоциональная неустойчивость с частыми беспричинными сменами настроения, раздражительность, снижение познавательной деятельности, ухудшение памяти, забывчивость, общее снижение энергетического потенциала, нарушения сна);

✓ Тяжелые последствия психотравмирующих событий (изменение характера и привычек ребенка после перенесенной травмы, эмоциональная отчужденность от близких, нежелание обсуждать и говорить о произошедшем, чувство вины из-за случившегося горя).

Психическое расстройство необходимо своевременно диагностировать и лечить, а сочетание медикаментозного лечения и психотерапии может приводить к максимально положительным и устойчивым результатам.

Как общаться, чтобы слышать друг друга

Для ребенка в кризисной ситуации нет ничего хуже чувства, что его никто не понимает и он никому не нужен. Ему необходимо дать понять, что он не одинок. Беседуйте с ним и проявляйте заботу о нем.

✓ Всеми своими действиями показывайте, что вы прислушиваетесь к его словам и понимаете серьезность испытываемой им боли.

✓ Дежурные фразы о том, что «все не так уж плохо» и «все наладится» не помогают: слыша их, ребенок чувствует, что вы не понимаете и не хотите выслушать его.

✓ Вместо общих фраз лучше сказать: «Ты не одинок. Я готов внимательно тебя выслушать и помочь тебе» или «Возможно, я не способен до конца понять твои чувства, но я твердо знаю, что готов сделать все возможное, чтобы помочь тебе», «Я ни в коем случае не хочу потерять тебя, давай попробуем вместе справиться».

✓ Нет необходимости говорить много, иногда можно вообще обойтись без слов. Просто побудьте рядом и выслушайте рассказ о том, что чувствует Ваш ребенок, в чем он сейчас нуждается, как он видит свое будущее.

✓ Избавьтесь от отвлекающих факторов (выключите телевизор и компьютер), чтобы вас ничто не отвлекало от беседы. Но держите под рукой телефон на случай, если придется вызвать помощь.

Выслушайте ребенка

Если подросток пребывает в расстроенных чувствах, признается, что думает о самоубийстве, и выказывает различные тревожные признаки, не оставляйте его наедине с самим собой. Побудьте с ним, поговорите и внимательно выслушайте.

Наиболее опасные симптомы

✓ Если в беседе высказывает намерения покончить с собой и говорит, что у него есть план как это сделать.

✓ Если жалуется на чувство безысходности, говорит, что он «не живет, а существует», мечется и может найти успокоение.

✓ Если в поведении прослеживается нарастающая замкнутость, желание уединиться, избавиться от Вашего присутствия, куда-либо уехать, уйти.

✓ Если Ваш ребенок, говорящий ранее о своих страданиях, пугавший Вас суицидальными идеями, вдруг становится спокойным, тихим, а иногда и радостным, это может означать, возможно, он принял решение о самоубийстве.

Если Ваш ребенок не идет на контакт, попросите его ответить на следующие вопросы

- ✓ Тебе сейчас плохо?
- ✓ Нужна ли помощь другого человека?
- ✓ Могу ли я пригласить кого-либо из твоих друзей?
- ✓ Я могу вызвать врача?
- ✓ Ты можешь поговорить со мной, через некоторое время?
- ✓ За это время ты не станешь причинять себе вред?

Если эти вопросы не помогают разговаривать Вашего ребенка, возможно, необходимо обратиться в службу скорой помощи.