

Специальный доклад Уполномоченного по правам человека в
Свердловской области

ПО ТУ СТОРОНУ ПРАВА НА ЖИЗНЬ

О проблемах детских и подростковых суицидов

Убийца убивает человека, самоубийца – человечество.

Гилберт Честертон

Самоубийство – мольба о помощи, которую никто не услышал.

Равиль Алев

Каждый имеет право на жизнь.

Статья 20 Конституции Российской Федерации

Право на жизнь - основное, неотъемлемое (принадлежащее от рождения) и неотчуждаемое право, гарантирующее и защищающее одну из основополагающих ценностей личности и общества - человеческую жизнь, недопустимость её произвольного лишения. Право на жизнь - это личное, абсолютное, естественное и неотчуждаемое право каждого человека. Впервые Право на жизнь было закреплено в российской Конституции после принятия Декларации прав и свобод человека и гражданина 22 ноября 1991 года.

Страшное событие, взбудоражившее новый, стремительно развивающийся район г. Екатеринбурга, – Академический, побудило нас к написанию этого специального доклада. Трагедия произошла 20 февраля 2013 года в 4 часа утра. Когда родители спали, отличница Юля выскользнула из квартиры, поднялась на последний, 13-й этаж и прыгнула вниз. На столе в своей комнате девочка оставила пространную предсмертную записку, в которой рассуждала о жизни и смерти.

По мнению Георгия Амусина, председателя Ассоциации психологов и психотерапевтов Свердловской области, Юля давно вынашивала идею написания такого послания. В частности, об этом говорит то, что весь текст написан без малейших почеркушек и исправлений. Сам стиль письма характерен для человека, который ведёт диалоги больше с самим собой, нежели с другими людьми. Первая часть записки - она как будто откуда-то списана. Это такие псевдофилософские рассуждения. А вторая - уже личное обращение к родителям. Судя по этой записке, девочка переживала первый значимый кризис в своей жизни. В тексте есть завуалированный упрёк маме и папе. Это своего рода

«кодекс самурая». Юле легче было покончить с собой, чем подчиниться чужой воле, пусть даже это и воля её родителей.

С большой долей вероятности можно сказать, что письмо написал не только философствующий, но и эгоцентричный человек. В записке отчётливо выделяется абзац про то, что «любовь - выработка гормонов и дурная привычка». Юля даёт понять, что уже познала окружающий мир. Для неё в этой жизни нет ничего, за что бы она могла зацепиться. Даже светлое чувство «любовь», которое манит всех девочек её возраста, ей не интересно. Безусловно, столь резкое замечание говорит о высоком интеллектуальном уровне Юли. Но и ещё раз подчеркивает её эгоцентризм¹.

На момент трагедии родителей Юли, да и не только их взволновали книжки, которые нашли следователи в комнате девочки. В частности, на одной из книжных полок стояли четыре тома японских комиксов «Тетрадь смерти». Отец погибшей девочки так оценивает свершившуюся трагедию: «Я уверен, что Юлю толкнули с балкона, но толкнули не в физическом, а в интеллектуальном плане. Прыгнуть было не её решением. К этому её подвели комиксы, которые она читала! Неокрепшее сознание ребенка поддалось влиянию авторов японских книжек. Дети ведь думают, что всё это игра. И вдруг оказывается, что это игра со смертью. Я ужаснулся, когда увидел название книжек, которые нашли в её комнате следователи - «Тетрадь смерти»».

Эти и аналогичные им издания с пугающей регулярностью появляются как в печатном виде, так и виртуально в сети Интернет. **Доступ к такой деструктивной, разрушающей информации никем и никак не регулируется и не контролируется.**

Проведённые следственные мероприятия прямой зависимости между японскими комиксами и гибелью девочки не установили. Посмертная психолого-психиатрическая экспертиза установила наличие у погибшей психиатрического заболевания. Но это не уводит нас от вопроса: что заставило ребёнка из внешне благополучной семьи принять решение уйти из жизни?!

Меньше чем через год в закрытом городе Новоуральске произошла похожая трагедия. 12-летняя девочка совершила суицид, прыгнув с крыши 9-этажного дома, оставив предсмертную записку. Также как и Юля, она воспитывалась в благополучной семье, хорошо училась в школе...

Ещё одна страшная трагедия произошла в Нижнем Тагиле. Учащийся колледжа, оказался в трудной жизненной ситуации и не нашёл иного выхода из неё кроме как покончить жизнь самоубийством. Отличает эту трагедию от вышеуказанных то, что парень был сиротой, обратиться за помощью было просто

¹ <http://www.kp.ru/print/26039.4/2953996/>

не к кому. Но ведь и девчонки, так рано распростившиеся с жизнью, тоже не нашли поддержки у своих родителей, а может быть просто и не искали её? К сожалению, вопросов больше, чем ответов. Но разобраться в них нам всем необходимо, чтобы вовремя помочь нашим детям не совершить непоправимое, уберечь их от рокового решения, спасти их в самом начале жизненного пути.

Ребёнка и подростка, совершивших суицид или суицидальную попытку, необходимо отличать, а, соответственно, и изучать, обособленно от взрослого самоубийцы. И прежде всего это нужно делать потому, что их отличает разный уровень развития, а, следовательно, и способы решения житейских проблем.

Если обратиться к статистике, опубликованной на интернет-ресурсах, то можно сделать вывод о том, что проблема детских и подростковых суицидов – масштабная и одинаково остро стоит даже перед самыми развитыми странами. Так, во всем мире каждый год кончают жизнь самоубийством **1 100 000 человек**, среди них:

- | | |
|--------------------------------|------------------------------|
| - 300 тысяч китайцев, | - 30 тысяч японцев, |
| - 160 тысяч индийцев, | - 16 тысяч французов, |
| - 37 тысяч американцев, | - 30 тысяч русских. |

С начала 19 века **наблюдается постоянное и равномерное возрастание статистики самоубийств во всех странах мира**. В официальную статистику самоубийств попадают только явные случаи суицида, поэтому число реальных самоубийств значительно превосходит официальные цифры - считается, что **ежегодно в мире кончают с собой более 4 000 000 человек**. По мнению судебных экспертов, причиной большинства так называемых «смертей от несчастного случая» (передозировка лекарственных препаратов, аварии на дорогах, падение с высоты и т.д.) на самом деле являются суициды.

19 000 000 человек ежегодно совершают неудачные попытки самоубийства. Только один из четырёх тех, кто совершил попытку самоубийства и остался жив, соприкасается с профессиональной системой здравоохранения!

Число законченных самоубийств среди мужчин в среднем **в 4 раза больше**, чем женщин - этот показатель может сильно отличаться в разных странах. С возрастом (65-85 лет) это соотношение увеличивается до 6-9. С другой стороны - женщины пытаются покончить с собой **в 4 раза чаще**, чем мужчины, но выбирают «щадящие» способы, которые значительно реже приводят к смерти.

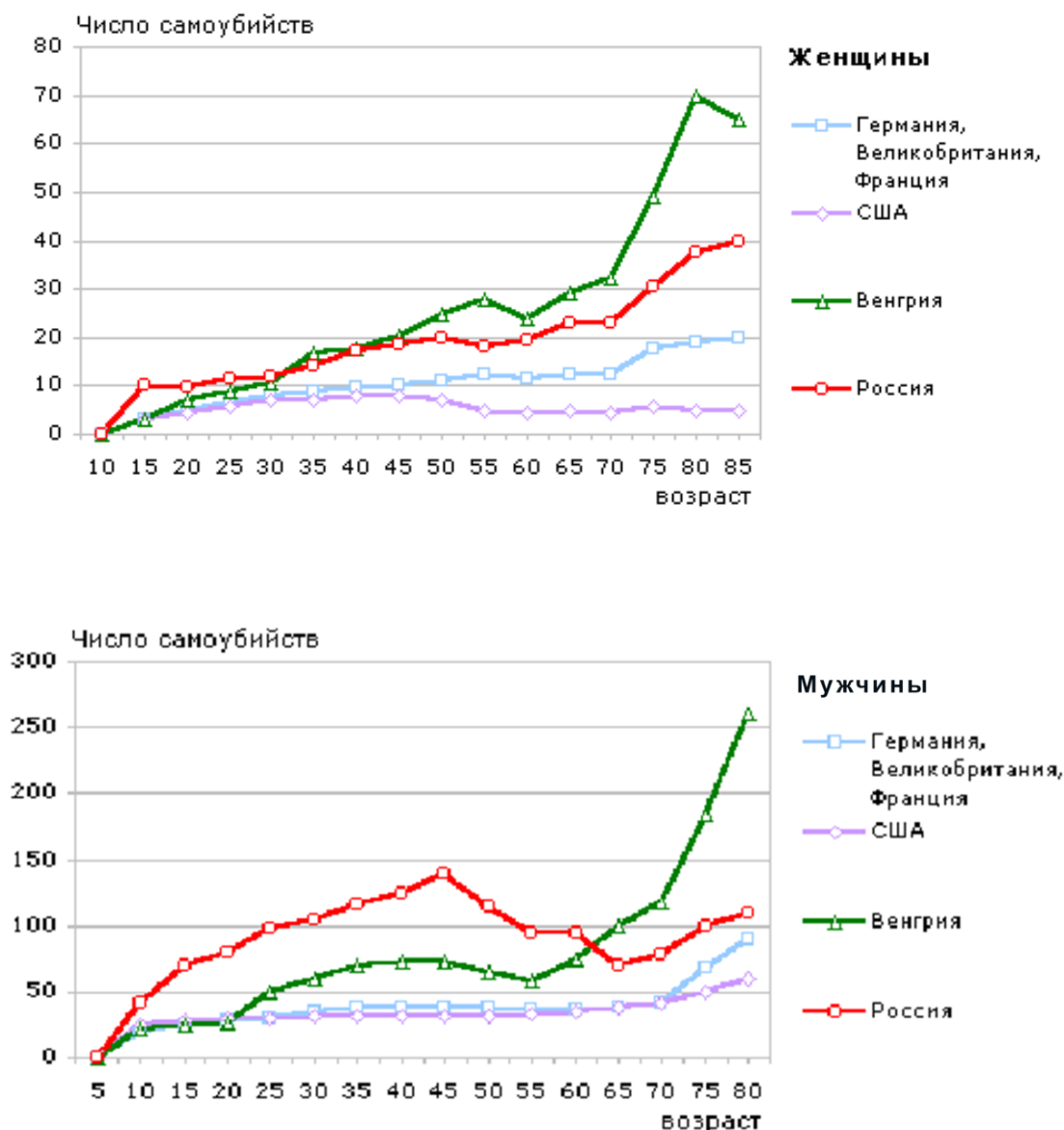


Рис.1. Зависимость числа самоубийств от возраста и пола

Только за последнее десятилетие число самоубийств среди молодежи выросло в 3 раза. Ежегодно, каждый двенадцатый подросток в возрасте 15-19 лет пытается совершить попытку самоубийства.

По абсолютному количеству подростковых самоубийств Россия занимает первое место! Беда ещё и в том, что в окружении каждого человека, покончившего с собой, в среднем остаётся 6 человек, для которых его самоубийство является тяжелой душевной травмой.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) делит все страны по показателю суицида на три группы. По итогам 2011 года отмечены:

- **Высокий и очень высокий уровень самоубийств** (свыше 20 человек на 100 тысяч населения):

Литва	31.5	Латвия	22.9
Республика Корея	31.2	Китай	22.2
Гайана	26.4	Словения	21.9
Казахстан	30.0	Шри-Ланка	21.6
Белоруссия	25.3	Россия	21.4
Венгрия	24.6	Украина	21.2
Япония	23.8		

- **Средний уровень самоубийств**

(от 10 до 20 человек на 100 тысяч населения):

Финляндия	19.3	Польша	14.9
Эстония	18.1	Куба	12.3
Франция	16.3	Канада	11.3
Молдова	17.4	США	11.8

- **Низкий уровень самоубийств**

(до 10 человек в год на 100 тысяч населения):

Австралия	9.7	Грузия	4.3
Германия	9.5	Греция	3.5
Италия	6.3	Армения	1.9
Англия	6.9	Азербайджан	0.6
Израиль	5.8		

Меньше всего суицидов совершается в Египте, на Гаити и Ямайке - в этих странах уровень самоубийств близок к нулю.

По неутешительному прогнозу Всемирной организации здравоохранения к 2020 году ежегодно будут кончать самоубийством 1 500 000 человек.

По данным отчёта Детского фонда ООН сейчас **Россия относится к странам с наиболее высоким процентом самоубийств** (аналогичные высокие цифры суицида приводятся по Латвии, Литве, Новой Зеландии, Словении и Финляндии)¹.

В целом, что касается России, то одним из факторов, затрудняющих решение проблемы распространения суицидального поведения в детской и подростковой среде, является отсутствие в нашей стране выверенной достоверной

¹ <http://lossofsoul.com/DEATH/suicide/statistic.htm>

информации и масштабных исследований самого сложного феномена детского и подросткового суицида.

Если верить представленной в СМИ статистике, уровень самоубийств среди российских подростков в настоящее время является одним из самых высоких в мире. Подростковый суицид в России занимает третье место среди ведущих причин смертельных случаев и четвертое место среди основных причин потенциальной потери жизни.

По мнению профессора, руководителя отдела экологических и социальных проблем психического здоровья Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского Бориса Положего, частота суицидов подросткового населения держится последние 7-8 лет практически на одном и том же уровне случаев на 100 тысяч. Даже если это и так, то это не тот уровень, которым следует гордиться.

15 апреля 2014 года в СМИ официальный представитель Следственного комитета России Владимир Маркин заявил, что в 2013 году 461 российский ребёнок покончил жизнь самоубийством, что означает гибель, по меньшей мере, одного ребёнка в день. По мнению представителя Следственного комитета России, **главной причиной суицидов среди детей является банальное безразличие и безучастие окружающих к детским переживаниям**¹.

Различия в смертности подростков от самоубийств по территориям России огромны, по данным за 2010 год они составляют 110 раз – от 225,4 на 100 тысяч в Чукотском АО до 2,3 на 100 тысяч в Чечне. В группу с низкими показателями вошли, помимо Чечни, Дагестан (3,1), Северная Осетия (4,6), Кабардино-Балкария (5,8), Карачаево-Черкесия (7,4), Ставропольский край (3,2), Рязанская (3,2), Брянская (4,4), Ростовская (5,8), Орловская (5,9), Курская (7,2), Калужская (7,2), Ульяновская (8,2), Белгородская (8,4) области и Москва (3,4). В группу с высокими показателями вошли помимо Чукотского АО, Алтай (70,9), Бурятия (70,4), Читинская область (66,6), Якутия (55,1), Тыва (54,8), Хакасия (49,1), Иркутская (44,9), Камчатская (43,5) области, Еврейская АО, Удмуртия (55,4) и Калмыкия (61,2)².

По данным, предоставленным региональным Министерством общего и профессионального образования, на территории Свердловской области совершено суицидов и суицидальных попыток среди детей и подростков с **2008 по 2013 год – 420, из них завершены 145, не завершены 275.** В том числе:

Таблица 1

¹ <http://ria.ru/interview/20140415/1003843441.html>

² <http://ria.ru/spravka/20120220/570313334.html>

**Количество суицидов (суицидальных попыток), совершённых
с 2008 по 2013 год в Свердловской области**

год	всего случаев	завершены	не завершены
2008	102	34	68
2009	68	26	42
2010	61	23	38
2011	68	22	46
2012	65	14	51
2013	56	26	30

Таблица 2

**Количество детей, совершивших суицид (попытку суицида)
в возрасте до 14 лет включительно**

год	КОЛ-ВО ЧЕЛОВЕК
2008	21
2009	18
2010	13

год	КОЛ-ВО ЧЕЛОВЕК
2011	14
2012	19
2013	18

Таблица 3

**Количество детей, совершивших суицид (попытку суицида) в возрасте
15-17 лет включительно**

год	КОЛ-ВО ЧЕЛОВЕК
2008	78
2009	48
2010	47

год	КОЛ-ВО ЧЕЛОВЕК
2011	53
2012	40
2013	32

Таблица 4

**Количество молодых людей, совершивших суицид (попытку суицида)
в возрасте 18 лет и старше**

год	КОЛ-ВО ЧЕЛОВЕК
2008	3
2009	2
2010	1

год	КОЛ-ВО ЧЕЛОВЕК
2011	1
2012	6
2013	6

Динамика по количеству детей и молодых людей, совершивших суицид (попытку суицида) по возрастным группам: до 14 лет, 15-17 лет, 18 лет и старше представлена на *рисунке 2*.

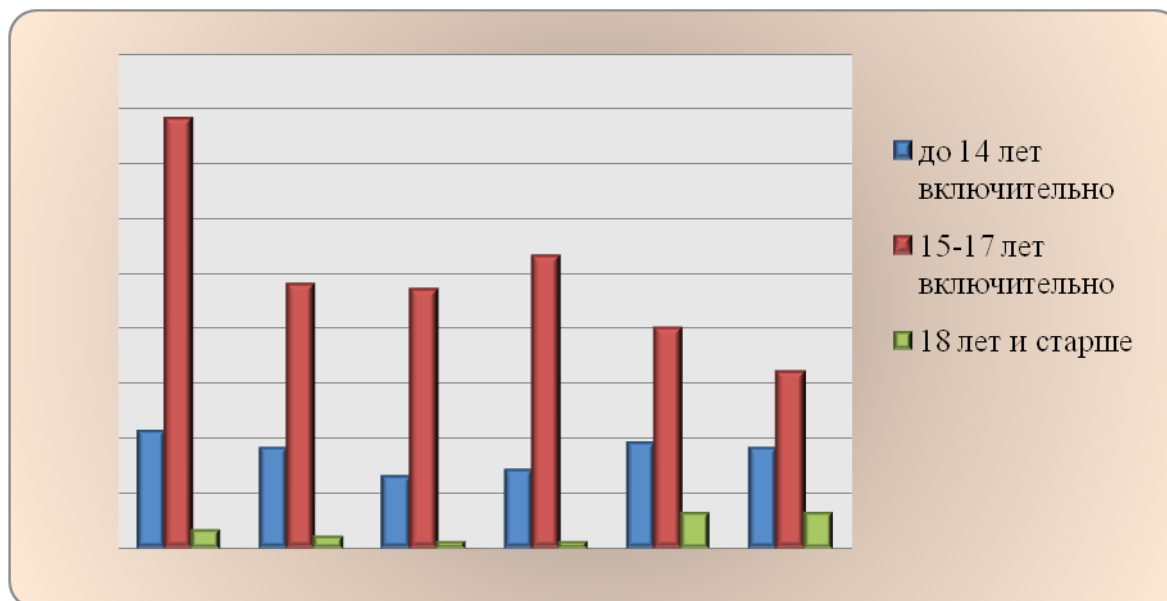


Рис.2. Количество детей, совершивших суицид (суицидальную попытку) в Свердловской области по возрастным группам в период с 2008 по 2013 год

Что касается возрастной группы до 14 лет, то, несмотря на значительное снижение количества суицидов (суицидальных попыток) к 2010 году, к 2013 году мы вновь наблюдаем увеличение. Данные 2010 года, представленные на рисунке по этой возрастной группе на территории Свердловской области, коррелируют с общероссийскими.

Так, по статистике, приведённой экспертами, в России число самоубийств детей и подростков до 14 лет с 2000 по 2010 год сократилось почти в два раза – с 500 до 240. С другой стороны, согласно данным ВОЗ, «критический уровень» - 11 случаев суицида на 100 тысяч населения, а в России этот показатель превышен почти в четыре раза – 38-40 случаев¹.

В возрастной группе 15-17 лет идёт постепенное снижение количества детей, совершивших суицид (суицидальные попытки). Так к 2013 году наблюдается снижение более чем в 2 раза количества суицидов (суицидальных попыток) по отношению к 2008 году.

Этого нельзя сказать о возрастной группе молодых людей, совершивших суицид (суицидальные попытки) в возрасте 18 лет и старше. Здесь, наоборот, произошло двукратное увеличение к 2013 году по сравнению с 2008 годом. При этом за последние два года наблюдается стагнация показателей.

¹ <http://ria.ru/society/20120214/565842900.html>

Следует отметить, что за 1 квартал 2014 года на территории нашей области было совершено 9 случаев суицида, из них завершены - 6, не завершены - 3.

Количество детей, совершивших суицид (попытку суицида) до 14 лет включительно в 2014 году (по состоянию на 2 апреля) - 2 человека.

Количество детей, совершивших суицид (попытку суицида) в возрасте 15-17 лет включительно в 2014 году (по состоянию на 2 апреля) – 3 человека.

Количество детей совершивших суицид (попытку суицида) в возрасте 18 лет и старше в 2014 году (по состоянию на 2 апреля) – 4 человека.

Так, в январе 2014 года были зафиксированы 1 завершённый суицид, причина – конфликт со сверстниками, 13 лет, пол женский (городской округ Новоуральск); 1 попытка суицида, причина – конфликтная ситуация в семье, 15 лет, пол женский (Нижнесергинский муниципальный район); 1 завершённый суицид, причина - не установлена, 18 лет, пол мужской (Сысертский городской округ).

В феврале в городском округе Новоуральск произошёл 1 завершённый суицид, причина - конфликт с другом, 18 лет, пол женский; в Екатеринбургском техникуме отраслевых технологий и сервиса - 1 завершённый суицид, причина – смерть близкого человека, 19 лет, пол женский; в Уральском радиотехническом колледже имени Попова - 1 завершённый суицид, причина - сложные отношения в семье, 19 лет, пол мужской.

В марте также было зафиксировано 3 случая: в городе Нижнем Тагиле - 1 завершённый суицид, причина - не установлена, 16 лет, пол женский; в Невьянском городском округе - 1 завершённый суицид, причина - неразделённая любовь, 16 лет, пол женский; в городском округе Красноуральск - 1 попытка суицида, причина - не установлена, 13 лет, пол женский.

Эти показатели уже больше, чем за аналогичный период 2013 года.

Таблица 5

Причины суицидов (суицидальных попыток), совершённых детьми и подростками на территории Свердловской области в период с 2008 по 2013 год (в %)¹

год	Наименование причин
-----	---------------------

¹ По данным, представленным Министерством общего и профессионального образования Свердловской области

	причина не установлена ¹	межличностные взаимоотношения по гендерному типу ²	семейное неблагополучие ³	конфликты со сверстниками ⁴	эндогенные психические расстройства ⁵	экзогенные психические расстройства ⁶	уход от ответственности за совершённое преступление ⁷
2008	27,5	25,5	29,5	4,9	10,8	0,9	0,9
2009	22,0	14,7	38,2	10,4	14,7	-	-
2010	34,4	13,2	34,4	-	18,0	-	-
2011	16,2	30,8	42,6	-	7,4	1,5	1,5
2012	12,3	29,2	46,2	-	4,6	4,6	3,1
2013	16,1	26,8	48,2	1,8	5,3	1,8	-

Обстоятельства, определённые как причины, повлекшие суициды и суицидальные попытки среди детей и подростков на территории Свердловской области в период с 2008 по 2013 год включительно, условно разделены на семь групп.

1. В группу «причина не установлена» вошли случаи, когда явных причин суицида установлено не было и предсмертная записка не оставлена.

2. В группу «межличностные взаимоотношения по гендерному типу» вошли случаи, когда суициды и суицидальные попытки совершены на фоне любовных переживаний – неразделённая любовь и т.п.

3. В группу «семейное неблагополучие» вошли случаи, когда причиной суицидов и суицидальных попыток назывались: конфликты в семье, асоциальная семья, семейная алкоголизация, токсикомания, социально-психологическая дезадаптация, тяжёлое материальное положение.

4. В группу «конфликты со сверстниками» вошли случаи, когда причиной суицидов и суицидальных попыток назывались личные неприязненные взаимоотношения со сверстниками, в том числе и в образовательной среде.

5. В группу «эндогенные психические расстройства» вошли случаи, когда причиной суицидов и суицидальных попыток назывались: изменения психики на фоне пубертатного периода, психические нарушения личности, психическая неуравновешенность, психическое расстройство, склонность к суициду, эндогенная депрессия, демонстративное поведение, баловство, за компанию.

6. В группу «экзогенные психические расстройства» вошли случаи, когда причиной суицидов и суицидальных попыток назывались: инвалидность в результате ДТП, дефекты внешности, состояние алкогольного, наркотического опьянения, гибель любимого животного, смерть родителей.

7. В группу «уход от ответственности за совершённое преступление» вошли случаи, когда суициды или суицидальные попытки были предприняты после совершения преступлений и привлечения к ответственности за их совершение.

Из содержания *таблицы 5* очевидна тенденция увеличения количества суицидов и суицидальных попыток в группе «семейное неблагополучие». Причём слово «неблагополучие» в данном случае также является чисто условным, так как суициды и суицидальные попытки достаточно часто происходят во внешне благополучных семьях.

Психиатр Елена Вроно, автор книги для подростков «Предотвращение самоубийства» считает, что **причина детских суицидов в одиночестве, в разобщённости всё более технологичного мира**¹. Действительно, давайте спросим себя: достаточно ли внимательно мы относимся к своим детям, разговариваем с ними, обсуждаем их маленькие, незначительные, на наш взгляд, проблемы, поддерживаем в минуты неудач, радуемся достижениям? К сожалению, немногие из нас утвердительно ответят на этот вопрос. В современной семье живое общение часто подменяется общением виртуальным, да и в школе многие дети, находясь в коллективе, испытывают чувство одиночества и изоляции. Стремительно осваивая современные технологии, наши дети психологически оказываются не готовыми к принятию «взрослых» решений, не способными просчитать их последствия, ведь эмоционально они всё ещё остаются подростками со всеми свойственными этому возрасту психоэмоциональными проявлениями.

В той же степени справедливо мнение философа Сергея Роганова, который высказал предположение о причинах возникновения суицидов в детской и подростковой среде: **«Самоубийство...начинает стремительно охватывать как раз именно образованную, развитую, цивилизованную часть человеческого сообщества. Чем выше развито общество, чем образованнее человек, тем чаще суицид становится нормой сведения счётов с жизнью...»**². Это мнение подтверждается официальной статистикой, приведённой выше – в экономически развитых странах количество суицидов в разы больше.

В течение 2013 года Уполномоченным по правам человека были инициированы и проведены встречи со специалистами, которые в своей профессиональной деятельности непосредственно связаны с решением проблемы детского и подросткового суицида. Данная проблема находится в фокусе внимания специалистов в области медицины (врачей психиатров, медицинских психологов и психотерапевтов), представителей силовых ведомств (полиции, след-

¹ http://www.e1.ru/articles/kid/archive_2012_4/page_1/010/150/article_10150.html

² <http://izvestia.ru/news/531894>

ственного управления, прокуратуры), представителей церкви, специалистов системы образования (школьных педагогов, психологов, социальных педагогов), специалистов центров психолого-педагогической и медико-социальной поддержки, служб телефонов доверия. Встречи, которые состоялись по инициативе Уполномоченного по правам человека, носили характер дискуссионных площадок, где позиция каждого из специалистов выслушивалась и обсуждалась.

Представлению мнений специалистов посвящена основная содержательная часть доклада. Так как в целом позиции участников по решению проблемы совпадают, **для достижения результата необходима координация и слаженность действий**, что единогласно подтверждали все участники организованных Уполномоченным по правам человека встреч.

Своё видение комплекса проблем, связанных с детскими и подростковыми суицидами, было представлено областной психиатрической и психотерапевтической службой. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 13.04.2012 № 387-П данной службой проводится работа по учёту и анализу попыток самоубийств среди несовершеннолетних в Свердловской области. Данные собираются по фактам суицидальных попыток несовершеннолетних, зафиксированным учреждениями здравоохранения Свердловской области. Поскольку далеко не все суицидальные действия попадают в поле зрения специалистов, можно говорить только об относительных показателях и тенденциях.

По оценке М.Г. Перцеля, главного внештатного специалиста психотерапевта Министерства здравоохранения Свердловской области, более 5 лет в психиатрии суицидальное поведение детей и подростков рассматривается как одна из форм девиантного поведения. Суицид входит в категорию аутоагрессивных, направленных на себя, действий. В данном возрастном периоде эта форма девиации рассматривается как суицидальное поведение, которое, помимо суицида непосредственно, включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления.

К покушениям относятся все суицидальные акты, не завершившиеся летально по причине, не зависящей от суицидента (обрыв верёвки, неправильно рассчитанная доза медикаментов, своевременно проведённые реанимационные мероприятия и т.п.).

Суицидальные попытки – это демонстративно-установочные действия, при которых суицидент чаще всего знает о безопасности применяемого им акта.

К суицидальным проявлениям относят все мысли, высказывания, намёки, но не сопровождающиеся какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни. В целом всё это объединяется понятием парасуицид.

Рассмотрение суицидального поведения в рамках клинико-психологических исследований неизбежно сужает угол зрения и оказывается явно недостаточным для понимания всего многообразия негативных факторов, лежащих в основе его формирования. **Суицид – это не только индивидуальная поведенческая реакция, обусловленная психологическими, патопсихологическими особенностями личности в экстремальных жизненных обстоятельствах. Суицидальный феномен представляет собой статистически устойчивое социальное явление, распространённость которого подчиняется закономерностям, связанным с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития.**

Многоплановое детальное обследование суицидоопасных контингентов позволили составить определённое концептуальное представление об этом феномене, оно базируется на осмыслении суицидального поведения, как следствия социально-психологической дезадаптации личности, возникающей под влиянием различного рода психотравмирующих факторов. В целом, по мнению известного суицидолога Е. Шир, концепция смерти у человека, в норме развития, окончательно формируется в возрасте 12-14 лет. В настоящее время мы наблюдаем, что эта граница, в силу социальной незрелости детей и подростков, обусловленной нарушениями, деформацией институтов семьи, школы, внешкольной занятости детей, сдвинулась к более старшему возрасту. Поэтому суициды детей до 13 лет – это явление крайне редкое. Однако их частота резко возрастает к 15 годам и достигает своего пика в возрастной группе 17-19 лет, после чего снижается вновь.

Суицидальное поведение в детском возрасте – это серьёзная проблема. В частности, по исследованиям Л.Я. Жезловой (Московский суицидологический центр), среди детей, совершавших суицидальные действия в возрасте до 13 лет, 70% составляли лица с психотическими отклонениями, в то время как ситуационные реакции составили лишь 18% от общего числа. Но после 13 лет число суицидентов с диагностируемыми психотическими расстройствами резко снижается до 30%, притом, что число ситуационных реакций возрастает до 65%.

Детям и подросткам свойственны максимализм в оценках происходящего, бескомпромиссность, неумение прогнозировать исходы конфликтных ситуаций, требующих гибкости поведения. Они, как правило, отличаются психической незрелостью, низкой кризисной толерантностью, тенденцией к избеганию сложных жизненных обстоятельств. В условиях психотравмирующей ситуации, представители этой возрастной группы достаточно часто реагируют эмоциональной напряжённостью, аффективной фиксацией на психотравмирующие события и снижением когнитивного контроля. В свою очередь, снижение побуж-

дений и волевых усилий, направленных на разрешение конфликта, приводит к общей дезорганизации поведения подростка.

В связи с отсутствием активного стремления к достижению цели, любые попытки изменения конфликтной ситуации, как правило, заканчиваются неудачей. Это неизбежно приводит к усугублению психологического кризиса и психосоциальной дезадаптации подростка. При этом наблюдается переживание беспомощности, отверженности, незащитности, что негативно влияет на самооценку личности, а внезапно появляющиеся мысли об уходе из жизни, как способе покончить со всеми неприятностями разом, быстро трансформируются в суицидальные замыслы и поступки. В отличие от истинного суицида, когда предсуицидальный период исчисляется месяцами и годами, указанный период у подростков от момента возникновения мысли до трансформации в замысел, как правило, длится не более нескольких дней, что является важной диагностической категорией.

Из всего сказанного выше можно сделать вывод о том, что суицидальное поведение подростков редко обусловлено каким-то психическим заболеванием и в большинстве случаев – это ситуационно-личностные реакции с чертами суицидального шантажа или суицидальные действия демонстративно-манипуляционного характера.

В детско-подростковой среде самоубийство не является агрессией, направленной против самого себя. Их причиной является проблема на микросоциальном уровне, а цель – восстановление нарушенных социальных связей с окружением. Из этого следует, что **суициды в подростковом возрасте не направлены на самоуничтожение, а лишь являются попыткой применения суицидальной техники для достижения не суицидальной цели.** В этом случае основной проблемой является то, что данная группа суицидентов практически полностью выпадает из поля зрения психологической и психиатрической службы. Подростки, совершившие суицид, госпитализируются в отделение соматического профиля, где им оказывается исключительно медицинская помощь, и в лучшем случае лишь только предлагается обращение к психологу и психиатру после выписки. Родители суицидентов зачастую намеренно скрывают факт попытки суицида, опасаясь так называемых социальных последствий. Таким образом, дети, как правило, остаются без квалифицированной психотерапевтической помощи и наедине с неразрешёнными проблемами.

Специалисты, работающие в Областном центре кризисных состояний детей и подростков, имеют дело с уже свершившимся фактом суицидального поведения. Их работа направлена на оказание квалифицированной психологической и психотерапевтической помощи, и в первую очередь - на решение про-

блемы, повлекшей дезадаптацию ребёнка или подростка. Работа по профилактике суицидов в данном случае не является основной, но её необходимость однозначно признаётся.

Особую тревогу специалистов вызывает то, что в настоящее время произошла смена акцентов. Пик суицидальной активности смещается из асоциальных, неблагополучных семей в сторону семьи благополучной, или, по крайней мере, внешне благополучной. Если раньше детей в прединцидальном периоде достаточно легко было «вычислить» и педагогам, и психологам, то на данный момент специалисты начинают сталкиваться с ситуациями, когда суициды всё чаще встречаются в условно благополучных семьях. **Таких детей и подростков в прединцидальном состоянии «вычислить» очень сложно и вся ответственность за их выявление начинает перемещаться на школьных психологов, которым в современной школе просто некогда заниматься этим вопросом.** Они, как правило, работают по общему плану, утверждённому администрацией школы, и, соответственно, воспринимаются подростками, как часть администрации, а вследствие этого не вызывают достаточного доверия. Перед школьными педагогами стоят исключительно образовательные задачи. Психологическому состоянию детей и подростков внимания уделяется ими очень мало. Происходит это только тогда, когда аффективное неустойчивое состояние ребёнка отражается непосредственно на учёбе. Неизбежно встаёт вопрос, что делать со школьной психологической службой, нужна ли такая служба именно в стенах образовательного учреждения, или необходимы независимые муниципальные психологические службы в шаговой доступности, куда дети и подростки могли бы свободно обратиться в кризисный момент и получить квалифицированную помощь?

В этой связи мне близка точка зрения президента Ассоциации детских психиатров и психологов Анатолия Северного, который убеждён, что необходимо в корне менять всю систему помощи, **чтобы ребёнок имел возможность получить необходимую помощь в шаговой доступности в нужный момент.** «Надо выводить психологов из школы, психологические службы должны быть независимы от школы. Школа должна воспитывать, а психологи защищать личность ребёнка...»¹.

Возможным выходом из сложившейся ситуации может стать создание службы участкового психолога, чтобы ребёнок имел возможность обратиться в кризисной ситуации к специалисту, не испытывая боязни перед ним.

¹ <http://ria.ru/society/20120214/565842900.html>

Теоретическое обоснование причин возникновения суицидальных действий в детской и подростковой среде находит своё продолжение в результатах исследований, которые на постоянной основе проводятся специалистами Областного центра кризисных состояний детей и подростков.

Исходя из предоставленной специалистами центра информации, в Свердловской области среди совершивших все виды суицидальных действий юноши составили 22%, девушки – 78% (согласно общероссийским данным, юноши чаще совершают самоубийства, нежели девушки; коэффициент летального исхода среди мужского населения страны удвоился только за последние двадцать лет¹).

Возрастная группа суицидентов до 15 лет составила 24%, основная же масса случаев приходится на возраст 15-17 лет. При обосновании данных, представленных Министерством общего и профессионального образования Свердловской области и проанализированных нами ранее, по количеству суицидов в возрастной группе 15-17 лет за период 2008-2013 годы, мы сделали вывод о снижении количества случаев в указанном возрасте. Такая информация, на наш взгляд, не противоречит данным, представленным областным центром кризисных состояний детей и подростков, так как ими в данном случае анализируется ситуация за последний год-полтора.

Обращает на себя внимание тот факт, что большинство из респондентов являются учащимися школ (95%), число студентов составило 3%. В двух случаях отмечен неопределённый социальный статус.

Основную массу суицидов несовершеннолетние совершили через медикаментозное отравление (68%), на втором месте по распространённости – самопорезы (21%). Самоповешения занимают третью позицию (7%), но являются наиболее частой причиной последствий, не совместимых с жизнью. Также отмечены отравления веществами бытовой химии (3%) и падения с высоты (1%). Структура суицидальных действий несовершеннолетних представлена на *рис.3*.

¹ <http://www.russia-on.ru/44171>

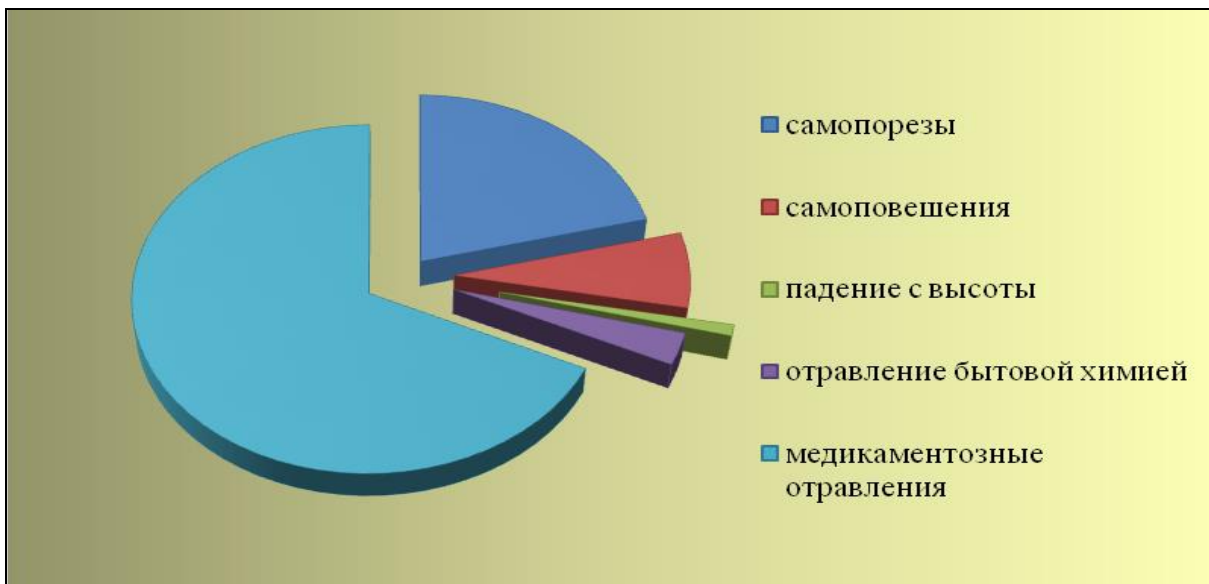


Рис. 3. Структура суицидальных действий несовершеннолетних

В 22% случаев суициды носили истинный характер, то есть, предпринимались с реальным намерением лишить себя жизни. Можно отметить, что среди истинных суицидов преобладают мотивы, связанные с переживаниями последствий насилия, позора и отвержения окружающими, особенно, близкими.

На *рисунке 4* представлены данные о материальном статусе суицидентов. Как видно из рисунка, отчетливого влияния материальной обеспеченности на суицидальную активность не выявлено.

Большая часть суицидентов имеют среднюю и хорошую обеспеченность, только у 11% она расценена как низкая и очень низкая.

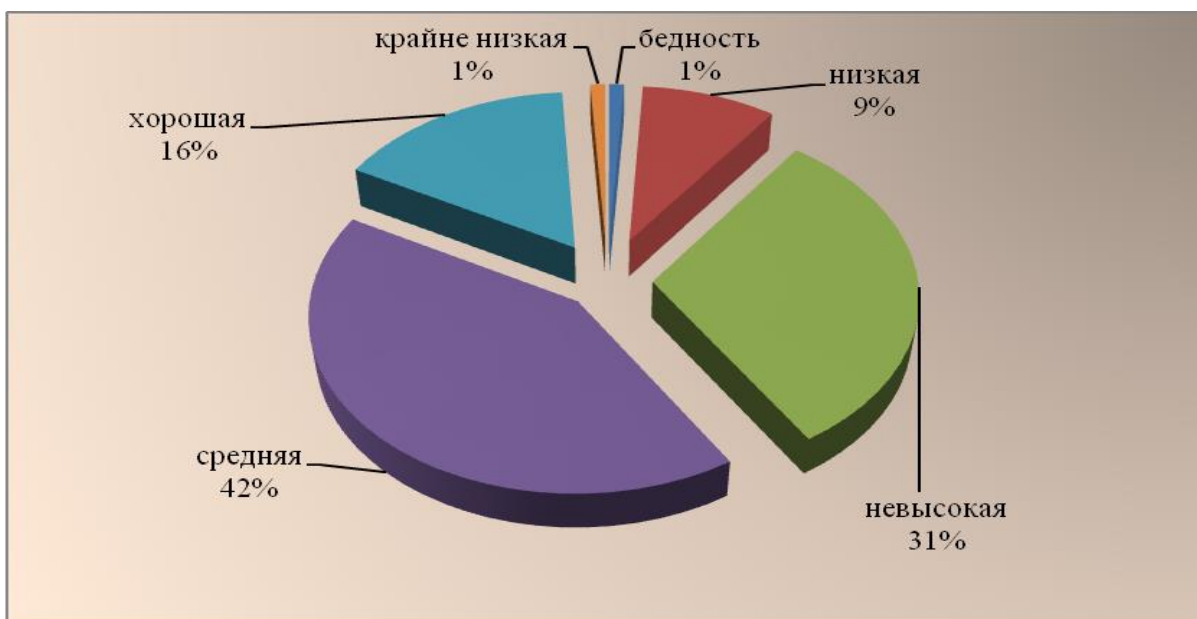


Рис. 4. Материальная обеспеченность несовершеннолетних, совершивших суицидальные действия

Большое значение для выработки мер по профилактике суицидов играет понимание причин суицидального поведения несовершеннолетних. Среди основных сфер жизнедеятельности наибольшую значимость продемонстрировали проблемы в личностно-семейной составляющей.

Как показано на *рисунке 5*, среди суицидентов 94,5% обнаружили напряжённость именно в этой сфере. Социальные проблемы явились составляющей в формировании суицидального поведения лишь в 33% случаев.

Проблемы в учебной сфере, как и проблемы физического здоровья, наблюдались у 22% респондентов. Состояние психического нездоровья внесло свой вклад в суицидальную активность в 12% зафиксированных случаев.

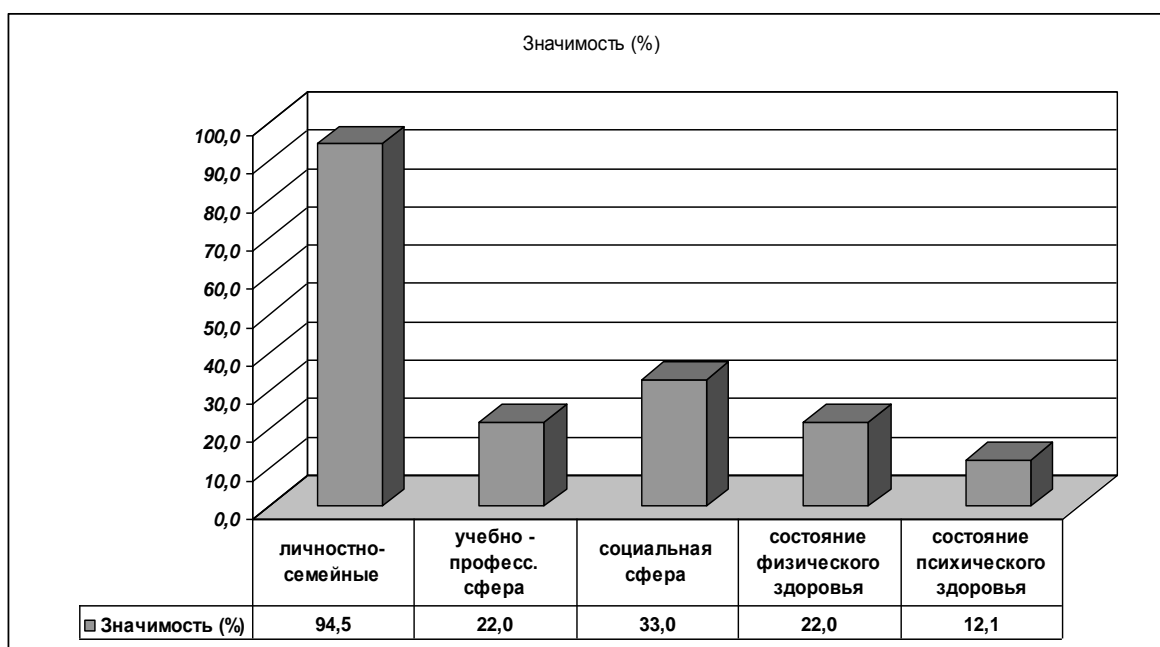


Рис.5. Причины, подтолкнувшие к суицидальным действиям

Более детальный анализ показывает, что среди проблем личностно-семейного характера наибольшую роль играют переживания, связанные с непониманием со стороны близких людей (в 49% случаев). К этой цифре можно добавить и долю в 13%, связанную с переживаниями несправедливого отношения значимых людей. Значимая роль также принадлежит проблемам в сфере любовных отношений: неразделённая любовь (19%), ревность (6%), измена любимого человека (3%).

Особо следует выделить проблему, связанную с ощущением одиночества (в 6%), притом, что речь идёт об учащих подростках, которые фактически находятся в коллективе своих сверстников. На долю же потерь – смерть близ-

ких и развод родителей пришлось 3% и 1%, соответственно. На *рисунке 6* приведено соотношение личностно-семейных проблем.

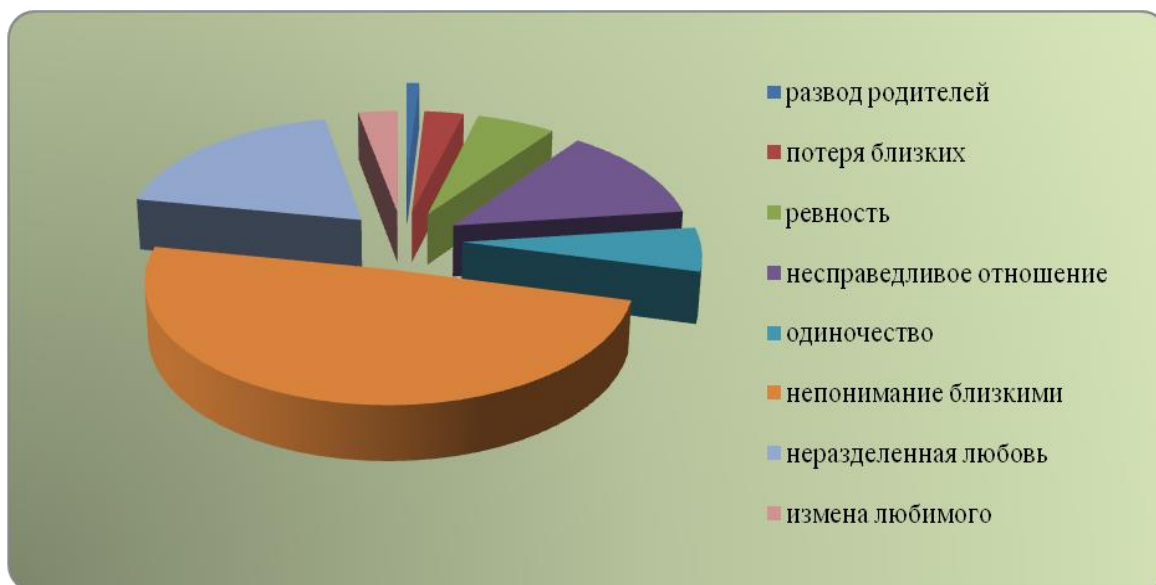


Рис.6. Соотношение личностно-семейных проблем

Соотношение проблем во второй по значимости сфере – социальной – представлены на *рисунке 7*.



Рис.7. Соотношение социальных проблем

Основным стрессором в этой сфере, по имеющимся данным, является неуверенность в будущем (30% от случаев, где суицидогенным фактором явились проблемы социального характера). Параллельно можно отметить, что данное явление также характерно для взрослого контингента, что выявлено при анали-

зе обращений на телефон доверия на базе филиала «Сосновый бор» ГБУЗ СО «СОКПБ».

На втором плане отмечены переживания, связанные с материальными трудностями и бытовыми трудностями (23% и 7% от числа случаев, связанных с социальным фактором). Страх наказания и боязнь позора в совокупности составили 27%.

Проблемы, связанные с насилием, отмечены реже – 13% от числа случаев, связанных с социальным фактором, однако среди таких несовершеннолетних отмечается большее стремление к истинным суицидальным попыткам.

Среди проблем в учебной сфере 83,3% пришлось на конфликтные ситуации, то есть, также на проблемы, связанные с отношениями.

Для респондентов, чья суицидальная активность связана с проблемами здоровья, также наиболее значимым было не столько осознание болезни, ограничений и страданий, связанных с ней, сколько чувство отверженности окружающими. Это 75% от всех случаев, в которых отмечено влияние факторов здоровья. И лишь только в двух случаях в основе суицида лежали болезненные переживания у психически больных подростков.

Как видно из представленных данных, **подавляющее большинство случаев суицидов связаны с отношениями детей и подростков со значимыми для них людьми, в первую очередь, членами семьи, любимым человеком, а, также, членами коллектива. Основное переживание, связанное с этим – чувство отверженности.**

Таким образом, анализ проблемы с позиции специалистов психиатрической и психологической службы, позволяет сделать следующие выводы.

Психологическая и психиатрическая помощь детям и подросткам, имеющим суицидальные наклонности, должна быть оказана своевременно, а это возможно только при наличии на территории постоянно действующей службы, способной оказать эту помощь в экстренном порядке.

При возникновении проблем в личной, социальной, учебной сферах, а также связанных со здоровьем, в большинстве случаев суицидальную активность определяет как тяжесть самих проблем, так и ощущение изоляции и отверженности. Для снижения этого влияния важно не только решение проблем, но и оказание психологической поддержки. Форма, в которой эта поддержка оказывается, должна быть доступной и приемлемой для данной возрастной группы. При этом показанием для экстренной психологической помощи является любой факт наличия проблемы даже без признаков депрессии, поскольку стресс может переживаться скрыто. Со стороны органов здравоохранения это помощь специалистов – психотерапевтов и медицинских психологов поликлиник, клиник, дружественных молодежи. Та-

кие должности должны быть выделены из расчёта одна должность врача психотерапевта и одна должность медицинского психолога на 12 тысяч детского населения. Особого внимания заслуживает также тема уверенности в будущем, что также требует как увеличения объема психологической помощи подросткам, так и проведения реальных социальных программ.

Заслуживающий внимания опыт работы с несовершеннолетними, совершившими суицидальную попытку, имеется в ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 8» г. Первоуральск. Методы работы, применяемые специалистами указанного учреждения, прошли апробацию и могут быть использованы при организации работы аналогичных служб помощи в других территориях Свердловской области. Описание опыта работы ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 8» г. Первоуральск помещено в *приложение 1*.

Проблема детских и подростковых суицидов не является исключительной компетенцией учреждений здравоохранения, которым, как правило, отводится первостепенная роль в работе с уже свершившимися фактами суицидального поведения. Огромное значение в осуществлении профилактической деятельности имеют психолого-педагогические и медико-социальные реабилитационные центры.

По мнению директора центра ГБОУ СО для детей, нуждающихся в медико-социальной и психолого-педагогической помощи «Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Лад» И.В. Пестовой, за последнее десятилетие в три раза выросло число детей, бежавших от родителей, из учебно-воспитательных учреждений, пропавших без вести, многие из них стали жертвами преступлений. Одной из основных причин усиления этой опасной тенденции является отсутствие надлежащего семейного и общественного воспитания, жестокое обращение взрослых и сверстников, провоцирование несовершеннолетних на бегство и, нередко, толкающее их к суициду.

Моральное и физическое насилие, порочные методы воспитания, унижение человеческого достоинства сопутствуют жизни многих детей, подростков в семье, дошкольных учреждениях, школах, детских домах, интернатах.

Дефицит гуманности и милосердия в обществе сказывается, прежде всего, на детях, как наименее защищённой части населения. Их проблемам и переживаниям стали уделять меньше внимания не только в семье, но и в школе. От так называемых «трудных» детей и подростков школы стараются избавиться. Опрос детей, выбывших из 5-9 классов средней школы, проведённый Генеральной Прокуратурой Российской Федерации, показал, что 43% опрошенных детей связывают свой уход из школы с конфликтами с учителями, 38% ответили, что их из школы выгнали.

К сожалению, реальность такова, что среда для несовершеннолетнего становится психологически небезопасной, факторов-агрессоров становится больше. А способы «противодействия» такой среде у детей, как правило, не сформированы.

Психологический дискомфорт приводит детей и подростков к отчаянию, безысходности, депрессиям и, как следствие, к самоубийству.

Изучение проблемы суицида среди детей и молодежи показывает, что в целом ряде случаев подростки решались на самоубийство в целях обратить внимание родителей, педагогов на свои проблемы и протестовали таким страшным образом против бездушия, безразличия, цинизма и жестокости взрослых. Решаются на такой шаг, как правило, замкнутые, ранимые по характеру подростки от ощущения одиночества, собственной ненужности, стрессов и утраты смысла жизни.

Своевременная психологическая поддержка, доброе участие, оказанное подросткам в трудной жизненной ситуации, помогли бы избежать этой трагедии.

С 2006 года, ежегодно в Центре регистрируется от 5 до 14 обращений с проблемами намерений или попыток суицида. Возрастной диапазон обратившихся – родители (законные представители) несовершеннолетних от 8 до 15 лет. В течение учебного года в Центр обращается более 3000 клиентов и более 80% от всех обращений - по проблемам межличностных отношений: семья, сверстники, школа, конфликты, агрессивное поведение. Только за 2012 год в Центр обратилось 489 родителей и взято на сопровождение 455 детей, нуждающихся в специализированной психологической помощи. Из ТКДНиЗП было направлено 107 семей, оказавшихся в сложной жизненной ситуации. Для данных категорий взрослых в Центре разработаны и успешно реализуются программы «Азбука семейной жизни» (коррекция детско-родительских отношений), «Материнство с ошибками» (целевая аудитория – «алкоголизирующиеся мамочки», бросившие своих детей), «Воскресный папа» (для отцов, которые воспитывают своих детей одни), «Осознанное материнство» (профилактика девиантного материнства и социального сиротства).

Учитывая изложенное, остроту и важность проблемы, а также сложившуюся ситуацию с увеличением количества суицидов среди несовершеннолетних, специалистами Центра осуществляется анализ состояния образовательной среды в ряде образовательных учреждений Свердловской области, в аспекте её психологической безопасности. В частности, происходит изучение образовательной среды и выявление оценки со стороны педагогов, учащихся и их родителей состояния её психологической безопасности; осуществляется работа по выявлению рисков и угроз психологической безопасности образовательной

среды и состояния психического здоровья учащихся и учителей путём диагностики их личностных, эмоциональных и коммуникативных состояний.

Таблица 6

Угрозы психологической безопасности образовательной среды

Перечень угроз	Следствия
Психологическое насилие в процессе взаимодействия	Получение ребёнком психологической травмы
Непризнание референтной значимости образовательной среды образовательного учреждения	Ребёнок отрицает ценности и нормы учреждения, стремится «покинуть» учреждение
Отсутствие удовлетворённости в лично-доверительном общении и основными характеристиками процесса взаимодействия всех участников образовательной среды	Эмоциональный дискомфорт; нежелание высказывать свою точку зрения и мнение; неуважительное отношение к себе; потеря личного достоинства; нежелание обращаться за помощью; игнорирование личных проблем и затруднений окружающих его детей и взрослых; невнимательность к просьбам и предложениям
Неразвитость системы психологической помощи в образовательном учреждении	Неэффективность психологического сопровождения ребёнка в школе; угроза психическому здоровью
Эмоциональное выгорание педагогов образовательного учреждения	Профессиональная деформация; угроза психическому здоровью

В соответствии с рассмотренными в *таблице 6* угрозами психологической безопасности образовательной среды, специалистами Центра был проведён её анализ в ряде школ Свердловской области и получены следующие результаты.

У 60-80% педагогов выявлено наличие синдрома профессионального выгорания; более чем у 20% - наличие профессиональных деструктов. Более 70% педагогов школ - старше 47 лет. Только эти данные говорят о наличии фактора риска, который «может исходить» от педагогов, причём неумышленно, на подсознательном уровне, в силу эмоционального выгорания и ослаб-

ления функций самоконтроля. **Поэтому педагоги в первую очередь нуждаются в помощи, поддержке и сопровождении.**

У 30% несовершеннолетних в ходе исследования было выявлено наличие психологического дискомфорта ввиду неудовлетворённости межличностными отношениями в учреждении, что нашло своё выражение в таких проявлениях как конфликты, непризнание, неудовлетворённость положением в коллективе сверстников и др.

Противоречие между неразвитостью или отсутствием психологической помощи в образовательном учреждении и необходимостью оказания услуг участникам образовательного процесса актуализирует проблему дополнительной профессиональной подготовки специалистов образовательного учреждения к работе с конфликтами и кризисными состояниями.

Таким образом, психологическая безопасность образовательной среды может рассматриваться как защищённость от психологического насилия во взаимодействии по таким структурным компонентам как унижение, угрозы, недоброжелательное отношение, игнорирование, принуждение, выделенные на основе представлений учителей, учащихся и их родителей.

Негативные переживания наряду с состоянием напряжённости, страха и подавленности входят в определение психологического дискомфорта и являются последствиями нарушения психологической безопасности личности. Основной угрозой психологической безопасности, вызывающей негативные переживания, является психологическое насилие в межличностных отношениях, относящееся к психотравмирующим ситуациям взаимодействия.

Причинами психологического насилия являются биологические факторы, семейные отношения, средовые факторы и межличностные отношения. Если по биологическим и семейным причинам психологического насилия школа может лишь ставить на социальный и медицинский контроль и опосредованно создавать условия безопасности и развития для детей, проявляющих признаки насилия во взаимодействии, то на уровне средовых условий и межличностных отношений она способна контролировать и корректировать их.

Для того, чтобы отказаться от психологического насилия и создать безопасную окружающую среду, человек должен иметь представление не только о том, что является насилием, но и как создать условия для внутренней безопасности и безопасности референтной окружающей среды, должен уметь управлять чувствами и идентифицировать происходящее в группе, определять пути, с помощью которых опасное поведение может стать насильственным.

Таким образом, естественной потребностью для специалистов ГБОУ СО для детей, нуждающихся в медико-социальной и психолого-педагогической помощи «Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции» стала раз-

работка программы «Комплексной психологической безопасности в образовательном учреждении», в рамках которой в 2013 году были сформулированы и предложены к реализации методические рекомендации для педагогов и психологов образовательных организаций «Оценка суицидального риска у несовершеннолетних».

Согласно данным методическим рекомендациям необходимым условием при оценке суицидального риска у несовершеннолетних является диагностика предсуицидального синдрома.

По оценке специалистов Центра, лица, находящиеся, в предсуицидальном периоде, нуждаются в индивидуальной, групповой и (или) семейной психотерапии. Особую практическую значимость имеет анализ факторов, удерживающих детей от самоубийства. К их числу относят: отсутствие психических заболеваний, протекающих с депрессивными расстройствами; высокую интегрированность в семье; наличие культурных и духовно-религиозных факторов, делающих суицид менее приемлемым; проведение индивидуализированной терапии, направленной на предотвращение психологической травматизации детей и подростков.

В основе прогноза суицидального риска интегральная оценка включает суицидогенные и антисуицидальные факторы, что оправдано в диагностике и профилактике суицидального поведения, как на групповом, так и на индивидуальном уровнях. Диагностика суицидогенных факторов включает в себя выявление:

- индивидуальных личностных факторов (непосредственных суицидальных тенденций, ближайших суицидоопасных состояний и позиций личности, форм и уровней дезадаптации);
- личностно-ситуационных факторов (конфликтов и суицидальных мотивов);
- групповых факторов риска (социально-демографических и прочих средовых).

В настоящее время опросники и анкеты являются одними из наиболее распространённых диагностических инструментов, используемых при оценке суицидального риска. Специализированные опросники, предназначенные для оценки суицидального риска, делят на две группы: 1 - методики, включающие относительно прямые вопросы о наличии суицидальных мыслей и переживаний; 2 - опросники выявляющие индивидуальные личностные факторы, наиболее тесно связанные с высокой вероятностью совершения суицида. Некоторые методики, рекомендуемые специалистами Центра к применению в детских учреждениях, мы поместили в *Приложение 2*.

Для психокоррекционной и профилактической работы необходимо знать уровень самооценки и уровень притязаний. Чем больше разрыв между ними, тем больше вероятность невротизации личности и возрастает риск социальной

дезадаптации.

С точки зрения специалистов, осуществляющих медико-социальную и психолого-педагогическую помощь, профилактика суицидального поведения должна заключаться в следующем:

- наблюдение и оценка суицидального риска на ранней стадии дезадаптации;
- снятие психологического напряжения в психотравмирующей ситуации;
- уменьшение психологической зависимости от причины, повлекшей суицидальное поведение;
- формирование компенсаторных механизмов поведения;
- формирование адекватного отношения к жизни и смерти.

Таким образом, для профилактики суицидального поведения необходимо формирование у детей и подростков социальных навыков и умений преодоления стресса. В связи с этим рекомендуется проведение социально-психологических тренингов проблем-разрешающего поведения, для совершенствования:

- умений поиска социальной поддержки, её восприятия и оказания;
- индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий по развитию адекватного отношения к собственной личности;
- умения не просто понимать другого человека и сочувствовать ему, но и полностью проникать в его внутренний мир и ощущать конкретную ситуацию на себе;
- уровня самоконтроля, выработке мотивации на достижение успеха.

Кроме того, в условия образовательного процесса и внеклассной работы могут включаться задания, упражнения, способствующие развитию у детей взаимопомощи, взаимной поддержки, повышения сплочённости учебного коллектива.

В продолжение разговора о профилактике суицидального поведения среди детей и подростков директор АНО «Уральский центр медиации» О.П. Махнёва предлагает использовать возможности медиации, как формы посредничества, позволяющей снижать и устранять последствия конфликтов, возникающих в образовательной среде.

По мнению эксперта, сегодня для того, чтобы образовательное учреждение стало территорией психологического комфорта, и перестало быть причиной дополнительного стресса для детей, необходимо создание в нём **школьной службы примирения**, в основе работы которой лежит восстановительная медиация. **Суицид - это реакция на переполненную чашу внешнего давления, медиация - это способ не допустить, чтобы чаша переполнилась!**

Преимущества использования медиатора, как специалиста, прошедшего специальную подготовку в разрешении конфликтных ситуаций, пока они не перешли в ситуацию внутреннего «самоуничтожения» одного из участников конфликта, неоспоримы.

Основная задача медиатора – помочь всем участникам конфликта найти выход из сложившейся ситуации. Медиатор не является судьей - не ищет виноватого, медиатор не оценивает прошлое - его уже не изменишь, он является нейтральным ко всем участникам конфликта, независимым, эмоционально не включённым в ситуацию.

Таблица 7

Возможности традиционных методов и медиации для профилактики суицидального поведения среди детей и подростков. Сравнительный анализ

Традиционные методы	Медиация
Публичность	Конфиденциальность
Разный статус участников	Равноправие сторон
Анализ того, что уже произошло	Поиск выхода
Наказание, осуждение одного из участников ситуации	Отсутствие виноватого, медиатор не играет роль судьи
Стараются оградить от травмирующего события и людей с ним связанных	Помогают выстроить диалог
Эмоциональное сочувствие	Нейтральность
Подсказывают варианты выхода	Учат искать выход

При этом, медиация, школьные службы примирения не могут и не должны стать альтернативой другим методам предотвращения детских и подростковых суицидов, но они могут и должны стать структурой, помогающей подростку разрешить хотя бы часть проблем, с которыми ему приходится сталкиваться на очень сложном пути взросления.

В ряду многочисленных субъектов профилактики суицидального поведения особая роль отводится религии, которая имеет большое значение в жизни верующих людей. Принадлежность человека к той или иной вере на этапе при-

нения суицидального решения зачастую является фактором, который удерживает его от совершения непоправимого поступка.

По мнению Е.Н. Бородиной, магистра педагогики, аспиранта УрГПУ, руководителя сектора православных школ отдела ОРОиК Екатеринбургской епархии, «...сегодня, современный человек переживает духовно-нравственный кризис, и, прежде всего, личный так как проживая в этом мире, психологически изматывается и обессиливается. Одновременно он переживает и общественный кризис, так как ежедневно спотыкается о человеческое равнодушие, бесстыдство, беспечность, коварство, злобу, лень и т.д...»

Выявлено, что самоубийцами становятся люди, которые оказались в тяжёлых жизненных обстоятельствах. Единственный выход для них в этот момент - это уйти из жизни. По мнению представителей православной религии, подобные решения люди принимают от незнания и неверия в Бога. Главная причина самоубийств – бездуховность, безнравственность. Верующий же человек напротив, уповает в любые моменты на Бога, в какой бы тяжелой ситуации он не оказался, и никогда не пойдёт на суицид, потому что у него есть Вера, Надежда и Любовь. Николай Бердяев, в психологическом этюде «О самоубийстве», писал: *«Самоубийство потому противно Православию, что оно есть отрицание трёх высших христианских добродетелей: веры, надежды, любви. Для самоубийцы теряется вера и Бог, она перестает быть силой, которая управляет жизнью, удерживает жизнь».*

Как и другие эксперты-участники круглых столов, организованных Уполномоченным по правам человека, представители православной церкви считают детский и подростковый суицид - бедой семейной, так как это следствие разгармонизации детско-родительских и детско-взрослых отношений.

Как показывает история, общество, без нравственных и духовных ориентиров, деградирует. **А общество – это образование, наука, культура, армия, семья.** Особым нападкам за последние годы подвергается именно семья, духовно-нравственные семейные ценности. Стимулирование со стороны СМИ и поощрение со стороны взрослых, в поведении детей: вольности, развлекательности, распущенности, безответственности, легкомыслия, тяги к удовольствиям. Тревожный вывод, к которому мы приходим – современная семья утратила свои воспитательные функции. Не на что, и не на кого опереться современному родителю в воспитании своих детей. Нравственных ориентиров современное неоязыческое общество попросту не имеет.

Величайшим достижением последнего времени стал Интернет. Церковь по этому поводу испытывает особую тревогу, прежде всего потому, что дети приобщаются к этому «открытию» раньше, чем начинают ходить и говорить. **Бесконтрольное пользование детьми и подростками интернет-сайтами,**

приводит к вседозволенности в виртуальном пространстве. Некоторые интернет-сайты похожи на «пособия по суициду», доступ к ним абсолютно свободен. Ребёнок находит развлечение, утешение, понимание, выход из трудной ситуации, в виртуальном мире. Специалисты констатируют, что к суицидам всё чаще «подталкивает» Интернет. Российский философ И.И. Кальной описывает ситуацию так: *«Демон техники создал условия, когда человек не только не в состоянии контролировать антропогенные процессы, но не может даже осознавать и адекватно оценивать последствия всего происходящего».*

Показательным примером, вызвавшим у Уполномоченного по правам человека ещё большую тревогу, стала информация Е.Н. Бородиной, занимающейся научно-педагогическим исследованием в области проблем духовно-нравственного воспитания, которой она поделилась на одной из встреч: «При просмотре молодёжных фильмов российского производства, обратила внимание на фильм с откровенным названием «Самоубийцы», где в комической форме были поданы в подробностях около десятка возможных способов самоубийства. Вот цитата с сайта об этом фильме, «Жанр: комедия. Режиссёр: Егор Баранов. Актёры: Александр Стриженов, Алексей Воробьев, Виктор Супрун и др. Краткое описание: художественный фильм «Самоубийцы» сняли в России в 2012 году. Снял эту «весёлую» комедию режиссёр...» Вопрос, что смотрят наши дети? Что читают наши дети? **Опасность состоит в том, что эта информация находится в зоне неограниченного доступа для наших детей, а значит оказывает деструктивное, разрушающее действие на их не сформированное сознание и неокрепшую психику.**

Выход из сложившейся ситуации, по мнению эксперта, видится:

- в выстраивании современным отечественным образованием своих образовательных и воспитательных позиций в сотрудничестве с Русской Православной Церковью как источником духовности и нравственности, с помощью которых происходит восхождение по лестнице добродетелей. Следует вспомнить, что святоотеческое понятие воспитания предполагает уважительное отношение к духовным традициям, к роду, к семье, к своей жизни;

- в создании специализированных служб суицидологической помощи детям и подросткам при взаимодействии с Русской Православной Церковью. Главная цель совместной работы - это восстановление жизненных смыслов и ориентиров объединяющих ценностей. **Необходимо сделать духовное возрождение главным приоритетом нашей личной, семейной, общественной и государственной жизни.**

Также как и Православная, Иудейская религия крайне отрицательно относится к суициду. В священной Торе говорится, что человек - высшее творение Бога, создан по образу Бога. В 10 заповедях, дарованных Богом людям, говорится - не убивай. Суицид - это тоже убийство. **Самоубийство приравнивается к убийству другого безвинно убитого человека по тяжести духовного греха.** «Рождение, жизнь человека - это дар Бога и Бог Милостивый и Благословенный вправе лишать человека жизни, забрать его душу за пределы земной жизни».

По мнению председателя иудейской ортодоксальной Религиозной организации г. Екатеринбурга и Свердловской области Я.М. Соскина, суициды - важная социальная проблема, одна из основных причин смерти молодых людей в России. «Как высказываются некоторые исследователи, среди учащихся старших классов школы, студентов в связи с высокой нагрузкой и частой стрессовой ситуацией высок риск развития суицидальных тенденций. Анонимный опрос студентов показал, что социальная тревожность и её крайняя форма - социальная фобия, нередко ведут к суицидальной направленности мышления и возникновению мыслей о самоубийстве.... В беседах с детьми и подростками мы говорим, о ценности человеческой жизни, и большой грех на неё покушаться. Гневно осуждаем терроризм, который уносит часто жизнь детей... **Даже в самой тяжёлой ситуации человек должен обратиться в молитвах к Богу и просить его облегчить страдания. Искренняя молитва всегда помогает человеку преодолеть душевный кризис**».

По мнению заместителя председателя Регионального духовного управления мусульман Свердловской области А. Баязитова, основными причинами, подталкивающими детей и подростков к суицидальным действиям, выступают социальная незрелость, алкоголь, наркотики, беспорядочные ранние половые отношения, отсутствие досуговых и культурных центров, где молодёжь могла бы проводить свободное время. Но и самое главное, по справедливому мнению эксперта - это **бездуховность**. «Сегодня, в эпоху гласности и свободного вероисповедания, когда у людей появился выбор в поведении, и нет давления тотального атеизма, абсолютное большинство стало верующими: христианами, мусульманами иудеями. Это яркий показатель того, что Бог действительно есть и как Создатель учит человечество через откровения культуре морального права».

Религиозные организации в составе Регионального духовного управления мусульман Свердловской области при ЦДУМ России регулярно проводят занятия по религиозно-нравственному воспитанию молодежи, действует воскресная школа, по пятницам в каждой мечети собирается более тысячи человек, среди

которых преобладающая часть подростки. На таких встречах людям пропове-
дуются основы духовной нравственности.

Социальная статистика показывает, что среди верующих, не этнических,
а действительно верующих, проблемы суицидального поведения почти не
наблюдается, так как во всех конфессиях имеется строгое устрашение на само-
убийство.

**По мнению А. Баязитова, без интереса к жизни человек не сможет
существовать, материальный интерес заканчивается с достижением цели,
тогда как духовное притяжение не иссекаемо.**

По мнению представителей всех традиционных конфессий, одним из ос-
новных путей решения проблемы детских и подростковых суицидов может
быть только **консолидация сил и поддержка государства в деле духовно-
нравственного возрождения**, оказание посильной помощи традиционным ре-
лигиозным структурам, ограничение путей ведущих к «бесованию общества»,
увеличение количества культурно-спортивных центров и т.д.

Детям и подросткам в образовательных учреждениях любого уровня,
особенно в периоды повышенной нагрузки (во время подготовки и проведения
итоговой аттестации) необходимо оказывать психологическую поддержку. К
этой деятельности наряду с педагогами и психологами желательно привлекать
и представителей традиционных конфессий в зависимости от вероисповедания
ребёнка.

**И самое, пожалуй, главное, что зависит от нас – взрослых, кем бы мы
ни были для ребёнка, окружать его любовью в семье, детском саду, школе -
это лучший путь формирования человека, который ценит свою жизнь и
людей, которые рядом.**

В процессе работы над докладом и на основе анализа информации, по-
ступившей в распоряжение Уполномоченного по правам человека, у нас воз-
никло желание поделиться размышлениями о том, что мешает эффективному
противодействию суицидальной активности детей и подростков, а также, какие
меры возможно принять, чтобы уберечь наших детей от этой беды.

Право на жизнь – важнейшее из прав человека. Наше государство нало-
жило мораторий на смертную казнь и выполняет свои обязательства перед об-
ществом. Но есть ситуации, когда смертельный приговор выносит сам человек,
который зачастую сознательно лишает себя жизни. Особенно страшно, когда
такой человек находится в детском или подростковом возрасте. Количество
случаев добровольного ухода из жизни с годами не только не уменьшается, но
и растёт. Наше общество идёт тяжёлым путём. Реакцией некоторых людей на
разочарования, с которыми они сталкиваются в современном мире, к сожален-
нию, является их решение уйти из жизни.

Исходя из мнений специалистов, приведённых в тексте доклада, работа по профилактике суицидального поведения среди детей и подростков проводится, но работа эта не взаимосвязанная, в ней отсутствует координирующее начало. В связи с этим возникает вопрос: кто из субъектов, занимающихся профилактикой суицида должен стать центром, отвечающим за такое взаимодействие? И на что, в первую очередь, необходимо обратить внимание при организации и проведении профилактической работы?

Предполагаю, что такой координирующей структурой может стать Комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав. Потому что данный орган не имеет выраженного ведомственного подчинения.

Что касается организации и выстраивания приоритетных направлений профилактической работы, акцент необходимо сместить в сторону работы с педагогами.

По результатам исследования, проведённого специалистами ГОУ СО Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Лад» г. Полевской, **у большинства педагогов мы наблюдаем синдром профессионального выгорания и наличие профессиональных деструктов. Количество педагогов, находящихся в данном состоянии, достигло критического уровня. Их неосторожные слова и оценочные выражения, адресованные ребёнку, элементарное невнимание к его психо-эмоциональному состоянию, вполне могут стать «катализатором» и даже причиной принятия суицидального решения.** В этой ситуации профилактической мерой должна стать планомерная методическая работа. **Необходимо обучить педагогов справляться с синдромом профессионального выгорания и со всеми его деструктивными проявлениями, мешающими построению гармоничных отношений с обучающимися и воспитанниками.**

Что касается психологического сопровождения детей и подростков, трудно в сегодняшней ситуации, когда убрали из школ психологов, а центры психологической помощи не созданы, отдать предпочтение тому или иному способу осуществления психологической поддержки в рамках образовательного учреждения или за его пределами. Возможно, с принятием стандартов для психологов возродится психологическая помощь в школах. Однако существует риск, что процесс может снова пойти по формальному пути. Психологи в основной массе являются теоретиками и их педагогического уровня недостаточно. Необходимо устойчивое взаимодействие между психологами и педагогами, направленное на профилактику и своевременное выявление малейших признаков тревожности у детей.

На сегодняшний день у педагогов и психологов отсутствуют банальные навыки взаимодействия. Теорию необходимо внедрять в практику. Речь идёт о

психологической безопасности ребёнка в образовательной среде. Необходимо разработать некий критерий её определения. Должны быть межпрофессиональные отношения, не карательные, а именно взаимодействие профессионалов между собой. Важно не только в школах, но и в дошкольных учреждениях полноценно давать консультации родителям и их детям. Наблюдение за детьми должно носить перманентный характер: как у них происходит адаптация, могут ли они найти общий язык со сверстниками и педагогами, как реагируют на повышение учебной нагрузки, нет ли завышенных требований, не учитывающих имеющиеся возможности и т.д.

Неизбежно встаёт вопрос и о родительской компетенции. В программу профилактических мероприятий в обязательном порядке должна быть включена работа с родителями. Проблема состоит в том, что некоторые родители неадекватно оценивают возможности своих детей. Поэтому первоначально педагоги и психологи должны проводить работу с такими родителями, а уже потом с их детьми. Психолого-педагогическая помощь должна заключаться в демонстрации родителям особенностей их ребёнка и выработывании приемлемых форм взаимодействия. Но при этом психологи и педагоги должны быть готовы к отказной реакции родителей к их рекомендациям в построении отношений с ребёнком, направленных на понижение уровня тревожности. Специалисты должны предвидеть эти ситуации и уметь устанавливать контакт с такой условно благополучной семьёй. Социально неблагополучной семьёй сегодня много кто занимается, внешне благополучной - практически никто.

Психиатры, педагоги, религиозные деятели неоднократно на встречах с Уполномоченным по правам человека высказывали мнение о том, что в увеличении количества случаев суицида в детской и подростковой среде во многом виноват интернет и излишне навязчивая реакция СМИ на случаи суицидов несовершеннолетних. Репортажи, публикуемые в средствах массовой информации, иногда напоминают руководство к действию, а способы, при помощи которых добывается эта информация, с этической точки зрения не выдерживают никакой критики. Поэтому считаю необходимым присоединиться к мнению Всемирной организации здравоохранения, которая настаивает на запрете публикации фотографий и предсмертных записок самоубийц, а также информации о конкретных способах и других деталях самоубийств. При освещении случаев суицида следует прибегать к использованию только проверенных фактов, а также предоставлять альтернативы принятию суицидального решения, информировать людей о телефонах «горячей линии» и признаках суицидального поведения, заметив которые у конкретного человека, можно предотвратить самоубийство.

В этой связи действительно актуальным стало обращение областной прокуратуры к Губернатору Свердловской области Е.В. Куйвашеву с предложением разработать и принять целевую программу об информационной безопасности детей в Интернете. Необходимо наложить запрет на доступ детей к видеороликам по изготовлению и употреблению наркотических веществ, к материалам, пропагандирующим суицид.

Ещё одной важной составляющей системы профилактической работы, направленной на снижение уровня тревожности несовершеннолетних и предотвращение их суицидальной активности, является привлечение значимого для общества института – Церкви. Конструктивное взаимодействие с представителями различных конфессий может благотворно сказаться на построении безопасных межличностных отношений и формировании стрессоустойчивости у несовершеннолетних.

Действенным инструментом формирования бесконфликтной образовательной среды может стать создание школьных служб примирения на основе использования методики восстановительной медиации.

В заключении хочется ещё раз сказать, нельзя упускать ни единой возможности увидеть и распознать суицидальные намерения у ребёнка уже на этапе их формирования. Такая деятельность должна стать заботой всех субъектов, так или иначе включённых в работу с детьми и подростками.

БУДЕМ ЖИТЬ

О счастье жить написано великими немало. О трудностях жизни написано не меньше. Но, главное, что объединило человечество: право на жизнь – важнейшее из прав. Ведутся дискуссии о моратории на смертную казнь. Гуманисты уверены: государство не должно убивать. Но когда сам человек добровольно лишает себя важнейшего из прав, когда от этого права отказывается ребёнок, - становится больно. Больно родным. Но и общество наше очень сострадает этому горю. Должно быть больно и государству.

Статистика тревожная: дети уходят из жизни по собственному желанию. Уполномоченный по правам человека изучала эту проблему в течение года. Факты, анализ, выводы легли в основу данного специального доклада. Мы благодарим за помощь в его подготовке:

М.Г. Перцеля, главного внештатного специалиста психотерапевта Министерства здравоохранения Свердловской области;

С.Б. Козякова, главного врача ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 8» г. Первоуральск;

Ю.И. Биктуганова, Министра общего и профессионального образования Свердловской области;

Я.М. Соскина, председателя иудейской ортодоксальной религиозной организации г. Екатеринбурга и Свердловской области;

Е.Н. Бородину, руководителя сектора православных школ отдела ОРОиК Екатеринбургской епархии;

А. Баязитова, заместителя председателя Регионального духовного управления мусульман Свердловской области;

И.В. Пестову, директора ГОУ СО Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Ладо» г. Полевской;

О.П. Махнёву, директора АНО «Уральский центр медиации» г. Екатеринбург;

З.А. Глухих, директора Центра индивидуального образования «Пеликан» г. Екатеринбург;

В.Ю. Задорина, руководителя следственного управления Следственного комитета Российской Федерации по Свердловской области, а также многих других неравнодушных людей, принявших активное участие в обсуждении этой очень непростой проблемы.

Мы не сомневаемся, что эта актуальная тема станет предметом изучения педагогов, врачей, социальных работников, общественников, заинтересованных в общественном здоровье, и, прежде всего, родителей.

Мы сильнее этой недетской беды, а потому справимся с ней. Для этого в нашей области есть все возможности. Надо объединить усилия.

**Уполномоченный по правам человека
в Свердловской области**

Т.Г. Мерзлякова

25 апреля 2014 года

В подготовке доклада приняли участие:

- кандидат социологических наук, консультант аппарата Уполномоченного по правам человека в Свердловской области **Н.А. Черных**,
- консультант аппарата Уполномоченного по правам человека в Свердловской области **А.В. Загайнов**,
- консультант аппарата Уполномоченного по правам человека в Свердловской области **О.И. Глухих**.

Опыт работы с несовершеннолетними, совершившими суицидальную попытку в ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 8» г. Первоуральск

В ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 8» оказание специализированной психиатрической и наркологической помощи детям и подросткам является одной из важнейших задач.

Оказание помощи несовершеннолетним, совершившим суицидальную попытку, не выделено в отдельное структурное подразделение, а является одним из направлений работы специалистов детско-подростковой службы.

Структура специализированной помощи пациентам с суицидальными проявлениями в городском округе Первоуральск представлена следующим образом:

- первичная помощь - может быть оказана врачом любой специальности, чаще всего оказывается врачом бригады скорой медицинской помощи, врачами соматических стационаров, травмпунктов. При отсутствии показаний для госпитализации врач информирует пациента и его родителей о необходимости обращения в специализированную службу, выдаёт информационные буклеты с адресом и контактными телефонами специализированной службы. Сведения об обращении несовершеннолетних совершивших суицидальные попытки из данных учреждений передаются в тот же день специалисту по социальной работе детско-подростковой психиатрической службы. Ведётся журнал, где регистрируются данные сведения. В неотложном порядке проводятся консультации детско-подростковым врачом-психиатром по заявкам врачей лечебно-профилактических учреждений города Первоуральска при поступлении на стационарное лечение несовершеннолетних с суицидальным поведением;

- амбулаторная помощь несовершеннолетним, совершившим суицидальные попытки, оказывается по принципу многопрофильной бригады. В состав бригады входят детский психиатр, подростковый психиатр, подростковый нарколог, психотерапевт, психолог, невролог, специалист по социальной работе, воспитатель-трудотерапевт, медицинские сёстры. В бригаде каждый специалист рассматривает проблему ребёнка и его семьи под различными углами зрения, с позиции своей специальности, что позволяет выработать индивидуальный подход, ориентированный на решение конкретной проблемы, спланировать методы лечения.

При обращении в службу проводится диагностическое обследование ребёнка специалистами центра, направленное на выявление причин суицидального поведения (личностные особенности, факторы социальной, школьной деза-

даптации, наличие психических расстройств, употребление психоактивных веществ и др.), включающее патопсихологическое исследование, обследование семьи с диагностикой детско-родительских взаимоотношений, оценкой социально-бытовых условий, с последующим выделением основного симптомокомплекса и планированием терапевтических мероприятий;

- **стационар замещающие технологии** - на базе поликлиники ГБУЗ СО «Психиатрическая больница №8» организована работа детского дневного стационара на 25 коек, что позволяет осуществлять терапевтирование детей и подростков без отрыва от привычной среды, учебного процесса. Дневной стационар и амбулаторная служба объединены территориально и организационно, что позволяет рационально использовать имеющиеся помещения, смешивать потоки амбулаторных больных и пациентов дневного стационара при организации терапевтических групп.

Дети и подростки, совершившие суицидальную попытку, посещают групповые занятия с психологом, психотерапевтом, специалистом по социальной работе. Группы формируются не только по ведущей проблеме, но и с учётом возраста ребенка. Так как часто проблемы ребёнка обусловлены нарушением внутрисемейных отношений, то параллельно проводится работа с родителями. Организуются индивидуальные и групповые родительские консультации. Это позволяет стабилизировать семейную ситуацию, достичь согласия между специалистом и семьёй.

Параллельно ребёнок может получать необходимое медикаментозное и физиолечение. Но ведущая роль в лечебных мероприятиях отводится *психотерапевтической, психологической, коррекционно-педагогической и социальной помощи*. Широко используется игровая терапия, когнитивно-поведенческая терапия, арт-терапия.

По окончании данного этапа вновь происходит планирование дальнейших мероприятий. Продолжается амбулаторное наблюдение, решаются вопросы поддерживающей терапии, проводится оценка социальной адаптации.

Основное количество детей, пролеченных в дневном стационаре, составляют дети и подростки с пограничной нервно-психической патологией. По нозологической структуре отмечается увеличение числа пациентов со школьной дезадаптацией, расстройствами поведения и эмоций в структуре госпитализаций, что отражает общие тенденции изменения структуры проблем, с которыми обращаются семьи в данную службу. Это сопряжено с ухудшением здоровья населения в целом, в том числе здоровья матерей и новорождённых детей, а также с ростом социальной напряжённости;

- **госпитальная помощь** - в трудных терапевтических случаях с высоким риском совершения повторного суицида проводится госпитализация в отделе-

ния Областной Психиатрической больницы. Для несовершеннолетних старшего возраста (17-18 лет) существует возможность госпитализации в кризисное отделение ГБУЗ СО «ПБ №8».

Организована работа на базе ГБУЗ СО «Психиатрическая больница №8» «Телефона доверия»: 8 (3439) 66-78-06, ежедневно с 19 до 7 часов. По телефону можно получить информацию по интересующей проблеме, консультирование проводится психологами, специалистами по социальной работе. Абонентам «Телефона доверия» гарантирована анонимность. Цель работы службы – снижение эмоционального напряжения в ходе беседы, а также информирование о подразделениях готовых оказать помощь.

Специалисты ГБУЗ СО «Психиатрическая больница №8» участвуют в мероприятиях по профилактике суицидального поведения и активно сотрудничают с другими субъектами профилактики:

- осуществляется взаимодействие с Управлением образования;
- проводятся лекции для родителей, педагогов школ города различной тематики. В том числе освещаются статистические данные по уровню суицидов в городе, признаки эмоциональных нарушений, способствующих суицидальному поведению, признаки суицидальной готовности. С учащимися в рамках интерактивной беседы обсуждаются правила поведения в конфликтных, трудных жизненных ситуациях, проводится информирование о службах города оказывающих помощь несовершеннолетним;
- с отделом по делам несовершеннолетних УВД г. Первоуральск. Проводится сверка персональных данных детей и подростков, совершивших суицидальную попытку, а также передача сведений при выявлении жестокого обращения с ребёнком, с целью профилактики факторов риска суицидального поведения.

Врач-психиатр-нарколог ГБУЗ СО «Психиатрическая больница №8» на постоянной основе входит в состав территориальной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав.

На базе детской городской больницы организована работа «Клиники доброжелательного отношения к молодёжи». Для обеспечения большей доступности специализированной помощи детям и подросткам в клинике 1 раз в неделю организован приём врача-психотерапевта-нарколога.

Каждый субъект профилактики при выявлении несовершеннолетних, с риском суицидального поведения либо с суицидальным поведением, разъясняет важность данной проблемы и рекомендует родителям, либо законным представителям, обратиться с ребёнком в специализированную службу.

Методики психологической диагностики для оценки суицидального риска у детей и подростков

I. *Определение индекса групповой сплоченности (Сишора).*

Позволяет определить степень сплоченности учебного коллектива. С ее помощью можно выявить коллективы, имеющие нарушения в межличностных отношениях, нуждающиеся в работе по налаживанию внутригруппового взаимодействия.

1. Как бы вы оценили свою принадлежность к группе?

- Чувствую себя ее членом, частью коллектива (5)
- Участвую в большинстве видов деятельности (4)
- Участвую в одних видах деятельности и не участвую в других (3)
- Не чувствую, что являюсь членом группы (2)
- Живу и существую отдельно от неё (1)
- Не знаю, затрудняюсь ответить (1)

2. Перешли бы вы в другую группу, если бы представилась такая возможность (без изменения прочих условий)?

- Да, очень хотел бы перейти (1)
- Скорее перешёл бы, чем остался (2)
- Не вижу никакой разницы (3)
- Скорее всего остался бы в своей группе (4)
- Очень хотел бы остаться в своей группе (5)
- Не знаю, трудно сказать (1)

3. Каковы взаимоотношения между членами вашей группы?

- Лучше, чем в большинстве коллективов (3)
- Примерно такие же, как и в большинстве коллективов (2)
- Хуже, чем в большинстве классов (1)
- Не знаю, трудно сказать (1)

4. Каковы у вас взаимоотношения с руководством?

- Лучше, чем в большинстве коллективов (3)
- Примерно такие же, как и в большинстве коллективов (2)
- Хуже, чем в большинстве коллективов (1)
- Не знаю (1)

5. Каково отношение к делу (учебе и т.п.) в вашем коллективе?

- Лучше, чем в большинстве коллективов (3)
- Примерно такие же, как и в большинстве коллективов (2)
- Хуже, чем в большинстве коллективов (1)
- Не знаю (1)

Обработка результатов

Подсчитывается набранная за все ответы сумма баллов.

Уровни групповой сплочённости

15,1 баллов и выше - высокая;

11,6 - 15 балла - выше средней;

7 - 11,5 - средняя;

4 - 6,9 - ниже средней;

4 и ниже — низкая.

II. Диагностика структуры классного коллектива, с помощью методики «Выбор». Методика предназначена для диагностики межличностных отношений в коллективе и социометрического статуса школьника.

Детям предлагается расселить по домикам всех учащихся. Домики разные: дворец (I выбор), квартира (II выбор), изба (III выбор), шалаш (IV выбор).

Дети, имеющие статус изолированного, составляют группу риска, так как имеют один из признаков дезадаптации. С данной категорией детей должна проводиться дополнительная работа с целью предотвращения полной дезадаптации несовершеннолетнего (диагностика, включение в тренинговые группы по развитию социальных навыков, работа с семьей, направление к другим специалистам при необходимости).

III. *Экспресс-диагностика уровня социальной изолированности личности (Д. Рассел и М. Фергюссон)*

Инструкция. Вам предлагается ряд утверждений. Рассмотрите последовательно каждое и оцените с точки зрения частоты их проявления в вашей жизни при помощи четырех вариантов ответов: «часто» (3 балла), «иногда» (2 балла), «редко» (1 балл), «никогда» (0 баллов). Выбранный вариант отметьте соответствующей цифрой.

Опросник

1. Я несчастлив, занимаясь столькими вещами в одиночку.
2. Мне не с кем поговорить.
3. Для меня невыносимо быть таким одиноким.
4. Мне не хватает общения.
5. Я чувствую, что никто действительно не понимает меня.
6. Я часто ловлю себя на ожидании, что люди позвонят или напишут мне.
7. Нет никого, к кому я мог бы обратиться.
8. Я сейчас больше ни с кем не близок.
9. Те, кто меня окружает, не разделяют мои интересы и идеи.
10. Я чувствую себя покинутым.
11. Я не способен раскрепощаться и общаться с теми, кто меня окружает.
12. Я чувствую себя совершенно одиноким.
13. Мои социальные отношения и связи поверхностны.
14. Я умираю от тоски по компании.
15. В действительности никто как следует не знает меня.
16. Я чувствую себя изолированным от других.
17. Я несчастен оттого, что всеми отвергнут.
18. Мне трудно заводить друзей.
19. Я чувствую себя исключенным и изолированным другими.
20. Люди вокруг меня, но не со мной.

Обработка результатов

Подсчитывается набранная за все ответы сумма баллов. Максимально возможный показатель социальной изолированности - 60 баллов.

Интерпретация

Высокой степени социальной изолированности соответствуют 41-60 баллов, средней - от 21 до 40 баллов, низкой - от 0 до 20 баллов.

IV. Диагностическое интервью с семейным анамнезом.

V. Тест Личко “ПДО”. По тесту Личко “ПДО” определение неустойчивого типа акцентуации или в сочетании его с гипертимным, эмоционально-лабильным, шизоидным, эпилептоидным и истероидным может служить прямым указанием на высокий риск социальной дезадаптации и, вследствие углубления конфликта, риск развития саморазрушающего поведения.

VI. Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга
http://psylab.info/Тест_фрустрационных_реакций_Розенцвейга

VII. Тест «определение направленности личности Басса».
<http://testoteka.narod.ru/lichn/1/02.html>

VIII. Тест тревожности Тэммл-Дорки-Амен.
<http://www.gurutestov.ru/test/87/>

IX. *Выявление суицидального риска у детей (А.А. Кучер, В.П. Костюкович)*

В целях определения социально-психологического отношения к суицидальным действиям немаловажно тактично, не акцентируя особого внимания на вопросы, выяснить мнение ребёнка по поводу высказываний о смысле жизни и смерти.

Перечень некоторых высказываний, положительное отношение к которым говорит об отсутствии в мировоззрении подростка активных антисуицидальных позиций:

- можно оправдать людей, выбравших добровольную смерть;
- я не осуждаю людей, которые совершают попытки уйти из жизни;
- выбор добровольной смерти человеком в обычной жизни, безусловно, может быть оправдан;
- я понимаю людей, которые не хотят жить дальше, если их предадут родные и близкие.

Исследования показали, что аутоагрессивные тенденции и факторы, формирующие суицидальные намерения, можно измерить с помощью теста, который прошел многократную проверку на практике.

Цель: исследование аутоагрессивных тенденций и факторов, формирующих суицидальные намерения.

Объект: учащиеся 5- 11 классов.

Форма проведения: индивидуальная и групповая.

Инструкция: Внимание ребёнка сосредотачивается на тесте, цель которого вуалируется как определение интеллектуальных способностей ребёнка. Ребёнку зачитываются выражения, его задача соотнести их с соответствующими колонками заранее подготовленной таблицы в бланке ответа. На обдумывание внутреннего смысла выражения и определение темы его содержания отводится 5-7 секунд. Если ребёнок не может отнести услышанное выражение к какой-либо теме, он его пропускает. Убедившись, что ребёнок готов к работе, приступите к чтению высказываний.

Текст методики

1. Выкормил змейку на свою шейку.
2. Собрался жить, да взял и помер.
3. От судьбы не уйдешь.
4. Всякому мужу своя жена милее.
5. Загорелась душа до винного ковша.
6. Здесь бы умер, а там бы встал.
7. Беду не зовут, она сама приходит.
8. Коли у мужа с женою лад, то не нужен и клад.
9. Кто пьет, тот и горшки бьет.
10. Двух смертей не бывать, а одной не миновать.
11. Сидят вместе, а глядят врозь.
12. Утром был молодец, а вечером мертвец.
13. Вино уму не товарищ.
14. Доброю женою и муж честен.
15. Кого жизнь ласкает, тот и горя не знает.
16. Кто не родится, тот и не умрет.
17. Жена не лапоть, с ноги не сбросишь.
18. В мире жить - с миром быть.
19. Чай не водка, много не выпьешь.
20. В согласном стаде волк не страшен.
21. В тесноте, да не в обиде.
22. Гора с горою не сойдется, а человек с человеком столкнется.
23. Жизнь надокучила, а к смерти не привыкнуть.
24. Болячка мала, да болезнь велика.
25. Не жаль вина, а жаль ума.
26. Вволю наешься, да вволю не наживешься.
27. Жизнь прожить - что море переплыть: побарахтаешься, да и ко дну.
28. Всякий родится, да не всякий в люди годится.
29. Других не суди, на себя погляди.
30. Хорошо тому жить, кому не о чем судить.
31. Живет - не живет, а проживать - проживает.
32. Всё вдруг пропало, как вешний лёд.
33. Без копейки рубль щербатый.
34. Без осанки и конь корова.
35. Не место красит человека, а человек - место.
36. Болезнь человека не красит.
37. Влетел орлом, а прилетел голубем.
38. Хорошо тому щеголять, у кого денежки звенят.
39. В уборке и пень хорош.

40. Доход не живёт без хлопот.
41. Нашла коса на камень.
42. Нелады да свары хуже пожара.
43. Заплати грош, да посади в рожь - вот будет хорош!
44. Кто солому покупает, а кто и сено продаёт.
45. Седина бобра не портит.
46. Бешеному дитяти ножа не давати.
47. Не годы старят, а жизнь.
48. В долгах как в шелках.
49. Бранись, а на мир слово оставляй.
50. Зелёный седому не указ.
51. А нам что чёрт, что батька.
52. Моя хата с краю, ничего не знаю.
53. Лежачего не бьют.
54. Что в лоб, что по лбу - все едино.
55. Все люди как люди, а ты шиш на блюде.
56. Ученье свет, а неученье - тьма.
57. И медведь из запаса лапу сосёт.
58. Жирен кот, коль мясо не жрёт.
59. Выношенная шуба не греет.
60. Совесть спать не даёт.
61. Вали с больной головы на здоровую.
62. Мал, да глуп - за то и бьют.
63. Не в бороде честь - борода и у козла есть.
64. Одно золото не стареется.
65. Наш пострел везде поспел.
66. Муху бьют за назойливость.
67. Надоел горше горькой редьки.
68. Живёт на широкую ногу.
69. Легка ноша на чужом плече.
70. Не в свои сани не садись.
71. Чужая одежда - не надежда.
72. Высоко летаешь, да низко садишься.
73. Двум господам не служат.
74. Мягко стелет, да твёрдо спать.
75. За одного битого двух небитых дают.
76. За худые дела слетит и голова.
77. Говорить умеет, да не смеет.
78. Кто до денег охоч, тот не спит и всю ночь.

79. Кабы не дырка во рту, так бы в золоте ходил.
80. Красив в строю, силен в бою.
81. Гори все синим пламенем.
82. Бараны умеют жить: у них самая паршивая овца в каракуле ходит.
83. Если всё время мыслить, то на что же существовать.
84. На птичьих правах высоко взлетишь.
85. Взялся за гуж, не говори, что не дюж.

Бланк ответов

	Поставьте «+» в графу с темой услышанного высказывания
Алкоголь, наркотики	
Несчастливая любовь	
Противоправные действия	
Деньги и проблемы с ними	
Добровольный уход из жизни	
Семейные неурядицы	
Потеря смысла жизни	
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	
Отношения с окружающими	

Обработка результатов

После заполнения бланка подсчитывается количество отметок в каждой колонке. Ответы интерпретируются на основе таблиц 1-6. О наличии суицидального риска свидетельствует результат, полученный в колонке "Добровольный уход из жизни". Результаты, полученные по остальным показателям, дают информацию о других факторах суицидального риска как о стрессогенных проблемах, влияющих на состояние психологического комфорта подростка.

Таблица № 1 (мальчики 5-7 класс)

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
Алкоголь, наркотики	13-15	Более 15
Несчастливая любовь	10-12	Более 12
Противоправные действия	13-15	Более 15
Деньги и проблемы с ними	16-17	Более 17
Добровольный уход из жизни	10-11	Более 11
Семейные неурядицы	12-14	Более 14
Потеря смысла жизни	12-13	Более 13
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	12-14	Более 14
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	11-13	Более 13
Отношения с окружающими	15-18	Более 18

* Правая граница числового интервала даётся исключительно

Таблица № 2 (девочки 5-7 класс)

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
Алкоголь, наркотики	10-11	Более 11
Несчастливая любовь	9-11	Более 11
Противоправные действия	12-14	Более 14
Деньги и проблемы с ними	15-17	Более 17
Добровольный уход из жизни	10-11	Более 11
Семейные неурядицы	13-14	Более 14
Потеря смысла жизни	12-13	Более 13
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	13-14	Более 14
Школьные проблемы, проблема выбора	12-14	Более 14

жизненного пути		
Отношения с окружающими	15-18	Более 18

* Правая граница числового интервала дается исключительно

Таблица № 3 (мальчики 8-9 класс)

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
Алкоголь, наркотики	11-12	Более 12
Несчастливая любовь	11-13	Более 13
Противоправные действия	13-15	Более 15
Деньги и проблемы с ними	16-18	Более 18
Добровольный уход из жизни	10-12	Более 12
Семейные неурядицы	11-13	Более 13
Потеря смысла жизни	11-12	Более 12
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	12-13	Более 13
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	10-12	Более 12
Отношения с окружающими	14-16	Более 16

* Правая граница числового интервала дается исключительно

Таблица № 4 (девочки 8-9 класс)

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
Алкоголь, наркотики	11-12	Более 12
Несчастливая любовь	11-12	Более 12
Противоправные действия	13-14	Более 14
Деньги и проблемы с ними	16-17	Более 17
Добровольный уход из жизни	9-11	Более 11

Семейные неурядицы	11-12	Более 12
Потеря смысла жизни	11-13	Более 13
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	11-13	Более 13
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	11-12	Более 12
Отношения с окружающими	15-16	Более 16

* Правая граница числового интервала дается исключительно

Таблица № 5 (мальчики 10-11 класс)

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
Алкоголь, наркотики	10-11	Более 11
Несчастливая любовь	8-10	Более 10
Противоправные действия	13-15	Более 15
Деньги и проблемы с ними	18-20	Более 20
Добровольный уход из жизни	7-8	Более 8
Семейные неурядицы	11-13	Более 13
Потеря смысла жизни	11-12	Более 12
Чувство неполноценности, ущербности, уродливости	11-13	Более 13
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	11-12	Более 12
Отношения с окружающими	19-23	Более 23

* Правая граница числового интервала дается исключительно

Таблица № 6 (девочки 10-11 класс)

Факторы суицидального риска	Требуется особое внимание	Требуется формирование антисуицидальных факторов
-----------------------------	---------------------------	--

Алкоголь, наркотики	9	Более 9
Несчастливая любовь	8-10	Более 10
Противоправные действия	13-15	Более 15
Деньги и проблемы с ними	18-20	Более 20
Добровольный уход из жизни	7-8	Более 8
Семейные неурядицы	12-13	Более 13
Потеря смысла жизни	11-13	Более 13
Чувство неполноценности, ущемленности, уродливости	12-13	Более 13
Школьные проблемы, проблема выбора жизненного пути	11-13	Более 13
Отношения с окружающими	22-25	Более 25

* Правая граница числового интервала дается исключительно

При анализе результата тестирования целесообразно помнить, что наличие суицидального риска определяет результат, полученный в колонке "Добровольный уход из жизни", а результаты остальных показателей дают информацию о факторе, который способствует формированию суицидальных намерений.

Если результат колонки "Добровольный уход из жизни" меньше представленных в интерпретационной таблице показателей, то это означает, что риск суицидального поведения невысок, но при этом можно судить о других факторах, представленных в остальных колонках, как о провоцирующих стрессовое состояние, влияющих на состояние психологического комфорта подростка.

Х. Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой)

Цель: экспресс-диагностика суицидального риска; выявление уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства. Предназначена для учащихся 8-11 классов. Возможно индивидуальное и групповое тестирование

Инструкция: Я буду зачитывать утверждения, а вы в бланке для ответов ставить в случае согласия с утверждением "+", в случае несогласия с утверждением "-".

1. Вы всё чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи вам трудно начать новое дело.
5. Вам определенно не везёт в жизни.
6. Учиться вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно вы осторожны с людьми, которые относятся к вам дружелюбнее, чем вы ожидали.
12. Вы считаете себя обречённым человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У вас такое впечатление, что вас никто не понимает.
15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что всё кончено.
17. Обычно вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.
19. В вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на ваши решения и даже изменить их.
20. Когда вас обижают, вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто вы так переживаете, что это мешает вам говорить.
22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда вам кажется, что вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.
24. Будущее представляется вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путём.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьёзные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.
29. Часто вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

Обработка результатов

По каждому субшкальному диагностическому концепту подсчитывается сумма положительных ответов. Полученный балл уравнивается в значениях с учётом индекса (см. Таблицу №1). Делается вывод об уровне сформированности суицидальных намерений и конкретных факторах суицидального риска.

Таблица 1

Субшкальный диагностический коэффициент	Номера суждений	Индекс
Демонстративность	12, 14, 20, 22, 27	1, 2
Аффективность	1, 10, 20, 23, 28, 29	1, 1
Уникальность	1, 12, 14, 22, 27	1, 2
Несостоятельность	2, 3, 6, 7, 17	1, 5
Социальный пессимизм	5, 11, 13, 15, 17, 22, 25	1
Слом культурных барьеров	8, 9, 18	2, 3
Максимализм	4, 16	3, 2
Временная перспектива	2, 3, 12, 24, 26, 27	1, 1
Антисуицидальный фактор	19, 21	3, 2

Содержание субшкальных диагностических концептов

1. **Демонстративность.** Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемое из внешней позиции порой как "шантаж", "истероидное выпячивание трудностей", демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как "крик о помощи". Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной ригидностью, когда "диалог с миром" может пойти слишком далеко.

2. **Аффективность.** Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте - аффективная блокада интеллекта.

3. **Уникальность.** Восприятие себя, ситуации, и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид. Тесно связана с феноменом "непроницаемости" для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт.
4. **Несостоятельность.** Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, "выключенности" из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога - "Я плох".
5. **Социальный пессимизм.** Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Социальный пессимизм тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. В отсутствие Я наблюдается экстрапунитивность по формуле внутреннего монолога "Вы все недостойны меня".
6. **Слом культурных барьеров.** Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. В крайнем варианте - инверсия ценности смерти и жизни. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам это может говорить только об "экзистенции смерти". Одна из возможных внутренних причин культа смерти - доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самодеятельность: "Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования".
7. **Максимализм.** Инфантильный максимализм ценностных установок. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах.
8. **Временная перспектива.** Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.
9. **Атисуицидальный фактор.** Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снимает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство

долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. В определённом смысле это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы.

Бланк ответов

Номер утверждения	+ / -	Номер утверждения	+ / -
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
14		29	
15			