

Раннее выявление и профилактика подростковых суицидов на почве насилия и жестокого обращения.
Медицинская статистика по Свердловской области.
Анализ ситуации на современном этапе, отечественный и зарубежный опыт.

Актуальность проблемы

**Суицид занимает третью позицию в
списке
самых распространенных причин
детских
смертей**

Суицидальное поведение является глобальной социально- психологической проблемой, которая затронула молодое поколение.

Самоубийство является сегодня одной из основных проблем общественного здравоохранения

85% всех подростков думали о самоубийстве хотя бы раз в жизни. Не многие из них действительно готовы умереть, но иногда такие мысли являются молчаливым криком о помощи. Но весь ужас в том, что попытки самоубийства, даже те, которые призваны лишь привлечь внимание взрослых, зачастую выходят из-под контроля детей и приводят к летальному исходу.

Самый опасный возраст – 14-16 лет, именно на него приходится пик суицида. Но даже детей младше 11 лет посещают такие мысли, особенно в минуты отчаяния и непонимания со стороны близких.

Динамика смертности от суицидов несовершеннолетних от 0-17 лет в Свердловской области (на 100тыс. **детского населения**)

	2011	2012	2013	2014	8 мес. 2015
Смертность по причине суицида	1.9 (15)	2.8 (22)	2.3 (19)	1.6 (13)	0.7 (6)

По данным, предоставляемым службой скорой медицинской помощи, проводится мониторинг суицидальных попыток в муниципальных образованиях области. Эти данные важны для оценки всей суицидальной активности. В 2014 году по области зафиксировано 108,55 случая суицидальных попыток на 100 тысяч населения. Данный показатель снижается в течение последних лет.

Территория	2011	2012	2013	2014
МО г.Екатеринбург	80,05	106,22	108,18	102,12
ГО Богданович	1611,64	178,63	104,37	118,1
Ирбитское МО	69,27	18,89	13,77	174,44
ГО Верхний Тагил	0,00	0	148,9	261,88
Белоярский ГО	0,00	173,54	97,97	195,01
Алапаевское МО	0,00	112,2	170,38	239,67
ГО Сухой Лог	0,00	147,28	181,11	130,16
ПО ОБЛАСТИ	127,44	129,09	117,22	108,55

Проведенный психиатрической службой в 2014 году анализ свидетельствует, что суицидальная активность в различных регионах Свердловской области не зависит от заболеваемости психическими расстройствами. Так, в районах с высокой заболеваемостью имеются как высокие, так и более низкие показатели суицидов. Также не прослеживается связь числа суицидов со сроками госпитализации в психиатрические учреждения. Таким образом, можно говорить о влиянии социальных факторов в качестве основных.

Наибольшая распространенность суицидальных попыток приходится на молодой возраст (18-35 лет), в котором наиболее характерна социальная уязвимость в сочетании с эмоциональной и волевой незрелостью, свойственной молодежи. Сочетание этих факторов научными исследованиями признается основным условием возникновения суицидальных рисков среди населения.

Можно отметить также достаточно высокую суицидоопасность подросткового возраста. При этом тревожным показателем является то, что в 2014 году не отмечается снижения числа суицидальных попыток несовершеннолетних, хотя эта тенденция имела место ранее

	2011	2012	2013	2014
Суицидальные попытки несовершеннолетних на 100 тыс. детского населения	71,76	53,77	36,24	36,49

Наиболее суицидоопасным является именно подростковый возраст. Из зафиксированных СМП 278-ми суицидальных попыток несовершеннолетних 83% - подростки 14-17 лет. Соотношение юношей и девушек в этой группе представлено в пропорции 3/7.

В структуре всех суицидальных действий всех возрастов подавляющее число приходится на самоповешения (85%).

Суицидальные отравления, являющиеся самым распространенным способом суицидальных попыток, среди причин смерти занимают не более 4%.

Суицидальные отравления	34
Механическая асфиксия	702
Самопорезы сосудов	7
Механические травмы	24
Огнестрельные ранения	36
Падения с высоты	19
Другие	3
Всего:	825

Показатели числа завершенных суицидов (1)

Базовым в анализе *суицидальной активности* может считаться показатель *числа завершенных суицидов*, поскольку практически все такие случаи регистрируются Свердловским областным бюро судебно-медицинской экспертизы. Определение же числа всех попыток самоубийств является сложной задачей, поскольку большинство из них не попадают в поле зрения официальных органов. Считается, что число завершенных суицидов составляет 1/10 от всех случаев попыток, а число зафиксированных «скорой помощью» - **1/7**. Всемирная Организация здравоохранения уровень в 20 завершенных суицидов на 100 тысяч населения в год считает критическим.

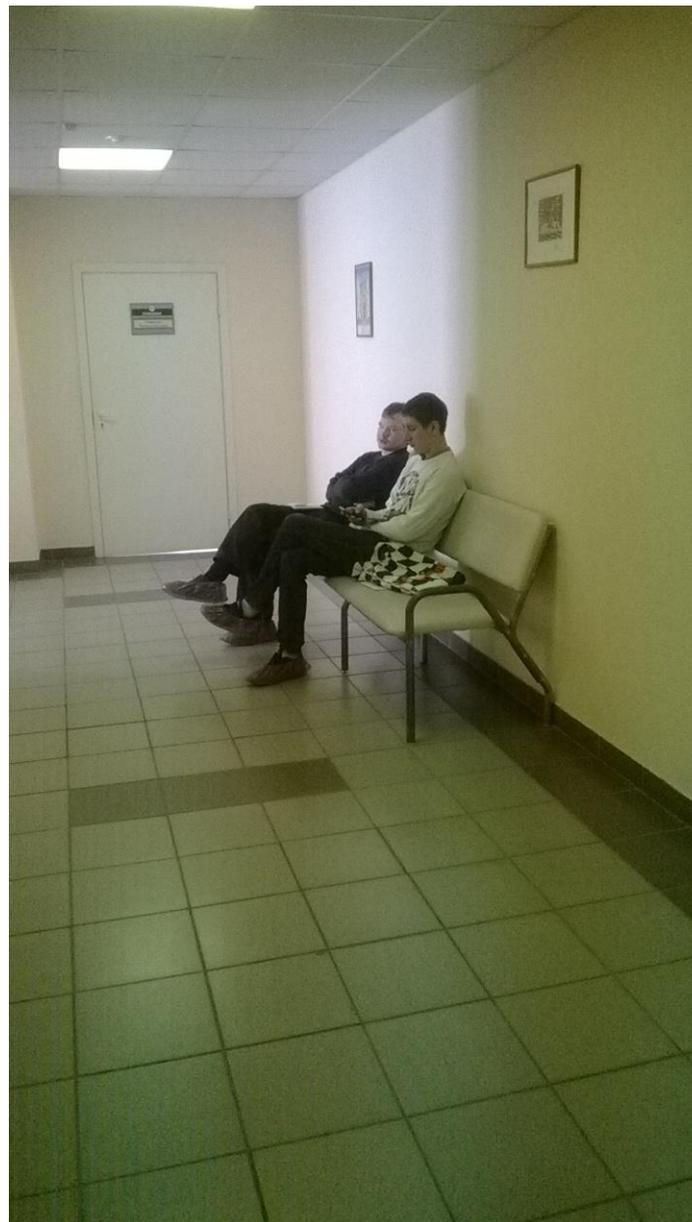
Можно отметить, что в Свердловской области этот показатель высок, но устойчиво снижается в сравнении с предшествующими годами. Данные 2013 года составили 24,5 на 100 тысяч населения (российский показатель – 21 на 100 тысяч). Из таблицы видно, что уровень самоубийств за 10 лет снизился в 2 раза. Однако, из обобщенных данных видно, что в 2014 году отмечается рост числа завершенных суицидов на 3% к 2013 году: показатели 2014 года близки к данным 2011 года, что может указывать на **появление признаков социального неблагополучия** среди некоторой части населения.

Показатели числа завершенных суицидов (2)

2002г.	2003г.	2004г.	2005г.	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.
48,7	45,17	38,5	38,32	36,49	35,47	30,58	29,05	26,6	25,04	24,85	23,5	25.32

В подростковом и юношеском возрасте суицидов меньше, нежели суицидальных попыток.

На 1 совершенный суицид в подростковом и юношеском возрасте приходится, по данным исследователей, от 50-100 суицидальных попыток



Терминология



Термин **суицидология** впервые появился в русской научной литературе в конце 19 века (Розанов П.Г., 1891).

Реальное становление суицидологии как комплексной мультидисциплинарной науки по изучению суицидального, а в более широком понятии аутодеструктивного, поведения произошло в середине 20 века.

Суицидология сегодня – это интенсивно развивающаяся область теоретических и практических знаний, использующая достижения многих научных дисциплин и активно взаимодействующая с ними (психиатрия, психотерапия, неврология, психология, юриспруденция, социология и другие)

Французский социолог **Э. Дюркгейм** (1897) в классическом труде «Самоубийство» называет таким явлением каждый смертный случай, который непосредственно или посредственно является результатом положительного или отрицательного поступка совершенного самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его последствиях.

Суицид, согласно определению **ВОЗ** (1982) – это акт самоубийства с фатальным исходом. Самоубийство есть результат сознательных действий со стороны определенного человека, полностью осознающего или ожидающего летального исхода.

Покушение на самоубийство – аналогичный акт, не имеющий фатального исхода.

Термин **«парасуицид»** предложил в 1977 г. английским суицидолог N. Kreitman с соавт. Для квалификации действий субъектов, которые не ставят перед собой задачу самоуничтожения и поведение которых редко можно определить как ориентированное на прекращение жизни. Существует несколько точек зрения на взаимоотношение терминов «суицидальная попытка» и «парасуицид»:

- I. Суицидальная попытка – один из видов парасуицидов, для которого характерно наличие высокой интенции смерти (выраженного намерения ухода из жизни. В этом случае парасуицид – широкий класс поведенческих аутоагрессивных феноменов, в том числе не связанных с намерением прекращения жизни.
- II. Понимание парасуицида как варианта суицидальных попыток с низкой суицидальной направленностью.
- III. Парасуицид и суицидальная попытка – взаимоисключающие понятия. Каждый из этих феноменов имеет противоположную направленность: низкая интенция смерти в случае парасуицида и высокая при суицидальных попытках.

Е.В. Лагосо (1997)

Современное определение *парасуицида* пересекается с классическим в акцентировании фактора намеренности поступка и расходится в трактовке целей. Здесь в качестве цели выступает *не смерть* субъекта, а *изменение его жизненной ситуации*. Использование единых критериев парасуицида и суицидальной попытки обеспечивает единство клинического подхода, снижает риск пренебрежения манипулятивными суицидальными действиями при оказании помощи.

Отношение несовершеннолетних с суициду

Подросткам кажется, что еще много всего их ждет впереди, они легкомысленно относятся к жизни. Поэтому мысли о самоубийстве появляются у подростков чаще, нежели у других возрастных групп.

Взрослые понимают все значение слова "смерть" и какие последствия принесет самоубийство. У них есть семья, дети, о которых нужно заботиться. Пожилые люди знают, что им недолго осталось жить на этом свете, поэтому они не так часто думают о самоубийстве.



По сути, ребенок, совершая попытку самоубийства, не собираются «умереть навсегда».

Необратимость смерти недоступна детскому и даже подростковому сознанию.

В представлении ребенка *самоубийство* – это такая *игра*, когда он умирает, все вокруг плачут и осознают, как были неправы и несправедливы к ребенку, просят у него прощения, и после этого он встает из гроба, красивый, живой и здоровый, и все живут долго и счастливо.

Ребенок, совершая самоубийство, до последнего верит и надеется, что его спасут. И взрослые тут же все поймут, и жизнь круто изменится в лучшую сторону.

NB!

Чаще всего
родственники и
близкие люди,
которые окружали
самоубийцу, не всегда
могут объяснить
мотивы
пострадавшего!



Клинико-психологические предпосылки для суицидов

Сложность и многогранность явления самоубийства, а также нередкое смешение индивидуального и социального уровней суицидальных проявлений объясняет **разнообразие подходов к их объяснению**

Поэтому различные теоретические положения и гипотезы строили множество зарубежных и отечественных ученых. Среди них были такие ученые, как *Э. Дюркгейм* (предложил свою социальную теорию суицида, согласно которой самоубийство является результатом разрыва индивидуумом взаимоотношений с той социальной группой, к которой он ранее принадлежал, его считают "отцом суицидологии"), З. Фрейд (считает, что суицид - это проявление влияния Танатоса), А. Адлер (рассматривает суицид как результат кризиса), К.Г. Юнг (указывал на бессознательное стремление человека к духовному перерождению), Р. Мэй и К. Роджерс (подчеркивают эмоциональные переживания в происхождении суицидального поведения), В. Франкл (экзистенциальная тревога переживается как страх перед безнадежностью, вины и осуждения, это ведет к суицидальным действиям), Э. Фромм (предпринял попытку рассмотреть самоубийство как врожденное влечение к смерти), рассматривали гештальт-психологи (при сочетании защитных механизмов происходит реализация суицидального действия) и другие.

Классификации суицидов

(клинические,
клинико-
психологические,
клинико-
психопатологичес
кие)



Е.М. Вроно, Н.А. Ратинова (2001) выделяют три вида суицида и их причин в подростковом возрасте



Демонстративно-шантажные суициды (1).

- Подростки этой группы воспитываются в проблемных семьях. Как известно, члены таких семей чаще всего не умеют сдерживать свои негативные эмоции или же обтекать их в более приемлемые формы. Поощрения со стороны родителей не наблюдаются. Такой образ жизни вызывает у подростков лишь злость и страх и не приводит к осознанию своей вины за совершенные ими поступки. Подростки этой группы легковозбудимые. Часто после 3-4 классов у этих детей начинаются проблемы в учебе, что в дальнейшем ведет к негативной оценке среди преподавателей к подросткам. Подростки из-за нежелания быть в неприятных для них ситуациях и помещений прогуливают занятия и формируют негативное отношение к обучению и к школе в целом. Такие подростки в группе сверстников чувствуют себя дискомфортно. Частые конфликты из-за присущей им обидчивости и раздражительности возникают в следствии неудовлетворенности своим положением и слишком завышенными притязаниями. Первые проявления суицидальных действий могут быть вызваны чувством обиды на сверстников, учителей и родителей. Таким образом, они могут выражать протест против их действий. Подросток своим поступком (попыткой самоубийства) стремиться доказать свою правоту или отомстить своим обидчикам. Период пресуицида очень мал. Методы самоубийств очень разнообразны, но все они требуют немедленной реализации. Из-за импульсивности и неучета ситуации может привести к тяжелым последствиям, не входящих в первоначальные планы. После суицидальной попытки обычно наступает разрядка, но если ситуация не изменится, то очень высок уровень повторения суицидальной попытки. В эту группу больше входит мальчиков, нежели девочек, основной возраст - от 12 до 16 лет.

Демонстративно-шантажные суициды с манипулятивной мотивацией (2)

- Подростки этой группы воспитывались в дисгармоничных семьях. Отношение родителей к своему ребенку очень нестабильно, от внезапных вспышек нежности до столь непонятных вспышек жестокости и агрессии. Часто родители через своих детей пытаются реализовать неудовлетворенные в своем детстве мечты, желания, стремления, не учитывая при этом личностные особенности и интересы ребенка. Родители стимулируют детей задабриванием или же унижительными запретами. Подростки таких семей умело манипулируют окружающими, заставляя их выполнять то, чего хотят сами подростки. В начальных классах эти дети хорошо учились, пользовались авторитетом у своих сверстников. В дальнейшем свое стремление выделиться из общества, быть лучшими стало реализовывать труднее. Вызывающее поведение вызвано завышенной самооценкой, что приводит к конфликтам с учителями и сверстниками. В дальнейшем свое стремление быть лидером не может быть удовлетворено. Начинают прибегать к вранью. В группе сверстников поначалу занимали положение лидера, но вскоре их статус начинает падать, тем самым раня их тщеславие. Часто меняют группы. Причинами суицидального поведения являются страх разоблачения их обмана и последующего наказания, желание привлечь внимание окружающих, показать обиду на родителей и друзей, тем самым заставляя их поменять к себе отношение. А также, возможно, из-за угрозы или самого разрыва любовных отношений. Период пресуицида более длителен, нежели у предыдущей группы. Подростки собирают информацию о том, какой из способов самоубийств является наименее опасным, не приносит ущерба внешности и не приносят никаких дальнейших последствий для здоровья. Перед совершением самоубийства умышленно предупреждают об этом намерении своих родителей и друзей, с помощью оставленных на видных местах записок, тщательно рассчитывая время. Однако возможно и тяжелые медицинские последствия или даже смертельный исход. В этой группе девочек больше, чем мальчиков, основной возраст - от 14 до 18.

Суициды с мотивацией самоустранения (3)

Подростки этой группы воспитывались во внешне благополучных семьях. Но если посмотреть на внутренние взаимоотношения членов семьи, можно обнаружить дисгармонию. Атмосфера в таких семьях напряженная и нестабильная. Внешне проявляют дружелюбие по отношению друг к другу, но этим они маскируют скрытые конфликты. Воспитание детей направлено в основном на создание благоприятного впечатления о семье у окружающих. Родители не учитывают личностные особенности и интересы детей. У таких детей часто заниженная самооценка, они несамостоятельны, пассивны, постоянная тревожность и страх из-за противоречивых требования и оценок со стороны родителей. В начальных классах они послушны, старательны и исполнительны. Но из-за своей тревожности и неуверенности боятся новых ситуаций, заранее рассчитывая на неудачу. На замечания и плохие оценки реагируют крайне болезненно. В группе сверстников обладают низким статусом. Подростки этой группы чаще всего следуют за более энергичными товарищами, поэтому могут приобщиться к асоциальной деятельности из-за невозможности противостоять группе сверстников. Первые проявления суицидального поведения вызываются стремлением уйти из затруднительной ситуации. Они не могут перенести угрозу наказания, повышенной ответственности. Период пресуицида продолжителен и сопровождается переживанием страха. Наиболее распространенный метод самоубийства - самоповешание. Подростки изначально хотят уйти из жизни, но в момент совершения суицидальной попытки их уверенность оказывается неустойчивой. Период постсуицида сопровождается страхом смерти и поиском помощи. Часто они сами звонят в "скорую помощь" или же обращаются к родителям. Испытывают чувство стыда и раскаяния.

Три типа суицидов
(клиническая классификация)
Демонстративно-шантажные;
Аффективно-импульсивные;
Истинные.

Само течение суицида делиться на 3 части:
пресуицид, суицид, постсуицид

Классификация мотивов и поводов суицидальных поступков по А.Г. Амбрумовой (1):

- ***Лично-семейные конфликты:*** несправедливое отношение со стороны родственников и окружающих; ревность, супружеская измена, развод; потеря "значимого другого"; препятствие к удовлетворению актуальной потребности; неудовлетворенность поведением и личными качествами "значимых других"; одиночество; неудачная любовь; недостаток внимания, заботы со стороны окружающих; половая несостоятельность.
- ***Состояние психического здоровья:*** реальные конфликты у здоровых лиц; патологические мотивировки (обусловленные расстройствами психической деятельности).

Классификация мотивов и поводов суицидальных поступков по А.Г. Амбрумовой (2):

- ***Состояние физического здоровья:*** соматические заболевания, физические страдания; уродства. Конфликты, связанные с антисоциальным поведением суицидента: опасения судебной ответственности; боязнь иного наказания или позора; самоосуждение за неблаговидный поступок.
 - ***Конфликты в профессиональной или учебной сфере:*** несостоятельность, неудачи на работе или в учебе, падение престижа; несправедливые требования к исполнению профессиональных или учебных обязанностей. Материально-бытовые трудности.

Мода на суицид

Мода на суицид (1)

В последнее время среди подростков появилась мода на коллективный суицид, что для взрослых может показаться странным. Это явление навеивается средствами массовой информации, контентом из глобальной паутины, сюжетами популярных молодежных фильмов и сериалов. Молодые люди создают целые сообщества, знакомятся на сайтах, посвященных суициду, в интернете, изучают способы самоубийств и договариваются о том, как, где и каким образом они перейдут «грань между жизнью и смертью». Для подростков — это своего рода игра, которая в итоге приводит к трагическим последствиям.

Такой «моде на смерть» сильно способствует массовая культура и СМИ. Существует огромное количество книг, фильмов, анимации и видеоигр, где тема смерти возводится в своеобразный культ. Причем все это окружается элементами романтики и особой эстетики. Отдельный акцент делается на исключительность, на особенность людей, которые подобным образом возвышаются над обыденностью и примитивными представителями общества.

В современное время большую популярность приобрели темы вампиризма, возрождения через смерть, обрядов, связанных с потусторонним миром. Такие фильмы, как «Сумерки», «Дневники вампира» пропагандируют мысль о том, что смерть — это нечто нормальное и даже жизненное. Родители часто не придают значения подобным образцам современной массовой культуры, а тем временем именно на таких сюжетах воспитываются их дети.

Взрослые, которые росли на сказках братьев Grimm, Шарля Перро, русских народных сказках, в которых наоборот описывалась борьба со злом, где герои всячески пытались смерти избежать, не видят существующей опасности, исходящей от современных историй. Помимо того, что культ смерти в среде подростков вызывает повышенный интерес, смерть преподносится красиво и эффектно. Для неокрепшей психики подростка, обладающей повышенной восприимчивостью и эмоциональностью, подобная романтика становится весьма привлекательной.

Мода на суицид (2)

- К сожалению, современные достижения в области интернета и телевидения, дают возможность насаждать любые идеи. Телевизионные программы насыщены фильмами, в которых присутствует много жестокого обращения, насилия и смерти. Вампиры, оборотни и прочие представители потустороннего мира заполнили экраны телевизоров и просторы интернета. Приходится констатировать неприятный факт: **массовая культура воспитывает больше, чем родители.** Свидетельством служит то, что подростки проводят огромное количество времени перед телевизором и монитором. А полное отсутствие цензуры играет здесь отрицательную роль. Если раньше все произведения, появляющиеся на полках книжных магазинов и попадающие в программу телевизионных передач, проходили строгий ценз, то сейчас этого нет. Нет фильтрации — есть безвкусица и возможность рекламировать любые идеи. При этом сами родители не обладают достаточной культурой потребления СМИ и интернета. Они не информированы от том, что может увидеть их ребенок в просторах сети. Сами они потребляли лишь ограниченную свободу информации, например, в период падения железного занавеса. В то время не было столько возможностей для проникновения суицидальных мыслей в широкие массы.
- Сейчас же даже в такой популярнейшей киноэпопеи, как «Гарри Поттер» затронута идея самопожертвования и возрождения через смерть.
- Значимое место в современной субкультуре занимает аниме. Мультфильмы и сериалы, созданные в этом жанре, всегда отличались особыми сюжетами. В настоящее же время, появилось очень много аниме, содержащих темы смерти и насилия. И это в то время, когда популярность данного жанра приобрела мировые масштабы. Рассмотрим несколько примеров аниме фильмов и сериалов, которые пользуются наибольшим успехом у подростков.

Мода на суицид (3)

Одним из самых популярных, среди поклонников сериалов в стиле аниме, стал фильм «Тетрадь смерти». В руки школьника попадает универсальное средство убийства, анонимное и тайное, которое гарантирует безнаказанность. Само собой последствия трагичны и необратимы. Сюжет «Эльфийской песни» основан на теме мести и насилия: над девочкой в секретной лаборатории проводят жестокие эксперименты. Сойдя с ума от пыток и получив раздвоение личности, она восстает против своих мучителей и убивает всех, даже случайных людей, которые попадают ей под руки. Обладая чудовишной силой, она расчленяет людей на части. Все это можно увидеть уже на первых десяти минутах первой серии. «Серийные эксперименты Лэйн» также имеет трагический сюжет, который начинается с того, что девочка-подросток прыгает с крыши на фоне равнодушно протекающей общественной жизни и смеха окружающих. Далее показывается история девочки-изгоя, над которой смеется весь класс. Вампирский треш-сериал «Хелльсинг» насыщен сценами массовых убийств, совершаемых непобедимым кровопийцей, который вместо отвращения вызывает сопереживание и даже сочувствие. Причем аниме нарисовано мрачными красками, а фоном идет агрессивная и тревожная музыка. К популярным фильмам, также пропагандирующих культ смерти и насилия, относятся и «Евангелион» (подростка использует его отец для собственного спасения от неизбежного конца света), «Технолайз» (якудза отрубает герою руку и ногу, ставя его на путь мести), «Черная библия», которая вне конкуренции по показанным извращениям и жестокости на экране, «Аки Сора», где затронута тема инцеста. Список можно продолжать и продолжать. И все эти «произведения искусства» легко доступны в России, их можно спокойно найти и скачать в интернете, а некоторые из них регулярно транслируются на официальном телевидении. Смерть рассматривается как протест, а самоубийство как способ противопоставить себя миру, в котором человек не может достигнуть понимания. Насилие отражается как обыденность.

Мода на суицид (4)

В современных молодежных течениях также существует мода на суицид. Например, среди представителей эмо и готов наличие на теле признаков неудачных попыток суицида воспринимается практически как высшие знаки отличия, признаком всеобщего уважения. Такие люди имеют высокий статус в тусовке. За этим всем стоит не только эпатаж, но и показательная демонстрация приручения страха перед смертью, выход на более высокий духовный уровень по шкале критериев данной субкультуры.

Нередко суицидальное поведение носит подражательный характер. Механизм прост и понятен: подростки пытаются стать такими же, как их кумиры, во всем им подражать, включая и способ ухода из жизни. Давно замечено, что после смерти знаменитых культовых музыкантов (Курт Кобейн, Дженис Джоплин, Джим Моррисон) повсеместно происходят массовые самоубийства подростков. В нашей стране подобный печальный опыт был получен после загадочной смерти Игоря Сорина, популярного участника группы «Иванушки Интернейшнл», прославившегося исполнением песни «Тучи». Осенью 1998-го года прокатилась целая волна «полетов» с крыш среди юных девушек в возрасте от 12 до 18 лет.

Тенденция к суицидальному поведению массово пропагандируется в песнях и клипах многих знаменитых исполнителей, имеющих огромные толпы поклонников. Среди рок-музыкантов это стало уже привычным атрибутом. Однако, и поп-музыка не отстает. В клипах поп-исполнителей периодически мелькают бинты на руках, бритвы, вскрытые вены, в текстах мелькают фразы, смысл которых сводится к «я не могу жить без тебя», что находит благодатную почву у подростков, страдающих от неразделенной любви.

Особую роль играет декаданс, который никак не выйдет из моды, хотя и группы «Агата Кристи», внесшей основной вклад в популяризацию данного стиля, уже не существует. Тем не менее тема упадка и суицида все ещё находит своих почитателей и последователей.

Три составляющих самоубийства по К.Меннингеру, с элементом жестокости (1)

1. Желание убить.
2. Желание быть убитым.
3. Желание умереть.

Наличие всех трех элементов приводит к трагическим последствиям, при 1-2 элементах более «мягкие» формы аутоагрессивного поведения

Три составляющих самоубийства по К.Меннингеру, с элементом жестокости (2)

В желании убить и желании быть убитым, подразумевается наличие элемента жестокости, в то время как процесс умирания сопровождается добровольной сдачей жизненных позиций. Анализ глубинных мотивов самоубийства подтверждает гипотезу о нескольких факторах, толкающих человека на крайность. Самоубийство возникает в тех случаях, когда стечение обстоятельств, при которых примитивные инстинкты саморазрушения и желание убить проявляются во взаимодействии с более сложными мотивировками, что значительно усиливает тенденцию к самоуничтожению

Десять общих черт суицида (по Э.Шнейдману)- помогают понять личность самоубийцы и причины самоубийства:

- 1.Целью является нахождение решения
- 2.Задача состоит в прекращении сознания
- 3.Стимулом является невыносимая душевная боль
- 4.Стрессором являются фрустрированные психологические потребности
- 5.Общей эмоцией беспомощность-безнадежность
- 6.Внутреннее отношение к суициду – амбивалентность
- 7.Состояние психики – сужение когнитивной сферы
- 8.Общее действие – бегство
- 9.Коммуникативное действие – сообщение о своем намерении
- 10.Общая закономерность соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения

Шкала суицидальных мыслей по А.Беку

- Продолжительность мыслей: мимолетные, продолжительные, неотступные
- Частота: очень редко, то возникают, то исчезают, не отпускают
- Отношение к мыслям: отрицательное, амбивалентное, согласие
- Контроль над суицидальными поведением: уверен, что может противостоять, не уверен в этом, не контролирует себя

Таблицы Рингеля, Штенгеля и Кильхольца отражающие суицидальный риск, группа А.
Показатели реальной опасности суицида:

- 1. Попытки самоубийства в прошлом**, сообщения о намерении
2. Случаи самоубийства в семье или в близком окружении
3. Прямые и косвенные угрозы покончить жизнь самоубийством, которые внешне могут носить демонстративный характер
4. Заявления о конкретных способах самоубийства и признаки его подготовки
5. Внешнее успокоение или **«зловещий покой»** после многочисленных суицидальных высказываний
6. Сновидения с картинами самоубийства, падения с высоты, гибели в автокатастрофах или самолете

Таблицы Рингеля, Штенгеля и Кильхольца
отражающие суицидальный риск, группа Б.

Особенности психического состояния и здоровья:

1. Тревожно-ажитированное состояние
2. Длительные нарушения сна
3. Длительно подавляемые аффективные реакции
4. Начало или окончание депрессии
5. Периоды биологических кризов (пубертат, беременность...)
6. Тяжелое чувство вины и несостоятельности
7. Тяжелые психические болезни, ипохондрический бред
8. Наркомании, алкоголизм

Таблицы Рингеля, Штенгеля и Кильхольца
отражающие суицидальный риск, группа В. ***Внешние
факторы.***

1. Разрушение семьи в детстве
2. Отсутствие и потеря межличностных контактов, одиночество
3. Профессиональные и финансовые трудности
4. Отсутствие идеалов и целей в жизни
5. Отсутствие или утрата религиозных устоев

Суицид и психические заболевания

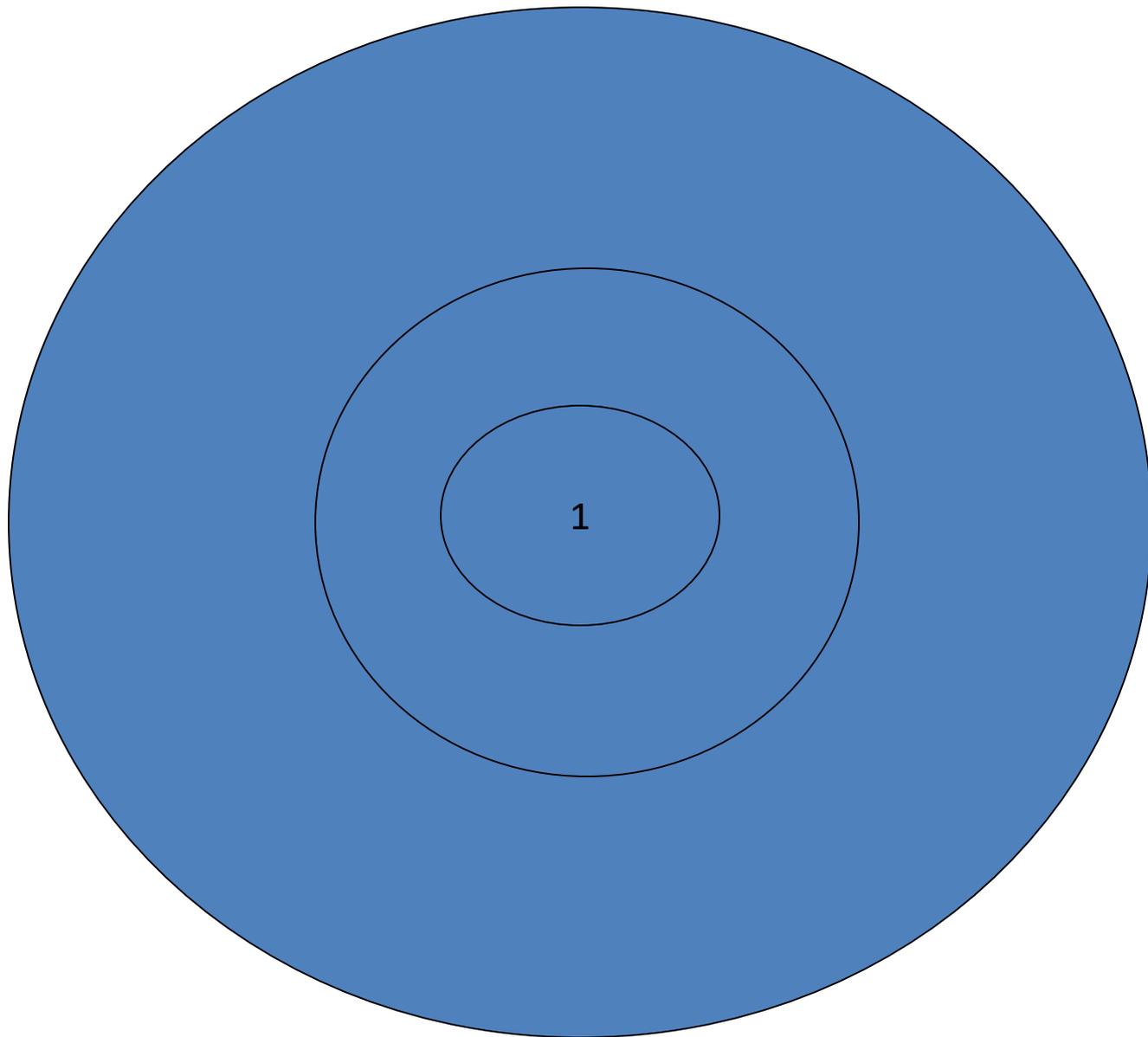
По определению ВОЗ, общее
здоровье понимается как
состояние человека, которому
свойственно не только отсутствие
болезней или физических
недостатков, но и полное
физическое, душевное и
социальное благополучие

Критериями психического здоровья по (ВОЗ) являются:

1. Осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я».
2. Чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях.
3. Критичность к себе и своей психической деятельности и ее результатам.
4. Адекватность психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.
5. Способность самоуправления поведением в соответствие с социальными нормами, законами.
6. Способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это.
7. Способность изменять манеру поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций, обстоятельств.

Общая психопатология

- Круги Снежневского – негативные и позитивные симптомы
- От 1 к 10 кругу увеличивается тяжесть и прогредиентность,
- Симптомы 1 круга присутствуют во всех последующих уровнях, но удельный вес его расстройств уменьшается



Негативные расстройства

- 1 уровень – астенический синдром
- 2 уровень – субъективно осознаваемая измененность «я»
- 3 уровень – объективно определяемая измененность личности
- 4 уровень – дисгармония личности
- 5 уровень – снижение энергетического потенциала

Негативные расстройства

- 6 уровень – снижение уровня личности
- 7 уровень – регресс личности
- 8 уровень – амнестические расстройства
- 9 уровень – тотальное слабоумие
- 10 уровень – психический морозм

Позитивные расстройства

- 1 уровень – астенический синдром
- 2 уровень – аффективные расстройства
- 3 уровень – невротические и невротоподобные расстройства
- 4 уровень – психотический уровень, паранояльные синдром, вербальный галлюциноз

Позитивные расстройства

- 5 уровень – психотический уровень, аффективно-бредовый, паранойдный (галлюцинаторно-паранойдный), синдром Кандинского-Клерамбо, парафренный, кататонический синдромы
- 6 уровень – психотический уровень, синдромы нарушенного сознания

Позитивные расстройства

- 7 уровень – парамнезии (извращения памяти)
- 8 уровень – судорожные синдромы
- 9 уровень – психорганический синдром

Шизофрения

Это хроническое прогрессирующее психическое заболевание, характеризующееся нарастающей диссоциацией (расщеплением) психических функций с образованием своеобразного дефекта.

Заболеваемость около 1% населения.

Пик заболеваемости падает на возрастной период
15 - 30 лет.

Особенности клиники шизофрении заключаются в следующем (по Снежневскому):

1. Для шизофрении характерны псевдогаллюцинации. Истинные галлюцинации не характерны, однако встречаются в крайне редких случаях.
2. Для шизофрении характерны вербальные галлюцинации. Зрительные галлюцинации не характерны, однако встречаются в крайне редких случаях и свидетельствуют о выраженной остроте психотического состояния.
3. Синдром психического автоматизма Кандинского-Клерамбо предпочтительно встречается при шизофрении и имеет важное диагностическое значение. В редких случаях синдром Кандинского-Клерамбо встречается при органических болезнях мозга.

По МКБ-10 для шизофрении характерно:

- а) эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их радиовещание (открытость);
- б) бред воздействия, влияния или пассивности, отчетливо относящийся к движениям тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;
- в) галлюцинаторные голоса, представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждения его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела;
- г) стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны для данной социальной культуры и совершенно нереальны по содержанию, такие как идентификация себя с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или об общении с инопланетянами);
- д) постоянные галлюцинации, любой сферы, которые сопровождаются нестойкими или не полностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания, или постоянные сверхценные идеи, которые могут проявляться ежедневно в течение недель или даже месяцев;

По МКБ-10 для шизофрении характерно:

- е) прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или несообразности в речи, или неологизмы;
- ж) кататонические расстройства, такие как возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм, ступор;
- з) «негативные» симптомы, такие как выраженная апатия, бедность речи, слаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности; должно быть очевидным, что эти признаки не обусловлены депрессией или нейрорептической терапией;
- и) значительное и последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, не целенаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и социальной аутизацией.

КЛАССИФИКАЦИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Классификация В.А. Снежневского (расширительная концепция шизофрении).

В основу классификации положен тип течения заболевания.

Снежневский выделяет три типа течения шизофрении:

1. Непрерывный тип течения.
2. Приступообразно-прогредиентный или шубообразный тип течения.
3. Периодический (рекуррентный, возвратный) тип течения.

Разница между приступообразно-прогредиентным и периодическим типами течения заключается в том, что при приступообразно-прогредиентном типе после каждого перенесенного приступа отмечаются заметные изменения личности, как бы ступенеобразное снижение личности. При периодическом типе течения заметные изменения личности появляются лишь после пятого приступа, а межприступный период отличается высоким качеством ремиссии, что позволяет называть его интермиссией.

Для ядерных форм непрерывного типа течения шизофрении характерно следующее:

- Быстро меняет структуру личности.
- Характеризуется ранним началом (в основном в подростковом возрасте), как правило, с негативной симптоматики, быстрым снижением энергетического потенциала, эмоциональной парадоксальностью (феномен «дерева и стекла»)
- Определенные расстройства мышления (паралогическое мышление, рефлексия, которая носит нелепый характер).
- Малая курабельность больных.
- Раннее формирование шизофренического дефекта. Через 2-3 года течения заболевания больной начинает вести «растительный образ жизни».
- Выражен полиморфизм симптоматики.
- Неразвернутость симптоматики.
- Невозможность реабилитационных мероприятий (трудоустройство, обучение).

Малопрогрессирующая (вялотекущая) шизофрения.

Характеризуется незначительной прогрессирующей, небольшим объемом психопатологических нарушений.

.

При малопрогрессирующей шизофрении всегда есть стержневой синдром, который проходит через все заболевание и определяет форму болезни.

Если появляются аффективные расстройства - депрессия или мания, то заболевание следует рассматривать в рамках приступообразно-прогрессирующей или периодической шизофрении.

Изменения личности при малопрогрессирующей шизофрении **не глубокие, нерезко выраженные, не достигают полного дефекта**

Неврозоподобная малопрогрессирующая шизофрения

Для нее характерно появление навязчивостей и навязчивых страхов - фобий. Навязчивости и фобии редко меняют свою фабулу, они более или менее однообразны. Навязчивостей может быть много. Могут одновременно сосуществовать взаимоисключающие по содержанию фобии, например, клаустрофобия и агорафобия. Фобии «обрастают» множеством ритуальных действий. Через какой-то значительный промежуток времени (15-20 лет) obsessions теряют свою значимость. Ритуалы становятся самоценными. Ритуальные действия при малопрогрессирующей шизофрении в отличие от обычных ритуалов сложные, часто носят нелепый характер, часто с вовлечением других людей. В дальнейшем теряются признаки навязчивостей (т.е. прекращается борьба с ними, утрачивается чуждость их для личности). Как правило, навязчивости не трансформируются в бредовые идеи. Некоторые авторы допускают наличие депрессии, но, как правило, депрессия вторична за счет фобий.

Первичных больных обычно начинают лечить транквилизаторами, если эффекта нет, то переходят на нейролептики - стелазин, затем на галоперидол. Нейролептики начинают назначать с малых доз. На фоне лечения обычно степень страха снижается, но навязчивости не исчезают.

Ипохондрическая форма малопрогрессирующей шизофрении.

Латентный период характеризуется общим соматическим дискомфортом - слабость, головная боль, какие-то локальные неприятные ощущения. Отмечается непереносимость психических и соматических нагрузок.

Манифестный период характеризуется формированием выраженных соматоформных расстройств. Это сенестопатии, сенесталгии, необычные ощущения в области сердца. Может быть нарушение походки, какая-то неустойчивость. Больные жалуются на зыбкость почвы (это больные с внутренним головокружением). Извращается акт дыхания. Отсутствует удовлетворенность вдохом. Могут возникать ощущения каких-то перегородок между легкими. Это эндогенные расстройства - первые зарницы деперсонализации (искажения собственного «Я» в соматической сфере). В это время формируются страхи, внешне это проявляется в тревоге. Больной рассказывает, что изменилась работа сердца, мозга и т.д. Появляются вагоадреналовые расстройства (побледнение, повышение А.Д., сухость во рту). Больные сосредоточены на работе внутренних органов, на физиологических отправлениях. Внутренним миром таких больных становятся размышления о собственном теле. Деятельность больных направлена на создание условий для здоровья - выполнение назначений врача, соблюдение режима. Отмечается эгоцентризм, сужение круга интересов.

Ипохондрическая форма малопргредиентной шизофрении.

Больных не интересуют другие люди, отношения в собственной семье их тоже не интересуют.

Больные ригидны, оберегают себя от неблагоприятных внешних воздействий. Тяжесть состояния с годами нарастает. Нарастает психическая астенизация. Нарушаются коммуникативные функции. С целью охраны здоровья больные меняют стиль жизни. Бросают умственную работу, предпочитают физический труд. Снижается уровень социальной адаптации.

Состояние определяется общим снижением психической деятельности.

В некоторых случаях преобладают сенестопатии (вычурные неприятные ощущения в различных частях тела) и занимают доминирующее положение в клинической картине. Сенестопатии начинаются с верхних частей тела и с течением болезни постепенно, спускаясь до ног, приобретают тотальный характер. Сенестопатические ощущения носят нелепый характер (больные жалуются на нарушения движений во всем скелете, на то, что что-то выворачивается в костях, в мозге, что-то ворочается в черепе. Больные не могут ходить, требуют провожатого. Бредовой переработки переживаний нет. Не появляется синдром Кандинского-Клерамбо.

Иногда могут появляться сверхценные идеи, не достигающие степени бреда.

При этой форме шизофрении играют большое значение преморбидные свойства личности.

Эта форма наиболее злокачественная из всех форм малопргредиентной шизофрении.

Астеническая форма малопрогредиентной шизофрении.

Заболевают определенные личности - астеники. Начинается болезнь с астенических жалоб - раздражительность, слабость, усталость, недомогание. Больные много жалуются на эти явления.

На самом деле астении нет. Больные также создают себе определенный стиль жизни. Если ему предлагается работа, больной тревожится справится ли он. Постепенно больной вырабатывает определенную жизненную систему, о которой старается никому не распространяться, но если настоять, то расскажет. Эти больные тоже становятся ригидными, стараются не менять стереотип жизни. Если такой больной удерживается в жизни, то терапевтические мероприятия не требуются.

Психопатоподобная форма малопрогredientной шизофрении.

Характеризуется наличием шизоидной личности. Присутствуют все признаки шизоидной психопатии. В отличие от психопатии есть прогредиентность, феномен нарастающей шизоидизации личности. У таких больных своеобразный почерк, своеобразное мышление - несколько витиеватое, неловкая походка. Движения угловатые. Одежда странная. Встречаются патологические увлечения. У таких больных своеобразный, непонятный для окружающих образ жизни. Постепенно такие больные становятся чудаками.

Депрессия и суицид



Депрессивный эпизод(по МКБ 10): легкий, умеренный, тяжелый. Симптомы:

- 1.Сниженное настроение
- 2. Утрата интересов и удовольствия
- 3.Снижение энергичности
- 4.Сниженная способность к сосредоточению и вниманию
- 5.Сниженные самооценки и чувство уверенности в себе
- 6.Идеи виновности и самоуничижения
- 7.Мрачное и пессимистичное видение будущего
- 8.Идеи или действия по самоповреждению
- 9.Нарушенный сон
- 10.Сниженный аппетит

Биполярное аффективное расстройство (сокр. **БАР**;

ранее — маниакально-депрессивный психоз по Э.

Крепелину, **МДП**) —

эндогенное психическое заболевание, которое проявляется в

виде *аффективных состояний* —

маниакальных (или гипоманиакальных) и депрессивных, а

иногда и *смешанных* состояний, при которых у больного

наблюдаются быстрая смена симптомов мании (гипомании)

и депрессии, либо симптомы депрессии и мании

одновременно (например, тоска со взвинченностью,

беспокойством либо эйфория с заторможенностью — так

называемая *непродуктивная мания* — или другие).

Возможны многообразные варианты «смешанных»

состояний

Клиническая картина, течение биполярного аффективного расстройства

Количество фаз, возможных у каждого больного, непредсказуемо — расстройство может ограничиться даже единственной фазой за всю жизнь, однако в этом случае правильнее говорить о длительной, иногда в десятки лет, *интермиссии*.

Заболевание может проявляться только маниакальными, только гипоманиакальными или только депрессивными фазами или же их сменой с правильными или неправильным чередованием.

Длительность фаз колеблется от нескольких недель до 1,5—2 лет (в среднем 3—7 месяцев), при этом (гипо)маниакальные фазы в среднем в три раза короче депрессивных.

Длительность «светлых» промежутков (интермиссий или интерфаз) между фазами может составлять от 3 до 7 лет; «светлый» промежуток может совсем отсутствовать. Атипичность фаз может проявляться непропорциональной выраженностью стержневых (аффективных, моторных и идеаторных) расстройств, неполным развитием стадий внутри одной фазы, включением в психопатологическую структуру фазы, ипохондрических, гетерогенно-бредовых (в частности, параноидных), галлюцинаторных и кататонических расстройств.

Течение маниакальной фазы

Маниакальная фаза представлена триадой основных симптомов:

1. повышенное настроение (гипертимия)
2. двигательное возбуждение
3. идеаторно-психическое возбуждение (тахипсихия)

В течении «полной» маниакальной фазы выделяют пять стадий.

Гипоманиакальная стадия (F31.0 по МКБ-10) характеризуется повышенным настроением, появлением чувства духовного подъёма, физической и психической бодрости. Речь многословная, ускоренная, падает количество смысловых ассоциаций с нарастанием механических ассоциаций (по сходству и созвучию в пространстве и времени). Характерно умеренно выраженное двигательное возбуждение. Внимание характеризуется повышенной отвлекаемостью. Характерна гипермнезия. Умеренно снижается продолжительность сна и повышается аппетит.

Стадия выраженной мании характеризуется дальнейшим нарастанием выраженности основных симптомов фазы. Больные непрерывно шутят, смеются, на фоне чего возможны кратковременные вспышки гнева. Речевое возбуждение выраженное, достигает степени скачки идей. Выраженное двигательное возбуждение, выраженная отвлекаемость приводят к невозможности вести с больным последовательную беседу. На фоне переоценки собственной личности появляются бредовые идеи величия. На работе больные строят радужные перспективы, вкладывают деньги в бесперспективные проекты, проектируют безумные конструкции. Длительность сна снижается до 3—4 часов в сутки.

Стадия маниакального неистовства характеризуется максимальной выраженностью основных симптомов. Резко двигательное возбуждение носит беспорядочный характер, речь внешне бессвязна (при анализе удаётся установить механически ассоциативные связи между компонентами речи), состоит из отрывков фраз, отдельных слов или даже слогов.

Стадия двигательного успокоения характеризуется редукцией двигательного возбуждения на фоне сохраняющегося повышенного настроения и речевого возбуждения. Интенсивность двух последних симптомов также постепенно снижается. Реактивная стадия характеризуется возвращением всех составляющих симптомов мании к норме и даже некоторым снижением по сравнению с нормой настроения, лёгкой моторной и идеаторной заторможенностью, астенией. Некоторые эпизоды стадии выраженной мании и стадии маниакального неистовства больные могут забыть.

Течение депрессивной фазы

Депрессивная фаза представлена противоположной маниакальной стадии триадой симптомов: подавленным настроением (гипотимия), замедленным мышлением (брадипсихия) и двигательной заторможенностью.

В целом БАР чаще проявляется депрессивными, нежели маниакальными состояниями. Для всех стадий течения депрессивной фазы характерны суточные колебания, с улучшением настроения и общего самочувствия в вечерние часы.

У больных исчезает аппетит, пища кажется безвкусной («как трава»), больные теряют в весе, иногда значительно (до 15 кг). У женщин на период депрессии исчезают менструации (аменорея). При неглубокой депрессии отмечаются характерные для БАР суточные колебания настроения: самочувствие хуже с утра (просыпаются рано с чувством тоски и тревоги, бездеятельны, безразличны), к вечеру несколько повышается настроение, активность. С возрастом в клинической картине депрессии все большее место занимает тревога (немотивированное беспокойство, предчувствие, что «что-то должно случиться», «внутреннее волнение»).

В ТЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНОЙ ФАЗЫ ВЫДЕЛЯЮТ ЧЕТЫРЕ СТАДИИ:

1. Начальная стадия депрессии проявляется нерезким ослаблением общего психического тонуса, снижением настроения, умственной и физической работоспособности. Характерно появление умеренных расстройств сна в виде трудности засыпания и его поверхностности.

2. Стадия нарастающей депрессии характеризуется уже явным снижением настроения с появлением тревожного компонента, резким снижением физической и психической работоспособности, двигательной заторможенностью. Речь медленная, немногословная, тихая. Нарушения сна выливаются в бессонницу. Характерно заметное снижение аппетита.

В течении депрессивной фазы выделяют четыре стадии (2):



- 3. Стадия выраженной депрессии — все симптомы достигают максимального развития. Характерны тяжёлые психотические аффекты тоски и тревоги, мучительно переживаемые больными. Речь резко замедленная, тихая или шёпотная, ответы на вопросы односложные, с большой задержкой. Больные подолгу могут сидеть или лежать в одной позе (т. н. «депрессивный ступор»). Характерна анорексия. На этой стадии появляются депрессивные бредовые идеи (самообвинения, самоуничужения, собственной аморальности, ипохондрические). Также характерно появление суицидальных мыслей, действий и попыток. Суицидальные попытки наиболее часты и опасны в начале стадии и на выходе из неё, когда на фоне резкой гипотимии (крайне подавленного настроения) отсутствует выраженная двигательная заторможенность. Иллюзии и галлюцинации редки, однако они могут быть (главным образом слуховые), чаще в виде голосов, сообщающих о безнадежности состояния, бессмысленности бытия, рекомендующих покончить с собой.
- 4. Реактивная стадия характеризуется постепенной редукцией всех симптомов, некоторое время сохраняется астения, но иногда, наоборот, отмечается некоторая гипертимия, говорливость, повышенная двигательная активность.

Варианты течения депрессивной фазы

1. простая депрессия — триада депрессивного синдрома без бреда;
2. ипохондрическая депрессия — депрессия с аффективным ипохондрическим бредом;
3. бредовая депрессия («синдром Котара»);
4. ажитированная депрессия характеризуется отсутствием или слабой выраженностью двигательной заторможенности;
5. анестетическая депрессия характеризуется наличием явления болезненной психической нечувствительности (лат. *anaesthesia psychica dolorosa*), когда больной утверждает, что совершенно утратил способность любить близких, природу, музыку, утратил вообще все человеческие чувства, стал абсолютно бесчувственным, причём эта утрата глубоко переживается как острая душевная боль.

Суицидальное поведение лиц с пограничной психической патологией

Наиболее высокий суицидальный риск представляют психопатические личности (от 20 до 60% по данным различных авторов), лица с реактивными состояниями и практически здоровые лица с непатологическими ситуационными реакциями

Суицидальное поведение при шизофрении и бредовых расстройствах

Суицидальный риск у этих больных в 32 раза выше, чем в общей популяции населения.

По усредненным данным различных исследователей один из 10 больных шизофренией погибает в результате самоубийства

«Психотерапевтические маневры» в работе с суицидентом

1. Установить
2. Сфокусировать
3. Избегать
4. Быть внимательным
5. Поощрять
6. Подкреплять
7. Осознавать
8. Воздерживаться
9. Выражать несогласие
10. Разъяснять
11. Побуждать к анализу
12. Организовывать
13. Идентифицировать
14. Подчеркивать
15. Отслеживать
16. Связываться
17. Интерпретировать
18. Оценивать
19. Консультироваться
20. Принимать оценку
21. Получать обратную связь
22. Разъяснять
23. Проявлять бдительность
24. Отказываться

Средства профилактики суицида



Средства профилактики суицида (1)

- Избегать методов насилия и жестокого обращения.
- Прежде всего, родителям важно помнить, что ребенку жизненно необходимы внимание и забота. Как и желание понять его, принимать участие в его жизни. При этом важно не само понимание, а принятие его позиции, одобрение.
- В ребенке с малых лет нужно закладывать стержень, воспитывать в нем личность, развивать интерес и поддерживать его желания заниматься тем или иным делом. Когда подросток по-настоящему увлечен своим делом, когда у него появляются друзья, разделяющие его интересы и говорящие с ним на одном языке, он не потеряет вкус к жизни, т.к. он всегда будет ставить перед собой планы и задачи, которые нужно реализовать.
- Занятия спортом также помогают отвлечь ребенка от влияния негативных факторов. Помимо того, что дети приучаются к дисциплине, у них вырабатывается характер бойца, а физическая активность, как давно уже было доказано, является прекрасным средством профилактики депрессивных состояний. Главное выбрать тот вид спорта, который придется ребенку по душе. Пусть сам решит, где хочет себя попробовать. Не получится здесь, всегда можно будет попытаться свои силы в другом виде спорта.

Средства профилактики суицида (2)

- Большое значение играет литература, мультфильмы, кино. Классика прививает правильные человеческие ценности. Важно подбирать те книги, которые помогут ребенку составить верное представление о мире, о роли человека в обществе, о ценности человеческой жизни. Хорошим образцом для подражания являются герои книг, демонстрирующие благородные поступки, борющиеся за жизнь и преодолевающие жизненные трудности. Все остальное, безвкусное и отрицательное подросток найдет сам, но он уже будет готов к этому, имея заложенный культурный стержень.
- Родители и сами могут стать хорошим примером для своего ребенка. Не унывать, проявлять стойкость духа, доброжелательность и веру в будущее.
- Необходимо всегда приглядываться к своему ребенку, особенно в подростковом возрасте. Именно в переходный период взросления появляется масса соблазнов, мимо которых подростку сложно пройти и трудно устоять перед искушением. Особое внимание стоит обращать на интересы ребенка, на его окружение.
- Если подросток перестает следить за собой, за своей успеваемостью, не делится своими планами на будущее, меньше общается с друзьями, замыкается в себе — это признаки того, что пора бить тревогу. Нельзя уходить от проблемы и делать вид, что ничего не происходит. Необходимо окружить ребенка заботой и вниманием. Именно участие и забота являются мощнейшими ободряющими средствами. Очень важно сосредоточить внимание на том, что говорит ребенок или что он чувствует. Когда беспокоящие скрытые мысли выходят на поверхность, то проблемы кажутся менее фатальными и более разрешимыми. Также необходимо вселить надежду, не дать остаткам оптимизма уйти и ввергнуть подростка в полное отчаяние.

Средства профилактики суицида (3)

- Многие родители совершают ошибку, пытаясь не затрагивать тему смерти. Практически у всех есть пожилые родственники, которые уходят от нас в мир иной и с этим ничего невозможно поделать. Сердобольные родители пытаются оградить ребенка от потрясений, связанных с отпеваниями и похоронами. Не стоит этого делать. Ребенок должен понимать, что смерть существует, что она реальна, как и жизнь. Если умер домашний любимец, то не стоит его хоронить, пока ребенок в школе. А потом рассказывать сказки, что питомец убежал. Смерть естественна и присутствует в нашей жизни, поэтому не стоит создавать ребенку уютный, но искусственный мир. Как показывает статистика, подростки, которые сталкивались со смертью в реальности, воспринимают ее без всякого налета романтизма. Она не является для них чем-то таинственным и загадочным.
- В подростковом возрасте проблемы часто кажутся неподъемными, если с ними приходится справляться в одиночку. Важно внушить своему ребенку, что не стоит принимать скоропалительных решений, потому что "все непосильные ноши со временем станут не больше, чем просто прошлым". А пути решения проблем найдутся всегда, особенно если он не один и в любое время может найти у своих близких поддержку и понимание.

В настоящее время суицидологическая помощь в Свердловской области представлена следующими структурами:

Отделения «телефон доверия»:

- в составе филиала «Сосновый бор» ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» с 2009 года открыт общеобластной **бесплатный телефон доверия 8 800-300-11-00**. С 2010 года открыт телефон экстренной психологической **помощи (телефон доверия) для детей и подростков 8 800-300-83-83**. Звонки на оба указанных телефона бесплатны для всех звонящих на всей территории Свердловской области, что решает вопрос доступности экстренной психологической помощи для всех территорий и групп населения;
- в г.Екатеринбурге работает городской телефон доверия (343) 371-03-03 на базе ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 6»;
- в г.Нижний Тагил, ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 7», с 17.00 до 8.00 ночной телефон доверия (3435) 40-10-18;
- в г.Первоуральске, ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 8», ночной телефон доверия (34392) 66-78-06
- Кабинеты социально-психологической помощи (КСПП) – развернуты на базе психиатрических больниц.
- Екатеринбург: функцию КСПП выполняет амбулаторное суицидологическое отделение ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 6», включающее 2 кабинета. Екатеринбург, ул.Народной Воли, д.63.
- Екатеринбург: **отделение невротиков и кризисных состояний детей и подростков, ул.Индустрии, 100/а, тел.: (343) 320-36-93.**
 - Нижний Тагил: ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 7», психотерапевтическая поликлиника (взрослые и дети), ул. Победы, д.40.
 - Первоуральск: ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 8» (дети и взрослые), ул. Ватутина, д.10/26.
 - г.Каменск-Уральский: ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 9», взрослые – ул.Абрамова, д.2/а,; дети – ул.Октябрьская, д.30.
- г.Ирбит: ГБУЗ СО «Ирбитская ЦРБ», психиатрическое отделение, кабинет психотерапевта, ул.Элеваторная, д.1, тел.: (34355) 6-73-12

В остальных территориях помощь оказывается врачами психиатрами участковыми детскими и кабинетами для взрослых.

Кризисный стационар:

- г.Первоуральск (психиатрическая больница №8), ул. Крылова, д.100, суицидологическое отделение на 15 суицидологических коек.
 - г.Нижний Тагил (психиатрическая больница №7) – 30 суицидологических коек,
 - г.Екатеринбург: в составе филиала «Сосновый бор» ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» - кризисное отделение на 30 коек, обслуживающих Екатеринбург и остальные территории области.
- В оставшихся административных округах лечение взрослых суицидентов проводится на базе отделений невротиков психиатрических больниц.