

Рай(гор)ОО, ПТУЗ

В дополнение к ранее высланным материалам

Отдел воспитательной работы

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель Министра
Р.А. Часнойть

_____ 200__ г.

Регистрационный №

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 всем мире, включая 163 тысяч в Европейском регионе. По данным ВОЗ, самоубийство является 13-й по счету причиной смерти во всем 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 50% 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 оставит свой суицидальный план подросток.

Таким образом, рост числа случаев суицидального поведения в детской популяции, низкий уровень осведомленности и недостаточный уровень сотрудничества и преемственности в работе специалистов различных

служб и ведомств указал на необходимость разработки данной инструкции.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

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

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

Суицидальное поведение с преимущественным воздействием на значимых других

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

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

Аффективное суицидальное поведение

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

Суицидальное поведение с выраженными интенциями к смерти

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

ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДА И ПАРАСУИЦИДА

К ситуациям риска провоцирующим подростков на совершение суицида относятся:

- ситуации, переживаемые как обидные, оскорбительные, несправедливые, угрожающие их образу «я» и унижающие чувство собственного достоинства;
- конфликтные отношения в семье;
- смерть любимого (другого значимого человека);
- разрыв отношений и межличностные конфликты;
- запугивание, издевательства со стороны сверстников, длительное пребывание в роли «козла отпущения» или жертвы;
- серьезные трудности в учебе и высокие требования в школе к итоговым результатам обучения (экзамены);
- нежелательная беременность, аборт и его последствия;
- ВИЧ-инфекция или заражение другой болезнью, передающейся половым путем;
- серьезная физическая болезнь.

Семейными факторами, влияющими на суицидальность детей и подростков являются:

- психические отклонения у родителей;
- история самоубийства и суицидальные попытки в семье;
- насилие в семье (включая психическое, физическое и сексуальное);

- недостаток внимания и заботы либо излишняя родительская авторитарность, отсутствие гибкости (ригидность) в вопросах воспитания;
- конфликтные отношения между членами семьи и неспособность продуктивного обсуждения семейных проблем;
- развод родителей.

Психические расстройства:

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

СИМТОМЫ ОСНОВНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

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

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

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

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

Признаки депрессии у детей и подростков
(сравнительная характеристика)

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

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

Психозы (психотические расстройства):

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

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

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

Расстройство адаптации:

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

Симптомы:

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

Нарушения поведения:

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

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

Нарушения пищевого поведения (нервная анорексия)

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

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

ЗНАКИ (ПРОЯВЛЕНИЯ) СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Поведенческие признаки:

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

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

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

Именно эта противоречивость и дает возможность вовремя предотвратить суицидальный поступок. Подросток старается сделать так, чтобы

другие увидели его боль, остановили, переубедили и изменили ход его мыслей в суицидальном направлении, оставляя сигналы и ключи.

Словесные ключи:

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

Поведенческие ключи:

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

Ситуационные ключи:

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

Состоянию высокого суицидального риска соответствует следующее:

- Устойчивые фантазии о смерти, невербальные «знаки», мысли, прямые или косвенные высказывания о самоповреждении или самоубийстве
- Состояние депрессии
- Проявления чувства вины /тяжёлого стыда /обиды /сильного страха
- Высокий уровень безнадежности в высказываниях
- Заметная импульсивность в поведении
- Факт недавнего/текущего кризиса/утраты
- Эмоционально-когнитивная фиксация на кризисной ситуации, объекте утраты
- Выраженное физическое или психическое страдание (болевого синдром, «душевная боль»)
- Отсутствие социально-психологической поддержки /не принимающее окружение
- Нежелание подростка принимать помощь /недоступность терапевтическим интервенциям /сожаления о том, что «еще жив»

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

КАК ВЕСТИ СЕБЯ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ УЧАЩИМИСЯ В ШКОЛЕ

Возникшие подозрения о суицидальной опасности являются показанием ряда следующих мероприятий:

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

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

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

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

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

В данной ситуации требуется:

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

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

В данной ситуации:

1. Используйте прием «захват»: находясь сзади, просуньте свои руки ему под мышки, прижмите его к себе и слегка опрокиньте на себя.
2. Изолируйте от других учащихся.
3. Говорите спокойным голосом о чувствах, которые он испытывает. («Тебе хочется что-то сделать, чтобы это прекратилось? Ты хочешь убежать, спрятаться от происходящего?»)
4. Не спорьте, не задавайте вопросов, в разговоре избегайте фраз с частицей «не», относящихся к нежелательным действиям, например: «Не беги - стой», «Не размахивай руками – опусти руки», «Не кричи – говори тише»).
5. Двигательное возбуждение обычно длится недолго и может смениться нервной дрожью, плачем, а также агрессивным поведением.

Агрессия — один из произвольных 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 несколько часов).

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

В данной ситуации:

1. Удалите зрителей, создайте спокойную обстановку. Оставайтесь с ребенком наедине, если это не опасно для вас.

2. Неожиданно совершите действие, которое может сильно удивить (можно дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко на него крикнуть).

3. Говорите короткими фразами, уверенным тоном («Выпей воды», «Умойся»).

4. После истерики наступает упадок сил. Уложите пострадавшего спать. До прибытия родителей или медработника наблюдайте за

его состоянием.

5. Не потакайте его желаниям.

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

В. В ситуациях подозрения на суицидальное поведение

Особенности коммуникации:

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

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

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

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

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

- во всех случаях повторных суицидных попыток;
- при наличии психических расстройств;
- при наличии высокого риска суицидных действий;
- устойчивых мыслей о самоубийстве;

- высоком уровне решимости умереть в ближайшем будущем (в течение ближайших часов или дней);
- существовании плана, в котором используется насильственный и высоко летальный метод;
- беспокойстве или панике;
- неблагоприятной семейной ситуации.

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

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДОВ В УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

- своевременное выявление учащихся с личностными нарушениями и обеспечение их психологической поддержкой;
- формирование с детьми и подростками более близких отношений путем доверительных бесед с искренним стремлением понять их и оказать помощь;
- проявление наблюдательности и умения своевременного распознавания признаков суицидальных намерений, словесных высказываний или изменений в поведении;
- оказание помощи в учебе ученикам с низкой успеваемостью;
- контроль посещаемости занятий и прогулов;
- дестигматизация психических болезней (борьба с преобладающим стыдом перед ними), предотвращение злоупотребления алкоголем и наркотиками;
- своевременное направление учащихся на лечение в связи с психическими расстройствами и злоупотреблением алкоголем или наркотиками;
- осуществление мероприятий по ограничению доступа к возможным средствам самоубийства – токсическим веществам и опасным медикаментам, пестицидам, огнестрельному или иному оружию и т.п.;
- формирование позитивных потребностей;
- развитие способности любить и быть любимыми;
- формирование умения себя занять и трудиться;
- раннее формирование устойчивых интересов (спорт, искусство, познание)
- организация деятельности, альтернативной отклоняющемуся поведению: кружки по интересам и спортивные секции, экскурсии и 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 токсикоманических веществ), что в целом приводит к социальному стрессу, снижению адаптационных возможностей детей и подростков, социальным конфликтам и ухудшает, в конечном итоге, психологическую обстановку в обществе.

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

ЭТО ПОЛЕЗНО ЗНАТЬ

Экстренная психологическая помощь в Минске:

Для взрослых – 290-44-44 (круглосуточно)

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

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

Телефоны доверия в других городах Беларуси:

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

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

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

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

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

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

Жодино – (8-01775) 3-48-46

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

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

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

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

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

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

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

ПОЛЕЗНЫЕ ССЫЛКИ (ЧТО ЧИТАТЬ):

1. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врачей общей практики . – Минск «Беларусь», 2001.
2. Ласый Е. В. Степень осознания стремления к смерти в аутоагрессивном акте//Актуальные вопросы психотерапии. – Минск, 1998.
3. Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства / Пер. с англ. М.: Смысл, 2000.
4. Малкин-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. – М.: Изд-во Эксмо, 2006. – 960 с – (Справочник практического психолога).
5. Насилне и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / Под ред. Этьенна Г. Круга и др./ Пер. с англ. – М.: Издательство «Весь Мир», 2003. – 376 с.
6. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчёт о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. – ВОЗ, 2006. – 185 с.
7. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философосов, социологов, психотерапевтов и в художественных текста. – М.: «Когито-Центр», 2001.

8. Bertolote J.M., Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective // World Psychiatry. – 2002. – Vol. 1, #3. – pp. 147-152.
9. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G-X. Global suicide rates among young people aged 15-19 // World Psychiatry. – 2005. – Vol. 4, #2. – pp. 114-120.

КОМИССИЯ ПО ДЕЛАМ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ
ВИТЕБСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА

УЗ «ВИТЕБСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ
ДИСПАНСЕР»

УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ ОБЛИСПОЛКОМА

УПРАВЛЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ОБЛИСПОЛКОМА

**ПРОГРАММА
ОБЛАСТНОГО СЕМИНАРА**

*ТЕМА "О совершенствовании работы государственных органов,
общественных организаций по профилактике кризисных ситуаций у
несовершеннолетних"*

22 июня 2010 г.

г.Витебск, облисполком

Приглашенные: заместители председателей комиссий по делам несовершеннолетних, начальники, старшие инспектора инспекций по делам несовершеннолетних, отделов внутренних дел, методисты, курирующие вопросы психолого-педагогического сопровождения детей и подростков отделов образования райгорисполкомов, администраций районов г. Витебска, заместители директоров по воспитательной работе учреждений образования, обеспечивающих получение профессионально-технического образования.

- 9.30 – 10.00 – Регистрация участников семинара.
- 10.00 – 10.10 – Открытие семинара. Вступительное слово.
Олехнович Тамара Витальевна – заместитель председателя комиссии по делам несовершеннолетних облисполкома
- 10.10 – 10.50 – Тема "Кризисные ситуации у несовершеннолетних"
✓ Данилова Елена Леонидовна – главный внештатный детский психиатр управления здравоохранения облисполкома
- 10.50 – 11.20 – Тема "Психические поведенческие расстройства у подростков вследствие употребления психоактивных веществ".
Герасимовский Александр Сергеевич – заведующий подростковым наркологическим отделением УЗ "Витебский областной психоневрологический диспансер"
- 11.20 – 12.00 – Тема "Психологическая коррекция кризисных ситуаций у несовершеннолетних".
Воропьев Александр Александрович – психолог детско-подросткового отделения УЗ "Витебский областной психоневрологический диспансер"
- 12.00 – 12.15 – Тема "О взаимодействии государственных органов и общественных организаций в работе, направленной на предупреждение употребления психоактивных веществ".
✓ Шелкунова Ирина Николаевна – заведующая наркологическим отделением УЗ "Витебский областной психоневрологический диспансер".
- 12.15 – 12.35 – Тема "Практика сотрудничества государственных органов и общественных организаций в работе с зависимыми лицами". (из опыта работы г. Новополоцка).
Щепин Владимир Финодентович – председатель первичной организации "Центральной службы анонимных алкоголиков" г. Новополоцка
- 12.35 – 13.00 – Подведение итогов семинара. Принятие рекомендаций по организации работы.
Олехнович Тамара Витальевна – заместитель председателя комиссии по делам несовершеннолетних облисполкома
- 14.00-16.00 Рабочее совещание заместителей председателей КДН по вопросам организации исполнения Декрета № 18, летней занятости детей, полугодовой отчетности (с участием представителей областных ведомств).

**Рекомендации
по совершенствованию работы государственных органов,
общественных организаций по профилактике кризисных ситуаций
у несовершеннолетних (алгоритм действий)**

22 июня 2010г. г. Витебск

1. Формирование банка данных:

- ежеквартальный анализ имеющейся в отделе образования информации о лицах, употребляющих психоактивные вещества, совершивших суицидальные попытки (информация предоставляется врачами психиатрами по запросам ИДН);

- формирование в отделе, учреждениях образования банка данных суицидально ориентированных лиц, своевременная его актуализация и ежеквартальное информирование сотрудников органов здравоохранения.

2. Преемственность в работе между психологами отделов образования и региональной психиатрической службой:

- разработка педагогами-психологами и социальными педагогами учреждений образования схемы (модели, системы) психолого-педагогического сопровождения групп детей суицидального риска и их социального окружения, включающую выявление, психологическую и социально-педагогическую профилактику, воспитательную работу. Сотрудничество педагогов-психологов, социальных педагогов со специалистами учреждений здравоохранения по вопросам выявления и профилактики суицидального поведения, а также индивидуального сопровождения отдельных учащихся;

- организация наблюдения, сопровождения детей, совершивших суицидальные попытки. Заключительная оценка психиатрической и социально-психологической служб по выходу несовершеннолетнего из кризисной ситуации;

- организация работы по своевременному выявлению семейного неблагополучия, контроль и оказание необходимой помощи;

- своевременное информирование сотрудниками органов управления образованием, комиссий по делам несовершеннолетних, органов внутренних дел о выявленных случаях дискриминации, физического или психического насилия, оскорблений, грубого обращения с несовершеннолетними и обсуждение случаев нарушений их прав и законных интересов на педагогических советах учреждений образования, советах органов управления образованием с принятием адекватных мер реагирования.

3. Организация работы, направленной на профилактику асоциального поведения детей, формированию здорового образа жизни. Работа в группах с зависимыми подростками:

- обучение классных руководителей, педагогов-предметников распознаванию симптомов суицидального поведения у учащихся, оптимальному общению в образовательном процессе, эффективному поведению в кризисной ситуации с привлечением сотрудников органов здравоохранения;

- обучение родителей (на семинарах-практикумах, групповых консультациях, на родительских собраниях, через информационные стенды и печатные издания) распознаванию симптомов суицидального поведения у детей, навыкам эффективного взаимодействия в ситуации кризиса. Ознакомление родителей с возможностями социальной, медицинской и психолого-педагогической поддержки и реабилитации детей в регионе;

- обучение детей приемам саморегуляции, использованию конструктивных форм психологической защиты и стратегий совладания в кризисных и конфликтных ситуациях. Проведение психопрофилактических мероприятий в выпускных классах по снижению эмоционального напряжения;

- систематическое проведение классными руководителями, педагогами-психологами воспитательных мероприятий: классных часов, семинаров практикумов, конкурсов, развивающих занятий и других интерактивных форм, пропагандирующих ценность жизни, позитивное мировосприятие;

- инициирование сотрудниками учреждений образования вопросов сотрудничества и осуществления социального партнерства с общественными объединениями, организациями Белорусской православной церкви, заинтересованными структурами и ведомствами, отвечающими за воспитание, образование и здоровье детей и подростков, с целью обеспечения права на формирование ответственной и способной к жизни в обществе личности;

- информирование через средства массовой информации, листовки в транспорте, учреждениях здравоохранения, предприятиях торговли, учреждениях образования, культуры, территориальных центрах социального обслуживания населения, трудовых коллективах населения области, включая несовершеннолетних, о функционировании в регионе «телефона доверия»;

- вовлечение родителей, дети которых признаны нуждающимися в государственной защите, в занятия групп АА;

- анализ комиссиями по делам несовершеннолетних совместно с сопричастными эффективности принятых мер по устранению причин и условий, способствующих попаданию детей в кризисные ситуации.

УТВЕРЖДАЮ

Начальник управления образования
Витебского облисполкома



И.А.Щурок

РАБОЧИЙ ПЛАН
по выполнению мероприятий Комплексного
плана по профилактике суицидального
поведения на 2009 – 2012 годы

№ пункта Компл.плана	Мероприятие	Срок исполнения	Исполнители
3	Организация постоянно действующих семинаров для руководителей учреждений образования, их заместителей, организаторов методической работы	Ежеквартально	Управление образования облисполкома, ГУО «Витебский областной институт развития образования», отделы образования райгорисполкомов, администраций районов г.Витебска
	Организация работы психологического клуба «Диалог»	Ежеквартально	ГУО «Витебский областной институт развития образования»
5	Формирование и ежемесячная актуализация банка данных суицидально ориентированных обучающихся	Ежемесячно	Учреждения образования
7	Размещение на веб-сайтах органов управления образованием, ГУО «Витебский областной институт развития образования» материалов по профилактике суицидального поведения, формам и методам получения помощи лицами, находящимися в кризисной ситуации. Обеспечение их актуализации	2010-2012	Отделы образования райгорисполкомов, администраций районов г.Витебска, ГУО «Витебский областной институт развития образования»
8	Проведение воспитательных мероприятий по вопросам профилактики суицидов	2009-2012	Управление образования облисполкома,

			ГУО «Витебский областной институт развития образования», отделы образования райгорисполкомов, учреждения образования
9	Включение в программы повышения квалификации и переподготовки различных категорий педагогических работников вопросов профилактики суицидов, обучения кризисной психологии	2009-2012	ГУО «Витебский областной институт развития образования»
14	Разработка и распространение информационных материалов по распознаванию факторов суицидального риска, суицидальных признаков и алгоритма действий педагогических работников при их выявлении	2010-2012	Управление образования облисполкома, ГУО «Витебский областной институт развития образования»
18	Проведение акций, выступлений агитбригад, создание рекламы, выпуск стенгазет по вопросам пропаганды ценности человеческой жизни	2009-2012	Управление образования облисполкома, отделы образования райгорисполкомов, учреждения образования
19	Организация обучения родителей по распознаванию симптомов суицидального поведения, навыкам эффективного взаимодействия в ситуации кризиса	2009-2012	Управление образования облисполкома, отделы образования райгорисполкомов, учреждения образования
20	Разработка, изготовление и размещение в средствах массовой информации, в местах проведения досуга, в учреждениях образования, по месту жительства информации о психологических кабинетах, территориальных центрах социального обслуживания населения, «телефонах	2009-2012	Управление образования облисполкома, отделы образования райгорисполкомов, учреждения образования

	доверия» и организациях, занимающихся предупреждением суицидов		
23	По согласованию с подразделениями МЧС органичение возможности свободного открытия окон в учреждениях образования, общежитиях, а также доступности к выходам на крыши высотных зданий	2009-2012	Учреждения образования