



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ

ПРИКАЗ

от « 20 » ИЮНЯ 2018г.

№ 1145

г. Симферополь

Об организации суицидологической службы в Республике Крым

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 2 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 мая 1998 года № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисным состоянием и суицидальным поведением», от 16 сентября 2003 года № 438 «О психотерапевтической помощи», Положением о Министерстве здравоохранения Республики Крым, утвержденным постановлением Совета министров Республики Крым от 27 июня 2014 года № 149 (с изменениями), в целях дальнейшего развития и совершенствования специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и профилактики суицидального поведения в Республике Крым,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Определить Государственное бюджетное учреждение Республики Крым «Крымская республиканская клиническая психиатрическая больница №1 имени Н.И. Балабана» организационно-методическим и консультативным учреждением, координирующим деятельность медицинских организаций Республики Крым по профилактике суицидального поведения.

2. Утвердить:

2.1. Положение об организации специализированной помощи несовершеннолетним в кризисных и суицидоопасных состояниях в государственных учреждениях здравоохранения Республики Крым (приложение 1).

2.2. Положение о кабинете социально-психологической помощи при кризисных состояниях (приложение 2).

2.3. Положение о круглосуточных кризисных местах для несовершеннолетних (приложение 3).

2.4. Методические рекомендации по профилактике суицида у подростков (приложение 4).

3. Главным врачам медицинских организаций, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Республики Крым:

3.1. Назначить приказом ответственных лиц за организацию оказания медицинской помощи лицам с суицидальным поведением и профилактику суицидального поведения несовершеннолетних и взрослого населения.

3.2. Организовать своевременное выявление пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами с целью предупреждения суицидальных попыток.

3.3. Обеспечить обязательное консультирование детей до 18 лет с суицидальным поведением, обращающихся на амбулаторный прием, и находящихся на стационарном лечении в медицинской организации, врачом-психиатром (психотерапевтом), медицинским психологом.

3.4. Ввести в штатную структуру медицинских организаций, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Республики Крым, должность медицинского психолога и укомплектовать их физическими лицами.

3.5. Разместить на информационных стендах медицинских организаций, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Республики Крым, информацию о едином Всероссийском детском Телефоне Доверия для детей, подростков и их родителей (8-800-2000-122).

3.6. Мониторинг и профилактику суицидального поведения несовершеннолетних осуществлять в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Крым от 29 июля 2016 года № 1169 «О мерах по мониторингу и профилактике суицидального поведения среди детского населения Республики Крым».

4. Приказ вступает в силу с момента его подписания.

5. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Республики Крым Дьякова А. С.

Министр



А. Голенко

Положение
об организации специализированной помощи несовершеннолетним
в кризисных и суицидоопасных состояниях в государственных
учреждениях здравоохранения Республики Крым

Специализированная помощь лицам с кризисными состояниями и профилактика суицидального поведения проводится в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», приказом Минздрава России от 06.05.1998 №148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».

Несовершеннолетние в кризисных ситуациях, с суицидальным поведением могут получать консультативную, психолого-психиатрическую помощь по обращаемости в кабинетах участковых врачей-психиатров, психотерапевтов по месту жительства, как при самообращении, так и при направлении врачами первичного звена (педиатров, терапевтов, кардиологов, неврологов и т.д.); стационарную помощь – в круглосуточном стационаре на выделенных местах в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Крымская психиатрическая больница № 5» (далее - ГБУЗ РК «КПБ №5»).

Все лица, госпитализированные в соматические стационарные отделения по поводу суицидальной попытки, либо выявлении у больного в ходе лечения суицидальных мыслей и намерений, в обязательном порядке подлежат консультированию у врача-психиатра (психотерапевта), имеющегося в штате данной медицинской организации, который консультирует больного и решает вопрос амбулаторного лечения, либо перевода на лечение в психиатрический стационар в зависимости от психического состояния больного, руководствуясь Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Стационарное лечение психических больных оказывается в ГБУЗ РК «КПБ №5». При консультировании лица в кризисной ситуации и с суицидальным поведением в соответствии с действующим законодательством должно быть получено его согласие. Полученное согласие должно быть оформлено записью в медицинской документации и удостоверено его подписью (или его законного представителя) и подписью врача-психиатра (психотерапевта).

Положение о кабинете социально-психологической помощи при кризисных состояниях

1. Кабинет социально-психологической помощи при кризисных состояниях (далее - кабинет) является структурным подразделением амбулаторно-поликлинического учреждения, оказывает консультативно-лечебную и профилактическую помощь лицам, добровольно обращающимся в связи с кризисным, суицидоопасным состоянием.

2. Амбулаторно-поликлиническое учреждение предоставляет для кабинета необходимые помещения и оборудование, несет коммунальные и другие расходы, связанные с его функционированием, пропагандирует его деятельность. Для обеспечения работы кабинета должны быть предусмотрены помещения для приема пациентов, помещения для психолога, социального работника и другого персонала. Устройство и перечень оборудования кабинета соответствуют таковым для психотерапевтического кабинета (приложения 4, 5 к приказу Минздрава Российской Федерации от 16.09.2003 № 438 «О психотерапевтической помощи»).

3. Организационно-методическое руководство кабинетом осуществляется главным психиатром и психотерапевтом.

4. В кабинете работают врач-психотерапевт (в психоневрологическом диспансере - врач-психиатр), медицинский психолог, социальный работник и медицинская сестра.

5. Основными задачами кабинета являются:

- консультативно-диагностическая работа и отбор пациентов для лечения в кабинете;
- оказание пациентам медицинской, психиатрической, психологической и социальной помощи;
- психологическая и психопрофилактическая помощь населению, участие в программах охраны психического здоровья;
- повышение знаний медицинского персонала учреждения, на базе которого расположен кабинет, в области оказания психиатрической, психотерапевтической и социальной помощи лицам с психогенными психическими расстройствами.

6. Показаниями для консультирования, наблюдения и лечения независимо от места проживания, прописки и гражданства пациентов являются:

- патологические и непатологические ситуационные реакции;
- психогенные и невротические депрессии, реакции и развития;
- психопатические реакции и декомпенсации психопатии;
- патохарактерологические развития личности.

7. Медицинская и социально-психологическая помощь лицам с указанными расстройствами оказывается по их желанию анонимно. Больные с тяжелыми психическими расстройствами, обуславливающими непосредственную опасность для себя или окружающих, направляются в государственные учреждения здравоохранения, оказывающие стационарную психиатрическую помощь.

8. В кабинете ведется учетно-отчетная медицинская документация, утвержденная в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Положение о круглосуточных кризисных местах для несовершеннолетних

1. Общие положения

1. Настоящее положение разработано в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, Законом Российской Федерации от 2 июля 1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 мая 1998 года № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением».

2. Настоящее положение разработано в целях совершенствования оказания специализированной помощи несовершеннолетним Республике Крым с кризисными состояниями и суицидальным поведением.

2. Порядок организации работы

3. Круглосуточные места кризисных состояний входят в структуру детских психиатрических коек Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Крым «Крымская психиатрическая больница № 5».

4. Места предназначены для оказания специализированной комплексной психиатрической, психотерапевтической (кризисной) и психологической помощи, а также психогигиенической и психопрофилактической помощи несовершеннолетним.

5. Основной поток пациентов отделения формируется в кабинете социально-психологической помощи, но пациенты могут направляться также врачами-психиатрами, психотерапевтами, а также пациенты могут обратиться в отделение самостоятельно.

6. Показаниями для направления на места кризисных состояний являются:

а) высокая актуальность психотравмирующей ситуации с сохранением суицидальных тенденций у лиц, совершивших покушение на самоубийство в состоянии психологического кризиса;

б) невротические ситуационные реакции, ситуационные декомпенсации психопатий, психогенные и невротические депрессии,

реактивные состояния, сопровождающиеся активными аутоагрессивными тенденциями в ближайшем постсуициде, у находящихся в ремиссии эндогенных больных, критически относящихся к своему заболеванию.

5. Противопоказаниями для госпитализации в стационар кризисных состояний служат:

- а) тяжелые соматические заболевания;
- в) алкогольная и наркотическая зависимость в состоянии декомпенсации.

7. Основными методами лечения и реадaptации является кризисная психотерапия и социальная реабилитация в сочетании с медикаментозной терапией.

8. Штатное обеспечение кризисных мест определяется приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 мая 1998 года № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» от 16 сентября 2003 года № 438 «О психотерапевтической помощи».

Методические рекомендации по профилактике суицида у подростков

Суицид – умышленное самоповреждение со смертельным исходом (лишение себя жизни). Люди, совершающие суицид, страдают от сильной душевной боли и находятся в состоянии стресса, а также чувствуют невозможность справиться со своими проблемами. Суицидальное поведение у подростков отличается возрастным своеобразием. Максимализм в оценках, неумение предвидеть истинные последствия своих поступков и прогнозировать исходы сложившейся ситуации, отсутствие жизненного опыта, могут создать у подростка ощущение безысходности, неразрешимости конфликта, порождать чувство отчаяния и одиночества. На первом месте среди оснований для совершения подростками самоубийства стоят внутрисемейные конфликты из-за завышенных требований взрослых к ребенку или вследствие полного игнорирования его как личности. Вторым, не менее значимым побудителем подростковых самоубийств, являются конфликты в школе. Нередки случаи, когда самоубийство подростков вызывается гневом, протестом, злобой или желанием наказать себя и других.

Мотивы суицидального поведения у подростков:

переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания;
действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность;
переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи;
чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения;
боязнь позора, насмешек или унижения;
страх наказания, нежелание извиниться;
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;
сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов.

Состояния, приводящие к мысли о самоубийстве:

низкая сопротивляемость стрессу и чувство разочарования и безысходности (недостаточное принятие реальности);
ощущение неспособности изменить положение вещей (нет надежды на позитивные перемены в будущем);
отсутствие навыков конструктивного решения проблемы;
убежденность в том, что самоубийство решит все проблемы.

Суицидальное поведение часто сопровождается депрессией.

Признаки депрессии: потеря интереса или чувства удовлетворения в ситуациях, обычно вызывающих положительные эмоции;
неспособность к адекватной реакции на похвалы или награды;
чувство горькой печали, переходящей в плач; чувство неполноценности, бесполезности; потеря самоуважения;
пессимистическое отношение к будущему, негативное восприятие прошлого;
повторяющиеся мысли о смерти или о самоубийстве;
снижение внимания или способности к ясному мышлению, вялость, хроническая усталость, замедленные движения и речь;
снижение эффективности или продуктивности в учебе, работе, быту;
изменение привычного режима сна, бессонница или повышенная сонливость; изменение аппетита с последующим увеличением или потерей веса.

Поступки, жалобы, проявления, свидетельствующие о суицидальной направленности подростка:

необычно пренебрежительное отношение к своему внешнему виду;
усиление жалоб на физическое недомогание;
склонность к быстрой перемене настроения; жалобы на недостаток сна или повышенную сонливость; ухудшение или улучшение аппетита;
признаки беспокойства; признаки вечной усталости;
уход от контактов, изоляция от друзей и семьи; отказ от общественной работы, от совместных дел; излишний риск в поступках; нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы;
поглощенность мыслями о смерти или загробной жизни; необычные вспышки раздражительности; усиленное чувство тревоги; выражение безнадежности; приобщение к алкоголю, наркотикам или их усиленное потребление;
раздача подарков; приведение всех дел в порядок; разговоры о собственных похоронах; отсутствие планов на будущее; составление записки об уходе из жизни.

Словесные заявления подростка – признаки суицидальных намерений «Ненавижу жизнь» «Они пожалеют о том, что они мне сделали» «Не могу этого вынести» «Я покончу с собой» «Никому я не нужен» «Это выше моих сил»

Типы суицидов

1. Суицид истинный или обдуманый

Мотивами являются конфликты подростка с окружающими и самим собой, трудные материально-бытовые условия. Он находится в состоянии депрессии с ощущением невыносимости ситуации, душевной боли, безвыходности, усталости, собственной ненужности. Психологическим смыслом является протест против сложившейся ситуации.

2. Аффективный суицид

Возникает мгновенно, внезапно на высоте аффекта, когда сужено восприятие окружающего мира и подросток испытывает сложные эмоциональные переживания. В состоянии аффекта средства для самоубийства выбираются случайно и необдуманно.

3. Демонстративно-шантажный суицид

Смысл таких суицидальных попыток - манипулирование родными и близкими. Преобладают уже не эмоции, а трезвый холодный расчет. Подросток надеется, что его действия не приведут к смерти. Подростки просто шантажируют своих родителей, окружающих, добиваясь от них уступок моральных и материальных. Однако возможность смерти не исключена, так как подросток не может просчитать все варианты до конца. Сюда же относится суицидальное поведение в виде порезов, насечек на коже.

Типичные заблуждения, затрудняющие профилактику суицидов:

Заблуждение №1.

Самоубийства совершаются в основном психически ненормальными людьми. Большинство из лишивших себя жизни – это здоровые люди, попавшие в острые психотравмирующие ситуации. Они никогда не лечились у психиатров, не обнаруживали каких-либо поведенческих отклонений.

Заблуждение №2.

Самоубийства предупредить невозможно. Тот, кто решил покончить с собой, рано или поздно это сделает. Потребность к самоуничтожению у подавляющего большинства людей является лишь временной. Необходимость подростка в душевной теплоте, желание быть выслушанным, понятым, готовность принять предлагаемую помощь обуславливают необходимость профилактики самоубийств.

Заблуждение №3.

Если подросток открыто заявляет о желании покончить с собой, то он никогда не совершит самоубийства. 3/4 людей, совершивших самоубийство или его попытку, сообщали о своих намерениях ближайшему окружению, а 20 % суицидентов ранее уже пытались покончить с собой.

Заблуждение №4.

Если загрузить подростка работой, то ему некогда будет думать о самоубийстве. Осуществление такой «профилактики» выливается в нарушение элементарных условий труда и отдыха, что может привести к истощению психофизиологических ресурсов организма, еще больше повышая вероятность суицидальных попыток.

Заблуждение №5.

Чужая душа – потемки. Предвидеть попытку самоубийства невозможно.

Барьером для профилактики самоубийств является распространенное ошибочное мнение, что нет внешних признаков, которые указывают на решение человека покончить с собой.

Заблуждение №6.

Существует некий тип людей, «склонных к самоубийству». Самоубийство совершают люди различных психологических типов.

Реальность суицидального намерения зависит от силы психотравмирующей ситуации ее личностной оценки как непереносимой.

Заблуждение № 7.

Не существует никаких признаков, которые указывали бы на то, что подросток решил на самоубийство. Самоубийству, как правило, предшествует необычное для данного человека поведение. Существуют «знаки беды», т.е. те действия и высказывания, которые служат своеобразным сигналом о готовности к суициду.

Заблуждение № 8.

Решение о самоубийстве приходит внезапно, без предварительной подготовки. Суицидальные действия являются результатом достаточно длительной психотравматизации. Суицидальный кризис и подготовка к самоубийству может длиться несколько недель и даже месяцев.

Заблуждение № 9.

Если подросток совершил попытку самоубийства, он никогда этого не повторит снова. Если подросток совершил неудачную попытку самоубийства, то риск повторной попытки очень высок. Причем наибольшая ее вероятность - **в первые два месяца.**

Подростки совершают суицид, когда не видят путей решения своих проблем, после неудачных попыток их решения, при обострении чувства безнадежности. Поэтому первостепенную роль играет профилактическая беседа. Индивидуальная профилактическая беседа В беседе с подростком, особенно с тем, кто готов пойти на самоубийство, важно уделить достаточно внимания активному слушанию. Активный слушатель – это человек, который слушает собеседника со всем вниманием, не осуждая его, что дает возможность его партнеру выговориться без боязни быть прерванным.

Активный слушатель в полной мере понимает чувства, которые пытается выразить его собеседник, и помогает ему сохранить веру в себя. Он помогает тому, чтобы высказывания собеседника о желании умереть наверняка были услышаны.

Рекомендации по проведению профилактической беседы:

Разговаривать в спокойном месте, чтобы избежать возможности быть прерванным в беседе; уделять все внимание подростку, смотреть прямо на него, удобно, без напряжения расположившись напротив, но не через стол; в процессе беседы целесообразно не вести никаких записей, не поглядывать на часы и тем более не выполнять какие-либо «попутные» дела; пересказать то, что собеседник рассказал, чтобы он убедился, что действительно понята суть услышанного; дать возможность собеседнику высказаться, не перебивая его, и говорить только тогда, когда перестанет говорить он; говорить без осуждения и пристрастия, что способствует усилению у собеседника чувства собственного достоинства; произносить только позитивно-конструктивные фразы.

В случае подозрения о наличии суицидальных намерений у подростка беседу с ним можно строить следующим образом: «Как твои дела? Как ты себя чувствуешь? Ты выглядишь, словно в воду опущенный, что

происходит?» В случае открытого суицидального высказывания следует обсудить эту проблему с подростком: «Ты надумал покончить с собой? Как бы ты это сделал? А если ты причинишь себе боль? Ты когда-нибудь причинял себе боль раньше? Что произошло в тот период? Если бы я попросил не причинять себе боль, ты бы смог отказаться от своих намерений? Что мешает тебе дать обещание? Что помогло тебе справиться с трудностями в прошлом? Помогло бы это тебе теперь? От кого бы ты хотел получить помощь? Знают ли твои близкие, что тебе трудно сейчас?» Такая беседа является первичной формой профилактики у подростка и может быть проведена любым человеком, находящимся рядом с подростком, переживающим кризис душевного состояния.

Необходимо помнить о серьезном отношении ко всем угрозам, слушать внимательно. Собеседник должен чувствовать неравнодушное отношение к его проблемам.

В первую очередь необходимо настаивать на том, что самоубийство – неэффективный способ решения всех проблем и попытаться заключить соглашение о не совершении самоубийства. Основным пунктом соглашения должно быть обещание подростка не причинять себе боли никаким образом.

Практические рекомендации по профилактике суицида у подростков

1. Знайте «ключи» к разгадке суицида. Профилактика суицида состоит, прежде всего, в способности распознать признаки грядущей опасности: суицидальные угрозы, предшествующие попытки самоубийства, депрессии, значительные изменения поведения или личности подростка, а также приготовления к последнему волеизъявлению. Надо уловить проявления беспомощности и безнадежности и определить, не является ли подросток одиноким и изолированным.

2. Принимайте суицидента как личность. Нельзя самоуверенно считать, что подросток не способен и не сможет решиться на самоубийство. Опасно заблуждаться относительно несерьезности какой-то суицидальной ситуации. Если есть предположение, что кому-либо угрожает опасность самоубийства, то надо действовать в соответствии со своими собственными убеждениями. Опасность преувеличить потенциальную угрозу, – ничто по сравнению с тем, что кто-то может погибнуть из-за невмешательства.

3. Установите заботливые взаимоотношения. Вместо того чтобы страдать от самоосуждения и других переживаний, тревожная личность должна постараться понять свои чувства. Для подростка, который чувствует, что он бесполезен и нелюбим, забота и участие отзывчивого человека являются мощными ободряющими средствами.

4. Будьте внимательным слушателем. Суициденты страдают от сильного чувства отчуждения. В силу этого они бывают неспособны принимать конкретные советы. Гораздо больше они нуждаются в обсуждении своей боли. Неоценимая помощь заключается в том, что будут выслушаны слова, выражающие чувства подростка, будь то печаль, вина, страх или гнев. Даже просто молчаливое слушание может явиться

доказательством заинтересованного и заботливого отношения. Трудность работы с суицидентами заключается в том, что у специалиста возникают довольно специфические собственные реакции: боязнь отвержения, нежеланности, чувства бессилия или ненужности. Необходимо оставаться спокойным и понимающим

5. Не спорьте. Сталкиваясь с суицидальной угрозой, друзья и родственники часто говорят: «Подумай, ведь ты же живешь гораздо лучше других людей; тебе бы следовало благодарить судьбу». Этот ответ сразу блокирует дальнейшее обсуждение. Замечания вызывают еще большую подавленность. Другим распространенным вопросом является: «Ты понимаешь, какие несчастья и позор ты навлечешь на свою семью?» Но, возможно, за ним скрывается именно та мысль, которую желает осуществить суицидент. Ни в коем случае нельзя проявлять агрессию. Вступая в дискуссию, можно не только проиграть спор, но и потерять самого подростка.

6. Задавайте вопросы. Лучший способ вмешаться в кризис, это заботливо задать прямой вопрос: «Ты думаешь о самоубийстве?» Он не приведет к подобной мысли, если у человека ее не было; наоборот, когда он думает о самоубийстве и, наконец, находит кого-то, кому небезразличны его переживания, и кто согласен обсудить эту запретную тему, то он часто чувствует облегчение, и ему дается возможность понять свои чувства. Следует спокойно и доходчиво спросить о тревожащей ситуации, например, «С каких пор ты считаешь свою жизнь столь безнадежной? Как ты думаешь, почему у тебя появились эти чувства? Есть ли у тебя конкретные соображения о том, каким образом покончить с собой? Если ты раньше размышляла о самоубийстве, что тебя останавливало?» Чтобы помочь суициденту разобраться в своих мыслях, можно иногда перефразировать, повторить наиболее существенные его ответы: «Иными словами, ты говоришь...» Согласие выслушать и обсудить то, чем подросток хочет поделиться, является большим облегчением для него, так как он испытывает боязнь осуждения и готов к тому, чтобы уйти.

7. Не предлагайте неоправданных утешений. Причина, по которой суицидент посвящает в свои мысли, состоит в желании вызвать обеспокоенность его ситуацией. Если не проявить заинтересованности и отзывчивости, то подросток воспримет это как проявление отвержения и недоверия. Если вести беседу с уважением и заботой, то это значительно снизит угрозу самоубийства. В противном случае его можно довести до суицида банальными утешениями как раз тогда, когда он отчаянно нуждается в искреннем, заботливом и откровенном участии в его судьбе. Суицидальные подростки с презрением относятся к замечаниям типа: «Ничего, ничего, у всех есть такие же проблемы, как у тебя», – и другим аналогичным клише, поскольку они резко контрастируют с их мучениями. Эти выводы лишь минимизируют, уничижают их чувства и заставляют ощущать себя еще более ненужными и бесполезными.

8. Предложите конструктивные подходы. Вместо того чтобы говорить суициденту: «Подумай, какую боль принесет твоя смерть близким», нужно просить его поразмышлять об альтернативных решениях, которые,

возможно, еще не приходили ему в голову. Одна из наиболее важных задач профилактики суицидов состоит в том, чтобы помочь определить источник психического дискомфорта. Наиболее подходящими вопросами для стимуляции дискуссии могут быть: «Что с тобой случилось за последнее время? Когда ты почувствовал себя хуже? Что произошло в твоей 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 подростка необходимо уверить, что он может говорить о чувствах без стеснения, даже о таких отрицательных эмоциях, как ненависть, горечь или желание отомстить. Если подросток все же не решается проявить свои сокровенные чувства, то, возможно, 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 подросток разрешал сходные ситуации в прошлом. Это называется «оценкой средств, имеющихся для решения проблемы». 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 человек справлялся с кризисом в прошлом. Они могут быть полезны для разрешения и настоящего конфликта. Необходимо выяснить, что остается позитивно значимым для подростка, что он еще ценит. 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?

9. Вселяйте надежду. Работа со склонными к саморазрушению подросткам является серьезной и ответственной. Когда беспокоящие скрытые мысли выходят на поверхность, беды кажутся менее фатальными и более разрешимыми. Терзаемый тревогой подросток может прийти к мысли: «Я так и не знаю, как разрешить эту ситуацию. Но теперь, когда ясны мои затруднения, я вижу, что, быть может, еще есть какая-то надежда». Надежда помогает ему выйти из поглощенности мыслями о самоубийстве. Потерю надежд на достойное будущее отражают записки, оставленные самоубийцами. Саморазрушение происходит, если подростки утрачивают последние капли оптимизма, а их близкие каким-то образом подтверждают тщетность надежд. Надежда не может строиться на пустых утешениях. Надежда возникает не из оторванных от реальности фантазий, а из существующей способности желать и достигать. Когда люди полностью теряют надежду на достойное будущее, они нуждаются в поддерживающем совете, в предложении какой-то альтернативы. Подростки часто страдают от внутреннего эмоционального дискомфорта, все окружающее кажется им мрачным. Но им важно открыть, что не имеет смысла застревать на одном полюсе эмоций.

10. Оцените степень риска самоубийства. Необходимо определить серьезность возможного самоубийства. Намерения могут различаться, начиная с мимолетных, расплывчатых мыслей о такой «возможности» и кончая разработанным планом суицида. Важно выявить и другие факторы, такие, как алкоголизм, употребление наркотиков, степень эмоциональных нарушений и дезорганизации поведения, чувство безнадежности и беспомощности. Неоспоримым фактом является то, что чем более разработан метод самоубийства, тем выше его потенциальный риск.

11. Не оставляйте подростка одного в ситуации высокого суицидального риска. Для того чтобы показать подростку, что окружающие заботятся о нем, и создать чувство жизненной перспективы, можно заключить с ним так называемый суицидальный контракт – попросить об обещании связаться перед тем, как он решится на суицидальные действия для того, чтобы вы еще раз смогли обсудить возможные альтернативы поведения. Такое соглашение может оказаться весьма эффективным.

12. Обратитесь за помощью к специалистам. Суициденты имеют суженное поле зрения, своеобразное туннельное сознание. Их разум не в состоянии восстановить полную картину того, как следует разрешать непереносимые проблемы. Поэтому незаменимой может оказаться помощь психологов. Во время психотерапевтической консультации отчаявшиеся люди глубже раскрывают свое страдание и тревоги. Если депрессивный человек не склонен к сотрудничеству и не ищет помощи специалистов, то еще одним методом лечения является семейная терапия. Все члены семьи получают поддержку, высказывают свои намерения и огорчения, конструктивно выработывая более комфортный стиль совместной жизни.

13. Важность сохранения заботы и поддержки. Если критическая ситуация миновала, то это не означает, что все позади. За улучшение часто принимают повышение активности подростка, хотя его поступки могут свидетельствовать, как раз наоборот, – о решении расчитаться со всеми долгами и обязательствами перед тем, как покончить с собой. Половина суицидентов совершает самоубийство не позже, чем через три месяца после начала психологического кризиса. Как правило, подавая сигналы возможного самоубийства, отчаявшийся человек просит о помощи. И, несомненно, ситуация не разрешится до тех пор, пока суицидальный человек не адаптируется в жизни.

Список использованной литературы:

1. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Мотивы самоубийств // Социологические исследования. 1987. № 6. С. 52-60.
2. Вагин Ю. Р. Профилактика суицидального и аддиктивного поведения у подростков. – Пермь, 1999.
3. Меновщиков В.Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями. – М., 2002.
4. Психотерапия детей и подростков. Под ред. Ф. Кендалла. – С-Пб., 2002.
5. Сорокин П.А. Самоубийство как общественное явление // Социологические исследования. 2003. № 2. С. 104–114.

Схема обследования подростка

1. Ф.И.О., возраст.
2. Место учебы.
3. Наличие психических заболеваний у родственников (каких, у кого).
4. Наличие алкоголизма у родственников.
5. Суициды и суицидальные попытки у родственников (у кого, в каком возрасте).
6. Наследственная отягощенность (конкретно у кого, характер отягощенности, по какой линии).
7. Состав семьи (полная, неполная, другие варианты), где и с кем проживает.
8. Социальное положение родителей.
9. Личностные качества родителей: мать: любящая, отвергающая, доминирующая, агрессивная, подчиняющаяся, пассивная; отец: любящий, отвергающий, доминирующий, агрессивный, подчиняющийся, пассивный.
10. Лидерство в семье.
11. Конфликт в семье: есть, нет. Характер конфликта.
12. Положение пациента в семье (наличие братьев, сестер, их возраст, отношения с ними).
13. Формы семейного воспитания – отсутствовали, эмоциональное отвержение и (или) жестокое обращение, повышенная моральная ответственность, неустойчивость стиля воспитания (сочетание различных форм).
14. Виды наказаний в семье.
15. Мотивация при обучении в школе.
16. Успеваемость.
17. Положение в классе.
18. Участие в неформальных группировках (конкретно в каких).
19. Правонарушения: были или нет, какие конкретно.
20. Привычные интоксикации: курение, алкоголь, наркотики - частота употребления, мотив употребления.
21. Сексуальная жизнь.
22. Характерологические особенности личности. Выраженность характерологических особенностей личности.
23. Характеристики суицидного поведения.
24. Травмы, несчастные случаи в прошлом: были, не было, когда, какие.
25. Непроизвольные самоповреждения.
26. Сновидения:
с символикой смерти: да нет, возраст; с элементами аутоагрессии: да нет, возраст, какие; со сценами нападения, убийства: да нет, возраст; повторяющиеся сновидения: да нет, содержание, эмоциональное отношение к содержанию сновидений.

27. Страх смерти: да нет, обоснованный или нет, возраст.
28. Интерес к смерти, убийствам, самоубийствам, похоронам, возраст.
29. Фантазирование на тему собственной смерти: возраст, содержание.
30. Отсутствие интереса к жизни: возраст.
31. Желание собственной смерти: возраст.
32. Планирование последствий суицида: да нет, конкретно, когда, содержание.
33. Борьба мотивов.
34. Моральные рассуждения: самоосуждение, самооправдание.
35. Непосредственный повод (провоцирующий фактор).
36. Записки: да нет, содержание.
37. Характеристики постсуицидального периода.
38. Отношение к суицидальной попытке.