**Советы для родителей по профилактике суицидального поведения детей**

**Суицид**- намеренное, умышленное лишение себя жизни, может иметь место, если проблема остается актуальной и нерешенной в течение нескольких месяцев и при этом ребенок ни с кем из своего окружения не делится личными переживаниями.

**Факторы, способствующие повышению риска суицида у подростка**

* Отсутствие доброжелательного внимания со стороны взрослых
* Резкое ускорение общего ритма жизни
* Социально-экономическая дестабилизация
* Алкоголизм и наркомания родителей/опекунов
* Жестокое обращение с подростком, психологическое, физическое и сексуальное насилие
* Алкоголизм и наркомания подростка
* Неуверенность подростка в завтрашнем дне
* Отсутствие у подростка морально-этических ценностей
* Потеря смысла жизни
* Низкая самооценка, трудности в самоопределении
* Бедность эмоциональной и интеллектуальной жизни
* Безответная влюбленность

**Признаки эмоциональных нарушений (кризиса) у ребенка**

* пренебрежение собственным видом, неряшливость;
* появление тяги к уединению, отдаление от близких людей;
* резкие перепады настроения, неадекватная реакция на слова;
* беспричинные слезы, медленная и маловыразительная речь;
* внезапное снижение успеваемости и рассеянность;
* плохое поведение в школе, прогулы, нарушения дисциплины;
* склонность к риску и неоправданным и опрометчивым поступкам;
* проблемы со здоровьем: потеря аппетита, плохое самочувствие;
* бессонница, кошмары во сне;
* безразличное расставание с вещами или деньгами, раздаривание их;
* стремление привести дела в порядок, подвести итоги, просить прощение за все, что было;
* самообвинения или наоборот - признание в зависимости от других;
* утрата интереса к любимым занятиям, снижение активности, апатия, безволие;
* шутки и иронические высказывания либо философские размышления на тему смерти;
* потеря энергии, снижение активности, плохое настроение, раздражительность, чувство беспомощности.

**Если вам показалось, что у подростка появились суицидальные мысли или намерения, следующие рекомендации помогут изменить ситуацию:**

Внимательно выслушайте ребенка. В состоянии душевного кризиса любому из нас, прежде всего, необходим кто-нибудь, кто готов нас выслушать. Приложите все усилия, чтобы понять проблему, скрытую за словами.

Оцените глубину эмоционального кризиса. Подросток может испытывать серьезные трудности, но при этом не помышлять о самоубийстве. Часто человек, недавно находившийся в состоянии депрессии, вдруг начинает бурную, неустанную деятельность. Такое поведение также может служить основанием для тревоги.

Внимательно отнеситесь ко всем, даже самым незначительным, обидам и жалобам. Не пренебрегайте ничем из сказанного. Ваш ребенок может не давать воли чувствам, скрывая свои проблемы, но в то же время находиться в состоянии глубокой депрессии.

Поддерживайте вашего ребенка и будьте настойчивы.

Оцените серьезность намерений и чувств ребенка. Если он или она уже имеют конкретный план суицида, ситуация более острая, чем если эти планы расплывчаты и неопределенны.

**Советы для родителей по профилактике суицидального поведения детей**

* необходимо открыто обсуждать семейные и внутренние проблемы детей;
* необходимо помогать своим детям строить реальные цели в жизни и стремиться к ним;
* необходимо обязательно содействовать в преодолении препятствий;
* необходимо одобрять словом и делом любые стоящие положительные начинания детей;
* нельзя применять физическое наказание ни при каких обстоятельствах;
* необходимо больше любить своих подрастающих детей, быть внимательными и, что особенно важно, деликатными

***УВАЖАЕМЫЕ РОДИТЕЛИ, будьте внимательны к своим детям!***

**Профилактика суицидального поведения.**

На протяжении своей жизни человек часто переживает разнообразные кризисные ситуации: смерть члена семьи, разрыв отношений с партнёром, финансовые потери, тяжёлые болезни, профессиональные неудачи, увольнение с работы и множество других.

Многие из этих событий связаны с тяжёлыми чувствами вины, страха, горя, стыда, ощущениями «потери смысла» и невосполнимости утраты и другими. В большинстве случаев люди способны находить в себе силы справиться с переживаниями и адаптироваться к новым жизненным ситуациям и своему месту в мире. Часто это трудно сделать в одиночку. Тогда поддержка других может оказаться тем спасательным кругом, который помогает человеку выжить.

К сожалению, нередки и ситуации, когда человек выбирает иное – добровольную смерть.

С каждым годом проблема самоубийств приобретает все более глобальный характер, а суицидальные попытки все чаще становятся формой поведения, к которой прибегает человек в кризисной ситуации.

Особенно актуальной эта проблема стала на рубеже 20-21 столетий.

Согласно докладу экспертов ВОЗ в год на планете фиксируется около 1 млн. самоубийств, что составляет 16 случаев на 100.000 населения или 1 случай каждые 40 секунд.

Уровень суицидальной активности в сельском населении превалирует над уровнем суицидов в городском населении.

Самоубийства, наряду с сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями и травмами стали наиболее частыми причинами смерти, особенно граждан трудоспособного возраста.

Необходимо отметить, что проблема самоубийств не является белорусской проблемой и носит глобальный, мировой, общечеловеческий характер. Проблема также не является медицинской.

Динамика уровня самоубийств в зависимости от экономических, политических, социальных изменений свидетельствует о социальной природе этого явления.

Влияние особенностей различных культур и регионов, их исторических и национальных отличий определяет социально-этнический контекст проблемы.

Уровень психический устойчивости по отношению к стрессогенным факторам, варьирующий от одной личности к другой, определяет личностный аспект проблемы.

Самостоятельным социальным фактором является отношение общества к аутоагрессивному поведению и психиатрической помощи – стигматизация.

На фоне демографических проблем в мире, проблема самоубийств приобрела острую социальную направленность и перешла из разряда узкоприкладных в область общегуманитарных.

Хотя и существуют определённые статистические закономерности, указывающие на то, что риск самоубийства выше у мужчин, чем у женщин; в пожилом возрасте, чем в молодом, тем не менее, самоубийства совершают люди любого возраста и обоих полов, независимо от социальной принадлежности и уровня образования.

Ещё в 19 веке французским социологом Эмилем Дюркгеймом было продемонстрировано, что уровни самоубийств в обществе зависят от множества социальных, демографических, экономических, религиозных и культурных особенностей населения того или иного государства.

Например, он показал, что риск самоубийств выше среди атеистов, чем среди верующих; среди одиноких, чем среди состоящих в браке и имеющих детей. Им же было доказано, что значительные социально-экономические кризисы влекут за собой увеличение уровня самоубийств, причём, в основном, за счёт мужского населения, с последующим понижением этого показателя при стабилизации ситуации в обществе. Многие из его предположений оказались верными и были доказаны ходом истории и последующими исследованиями.

Макросоциальные теории самоубийств рассматривают это явление «с высоты птичьего полёта», глубоко не исследуя нюансы психологических процессов, они, тем не менее, подчёркивают очень важный в практическом плане факт: в ситуации личного кризиса человеку крайне необходима социальная поддержка. Одиночество усиливает отчаяние и безнадёжность. Поддержка и помощь окружающих исполняют роль «протектора» («защитника») от принятия крайнего решения.

Соответственно, источником этой поддержки могут быть близкие люди, но при их отсутствии, эту функцию должны брать на себя социальные службы, обеспечивающие материальную и психологическую поддержку одиноких людей.

Социологические теории не объясняют «причину» самоубийств, но показывают некие общественные закономерности, увеличивающие или уменьшающие риск этого явления.

Психологические теории ближе подходят под понятие «объяснительных», хотя и им подвластно далеко не всё. Американский психолог Эдвин Шнейдман предполагал, что одним из движущих мотивов акта самоубийства является попытка избежать «душевной боли» — страдания, которое испытывает человек в кризисе.

Важно то, что, находясь в состоянии душевного конфликта, тяжёлых внешних обстоятельств, страданий, связанных с болезнью, индивид часто не способен объективно оценить своё состояние. Например, страдания кажутся бесконечными, хотя в большинстве случаев любая боль постепенно утихает; человек может не находить иных выходов из ситуации («либо смерть, либо верните мне потерю»), хотя они всегда существуют (пережить чувства, связанные с потерей, и адаптироваться к новой реальности существования).

Психологические теории исследуют также те чувства, с которыми связана потребность в самонаказании, также просматривающаяся в суицидальном поведении.

Прежде всего, это чувство вины, которое, как правило, бывает преувеличенным: например, после смерти близкого человека нам свойственно испытывать вину уже только потому, что мы живы. Причём, очень часто человек в критической ситуации воспринимает свои страдания как самые уникально тяжёлые, считая, что никто не в силах ему помочь. Тем самым он как бы сам отказывается от предлагаемой помощи.

В развитии суицидального акта играют роль также множество других эмоций – стыд, гнев, обида и другие. Пусковыми ситуациями для их развития могут быть самые разнообразные ситуации человеческих конфликтов: страх пред наказанием за плохую оценку, агрессия к ребёнку со стороны ближайших родственников, обида на начальника и учителя, собственное некомпетентное решение, разрыв с любимым человеком, известие о тяжёлой болезни и множество других. В таких ситуациях акт самоубийства и попытки самоубийства становятся, как бы, способом «отмщения обидчику», «доказательства» своей компетенции, попыткой «вернуть» любимого. Естественно, этот способ непродуктивен и весьма трагичен: есть очень много возможностей выразить людям все свои чувства и мнения о них, не прибегая к насилию над собой и над ними.

Как видно, психология суицидального поведения очень сложна и очевидно то, что помощь в кризисе могут и должны оказывать подготовленные специалисты: психологи и психотерапевты.

Например, в учебных заведениях таким специалистом должен быть психолог, который может провести экспресс – диагностику, оценить тяжесть состояния учащегося, оказать первое терапевтическое вмешательство: беседа и психологическая коррекция состояния, и, при необходимости, направить его к психиатру или психотерапевту, объяснив при этом, что обращение к специалисту не влечет социальных последствий и поможет пациенту.

При этом важно, чтобы преподаватели, как люди, наиболее тесно контактирующие с учащимися, имели определённые навыки выявления кризисного состояния у своих подопечных, т.к. именно они могут рекомендовать им при необходимости обращение за помощью. В то же время, учащиеся должны быть заранее осведомлены о том, что входит в компетенцию, например, школьного психолога и что это именно тот человек, к которому можно обратиться самостоятельно с очень «личными» и, возможно, «стыдными» вопросами.

Социальные работники, обслуживающие людей пожилого возраста, одиноких, инвалидов часто могут быть для них самими близкими людьми, которым доверяются личные проблемы и которые также могут быть первыми специалистами, имеющими возможность дать первую, пусть примитивную оценку состояния пациента, рекомендовать и содействовать через поликлинику направление данного пациента на консультацию к психиатру или психотерапевту.

Медицинские теории суицидального поведения рассматривают его в тесной связи с психическими и тяжёлыми соматическими болезнями.

Тяжёлые хронические недуги часто вызывают физические и психологические страдания, усиливают страх смерти, нарушают привычные стереотипы социальной коммуникации, могут снижать качество жизни и ограничивать трудовую деятельность индивида. В этой связи они могут рассматриваться как хронические кризисные ситуации, в которых работают те же психологические и социальные закономерности, которые рассмотрены выше.

Хочется подчеркнуть, что особое значение имеют такие состояния как депрессия, выраженные личностные нарушения, зависимость от психоактивных веществ (алкоголя и наркотиков) и психозы. Например, в научных исследованиях выявлена сильная связь факта злоупотребления алкоголем с депрессией и суицидальными действиями. Депрессия может быть и изолированным феноменом, не связанным ни с алкоголем и наркотиками, ни с внешними обстоятельствами жизни человека. Одним из факторов профилактики суицидов является ранняя диагностика перечисленных психических расстройств и раннее начало лечения. Как правило, ранняя диагностика должна осуществляться до обращения человека к психиатру, психотерапевту, наркологу т.к. первые симптомы депрессии или зависимости могут быть «завуалированы» под физические нарушения (нарушение аппетита, деятельности пищеварительного тракта, сердцебиение, колебания артериального давления, бессонница и др.) и быть связаны со злоупотреблением алкоголем .

Кроме того, в нашем обществе люди с большей охотой обращаются к врачам соматического профиля (терапевты, невропатологи и другие специалисты), чем к психиатрам, психотерапевтам. В связи с этим, ещё раз можно подчеркнуть, что навыками диагностики кризисной ситуации и симптомов перечисленных расстройств должны обладать не только психиатры или психотерапевты, но и врачи первичной медико-санитарной помощи.

Лечение же депрессии, зависимости от алкоголя или наркотиков и других психических расстройств осуществляется комплексным методом: психиатр (нарколог) контролирует медикаментозное лечение, психотерапевт и психолог должны осуществлять более тесную коммуникацию с пациентом, социальные работники обязаны контактировать с пациентом и его семьёй, особенно в случае хронических заболеваний, когда нарушение социальной адаптации может быть особо выраженным.

Необходимо изменять отношение общества к аутоагрессивному поведению и психиатрической помощи.

При этом, важное значение имеет информированность населения о наличии специализированных служб, в которых можно получить помощь, возможностях этих служб, контактных телефонах и отсутствии социальных последствий обращения в эти службы.

Проблема суицидального поведения настолько же сложна, насколько сложна человеческая натура и росчерком пера и «приказом по министерству» её решить невозможно. Слишком много разнообразных факторов влияет на конечный выбор человека в кризисной ситуации.

Очевидно только одно – решать «проблему», а, говоря проще – помогать страдающим людям – можно только сообща. Только совместными усилиями медиков, социальных работников, психологов, организаторов и администраторов, религиозных деятелей, работников системы образования, социальной защиты населения, общественных объединений и многих других можно добиться создания налаженной системы профилактики и предотвращения суицидов.

В каждой области и г. Минске организованы и функционируют областные (городские) центры пограничных состояний, дневные стационары, психотерапевтические кабинеты в которых работают психиатры, психотерапевты, психологи.

Первым обращением и необходимо подчеркнуть анонимным, может быть обращение в службу экстренной психологической помощи по телефону «Телефон доверия».

Кроме того, по «Телефону доверия» можно получить информацию о структурных подразделениях медицинской службы, в которые при необходимости можно обратиться и их возможностях.