

УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПО ПРАВАМ РЕБЕНКА В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ
ЛАБОРАТОРИЯ ИННОВАЦИОННЫХ ПРОБЛЕМ В ОБЛАСТИ ЗАЩИТЫ ДЕТСТВА
ФГБОУ ВО «БУРЯТСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА
ИМЕНИ Д. БАНЗАРОВА»

**ДЕТСКИЙ И ПОДРОСТКОВЫЙ СУИЦИД:
ПРИЧИНЫ, ФАКТОРЫ
И СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ**

Улан-Удэ
«Бэлиг»
2018

УДК 15+343.9
ББК 88.4кр+67.51кр
Д 386

Рецензенты:

Т.Л. Миронова, доктор психол. наук, профессор
Центра развития адаптивного образования
ГАУ ДПО РБ «Бурятский республиканский институт
образовательной политики»,

Э.Л. Раднаева, канд. юрид. наук, доцент,
декан юридического факультета ФГБОУ ВО
«Бурятский государственный университет
имени Доржи Банзарова»

Батуева Н.Г., Вежевич Т.Е., Тудупова Т.Ц., Цыренов В.Ц. и др.
Д 386 Детский и подростковый суицид: причины, факторы и способы профилактики.
Методическое пособие. – Улан-Удэ : ГБУ РЦ «Бэлиг», 2018. – 96 с.

Методическое пособие подготовлено на основании результатов научного исследования, организованного Уполномоченным по правам ребенка в Республике Бурятия, доктором педагогических наук Т.Е. Вежевич, совместно с Лабораторией инновационных проблем в области защиты детства ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет имени Д. Банзарова» при поддержке Правительства Республики Бурятия.

Методические рекомендации утверждены на заседании кафедры общей и социальной психологии ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет имени Д. Банзарова» 20 декабря 2018г., протокол № 4.

В пособии рассмотрены основные характеристики суицидального поведения детей и подростков, дан анализ факторов и мотивов суицидального риска, приводятся основные направления и методические рекомендации по профилактике суицидального поведения детей и подростков.

Книга предназначена для психологов, психотерапевтов, педагогических работников, сотрудников следственных органов и других специалистов, работающих с детьми.

УДК 15+343.9
ББК 88.4кр+67.51кр

© Батуева Н.Г.,
Вежевич Т.Е.,
Тудупова Т.Ц.,
Цыренов В.Ц. и др., 2018
© ГБУ РЦ «Бэлиг», 2018

ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), самоубийства находятся в числе основных причин смертности населения во многих странах. По данным официальной статистики Росстата в 2017 году в Российской Федерации в результате самоубийств погибло 15765 человек. Данные цифры не включают в себя суицидальные попытки, количество которых, вероятно, в 10–20 раз выше, чем завершенных случаев самоубийства.

По критериям ВОЗ, начиная с 2011 года, в целом по России фиксируется средний уровень смертности от самоубийств. В 2016 году по данным Следственного Комитета Российской Федерации, в России с собой покончили 720 детей; в сравнении, в 2015 году – 504 ребенка; в 2014 году – немного более четырехсот детей. Они занимают второе место по причине смерти среди лиц возрастной категории 15–19 лет. В среднем в мире детские суициды составляют 1 случай на 100 тысяч человек, подростковые – 7,4 случая, в России – соответственно 2,0 и 11,5 случаев.

Но, несмотря на это, важно отметить, что в стране существует значительная региональная диспропорция суицидальной смертности.

Республика Бурятия относится к числу российских регионов с неблагоприятной суицидологической ситуацией, занимая по частоте суицидов среди всех субъектов Российской Федерации высокие позиции, и на протяжении нескольких лет остается в числе «лидеров» по уровню суицидальной смертности среди всех российских регионов. Согласно данным Бурятстата, в 2016 году уровень завершенных суицидов среди несовершеннолетних (до 17 лет) в Республике Бурятия составил 10,5 случаев на 100 тыс. населения. В группе несовершеннолетних подавляющее число суицидов приходится на подростковый возраст. Так, в Бурятии, в 2013 году среди детей до 14 лет зафиксировано 3,5 случая завершенных суицидов, а среди лиц 15–17 лет – 33 случая; в 2014 году – 3 и 42 случая соответственно; в 2015 – 3,2 и 28,6; в 2016 году – 3,2 и 63,6. По данным ГБУЗ «Республиканский психоневрологический диспансер» число посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ) несовершеннолетних возросло за последние 10 лет в 5 раз, с 6 случаев в 2007 г. до 31 в 2016 г. соответственно.

В 2017 году стандартизованный коэффициент смертности от самоубийств в республике был в 2,8 раза выше, чем в целом по России, и почти в 69 раз выше, чем в Ингушской республике, где традиционно наблюдается самая благополучная суицидальная ситуация в России. Это свидетельствует о крайней актуальности проблемы, решение которой должно быть направлено на раннее выявление лиц с высоким суицидальным риском, осуществление эффективных профилактических мероприятий в среде детей и подростков.

Следует отметить также тот факт, что не всегда удается точно квалифицировать смерть, этому есть множество примеров. Например, никогда нельзя точно утверждать, какая часть летальных исходов в таких случаях как: автомобильная авария, утопление, падение с высоты, передозировка наркотических средств и прочее – является преднамеренной, а какая – несчастным случаем. То же относится и к суицидальным попыткам, – их реальное число по сравнению со статистикой органов здравоохранения существенно различается, поскольку многие случаи остаются без внимания или имеет место сокрытие события.

Проблема подросткового суицида является сложной социально значимой проблемой и требует комплексного подхода с участием учреждений, организаций и специалистов различной ведомственной принадлежности. Опыт других государств показывает, что внедрение программ профилактики способствует снижению уровня самоубийств в детской и подростковой среде. Конечной целью профилактической деятельности является снижение их количества. Для достижения цели необходимо решить комплекс задач:

- 1) изучить причины, проявления и закономерности формирования суицидального поведения несовершеннолетних;
- 2) выделить валидные методы выявления суицидального поведения;
- 3) определить эффективные формы деятельности по профилактике самоубийств в детско-подростковой популяции;
- 4) разработать методы оказания помощи лицам с суицидальным поведением.

Вместе с тем, профилактическая деятельность должна опираться на результаты мультидисциплинарных научных исследований, направленных на изучение психологических, биологических, медицинских, социально-средовых факторов, способствующих возникновению суицидального поведения детей и подростков.

Изучение суицидального поведения несовершеннолетних имеет огромную социальную значимость как в масштабах всего социума, так и для конкретного индивида, сталкивающегося с данной проблемой. Каковы причины суицидального поведения детей и подростков? Каковы социально-психологические механизмы деструктивного поведения? Успешное решение данной проблемы невозможно без систематических научных исследований, посвященных изучению психологических, биологических, медицинских, социально-средовых факторов, способствующих возникновению суицидального поведения детей и подростков.

Суицидальное поведение может иметь множество различных проявлений и форм, которые возникают под влиянием различных факторов. Этому деструктивному виду поведения подвержены лица со специфическими индивидуально-психологическими и психопатологическими характеристиками. Для их выявления необходимо проведение исследований, основанных на использовании методов современной психологии, психофизиологии, психогенетики, нейропсихологии, психофармакологии и других областей научного знания. На этой основе должна разрабатываться система психологической профилактики и психокоррекции суицидального поведения детей и подростков.

За последние годы в России опубликовано немало исследований, посвященных проблеме детско-подростковых суицидов, теоретико-концептуальным подходам в изучении суицидального поведения. В том числе имеются работы, в которых исследованы особенности детско-подростковых суицидов в различных субъектах Российской Федерации – Забайкальский край, Республика Башкортостан, Кировская область и т.д. Вместе с тем, в Республике Бурятия фундаментальных исследований анализа детско-подростковых суицидов ранее не проводилось.

Высокий уровень суицидальной активности несовершеннолетних в Республике Бурятия, потребность в методических разработках и рекомендациях обусловили организацию научного исследования, инициированного Уполномоченным по правам ребенка в Республике Бурятия Т.Е. Вежевич совместно с Лабораторией инновационных проблем в области защиты детства ФГБОУ ВО «Бурятский государственный университет имени Д. Банзарова» при поддержке Правительства Республики Бурятия.

Исследовательскую группу комплексного исследования по проблеме детских суицидов составили специалисты Лаборатории инновационных технологий в области защиты детства, преподаватели и ученые Бурятского государственного университета имени Д. Банзарова, специалисты Республиканского психоневрологического диспансера. Предметом изучения стали материалы исследований и посмертные комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы (КСППЭ) несовершеннолетних, ежеквартальные анализы суицидальной ситуации в Республике Бурятия, проводимые аппаратом Уполномоченного по правам ребенка в РБ. Результаты исследования нашли отражение в различных статьях, методических рекомендациях и пособиях.

В данном пособии рассмотрены основные характеристики суицидального поведения детей и подростков, дан анализ факторов и мотивов суицидального риска, приводятся основные направления профилактики детско-подростковых суицидов.

РАЗДЕЛ I. ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНЫХ РИСКОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

1.1. Понятийный аппарат исследования (основные дефиниции)

Для достижения цели научного исследования важно изначально определить круг ключевых понятий, которыми необходимо оперировать в ходе работы. Количество их значительно, поэтому остановимся на определении их сущности наиболее значимых в контексте данной работы.

Самоубийство и **суицид** являются синонимичными, и обозначают акт умышленного лишения самого себя жизни. Согласно принятому в суицидологии определению, суицид (от англ. suicide – самоубийство) – это сознательное намеренное лишение себя жизни. Данное определение подразумевает, что на момент совершения суицида человек должен находиться в ясном сознании и при этом иметь намерение умереть. Причем соблюдены должны быть оба этих условия одновременно. В противном случае, например, если человек находился в состоянии помраченного сознания, или если он не думал умирать, а намеревался своими действиями лишь попугать кого-то или обратить на себя внимание, наступившая смерть не может считаться самоубийством, а должна рассматриваться как несчастный случай. Однако, на практике далеко не во всех случаях смерти, наступившей от собственных действий погибшего, удастся ретроспективно с точностью определить наличие вышеописанных критериев, вследствие чего квалификация рода смерти остается на усмотрении того, кто расследует ее причины (обычно это сотрудник правоохранительных органов). Данное обстоятельство оказывает существенное влияние на статистику самоубийств.

Суицидент – человек, совершивший попытку суицида (покушение), либо проявляющий суицидальные намерения, обнаруживающий любые формы суицидальных проявлений.

Далее необходимо остановиться на другом важном для суицидологии понятии – «суицидальное поведение». **Суицидальное поведение** представляет типы поведения, включающие мысли о суициде (или идеацию), планирование самоубийства, суицидальные попытки и сам суицид. Под суицидальным поведением также понимается совокупность всех форм поведения, связанных с представлением о лишении себя жизни. Именно суицидальное поведение является основным предметом суицидологии. Выделяют несколько форм суицидального поведения, которые подразделяются на внешние и внутренние.

Внутренние формы суицидального поведения – это такие его проявления, которые не видны окружающим, т.е. происходят в душе человека. К ним относятся суицидальные мысли, суицидальные замыслы и суицидальные намерения.

Суицидальные мысли – это пассивные мысли о самоубийстве, не сопровождающиеся конкретными представлениями о путях его совершения («...жить так больше невозможно, надо как-то покончить с собой...»).

Суицидальные замыслы – более определенные представления о самоубийстве, сопровождающиеся продумыванием конкретных обстоятельств и способа его совершения, составлением суицидального плана.

Суицидальное намерение – это когда к замыслам добавляется волевой компонент, т.е. начинается целенаправленная, незаметная для окружающих подготовка к суицидальному акту.

Внешние формы суицидального поведения – это такие его проявления, которые становятся заметны окружающим. К ним, в первую очередь, относятся суицидальные попытки и завершённые суициды.

Суицидальная попытка – это манипулирование средствами лишения себя жизни с целью совершения самоубийства, не закончившееся смертью. Под суицидальной попыткой (синонимы: незавершённый суицид, парасуицид) понимают любой вид суицидального поведения, не приведший к летальному исходу. Данный термин относится к намеренному самоотравлению, нанесенной самому себе травме или иному самоповреждению, которые могут иметь или не иметь летального исхода.

Завершённый суицид – суицидальные действия, закончившиеся смертельным исходом.

Обычно вышеперечисленные внутренние и внешние формы суицидального поведения развиваются последовательно, в описанном порядке: суицидальные мысли – суицидальные замыслы – суицидальные намерения – суицидальные действия (попытка или завершённый суицид). Развитию суицидального поведения в некоторых случаях может предшествовать появление так называемых антивитаальных переживаний, т.е. мыслей о желательности смерти, но пока еще без определенного представления о самоубийстве («...хорошо бы умереть, уснуть и не проснуться.»).

В развитии суицидального поведения принято выделять несколько периодов. Первый из них – **пресуицидальный период (пресуицид)**. Это период от появления первых суицидальных мыслей до суицидальных действий. Продолжительность пресуицидального периода может быть различной и варьирует от нескольких минут, часов или дней (так называемый острый пресуицид) до нескольких месяцев или лет (хронический пресуицид). Выделяют два типа пресуицида – аффективно-напряженный и аффективно-редуцированный. Первый характеризуется высокой интенсивностью эмоциональных переживаний, ярко выраженными поведенческими проявлениями и обычно носит острый характер. Вторым отличаются низкая интенсивность эмоций, скупость поведенческих проявлений и, как правило, пролонгированное течение. Следует отметить, что риск летального исхода суицидальных действий выше при аффективно-редуцированном типе пресуицида, поскольку в этом случае суицидальный акт лучше продумывается и более тщательно готовится.

Второй период суицидального поведения – **период суицидальных действий**, проявляющийся завершённым суицидом или суицидальной попыткой.

Суицидальные попытки, в свою очередь, подразделяются на истинные и демонстративно-шантажные. Истинными называются такие суицидальные попытки, при которых суицидент действительно имеет намерение лишить себя жизни, но в силу тех или иных причин это ему не удается. Что же касается демонстративно-шантажных попыток, то они не преследуют цели лишения себя жизни, а направлены на привлечение к себе внимания или изменение неблагоприятной ситуации в свою пользу.

Строго говоря, демонстративно-шантажные суицидальные попытки не должны относиться к суицидальному поведению, поскольку желание лишить себя жизни здесь отсутствует. Однако, их все-таки причисляют к суицидальным проявлениям, поскольку в некоторых случаях демонстративно-шантажное суицидальное поведение тоже может заканчиваться летально вследствие неосторожного «переигрывания». Кроме того, многие авторы отмечают, что на практике далеко не всегда возможно различить истинные и демонстративные суицидальные попытки, поскольку сам суицидент не всегда до конца отдает себе отчет в том, хочет ли он в действительности умереть. Его отношение к самоубийству может быть двойственным: он может и думать о смерти, и, в то же время, еще надеяться, что ситуация, вызвавшая суицидальное поведение, как-то изменится в его пользу.

В том случае, если суицидальные действия не закончились летальным исходом, наступает третий период суицидального поведения – **постсуицидальный период (постсуицид)**. Его продолжительность составляет примерно полгода после суицидальной попытки. На протяжении постсуицидального периода происходит постепенное восстановление социально-психологической адаптации суицидента, которая может, в конце концов, установиться как на том же уровне, что и до суицидального поведения, так и на более низком, или наоборот, более высоком уровне. В постсуицидальном периоде, в свою очередь, выделяют три подпериода: **ближайший постсуицид, ранний постсуицид и поздний постсуицид**.

Ближайший постсуицид продолжается на протяжении первой недели после суицидальной попытки, ранний постсуицид – с начала второй недели до конца первого месяца после суицидальной попытки, поздний постсуицид – последующие 4-5 месяцев.

Остановимся подробнее на рассмотрении данных подпериодов. Ближайший постсуицид характеризуется преобладанием, прежде всего, различных соматических последствий суицидальной попытки. В то же время, в этом периоде отмечается очень важное психологическое явление – феномен «раскрытия». Данный феномен состоит в том, что суицидент в этот период открыто выражает свое отношение к совершенной суицидальной попытке и откровенно рассказывает о ее причинах. В дальнейшем, через несколько дней, суицидент может «закрыться» и начать скрывать или намеренно искажать указанную информацию. Поэтому в суицидологии очень важным считается установить психотерапевтический контакт с суицидентом уже в первые дни после суицидальной попытки.

К периоду раннего постсуицида происходит формирование типа постсуицидального периода. Выделяют четыре его типа: критический, аналитический, суицидально-фиксированный и манипулятивный. Критический постсуицид характеризуется тем, что суицидогенный конфликт, ставший причиной суицидальной попытки, утратил свою актуальность. Суицидент при этом относится к совершенной суицидальной попытке негативно, испытывает по поводу нее чувство вины и стыда, раскаивается в совершенном. Суицидальные тенденции у него отсутствуют. Это прогностически наиболее благоприятный тип постсуицида, вероятность повторных суицидальных покушений здесь минимальна. При аналитическом типе постсуицида суицидогенный конфликт сохраняет свою актуальность для суицидента и после совершенной попытки. Отношение суицидента к попытке при этом также негативное, он осознает, что это не выход из ситуации, а потому пытается найти из нее какой-то другой выход. Суицидальные тенденции здесь также отсутствуют. Однако, учитывая сохраняющуюся актуальность суицидогенного конфликта, существует вероятность, что через некоторое время суицидальные переживания могут вновь актуализироваться и суицидальное покушение будет повторено. Поэтому лица с аналитическим постсуицидом нуждаются в активной психотерапевтической помощи, которая в данном случае может оказываться и в амбулаторных условиях. В случае суицидально-фиксированного постсуицида суицидогенный конфликт также сохраняет для суицидента свою актуальность. Суицидальные тенденции при этом сохраняются, но иногда могут скрываться от окружающих. Нередко суицидент сожалеет, что его спасли и не испытывает раскаяния в совершенной суицидальной попытке. А в некоторых случаях даже пытается скрыть сам факт суицидальной попытки, утверждая, например, что принял большую дозу снотворных не с целью самоубийства, а «чтобы хорошо выспаться».

Данный тип постсуицида является прогностически наиболее неблагоприятным, при нем сохраняется высокая вероятность повторных суицидальных покушений. По этой причине лица с суицидально фиксированным постсуицидом по возможности должны переводиться из соматического стационара для дальнейшего долечивания в психиатрический стационар. И, наконец, в случае манипулятивного постсуицида актуальность суицидогенного конфликта после суицидальной попытки уменьшается, но за счет ее влияния на психотравмирующую ситуацию. Суицидент при этом осознает, что именно суицидальная попытка стала причиной изменения ситуации в его пользу, и его отношение к совершенной попытке становится рентным, т.е. он стремится «выжать» из нее максимум выгоды для себя. При подобном типе постсуицида высока вероятность совершения в будущем повторных суицидальных попыток демонстративно-шантажного типа, особенно в аналогичных обстоятельствах. По этой причине лица с манипулятивным постсуицидом нуждаются в психотерапевтической коррекции их личностных установок.

Логика исследования требует выделения в качестве ключевых понятий следующие: профилактика суицидального поведения и выделения ее видов.

Профилактика суицидального поведения – это есть система государственных, социально-экономических, медицинских, психологических, педагогических и иных мероприятий, направленных на предупреждение развития суицидального поведения (суицидальных тенденций, суицидальных попыток и завершенных суицидов).

Первичная профилактика включает мероприятия (социально-экономические, медицинские, психологические, педагогические и проч.), направленные на предотвращение возникновения самоубийств.

Вторичная профилактика включает мероприятия, направленные на снижение суицидальных тенденций и предупреждение повторного суицидального поведения у лиц, совершивших попытку самоубийства.

Третичная профилактика включает предотвращение повторных суицидальных покушений у лиц, совершивших суицидальную попытку, а также оказание психотерапевтической помощи родным и близким человека, погибшего от самоубийства.

Таким образом, выделенные ключевые понятия позволяют провести анализ проблемы детских суицидов, представленных в современной науке.

1.2. Законодательные и нормативно-правовые основы профилактики суицидального поведения детей и подростков

В настоящее время профилактика суицидального поведения регулируется следующими **законодательными и нормативно-правовыми актами:**

Конституция Российской Федерации;

Федеральный Закон Российской Федерации от 24 июня 1999 г. №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»;

Федеральный Закон Российской Федерации от 29.12.2010 г. №436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию»;

Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

В частности, статьей 20 Конституции Российской Федерации устанавливается общее конституционное право любого человека на жизнь.

Статьей 14 Федерального Закона РФ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» на образовательные учреждения возложена обязанность оказывать социально-психологическую и педагогическую помощь несовершеннолетним, имеющим отклонения в развитии или поведении, выявлять подростков и семьи, находящиеся в социально-опасном положении. В соответствии со статьей 9 данного закона органы образования должны незамедлительно сообщить в комиссию, инспектору по делам

несовершеннолетних, органы прокуратуры о фактах семейного неблагополучия, ненадлежащего исполнения родителями своих обязанностей, что не всегда исполняется и зачастую ведет за собой трагические последствия.

Федеральный Закон Российской Федерации «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» четко определяет информационную продукцию, не допустимую для детской аудитории, и регламентирует проведение экспертизы информационной продукции.

Статьей 5 данного закона к информации, запрещенной для распространения среди детей, относится информация, побуждающая детей к совершению действий, представляющих угрозу их жизни и (или) здоровью, в том числе к причинению вреда своему здоровью, самоубийству. А к информации, распространение которой среди детей определенных возрастных категорий ограничено, относится информация, вызывающая у детей страх, ужас или панику, в том числе представляемая в виде изображения или описания в унижающей человеческое достоинство форме ненасильственной смерти, самоубийства и (или) их последствий.

Статья 41 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» регламентирует обеспечение безопасности обучающихся и профилактику несчастных случаев во время их пребывания в образовательной организации. Организации, осуществляющие образовательную деятельность, при реализации образовательных программ создают условия для охраны здоровья обучающихся, в том числе обеспечивают: проведение профилактических и оздоровительных мероприятий, обучение и воспитание в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации; расследование и учет несчастных случаев с обучающимися во время пребывания в организации, осуществляющей образовательную деятельность, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования, по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

К **нормативно-правовому регулированию** в Российской Федерации относится еще ряд документов, направленных на защиту психического здоровья несовершеннолетних:

Постановление Правительства Российской Федерации от 26.10.2012 г. № 1101 «О единой автоматизированной информационной системе «Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено». Согласно данному Постановлению, в соответствии с критериями оценки информации, утвержденными межведомственным приказом

Роскомнадзора, ФСКН России и Роспотребнадзора от 11.09.2013 г. № 1022/368/666 проводится экспертиза ссылок в сети Интернет. При наличии запрещенной информации о способах совершения самоубийства и (или) призывов к их совершению принимается решение о блокировании данных ссылок.

Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г., утвержденная Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351. В данной Концепции предусмотрено сокращение уровня смертности от самоубийств за счет повышения эффективности профилактической работы.

Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 октября 2011 г. № 2537 «Об утверждении плана мероприятий Министерства образования и науки Российской Федерации по профилактике суицидального поведения среди обучающихся образовательных учреждений на 2011–2015 годы».

Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 годы, утвержденная Указом Президента РФ от 01.06.2012 г. № 761, а также «План реализации первоочередных мероприятий до 2014 года по реализации важнейших положений Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы», утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 15.10.2012 г. № 1916-р, и «План мероприятий на 2015–2017 годы по реализации важнейших положений Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы», утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 05.02.2015 г. № 167-р.

В числе мер по развитию политики формирования здорового образа жизни детей и подростков указана разработка системы мер по предотвращению подросткового суицида, включая подготовку психологов в системе здравоохранения для работы с детьми и подростками с суицидальными наклонностями, а также организацию проведения психологическими службами образовательных учреждений профилактической работы с детьми, родителями, социальным окружением ребенка. В рамках Национальной стратегии реализованы следующие направления по предотвращению детских суицидов:

- организация обучения педагогических, медицинских, социальных работников и иных специалистов, работающих с детьми, находящимися в трудной жизненной ситуации, а также обучение родителей по вопросам профилактики суицидального поведения обучающихся;

- разработка и реализация комплекса мер по раннему выявлению и профилактике аддиктивного и девиантного поведения детей и молодежи, в том числе, и суицидального поведения.

На территории Российской Федерации действуют **кодифицированные законы**:

Кодекс об административных правонарушениях Российской Федерации: за жестокое обращение с детьми (физическое, сексуальное, психическое (эмоционально дурное обращение) насилие, отсутствие заботы (пренебрежение

основными потребностями ребенка)) в зависимости от его тяжести предусмотрено привлечение родителей к административной ответственности (ст. 5.35 КоАП РФ в виде штрафа от 100 до 500 рублей).

Уголовный кодекс Российской Федерации. Так нанесение вреда здоровью может быть причиной суицидального поведения среди школьников и подростков, то не менее важно, что уголовная ответственность предусмотрена статьями:

Статья 115 – Умышленное причинение легкого вреда здоровью («наказывается штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до четырех месяцев»).

Статья 116 – Побои («наказываются штрафом в размере до сорока тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до трех месяцев, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до шести месяцев, либо арестом на срок до трех месяцев»).

Статья 117 – Истязание («наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до трех лет, либо лишением свободы на тот же срок»).

Статья 118 – Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности («наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо арестом на срок до шести месяцев»).

Статья 110 – Доведение до самоубийства (путем физического или морального унижения) («наказывается ограничением свободы на срок до трех лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет, либо лишением свободы на тот же срок»).

Статья 125 – Оставление в опасности («наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо принудительными работами на срок до одного года, либо арестом на срок до трех месяцев, либо лишением свободы на срок до одного года»).

Статья 156 – неисполнение обязанностей по воспитанию детей, сопряженное с жестоким обращением («наказывается штрафом в размере до ста тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, либо обязательными работами на срок до четырехсот сорока часов, либо исправительными работами на срок до двух лет, либо принудительными работами на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности

или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового, либо лишением свободы на срок до трех лет с лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до пяти лет или без такового»).

Семейный кодекс Российской Федерации: за ненадлежащее исполнение родителями своих обязанностей предусмотрена гражданско-правовая ответственность в виде лишения родительских прав (ст. 69 Семейного кодекса РФ), ограничения (ст. 73 Семейного кодекса РФ), отобрания ребенка при угрозе его жизни и здоровья (ст. 77 Семейного кодекса РФ).

Кроме того, в Российской Федерации приняты **акты управления**, которые не являются нормативно-правовыми, но непосредственно связаны с проблемой профилактики суицидального поведения детей и подростков. Это следующие акты управления:

Информационное письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.01.2000 г. № 22-06-86 «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков». Оно указывает, что жестокое обращение взрослых с детьми и подростками приводит последних к отчаянию, безысходности и, как следствие, к самоубийству.

Информационное письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 29.05.2003 г. № 03-51-102ин/22-03 «О мерах по усилению профилактики суицида среди детей и подростков». Министерство образования и науки Российской Федерации решает ужесточить меры контроля за органами управления образованием, дает новые рекомендации руководителям органов управления образованием и просит ежеквартально предоставлять информацию о случаях суицида. В отличие от письма Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.01.2000 г. № 22-06-86, в данном письме приоритет в профилактике суицидов среди несовершеннолетних отдается психологическим службам, а не органам управления образованием. Также делается акцент на необходимость межведомственного взаимодействия органов профилактики суицида несовершеннолетних для достижения поставленных задач.

Постановления Минтруда России от 19.07.2000 г. № 53 и № 54 «Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Центр психолого-педагогической помощи населению» и «Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Центр экстренной психологической помощи по телефону». Работа центров направлена на реализацию права семьи и детей на защиту и помощь со стороны государства.

Письмо Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 20.09.2004 г. № 01-130/07-01 «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков» указывает на продолжающийся рост числа суицидов несовершеннолетних, несмотря на неоднократные обращения Министерства

образования Российской Федерации к данной проблеме. Акцент делается на организацию работы социально-психологических служб образовательных учреждений, а также на организацию в регионах работы телефонов экстренной психологической помощи.

Рекомендации по ограничению доступа обучающихся к видам информации, распространяемой посредством сети Интернет, причиняющей вред здоровью и (или) развитию детей, а также не соответствующей задачам образования, изданные в 2014 году. В данных рекомендациях подробно рассматривается деятельность специалистов системы образования, в том числе говорится о необходимости оценки педагогами возможного негативного влияния Интернет-контента на обучающихся.

В Республике Бурятия в целях реализации Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», во исполнение приказа МЗ РФ № 148 от 06.05.98 г. «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» и приказа МЗ РФ № 438 от 16.09.2003 г. «О психотерапевтической помощи» и повышения качества лечения лиц, страдающих психическими расстройствами и принятия неотложных мер по организации амбулаторной и стационарной медицинской помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением Министерством здравоохранения издан **Приказ №894 ОД от 25.08.2011 «Об оказании специализированной медицинской помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением в Республике Бурятия»** (Приложение 6). Данным приказом утверждены Порядок оказания специализированной медицинской помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением, Положение о кабинете социально-психологической помощи, Положение о республиканском «Телефоне доверия» по оказанию экстренной психологической помощи в круглосуточном режиме на базе ГУЗ «Республиканский психоневрологический диспансер».

Приказом утверждены методическое и организационное руководство деятельностью психо-терапевтических кабинетов, кабинета социально-психологической помощи и кризисных коек; организация мониторинга суицидов и ежеквартальный анализ статистической отчетности по незавершенным и завершенным суицидам.

Приказ предусматривает открытие 5 кризисных коек на базе городских ЛПУ за счет перепрофилизации коечной сети и фонда оплаты труда в соответствии с прилагаемым положением в месячный срок; открытие психотерапевтических кабинетов и их функционирование согласно Положения об организации деятельности психотерапевтического кабинета.

1.3. Теоретико-методологические основы профилактики суицидального поведения детей и подростков

Проблеме мотивации суицидального поведения посвящено большое количество отечественных и зарубежных исследований. Анализ научных источников по означенной проблеме позволяет признать наличие множества подходов, направленных на объяснение происхождения и развития суицидальных типов поведения: классические теории, как, например, медицинская модель С.Е. Бурдена, социокультурная модель Д.Э. Дюркгейма, целая группа психодинамических теорий суицида, мотивационная модель Э. Шнейдмана и другие.

Основой ранней профилактики является, прежде всего, создание условий, обеспечивающих возможность нормального развития подростков, и своевременное выявление типичных кризисных ситуаций, возникающих у детей и подростков определенного возраста. При этом, методологическую основу профилактики суицидального поведения детей и подростков составляют: деятельностный подход как эффективный инструмент анализа и преобразования психолого-педагогической практики (К.А. Абульханова-Славская, В.В. Давыдов, А.Н. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, А.К. Маркова, Д.Б. Эльконин и др.); личностно-ориентированный подход к организации педагогического взаимодействия, представляющего изучение личности в качестве системообразующего фактора образовательного процесса (Н.А. Алексеев, Е.В. Бондаревская, Б.С. Гершунский, И.С. Якиманская, Е.А. Ямбург и др.); структурно-функциональный подход при педагогическом моделировании (В.П. Беспалько, В.В. Давыдов, Л.В. Занков, М.И. Махмутов, В.М. Монахов, В.Д. Шадриков, Е.А. Ямбург и др.).

Теоретической базой профилактики суицидального поведения детей и подростков являются: теории нормального и аномального развития личности (Б.Г. Ананьев, С.А. Беличева, Л.И. Божович, Б.С. Братусь, П.Б. Ганнушкин, Р. Кеттелл, А.Н. Леонтьев, А.Е. Личко, А. Маслоу, Г. Оллпорт, К. Роджерс, З.Фрейд, Е.М. Вроно, Э. Шнейдман и др.); теория мультидисциплинарного знания (А.Г. Амбрумова, С.В. Бородин, Е.М. Вроно, Е.Н. Волкова и др.); концепции социально-психологической дезадаптации личности (А.Г. Амбрумова, Л.И. Анциферова, С.А. Беличева, Е. Н. Волкова, Н.Д. Кибрик, Е.В. Змановская, О.С. Осипова, Н.А. Сирота и др.); практические исследования по превентивной педагогике (С.А. Завражин, Д.В. Колесов, Б.М. Левин, М.М. Прохоров, Л.К. Фортова и др.); концепции суицидального и авитального поведения (А.Г. Амбрумова, Ю.Р. Вагин, Э. Дюркгейм, З. Фрейд, Н. Фарбероу, М. Фарбер, Э. Фромм, С.Н. Еникополов, Т.А. Цехмистренко и др.); концепции профессионального совершенствования педагога (Р. Бернс, А.А. Бодалев, А.А. Деркач, М.М. Кашапов, Т.В. Кудрявцева, И.В. Роберт, Г.С. Сухобская и др.).

Несмотря на множество различных теоретических концепций суицидального поведения, в российской науке, наиболее признанной является концепция, разработанная во второй половине XX столетия научной школой под

руководством известного отечественного психиатра-суицидолога А.Г. Амбрумовой. На наш взгляд, данная концепция наиболее точно определяет сущность данного феномена с точки зрения современной социокультурной ситуации. Именно концепция А.Г. Амбрумовой лежит в основе большинства отечественных теорий, которые объясняют, с разных точек зрения, факторы происхождения и развития суицидального поведения.

Согласно данной концепции, суицидальное поведение представляет собой проявление социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею социального конфликта. При этом под социально-психологической дезадаптацией ею понимается нарушение нормального приспособления личности к жизни в обществе и к межличностным отношениям, а также нарушение ее психологического равновесия. В основе социальной дезадаптации лежит конфликт, который по своим признакам может быть межличностным либо внутриличностным. Это реальный конфликт, возникающий в сфере реальных человеческих отношений. Но он может быть и патологическим, то есть имеющим связь с психопатологическими переживаниями индивида (бредом, галлюцинациями и др.) и не иметь никаких причин в реальности. Как правило, конфликт обычно захватывает одну из сфер жизнедеятельности индивида: семейную, любовную, производственную, сферу состояния здоровья, коммунальную, административно-правовую и т.д. Однако в некоторых случаях, зарождаясь в какой-либо одной сфере жизнедеятельности, конфликт может распространяться и на другие сферы, включая в себя новый круг задействованных лиц. Тот конфликт, который лежит в основе суицидального поведения, носит название суицидогенного конфликта.

В своем развитии процесс социально-психологической дезадаптации личности проходит две стадии. Первая стадия – *предиспозиционная* охватывает проявления дезадаптации до момента возникновения суицидального поведения. Вторая стадия – *суицидальная* начинается с момента возникновения суицидального поведения. Надо сказать, что процесс дезадаптации не обязательно доходит до суицидальной стадии, он может остановиться и на предиспозиционной стадии с последующим восстановлением адаптации. В то же время, даже в случае наступления суицидальной стадии дело не обязательно должно дойти до суицидальных действий, процесс может остановиться на стадии суицидальных мыслей, замыслов или намерений.

В соответствии с рассматриваемой концепцией, социально-психологическая дезадаптация личности может протекать на двух разных уровнях – непатологическом и патологическом. Непатологический уровень проявляется отклонениями в поведении и переживаниях, не сопровождающимися психопатологической симптоматикой. Иными словами, это психологически понятные эмоциональные переживания, временно «выбивающие человека из колеи». Патологический уровень дезадаптации проявляется отклонениями в поведении и переживаниях в виде оформленных психопатологических синдромов.

Рассмотрим конкретные проявления данных двух уровней социально-психологической дезадаптации. При этом подробнее остановимся на характеристике непатологического уровня социально-психологической дезадаптации личности, поскольку патологический уровень, как уже указывалось, проявляется развернутыми психопатологическими синдромами. При этом наибольшей суицидоопасностью характеризуются такие психопатологические синдромы, как депрессивный, дисфорический, синдром галлюциноза с вербальными галлюцинациями суицидального содержания и параноидный синдром с галлюцинаторно-бредовыми феноменами суицидального содержания.

Как было отмечено выше, непатологический уровень социально-психологической дезадаптации может проявляться так называемыми непатологическими суицидоопасными ситуационными реакциями. Выделяют четыре такие реакции: реакция эгоцентрического переключения, реакция психалгии, реакция переживания негативных интерперсональных отношений и реакция отрицательного баланса.

Реакция эгоцентрического переключения. Данная реакция возникает при внезапных психотравмирующих событиях, вызывающих у человека сильное эмоциональное потрясение, таких как тяжелое оскорбление, неожиданное известие о тяжелой потере, внезапное крушение планов и т.п. Развивается данная реакция крайне остро, при этом пресуицидальный период, то есть время от зарождения суицидальных мыслей до суицидальных действий, длится всего несколько минут. Данная реакция характеризуется аффективным сужением сознания, когда мысль о суициде вытесняет из сознания человека все другие мысли. Об аффективной составляющей данной реакции свидетельствует и тот факт, когда для совершения суицида в таких случаях используется первое попавшее под руку средство. Это может быть и лежащий рядом нож, и ближайшее окно, и любое находящееся поблизости отравляющее вещество и тому подобное. Суицидальная попытка совершается импульсивно, немедленно, нередко прямо на глазах у окружающих. Вероятность летального исхода при данной реакции невысока, поскольку суицидальное покушение не готовится и не планируется, что позволяет окружающим людям вовремя остановить суицидента. Когда же напряженность эмоциональных переживаний спадает, суицидальные намерения, как правило, уходят, и наступает критический постсуицид. Повторные суицидальные покушения для данной реакции не характерны.

Реакция психалгии. Эта реакция возникает при серьезных эмоциональных утратах. К примеру, это может быть разрыв отношений, смерть близкого человека и тому подобное. Реакция психалгии развивается подостро, при этом пресуицидальный период длится несколько дней или недель. В содержательном плане реакция психалгии характеризуется ощущением мучительной душевной боли, связанной с переживаемой утратой. При этом внешне эта боль может почти не проявляться, наблюдается лишь определенное ограничение общения человека с окружающими людьми. Поскольку душевные мысли характеризуются

мучительной болью, то суицидальные покушения при данной реакции совершаются именно на высоте душевной боли. При этом основным мотивом суицидальных действий является желание избавиться от мучающей человека душевной боли. Нужно знать, что вероятность летального исхода при реакции психалгии достаточно высока, возможны повторные суицидальные покушения.

Реакция переживания негативных интерперсональных отношений возникает в ситуации межличностного конфликта, связанного с тяжелой обидой, унижением, несправедливым отношением к индивиду, ущемлением его в правах и т.п. Данная реакция обычно носит пролонгированный характер, пресуицидальный период при этом длится недели или месяцы. Для реакции переживания негативных интерперсональных переживаний характерна идеаторная фиксация на переживаниях, связанных с межличностным конфликтом, лежащим в основе данной реакции. Суть в том, что человек не может отвлечься от мыслей о психотравмирующей ситуации, психотравмирующие мысли довлеют над сознанием, он порой думает о мучительной ситуации день и ночь, плохо спит ночами. Данная реакция характеризуется такими преобладающими эмоциями, обида, гнев, желание отомстить обидчику. Суицидальные действия совершаются по механизму трансформации гетероагрессии в аутоагрессию, когда, не имея возможности выплеснуть агрессию на обидчика или считая это морально недопустимым, человек оборачивает эту агрессию на себя самого, отреагируя ее в форме суицидальных действий. Что касается вероятности летального исхода суицидальных действий при реакции переживания негативных отношений, то такая вероятность среднего уровня риска, при этом повторные суицидальные покушения здесь не слишком характерны.

Реакция отрицательного баланса. Данная реакция возникает в объективно неразрешимых или неизбежно ухудшающихся ситуациях. Это, к примеру, могут быть неизлечимые смертельные заболевания, одинокая старость с перспективой прогрессирующего одряхления и другие подобные состояния. В содержательном плане реакция характеризуется подведением жизненных итогов и суицидальное решение принимается человеком на основании представлений о бесперспективности или мучительности дальнейшей жизни. Следует отметить, что суицидальные замыслы и намерения скрываются от окружающих и обычно никак не проявляются в поведении будущего суицидента. Данная реакция протекает на эмоционально холодном фоне, когда суицидальный акт при этом тщательно продумывается и готовится (так называемый рациональный, или «холодный» суицид). Нередко перед совершением суицида человек аккуратно приводит в порядок все свои дела, делает имущественные распоряжения, иными словами, готовится к суициду. И вероятность летального исхода суицидальных действий при реакции отрицательного баланса очень высокая, а в случае неудачного суицидального покушения весьма высока вероятность повторных покушений.

Подытоживая описание непатологических суицидоопасных реакций, следует отметить их сходство с определенными типами человеческих характеров. Так, реакция эгоцентрического переключения наиболее характерна для взрывных импульсивных личностей, в несколько меньшей степени – для личностей с чертами психастенического типа характера. Реакция психалгии присуща, в первую очередь, акцентуированным личностям по циклоидному типу, нередко также встречается у психастеников. Реакция переживания негативных интерперсональных отношений характерна для эмоционально лабильных личностей, в несколько меньшей степени – для демонстративных и педантичных личностей. Наконец, реакция отрицательного баланса в наибольшей степени присуща акцентуированным личностям по индивидуалистическому типу, а также психастеникам и педантам. Вместе с тем, описанные закономерности не являются абсолютными, и теоретически любая из вышеописанных реакций может возникнуть у человека с любым складом характера.

Таким образом, процесс социально-психологической дезадаптации личности в своем развитии проходит определенные стадии, протекает на разных уровнях и характеризуется суицидоопасными ситуационными реакциями. А.Г. Амбрумова отмечает, что для правильного понимания суицидального поведения личности необходимо ответить на два вопроса: почему человек совершил суицид и зачем он это сделал. Ответ на первый вопрос предполагает анализ условий существования суицидента: жизненной ситуации, в которой он находился, его состояния и переживаний, приведших к совершению суицидального акта. Ответ на второй вопрос предполагает изучение мотивов суицидального поведения, целей, которых человек хотел достичь, когда совершал суицидальный акт.

Именно с целью правильного понимания факторов, мотивов, особенностей суицидального поведения детей и подростков и выявления региональной специфики суицидов несовершеннолетних было проведено научное исследование, организованное Уполномоченным по правам ребенка в Республике Бурятия Т.Е. Вежевич при поддержке Правительства Республики Бурятия. Данное исследование является первой серьезной работой ученых и специалистов в Республике Бурятия.

1.4. Факторы и мотивы суицидального поведения у детей и подростков

С целью изучения сущности суицида среди детей необходимо рассмотрение существенных обстоятельств или движущей силы, обусловивших суицидальное поведение или совершение суицида. Для принятия исчерпывающих мер по предотвращению детских суицидов необходимо выявить факторы, мотивы и причины, повлиявшие на поведение суицидента.

Проблеме изучения факторов и мотивов суицидального поведения у детей и подростков посвящено большое число исследований. Психологами отмечается, что до 13 лет суицидальные попытки являются редкими, в то время как с 14–15 лет суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума в 16–19 лет.

Это факт подтверждается результатами анализа завершенных суицидов несовершеннолетних республики за последние годы, пик приходится на группу подростков возраста 15 лет.

Мониторинг суицидальной ситуации в Бурятии, осуществляемый аппаратом Уполномоченного по правам ребенка в республике, подтверждает суицидальную активность детей и подростков:

Таблица 1

Суицидальная активность детей и подростков в Республике Бурятия

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Дети до 14 лет	17	11	10	7	7	3	13	4	4	8	6	6	5
Подростки 15 – 17 лет	36	24	34	28	14	20	19	14	16	9	24	7	7
Всего	53	35	44	35	21	23	32	18	20	17	30	13	12

В настоящее время суицидальное поведение не рассматривается как однозначно патологическое явление, характерное для больных людей, в большинстве случаев это поведение психически нормального человека. Данная проблема имеет большое значение для первичной и вторичной профилактики суицидальных рисков несовершеннолетних. Знание о факторах суицидального риска и своевременное их выявление позволяет своевременно диагностировать лиц, относящихся к группе риска, и проводить с ними профилактические мероприятия.

К сожалению, компетентным органам не всегда удастся установить причину самоубийства несовершеннолетнего. Например, в 2016 году, из 30 случаев завершенных суицидов, причины установлены лишь в 11 случаях.

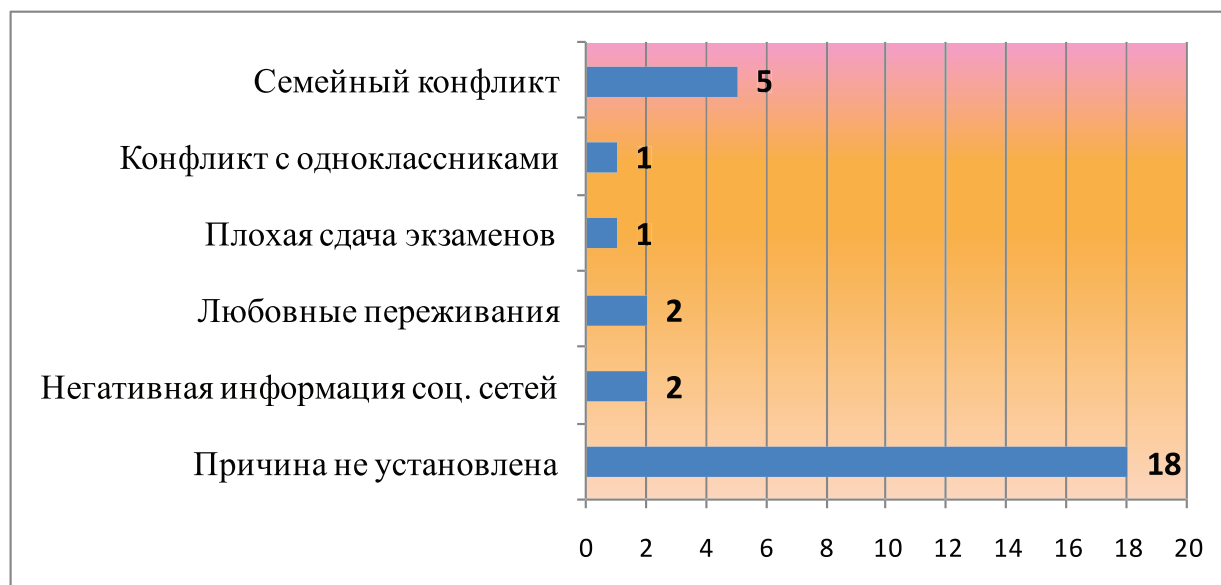


Диаграмма 1. Причины завершенных суицидов в 2016 году

В 2017 году из 13 завершенных суицидов причины самоубийств несовершеннолетних установлены лишь в 6 случаях.

Для снижения уровня суицидальной активности детей и подростков и принятия действенных профилактических мер необходимо выявлять **факторы суицидального риска.**

В науке наиболее широкое распространение получила классификация, в соответствии с которой выделяют биогенетические, психолого-психиатрические и социально-средовые факторы суицидального риска. Рассмотрим данные факторы подробнее.

1. *Биогенетические факторы суицидального риска.* Данные факторы заслуживают внимания в силу тех исследований, которые были посвящены изучению суицидов среди близнецов и усыновленных детей. В данных исследованиях была показана роль генетических факторов в формировании предрасположенности к самоубийству. Так, было показано, что однояйцевые близнецы, у которых 100 % генов совпадают, значительно чаще оба совершают самоубийства или попытки самоубийства, чем двояйцевые близнецы, у которых совпадают только 50% генов.

В то же время исследования суицидов среди приемных детей показали, что лица с суицидальным поведением значительно чаще имеют биологических родственников, также совершивших самоубийство. Это подтверждает существование генетических факторов суицидального риска. Также имеются данные исследований аномалий серотонинергической системы мозга у лиц с тяжелым суицидальным поведением: сниженный уровень серотонина коррелирует с наличием и летальностью суицидальных попыток, совершенных суицидентами в прошлом, и позволяет прогнозировать их суицидальное поведение в будущем [15].

Данные выводы в плане наследственной отягощенности были подтверждены в ходе проведенного научного исследования. Анализ посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ) в рамках производств по уголовным делам в Республике Бурятия показал наследственную отягощенность в 9 случаях (11,5%). Это факты завершеного суицида у ближайших родственников: родители, дедушки, родные дяди. Иными словами, как показывает анализ посмертных КСППЭ, у каждого четвертого ребенка, совершившего суицид, имелся родственник, покончивший жизнь самоубийством и каждый четвертый ребенок, так или иначе, демонстрировал внешние признаки суицидального поведения. Таким образом, роль биогенетических факторов нельзя не учитывать при организации профилактической работы по предотвращению суицидов.

2. *Психолого-психиатрические факторы суицидального риска.* Основными психологическими и психиатрическими факторами суицидального поведения личности являются следующие: наличие психического заболевания; индивидуально-психологические особенности личности, предрасполагающие к

суицидальному поведению; эпизоды суицидального или самоповреждающего поведения в прошлом. Из данных факторов именно наличие психического заболевания является одним из наиболее существенных факторов, увеличивающих вероятность совершения суицида. Риск суицида у взрослых суицидентов наиболее высок при таких заболеваниях, как депрессия, шизофрения, алкогольная или наркотическая зависимость, психопатии или личностные расстройства. Что касается детей и подростков, то у несовершеннолетних в силу возраста и недостаточной сформированности психики, психические расстройства при жизни зачастую не диагностируются. Мы можем говорить о формирующихся личностных расстройствах у подростков (психопатии), которые, согласно нашему исследованию, также являются фактором суицидального риска.

Кроме того, одним из наиболее достоверных факторов риска суицида являются попытки суицидального или самоповреждающего поведения в прошлом. По статистике, каждый второй суицидент повторяет попытку самоубийства в течение года. Парасуицидальные эпизоды или попытки суицида в прошлом также являются факторами суицидального риска. По данным отечественных исследователей, каждый второй суицидент повторяет попытку самоубийства в течение года, и каждый десятый умирает в результате самоубийства [15]. В данном исследовании, согласно материалов уголовных дел, свидетельским показаниям, у каждого пятого несовершеннолетнего суицидента (21,8% случаев – 17 человек) в анамнезе обнаружены признаки суицидального поведения (тревожные высказывания, попытки в прошлом, повышенный интерес к теме суицида, разговоры о смерти). Вместе с тем, была ли им предложена или оказана помощь в состоянии сильном эмоционального напряжения (со стороны родственников, близких, специалистов) не известно, так как указаний на это в актах нет.

Еще одним фактором суицидального риска у несовершеннолетних являются негативно окрашенные состояния. У лиц с негативно окрашенными эмоциональными состояниями самоубийство является основной причиной повышенной смертности. При этом интенсивность суицидальных переживаний имеет связь с депрессивными переживаниями. Такие проявления негативных эмоций, как тревога, чувство безнадежности и беспомощности, чувство вины напрямую связаны с суицидальными мыслями. Согласно данным исследования материалов уголовных дел, в 50% случаев (39 человек) имеются указания на то, что состояние несовершеннолетних суицидентов незадолго до смерти менялось: окружающие отмечали снижение настроения, проявления раздражительности и агрессии, появление замкнутости. Некоторые подростки раздавали долги, просили прощения за обиды, что раньше им было не свойственно, другая часть подростков стали необычно агрессивными, обидчивыми, вели себя вызывающе.

Зависимость от алкоголя или наркотических веществ является также психическим расстройством, повышающим вероятность совершения суицида. Здесь суицидальные риски имеют связь с теми последствиями, которые

неизбежны при алкогольной и наркотической зависимости взрослых в семье. Так, вероятность суицида напрямую связана с тем, что в 21,8% (17 семей) случаев родители (или один из родителей) страдали алкоголизмом. Сведения о совершении суицида в состоянии алкогольного опьянения, когда у подростков была снижена способность контролировать свои эмоции и поведение, несмотря на их важность, представлены только в 2 актах.

Особенно высокий риск суицида отмечается у лиц с многофакторностью суицидального риска. Так, в 8 случаях из 78 (10,2%) имело место наличие комплекса факторов риска суицида у ребенка. Это и неполная семья, и наличие алкоголизма и суицидов у ближайших родственников, и суицидальное поведение у самого ребенка в прошлом, и изменение текущего психологического состояния, и наличие психотравмирующей ситуации, то есть почти каждую десятую смерть можно было предотвратить, если бы ближайшее окружение было осведомлено о том, на что в первую очередь необходимо обратить внимание. Анализ предсмертных записок, имевшихся в ряде дел, показывает, что в качестве вероятной причины (мотива) суицида в 7 случаях указаны конфликты в семье, в 5 случаях – конфликтные отношения со сверстниками, по 3 случая приходится на неразделенную любовь и трудности в обучении, 2 суицида произошло после добровольного ухода из жизни лучшего друга. В качестве возможных причин однократно указывался алкоголизм родителей, инвалидность после травмы и неспособность справиться с последствиями болезни, потеря родителей в результате несчастного случая.

Вместе с тем, анализ посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ) в рамках производств по уголовным делам в Республике Бурятия показал, что из общего количества завершенных суицидов за период 2012–2018 гг. двое детей страдали психическими заболеваниями.

Что касается индивидуально-психологических особенностей, предрасполагающих к суицидальному поведению, то потенциально-опасными в отношении суицида оказываются следующие личностные характеристики. Это, прежде всего, сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам и своеобразие интеллекта, а именно категоричность суждений, максимализм, безапелляционность, склонность к «черно-белым» оценкам. Также к потенциально-опасным особенностям личности относятся низкий уровень общительности и коммуникативных способностей, заниженная или завышенная самооценка, неадаптивный характер или ограниченность копинг-стратегий, а также неразвитость психологических защит. Следует обратить внимание и на такие индивидуально-психологические особенности, как высокий уровень импульсивности, ригидность эмоциональных и когнитивных процессов, низкий уровень способности к решению межличностных проблем. Данные особенности также повышают уровень риска суицида у детей и подростков. Так, согласно материалам дела, к основным индивидуально-психологическим особенностям личности суицидентки К. относятся такие особенности, как тихий, спокойный

нрав, преобладание интровертированных черт в структуре личности, невысокая общительность и коммуникабельность, определенная замкнутость, закрытость («была нелюдимой, мало с кем тесно общалась», «старалась к себе вообще не привлекать внимание»). Данные индивидуально-психологические особенности, выявленные в структуре личности К., могли повлиять на ее поведение в части причинения себе вреда здоровью.

3. *Социально-средовые факторы.* На первый план среди социально-средовых факторов, повышающих вероятность совершения самоубийства, выступает такой фактор, как стрессовая ситуация и ее влияние на суицидальные риски. К стрессогенным факторам относятся, прежде всего, тяжелые психотравмирующие стрессовые события. Это могут быть: потеря близкого человека, сложность семейных отношений, пережитое физическое или сексуальное насилие и другие психотравмирующие ситуации. Вероятность совершения самоубийства могут провоцировать определенные социальные характеристики: отсутствие семьи, постоянной работы и др. Повышать суицидальный риск также может и доступность высоко летальных средств суицида. Рассмотрим данные социально-средовые факторы.

У детей и подростков к наиболее часто встречающимся стрессовым событиям, провоцирующим суицидальные риски, относятся такие психотравмирующие события, как смерть близкого человека, развод родителей, неразделенная любовь или разрыв отношений с любимым человеком, сложные детско-родительские отношения, различного рода межличностные конфликты и другие. Так, у суицидентки М. основной причиной суицида, согласно материалам уголовного дела, является развод родителей. В своей предсмертной записке она отмечает: «Мои милые и родные, я прошу прощения за то, что я люблю вас. Мне надоело так жить. Мама, прости за все, я больше так не могу, я не хочу быть твоим грузом до конца жизни. Если я сейчас умру, для вас будут открыты все дороги и пути, которые я загораживала со своими проблемами...». У другой суицидентки Б., согласно предсмертной записке, в качестве причины суицида указывается ссора с матерью. Рукописный текст записки начинается со слов: «Ненавижу тебя мама!!!» и заканчивается словами: «...изменит ваше отношение к жизни».

Также наиболее частой причиной самоубийства являются неудачные любовные взаимоотношения. Суицидентка Б. в предсмертной записке отмечает следующее: «Я люблю тебя, Сережа. Знаешь, я не думала, что привыкну к тебе, так сильно. Без тебя я не могу жить. Будь счастлив с другой. Прости меня за тот ужасный день. Я не хотела рушить наши отношения. Прости, если сделала тебе так больно. Я не хотела. Ты был у меня самым лучшим! Без тебя я не вижу своей жизни. Прости, но мне придется это сделать. Мне плохо без тебя...». Другой суицидент Б. незадолго до суицида написал смс-сообщение своей любимой девушке: «Вернись ко мне или свой поступок запомнишь на всю жизнь...»

К стрессогенному фактору относятся и переживания личности, связанные, к примеру, с совершением противоправных и аморальных действий. Анализ

материалов дела суицидентки М. позволяет обосновать причинную зависимость ее суицида от негативных переживаний, связанных с фактом совершенной ею кражи джинсовых штанов и последующей психотравмирующей ситуации, связанной с прилюдным изобличением этой кражи.

Кроме того, среди социально-средовых факторов, повышающим суицидальные риски, следует отметить пережитое в прошлом насилие (физическое, сексуальное). У данных лиц, помимо негативно окрашенных эмоциональных состояний, наблюдается и более высокий риск суицидального поведения.

Следует отметить и случаи, связанные с фактором школьного буллинга. В последние годы в подростковой среде получил распространение *кибербуллинг* (cyberbullying) – подростковый виртуальный террор, получил свое название от английского слова bull – бык, с родственными значениями: агрессивно нападать, бередить, задирать, придирается, провоцировать, донимать, терроризировать, травить. В молодежном сленге является глагол аналогичного происхождения – быковать.

Кибербуллинг – это нападения с целью нанесения психологического вреда, которые осуществляются через электронную почту, сервисы мгновенных сообщений, в чатах, социальных сетях, на веб-сайтах, а также посредством мобильной связи (О.В. Пристанская).

В нашем исследовании, как показал анализ посмертных КСППЭ, в трех случаях четко выявляются признаки школьного буллинга. Так, согласно заключению посмертной КСППЭ по факту суицида несовершеннолетней П., она находилась в состоянии нервно-психического напряжения на фоне длительной психотравмирующей ситуации с явлениями отрицательных тягостных эмоциональных переживаний, связанных с элементами психологической травли (обзываний, оскорблений) в школе. Анализ материалов дела позволяет обосновать причинную зависимость ее суицида от негативных переживаний, связанных с фактом совершенного ранее несовершеннолетней П. проступка и последующих элементов школьного буллинга. Суициду предшествует, как правило, глубокое нарушение социальной адаптации суицидента, и поэтому важны объективные и субъективные проявления пресуицидной психологической дезадаптации. В обстоятельствах данного дела они выражаются в изменениях поведения несовершеннолетней П.: сюда, прежде всего, относятся зафиксированные свидетельскими показаниями снижение фона настроения, изменения в поведении (плакала, пряталась от родных, других людей). Рассматривая динамику социально-психологической дезадаптации, приведшей П. к суициду, следует отметить, с одной стороны, внутриличностную дезадаптацию, и механизм кумуляции психотравмирующего влияния на психику суицидента – с другой. К психологическим явлениям внутриличностной дезадаптации, прежде всего, следует отнести падение самооценки, аутосимпатии и самоуважения, связанные с определенными элементами травли П. одноклассниками на предиспозиционной (кумулятивной) фазе суицида. Все эти характерные психоэмоциональные

сдвиги свидетельствуют о пресуицидной дезадаптации. Именно накануне самоубийства в пятницу после дискотеки по дороге домой П. говорит своей подруге о том, что: «Мне все надоело, я не хочу жить». Подруга также отмечает, что, когда П. обзывали, последнюю это сильно задевало. И именно в пятницу, на дискотеке, когда П. в очередной раз обозвали, она и говорит о том, что не хочет жить, что «ее все достало». Это было «последней каплей», спусковым крючком на фоне длительной психотравмирующей ситуации. Из посмертной записки явствует: «Простите меня. Я больше так не могу, лучше пускай меня не будет».

Изучая факторы суицидального риска, нельзя не рассматривать внутреннее побуждение несовершеннолетнего к своему поступку, т.е. мотив.

Мотив (от фр. *motif* – приводить в движение, толкать) – побуждение к деятельности, осознаваемая причина, лежащая в основе выбора действий и поступков несовершеннолетнего. В качестве мотивов могут выступать цели, установки, идеалы, инстинкты, влечения и т.д.

Рассмотрим мотивы суицидального поведения. По данному признаку выделяют пять основных мотивов, или категорий личностного смысла суицидального поведения: протест, призыв, избегание, самонаказание и отказ.

Суицидальное поведение типа *протеста* направлено на то, чтобы суицидальным актом выразить свое несогласие с чем-то или отомстить кому-то. Так, несовершеннолетний Ц. в период, предшествовавший смерти, мог находиться в состоянии стресса, которое, возможно, было обусловлено предстоящей ситуацией разговора вечером с родителями относительно пропусков занятий в школе и запретом занятий по вольной борьбе в спортивной секции. Из многих свидетельских показаний явствует большое желание у подростка заниматься вольной борьбой и значимость этих занятий в его жизни, его стремление развиваться, участвовать в соревнованиях.

Суицидальное поведение типа *призыва* имеет целью привлечение внимания к своим проблемам или вызывание сочувствия к себе. Суицидальное поведение типа избегания призвано помочь суициденту избежать угрозы, страданий или позора, казущихся ему страшнее самой смерти. Суицид несовершеннолетней М., согласно материалам дела, был обусловлен предстоящей ситуацией разговора со своей тетей - опекуном. Последняя ранее встретила М. с друзьями, в разговоре почувствовала запах спиртного, отругала ее и сказала идти домой.

В случае суицидального поведения типа *самонаказания* индивид суицидальным актом стремится наказать себя за те или иные ошибки, аморальные поступки или грехи (реальные, то есть действительно имевшие место в жизни данного человека, либо мнимые, связанные с психопатологическими переживаниями). Несовершеннолетний Р. совершает суицид после ссоры с матерью. У подростка были сложные отношения с матерью. Из многих свидетельских показаний, согласно материалам дела, явствует тот факт, что подросток сильно переживал, и эти переживания были связаны с употреблением алкоголя его матерью. Психологический анализ материалов дела показывает

психотравмирующее воздействие данного обстоятельства на психику подростка. Психологическую роль «последней капли» сыграла ссора с матерью из-за щенка, которого мать пнула ногой именно будучи в состоянии алкогольного опьянения, отчего подросток впервые в жизни налетел на мать с кулаками. Сочетанное влияние указанных факторов в их совокупном эффекте и привело к развитию у Р. реактивного эмоционального состояния, приведшего его к суициду.

Наконец, суицидальное поведение типа *отказа* направлено на самоуничтожение индивида в связи с утратой им смысла жизни (опять-таки, связанной с реальными жизненными обстоятельствами, либо обусловленной психопатологическими переживаниями). Так, психологический анализ суицидального поведения несовершеннолетней К. показывает наличие мотива отказа, когда лишение себя жизни мотивируется отказом от существования. В одном из прощальных писем она пишет: «...нет смысла жить, «все бесит».

В литературе различают суициды рациональные и аффективные. Суицид несовершеннолетней К. относится к рациональному типу, то есть формирование решения покончить с собой у нее развивалось постепенно, достаточно обдуманно, отнюдь не импульсивно. Из письма следует: «...думать о смерти я начала с 6-го класса. Бесит все. Я уже почти как год думаю о своей смерти». Отсюда и философские размышления о смысле жизни, написание предсмертных записок: «Бесит ходить в школу и делать все как все. Ходить в школу, институт, на работу, а позже горбатиться на семью. Не хочу жить по таким «стандартам» лишь бы выжить...»).

Следует отметить, что серьезность суицидальных покушений и вероятность их летального исхода при перечисленных мотивах суицидального поведения последовательно возрастает от минимальной при мотиве протеста до максимальной при мотиве отказа.

Таким образом, все факторы и мотивы взаимосвязаны между собой и могут взаимодействовать в процессе развития суицидального поведения. Так, биогенетические факторы могут играть провоцирующую роль в возникновении стрессовых ситуаций, а последние, в свою очередь, могут вызывать негативно окрашенные эмоциональные состояния и, как следствие, мотивационно влиять на суицидальные риски.

1.5. Особенности суицидального поведения подростков при различных психических расстройствах

Как выше было отмечено, психические расстройства относятся к числу наиболее значимых факторов суицидального риска. В связи с этим целесообразно подробнее остановиться на особенностях суицидального поведения подростков при некоторых, наиболее суицидоопасных, психических расстройствах. К числу таких расстройств относятся шизофрения, маниакально-депрессивный психоз (биполярное или монополярное аффективное расстройство),

наркологические заболевания, психопатии (расстройства личности), эпилепсия и реактивная депрессия.

При шизофрении суицидальное поведение подростка нередко имеет психопатологическую обусловленность, т.е. бывает связано с бредом и галлюцинациями. Чаще всего больные шизофренией прибегают к обычным, «общепринятым» способам суицида, но иногда для суицидальных покушений они могут использовать и необычные, причудливые способы, порой даже с конструированием специальных механических приспособлений (гильотин, станков-самострелов и т.д.). Суицидальный риск при шизофрении достаточно высок – в 32 раза выше, чем у психически здоровых людей. При этом суицидальное поведение особенно характерно для первых лет заболевания, пока еще нет выраженных апатико-абулических проявлений, делающих больного равнодушным и, за счет этого, не склонным к суицидальным переживаниям.

При маниакально-депрессивном психозе суицидальное поведение возникает в период депрессивных фаз. Обычно оно бывает связано с характерными для эндогенной депрессии идеями самообвинения и самоуничтожения, а также с пессимистическим видением больным своего будущего. Суицидальные покушения чаще совершаются в начале депрессивной фазы или на выходе из нее, когда в меньшей степени, чем в разгар депрессии, выражена психомоторная заторможенность, препятствующая каким-либо действиям больного, в том числе и суицидальным. Изредка при эндогенной депрессии возможен так называемый расширенный суицид, когда больной, прежде чем покончить с собой, убивает близких людей, желая избавить их от грядущих мучений, которыми, по мнению больного, наполнено их будущее. Суицидальный риск при МДП еще более высок – в 48 раз выше, чем у психически здоровых людей.

У подростков, страдающих психопатиями, суицидальное поведение возникает в период декомпенсаций, как правило, на почве реальных межличностных конфликтов. При этом возбудимые, шизоидные и гипотимные психопаты склонны к истинным суицидальным покушениям, тогда как истерические и неустойчивые – к демонстративно-шантажным. В силу характерной для психопатов хронической социальной дезадаптации, у них часто отмечается склонность к повторным, многократным суицидальным попыткам, а суицидальный риск сохраняется примерно на одном уровне на протяжении всей жизни.

При наркологических заболеваниях суицидальные действия могут совершаться либо в состоянии опьянения, либо в состоянии абстиненции. При этом в состоянии опьянения чаще совершаются демонстративно-шантажные суицидальные покушения, а в состоянии абстиненции – истинные. Суицидальное поведение в рамках наркологических заболеваний возможно лишь до момента формирования у больного выраженной деградации личности, делающей его равнодушным к каким-либо проблемам и потому не склонным к самоубийству. В целом суицидальный риск при наркологических заболеваниях оценивается как умеренный.

Больные эпилепсией совершают суицидальные покушения на фоне дисфорических состояний или после тяжелых межличностных конфликтов. При этом они нередко выбирают особо жестокие, калечащие или кровавые способы суицида, что связано с присущей больным эпилепсией дисфоричностью. Суицидальному поведению при эпилепсии могут способствовать также изменения личности в виде эмоциональной ригидности и обидчивости. В целом, суицидальный риск при эпилепсии умеренный, поскольку для многих подростков, больных данным заболеванием, характерно подчеркнуто бережное отношение к своему здоровью, противодействующее суицидальному поведению.

При реактивной депрессии суицидальное поведение чаще всего бывает связано с характерными для данного заболевания сверхценными идеями собственной вины. Больные, как правило, используют «традиционные» способы суицида. Суицидальный риск при реактивной депрессии очень высок и оценивается как в 100 раз более высокий, чем у психически здоровых людей. Возможно, это связано с тем, что для реактивной депрессии не характерна столь выраженная психомоторная заторможенность, какая наблюдается при эндогенной депрессии. После минования реактивной депрессии суицидальные переживания у перенесшего ее человека полностью исчезают.

В Республике Бурятия наблюдается рост количества психических расстройств и расстройств поведения несовершеннолетних:

Таблица 2

**Динамика психических расстройств и расстройств поведения
несовершеннолетних**

Психические расстройства и расстройства поведения		2016	2017	2018
		747	865	971
В том числе	до 14 лет	641	729	762
	15–17 лет	106	136	209

Вместе с тем, необходимо отметить, что исследование суицидальной ситуации в Бурятии вскрыло 2 случая завершеного суицида, совершенного психически больными подростками.

В целом, данную отрицательную тенденцию нельзя не учитывать при организации работы по предотвращению детских суицидов, так как психические расстройства являются одним из значимых факторов суицидального риска.

**1.6. Детско-родительские отношения как фактор
суицидального поведения детей и подростков**

В подростковом возрасте одним из важных особенностей данного периода является овладение навыками общения, как со сверстниками, так и со значимыми взрослыми, отсюда неумение строить отношения зачастую может приводить к заниженной самооценке и к негативно окрашенным эмоциональным состояниям.

Затяжной негативный характер эмоциональных состояний приводит к деструктивному поведению, и, как следствие, к крайней его форме – суицидальному поведению. Так, согласно исследованиям А.Е. Личко, изучившим поведение подростков и молодежи в возрасте 14–18 лет, суицидальные действия зачастую совершаются на фоне острой аффективной реакции, которая развивается по механизму «короткого замыкания», когда малозначительный повод может стать «последней каплей» и спровоцировать суицидальное действие [24].

Еще одним риском суицидального поведения является неблагоприятная специфика детско-родительских отношений. Именно семейные ценности и гармоничные отношения в семье создают благоприятные условия для социализации подростка и становления его самосознания. Несомненно, что вопрос «нужности» и «значимости» ребенка в кругу семьи соприкасается с задачами общения и отношением к жизни и смерти.

В процессе настоящего исследования найдено подтверждение того, что ситуация в семье, детско-родительские отношения могут стать определяющей причиной самоубийства. Так, анализ суицидальной ситуации в Бурятии за 2016 год показал, что из 30 случаев завершеного суицида в 5 случаях самоубийство совершено в результате семейных конфликтов. Проводимый аппаратом Уполномоченного по правам ребенка в РБ мониторинг подтверждает, что семейные конфликты, ссоры с родителями занимают не последнее место среди причин добровольного ухода ребенка из жизни.

Психологи А.Г. Амбрумова, Е.Г. Трайнина и ряд других ученых отмечают модель семейных отношений как защитный фактор, предполагающий хорошие отношения с членами семьи и получение поддержки с их стороны, конструктивное и последовательное воспитание [2]. В этом случае можно провести параллель с теориями Д. Бриджа, Т. Голдштейна, Д. Брента и А. Бека, согласно которым суицидальные идеи и суицидальные попытки предопределяются семейной отягощенностью, степенью семейной дисфункции и негативным детским опытом. Низкий уровень родительского тепла, коммуникации и эмоциональной отзывчивости являются фактором суицидального риска.

Согласно теории А. Бека [5], если в семье наблюдаются семейные дисфункции: насилие со стороны родителей, их пренебрежение к детям, наличие психических заболеваний у самих родителей или иная неблагополучная ситуация в семье, то это способствует формированию определенного типа мышления у подростков. Специфика такого мышления характеризуется негативным взглядом на себя, свое будущее и окружающих, формированием негативных убеждений типа: «Я некомпетентен», «Окружающие люди враждебны», «Будущее беспросветно», «Я недостоин любви» [19].

В рамках данного исследования были изучены детско-родительские отношения и негативно окрашенные эмоциональные состояния как факторы суицидального риска в подростковом возрасте. Исследование осуществлялось на базе средних общеобразовательных школ г. Улан-Удэ. Общий объем выборки

составил 256 респондентов, учащиеся подростковых классов. Средний возраст испытуемых составил 15 лет.

Был использован комплекс психодиагностических методик, включающий методику О.А. Карабановой и П.В. Троянской «Детско-родительские отношения подростков», «Шкала тревожности» А.Бека, «Шкала безнадежности» А. Бека и «Шкала депрессии» А. Бека. Методика «Детско-родительские отношения подростков», как показывает практика, несет не только диагностический характер, но и имеет свой психотерапевтический эффект, так как, отвечая на вопросы, подросток анализирует свои отношения с родителями. Методики А. Бека выявляют уровень негативно окрашенных эмоциональных состояний: тревожности, безнадежности, депрессии. Все три шкалы в совокупности позволяют выявить степень суицидального риска, так как содержат в себе вопросы, касающиеся суицидального поведения. Результаты диагностики, полученные с помощью шкал тревожности, депрессии и безнадежности А. Бека, представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты диагностики по шкалам А. Бека

Шкала	Общий показатель по выборке		Подростки-девочки		Подростки-мальчики	
	среднее	стандартное отклонение	среднее	стандартное отклонение	среднее	стандартное отклонение
Депрессия	11,4	8,28	12,8	6,86	8,8	10,12
Тревожность	14,4	9,53	15,5	9,18	12,4	10,16
Безнадежность	20,9	6,94	22,8 *	6,24	17,6 *	7,10

Примечание: * $p < 0.05$

Результаты по шкалам интерпретируются следующим образом: значения от 0 до 9 баллов свидетельствуют об отсутствии симптомов, 10–15 – показатель наличия легкой степени выраженности, 16–19 – умеренная степень выраженности, 20–29 – выраженная степень (средняя тяжесть), 30–63 – показатель признаков тяжелой степени. Как видно из таблицы 3, общий показатель депрессии по выборке находится в рамках легкой депрессии (субдепрессии) – $11,4 \pm 8,28$. Причем, как выяснилось в ходе сравнительного анализа с помощью t-критерия Стьюдента, на уровне статистической тенденции ($p < 0,1$) у девочек этот показатель выше, чем у мальчиков ($12,8 \pm 6,86$ и $8,8 \pm 10,12$ соответственно). По шкале тревожности общий показатель по всей выборке также в пределах находится в пределах легкой степени ($14,4 \pm 9,53$). В то же время при сравнении испытуемых по гендерному признаку значимых различий подростками девочками и мальчиками не обнаружено. Что касается значений по шкале безнадежности, которая измеряет выраженность негативного отношения субъекта к собственному будущему, то показатель, полученный в общей выборке испытуемых, свидетельствует о выраженной степени данного состояния ($20,9 \pm 6,94$).

Сравнение уровня безнадежности у девочек и мальчиков с помощью t-критерия Стьюдента выявило значимые различия: у девочек этот показатель достоверно выше: $t = 2,36$ при $p < 0.05$ ($22,8 \pm 6,24$ – у девочек, $17,6 \pm 7,10$ – у мальчиков).

По результатам диагностики особенностей детско-родительских отношений, полученных по методике ДРОП, выявлено следующее. В общей выборке подростков показатели практически всех шкал, выявляющих специфику отношений с матерью, находятся в пределах нормативных показателей (таблица 4).

Таблица 4

Особенности детско-родительских отношений

Отношение матери	возрастная норма	среднее	стандартное отклонение	относительно нормы
принятие	24–28	24,7	4,98	норма
эмпатия	21–25	21,5	4,93	норма
эмоциональная дистанция	17–23	19,1	3,83	норма
сотрудничество	22–27	22,0	4,57	норма
принятие решений	18–22	17,3	5,64	низкий
конфликтность	6–9	7,4	2,83	норма
поощрение автономности	21–26	22,2	4,00	норма
требовательность	18–22	21,2	3,18	норма
мониторинг	19–25	23,6	3,94	норма
контроль	16–23	22,5	4,10	норма
авторитарность	12–18	17,8	4,27	норма
непоследовательность родителя	13–19	16,3	3,59	норма
неуверенность родителя	12–17	15,3	2,98	норма
удовлетворение потребностей ребенка	21–27	23,4	4,26	норма
неадекватность образа ребенка	13–17	15,6	4,06	норма
реализация наказаний	4–8	7,4	2,53	норма
оказание поощрений	9–13	11,4	3,21	норма
Отношение отца	возрастная норма	среднее	стандартное отклонение	относительно нормы
принятие	22–27	22,5	5,49	норма
эмпатия	18–24	18,9	6,23	норма
эмоциональная дистанция	18–22	17,6	5,05	низкий
сотрудничество	21–26	18,9	5,84	низкий
принятие решений	16–21	15,1	6,69	низкий
конфликтность	6–10	8,2	4,80	норма
поощрение автономности	21–26	20,9	5,48	норма
требовательность	17–22	19,9	4,99	норма
мониторинг	15–21	19,1	5,42	норма
контроль	12–19	18,1	5,40	норма

авторитарность	11–18	16,5	4,58	норма
непоследовательность родителя	13–19	14,3	4,27	норма
неуверенность родителя	11–19	14,2	4,28	норма
удовлетворение потребностей ребенка	19–23	21,5	5,71	норма
неадекватность образа ребенка	14–19	15,6	4,33	норма
реализация наказаний	4–9	7,4	2,57	норма
оказание поощрений	9–12	10,4	3,54	норма

Единственной шкалой, по которой получены низкие значения, является шкала *Принятие решений*, что свидетельствует о наличии определенного давления со стороны матери. Поскольку высокие значения по данной шкале соответствуют демократичной схеме принятия решений в диаде мать – ребенок, то, соответственно, низкие значения показывают определенный авторитаризм и давление со стороны матери. Что касается отношений подростков с отцом, то здесь низкие значения получены по шкалам *Эмоциональная дистанция*, *Сотрудничество* и *Принятие решений*. Полученные данные свидетельствуют о том, что подростки чувствуют недостаточную эмпатию со стороны отцов, наличие эмоциональной дистанции и недостаток сотрудничества. Так же, как и в отношениях с матерями, подростки испытывают давление со стороны отца в принятии совместных решений. Поскольку методика ДРОП содержит в себе задание-запрос продолжить фразы по отношению к родителям, то это дает возможность с качественной стороны оценить ответы подростков. К примеру, на вопрос «Мне не нравится, когда мама...» подростки дают следующие ответы: «...когда мама принимает решение без меня; ...когда мне плохо, а мама этого не понимает; ...когда мама требовательная и ей не до меня...» Или на начало фразы «Мне не нравится, когда папа...» подростки отвечают: «...когда отец не доволен мною, не зная причин»; «...когда мне читают нотации». Подобные ответы свидетельствуют о недостаточности сотрудничества, эмпатии в детско-родительских отношениях, о наличии неблагоприятной ситуации в семье и семейных дисфункциях.

Анализ детско-родительских отношений показывает, что в целом у подростков основные дисфункции семейных отношений связаны с блоком эмоциональных отношений родителя и подростка и, частично, с блоком, связанным с особенностями общения и взаимодействия подростка и родителя. Подростки, как девочки, так и мальчики, описывают желаемые отношения с родителями как нацеленные на понимание друг друга. К примеру, где нужно было продолжить фразу «Мне хотелось бы...», были получены такие ответы-пожелания: «... чтобы родители хоть иногда прислушивалась ко мне», «... улучшить отношения с родителями», «... чтобы с мамой/папой проводить вместе время, например, смотреть вместе клипы, телевизор», «... чтобы родители думали обо мне

положительно», «... чтобы родители уделяли мне больше времени», «... чтобы папа занимался со мной спортом, а мама чаще смеялась», «... всегда поддерживать хорошие отношения» и другие.

Для выявления взаимосвязей между шкалами А. Бека и особенностями детско-родительских отношений был проведен корреляционный анализ по Пирсону отдельно по шкалам, связанным с отношением матери (таблица 3) и с отношением отца (таблица 5).

Таблица 5

**Коэффициенты корреляции между показателями
отношения матери и негативно окрашенными эмоциональными
состояниями у подростков**

Отношение матери	депрессия	тревожность	безнадежность
принятие	-0,38*	-0,32	-0,49*
эмпатия	-0,34	-0,31	-0,47*
эмоциональная дистанция	0,08	0,01	-0,12
сотрудничество	-0,16	-0,09	-0,44*
принятие решений	-0,24	-0,13	-0,29
конфликтность	0,41*	0,21	0,48*
поощрение автономности	-0,27	-0,24	-0,37*
требовательность	-0,08	-0,19	0,15
мониторинг	0,05	-0,16	-0,36
контроль	0,13	0,04	0,03
авторитарность	0,33	0,11	0,29
непоследовательность родителя	0,18	0,08	0,23
неуверенность родителя	0,21	0,02	0,16
удовлетворение потребностей ребенка	-0,29	-0,18	-0,40*
неадекватность образа ребенка	0,33	0,00	0,26
реализация наказаний	0,16	0,00	0,21
оказание поощрений	-0,08	0,03	-0,14

Примечание: *- $p < 0,05$

Как видно из таблицы 5, обнаружены значимые отрицательные корреляционные связи между тревожностью, безнадежностью и показателем шкалы *принятие матерью* ($r = -0,38$; $-0,49$; $p < 0,05$). Иными словами, чем выше показатель по данной шкале, чем в большей степени матери демонстрируют детям внимание и любовь, тем ниже у подростков показатели депрессии и безнадежности. Выявлена обратная корреляционная связь показателя *эмпатии* (как понимания родителем чувств и состояний ребенка) с показателем по шкале безнадежности ($r = -0,47$; $p < 0,05$). Показатель шкалы *сотрудничество*, предполагающий совместное и равноправное выполнение заданий, связан отрицательной зависимостью со шкалой *ощущение безнадежности* ($r = -0,44$; $p < 0,05$). Выявлена значимая

положительная корреляция показателя шкалы *конфликтность матери* (когда подросток воспринимает мать как конфликтующую сторону) с показателями шкал депрессии и безнадежности ($r = 0,41; 0,48; p < 0,05$). Шкала *поощрение автономности со стороны матери* предполагает передачу ответственности подростку, восприятие его как личности со своими чувствами, мыслями, представлениями и побуждениями. Выявлена отрицательная корреляционная связь показателя данной шкалы с показателем шкалы безнадежности ($r = -0,37; p < 0,05$). Также показатель безнадежности связан обратной корреляцией со шкалой *удовлетворение потребностей ребенка* ($r = -0,40; p < 0,05$).

Корреляционный анализ показателей отношения со стороны отца и негативно окрашенными эмоциональными состояниями подростков показал лишь одну значимую связь (*таблица 6*). Показатель, полученный по шкале *неуверенность родителя*, и выявляющий сомнение родителя-отца в верности его воспитательных усилий, связан значимой положительной корреляцией с показателем по шкале депрессии. Иными словами, чем более неуверен в своих воспитательных методах родитель, с точки зрения подростка, тем выше у последнего уровень депрессии ($r = 0,39; p < 0,05$).

Таблица 6

**Коэффициенты корреляции между показателями
отношения отца и негативно окрашенными
эмоциональными состояниями у подростков**

Отношение отца	депрессия	тревожность	безнадежность
принятие	-0,10	-0,26	-0,21
эмпатия	-0,08	-0,19	-0,14
эмоциональная дистанция	0,07	-0,02	0,03
сотрудничество	0,12	0,08	0,04
принятие решений	-0,20	-0,14	-0,28
конфликтность	0,29	0,20	0,35
поощрение автономности	-0,03	-0,16	-0,12
требовательность	-0,09	-0,17	0,04
мониторинг	-0,02	-0,18	-0,16
контроль	-0,04	-0,17	-0,04
авторитарность	-0,04	-0,09	0,13
непоследовательность родителя	0,26	0,25	0,34
неуверенность родителя	0,39*	0,15	0,30
удовлетворение потребностей ребенка	-0,11	-0,19	-0,10
неадекватность образа ребенка	0,07	0,04	0,08
реализация наказаний	0,25	0,19	0,03
оказание поощрений	0,13	0,15	0,09

Примечание: *- $p < 0,05$

Кроме того, следует отметить, что подростки чувствуют недостаточную эмпатию со стороны отцов; испытывают большую эмоциональную дистанцию во взаимоотношениях, а также недостаток сотрудничества. И, так же, как и в отношениях с матерями, подростки испытывают давление со стороны родителя в принятии совместных решений.

Таким образом, представления подростков об отношении родителей к ним отражаются на их эмоциональном состоянии, переживании таких негативно окрашенных эмоций, как тревога, чувство депрессии и чувство безнадежности. Можно согласиться с точкой зрения А. Бека, согласно которой такие семейные дисфункции, как насилие со стороны родителей, пренебрежение по отношению к своим детям, проявление родительской неуверенности способствуют формированию определенного типа мышления у подростков. Этот тип мышления формирует у подростка негативный взгляд на себя, свое будущее и окружающих, носит психотравмирующий характер, и, как следствие, приводит к развитию состояния психической дезадаптации личности. Такое мышление провоцирует депрессивные мысли, влечет за собой проблемы пессимистической оценки перспектив и психотравмирующую ситуацию. Возникающее дезадаптивное состояние может принимать различные формы: у одних подростков в психотравмирующей ситуации преобладают переживания безысходности и тоски, у других – переживания растерянности и тревоги, у третьих – негативно окрашенные состояния гнева и отчаяния. По мере того как психотравмирующая ситуация не находит разрешения, состояние психической дезадаптации может усиливаться и нарастать. И на высоте эмоциональных переживаний у подростка возможны риски появления суицидальных мыслей, которые носят сначала пассивный, затем активный характер, когда он начинает активно обдумывать возможность суицида как способа избавления от негативных и невыносимых переживаний, выхода из сложившейся психотравмирующей ситуации.

Таким образом, детско-родительские отношения и негативные эмоциональные состояния являются психологическими факторами суицидальных рисков в подростковом возрасте. Семейные дисфункции отражаются на проявлениях тревожности, депрессии и безнадежности, и, как следствие, являются рисками суицидального поведения.

РАЗДЕЛ II. ПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

2.1. Основные направления профилактики суицидального поведения детей и подростков

Профилактика самоубийств подразделяется на следующие виды: **первичную, вторичную и третичную**. Основная цель первичной профилактики состоит в предотвращении суицидальных рисков и развития суицидального поведения. Содержание вторичной профилактики заключается в предотвращении суицида у тех лиц, у которых уже развилось суицидальное поведение. Суть третичной профилактики состоит в предотвращении повторных суицидальных покушений у лиц, совершивших суицидальную попытку, а также оказание психотерапевтической помощи родным и близким человека, погибшего от самоубийства.

Рассмотрим подробнее содержание и суть мероприятий всех трех видов профилактики суицидального поведения.

Большая роль отводится **первичной профилактике** самоубийств. В нашей стране основные направления первичной профилактики суицидального поведения детей и подростков связаны именно с организацией специализированных суицидологических служб. Развитие суицидологических служб в нашей стране связано с вышедшим в 1998 г. приказом Министерства здравоохранения РФ № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением». Согласно данному приказу, суицидологическая служба должна включать такие подразделения, как «телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи и отделение кризисных состояний (кризисный стационар).

Первичная профилактика требует разработки и проведения специальных мероприятий, координирующих деятельность разных служб и организаций в данной области. Прежде всего, первичная профилактика включает мероприятия, связанные с широкомасштабной антисуицидальной пропагандой с помощью средств массовой информации, а также методов просветительной работы. Кроме того, первичная профилактика включает целенаправленную работу с группами населения, отличающимися высоким суицидальным риском (одинокое пожилые люди, инвалиды, малообеспеченные слои населения, больные тяжелыми соматическими заболеваниями и т.д.). При этом такая работа включает в себя как психологическую, так и чисто практическую, социальную помощь данным категориям населения. Немаловажным является также выявление среди них людей с уже имеющимися проявлениями суицидального поведения. К первичной профилактике относится также обучение специалистов, которое заключается в специализированном обучении распознавания суицидальных рисков, ограничение доступа населения к средствам суицида, контроль характера сообщений о

самоубийствах в средствах массовой информации и информирование населения о существующей системе медико-психологической помощи.

Телефон доверия предназначен как для оказания экстренной психотерапевтической помощи людям в кризисных и суицидоопасных состояниях, так и для профилактической консультативной помощи по телефону обращающимся лицам с целью предотвращения у них суицидальных действий. На таком телефоне дежурят специально подготовленные врачи-психотерапевты и клинические психологи, отвечающие на звонки людей, нуждающихся в неотложной психотерапевтической помощи. При этом телефон доверия функционирует круглосуточно, без праздничных и выходных дней, чтобы обеспечить максимальную доступность помощи для населения. Основная задача данного подразделения суицидологической службы состоит в нивелировании у обратившихся кризисных состояний путем психотерапевтических бесед и применения при необходимости неотложных мер по предотвращению суицидальных тенденций.

Кабинет социально-психологической помощи оказывает консультативно-лечебную и профилактическую помощь лицам, добровольно обращающимся в связи с кризисным, суицидоопасным состоянием. Основными задачами кабинета являются консультативно-диагностическая работа, оказание медицинской, психологической и социальной помощи, психологическая и психопрофилактическая помощь населению. Кабинеты социально-психологической помощи представляют собой амбулаторное звено суицидологической службы. В них ведут прием врачи-психотерапевты, клинические психологи и специалисты по социальной работе. Такие кабинеты могут открываться как при поликлиниках общесоматической сети, так и при различных немедицинских учреждениях (центры социального обслуживания, психологические консультации, центры занятости населения и т.д.). Пациенты обращаются в такие центры очно, однако, у них при этом не требуют документов, подтверждающих личность, то есть прием является анонимным. Это необходимо, чтобы устранить у пациентов возможный психологический барьер, связанный со страхом огласки их проблем и возможного психиатрического учета. В то же время, в кабинетах социально-психологической помощи не выдаются никакие справки и больничные листы, чтобы избежать обращения пациентов с какими-либо рентными установками (оправдать прогул на работе, уйти от уголовного наказания, уклониться от службы в армии и т.п.).

Третье звено превентивной суицидологической службы – кризисный стационар. Он предназначен для тех людей, которым для предотвращения суицида необходимо временное удаление из психо-травмирующей ситуации. Кризисный стационар относится к психотерапевтическим стационарам. Но открывается он в структуре непсихиатрических лечебно-профилактических учреждений, чтобы после выписки из него у пациента в больничном листе не значилось, что он лечился в психиатрической больнице. Психиатрический диагноз, если таковой выставлялся пациенту, в больничном листе также не указывается. Анонимным

лечение в кризисном стационаре быть уже не может, поэтому здесь необходимо предъявление документов, подтверждающих личность. После выписки из кризисного стационара пациент некоторое время продолжает наблюдаться в кабинете социально-психологической помощи.

Подобная модель суицидологической службы впервые была разработана и опробована в нашей стране в конце 70-х годов прошлого века, и с тех пор распространилась по многим регионам России, став общепринятой. К сожалению, во многих регионах из всех звеньев суицидологической службы на сегодняшний день функционирует только телефон доверия, что, конечно, является недостаточным для полноценной профилактики суицидов среди населения республики. Помощь суицидентам часто ограничивается неотложными соматическими мероприятиями, проводимыми в отделениях скорой помощи, после выписки из которых пациенты нередко совершают повторные самоубийства. Эти данные свидетельствуют о необходимости дальнейшей работы по организации деятельности суицидологических служб. Вместе с тем, следует отметить недостаточно высокую обращаемость лиц с кризисными состояниями и суицидальными тенденциями в подобные учреждения. Данное обстоятельство позволяет говорить о том, что повышение эффективности выявления подобных лиц для оказания им специализированной медико-психологической и социальной помощи может способствовать снижению уровня самоубийств у детей и подростков.

В ходе данного исследования была изучена специализированная суицидологическая служба в Республике Бурятия. Важную роль в первичной профилактике играет *телефон доверия*. В Бурятии телефон доверия является структурным подразделением психоневрологического диспансера и предназначен для профилактической консультативной помощи по телефону обращающимся лицам с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий. Отделение организуется в специально оборудованном помещении, где при необходимости предусмотрено несколько номеров телефонов, и работает без непосредственного контакта с пациентом, ежедневно, круглосуточно, без перерыва. Адрес телефона доверия не указывается в адресных справочниках. Специалисты отделения представляются только как «телефон доверия» или под псевдонимом, не называя своих паспортных данных и адреса.

Пребывание посторонних лиц в помещении отделения и использование принадлежащих ему линий связи для личных разговоров исключается.

К работе отделения привлекаются врачи-психиатры, врачи-психотерапевты или медицинские психологи, прошедшие специализацию по суицидологии, и имеющие стаж работы в учреждении, оказывающем психиатрическую помощь.

Продолжительность одной беседы с абонентом определяется индивидуально в зависимости от реализации психотерапевтических целей.

В тех случаях, когда в ходе беседы возникает предположение о наличии у абонента психического расстройства, которое обуславливает его

непосредственную опасность для себя или окружающих, или абонент находится в остром психотическом состоянии, при котором оставление его без психиатрической помощи может существенно ухудшить его состояние и при этом установление контакта с окружающими абонента лицами невозможно, дежурный по отделению принимает меры к установлению места пребывания и паспортных данных абонента и сообщает о его состоянии в службу скорой психиатрической помощи, участковому врачу-психиатру, в полицию.

В остальных случаях дежурный по отделению, сохраняя тайну беседы, не просит у абонента сведения о его месте пребывания и паспортных данных.

Дежурный по отделению может дать совет абоненту обратиться в психоневрологический диспансер (отделение, кабинет), в психотерапевтический кабинет поликлиники, в кабинет семейного врачебно-психологического консультирования, кабинет социально-психологической помощи, в отделение кризисных состояний, в юридическую консультацию и иные учреждения.

Обращение абонентов в отделение регистрируется в журнале обращений по телефону доверия, где кратко описывается содержание беседы, указываются принятые меры (совет, его содержание, обращения дежурного в другие учреждения и др.), при необходимости – место пребывания абонента и его паспортные данные.

С целью организации первичной профилактики самоубийств в Бурятии функционирует *кабинет социально-психологической помощи*, который является самостоятельным структурным подразделением психоневрологического диспансера, оказывает консультативно-лечебную и профилактическую помощь лицам, добровольно обращающимся в связи с кризисным, суицидоопасным состоянием.

Основными задачами кабинета являются:

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

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

- патологические и непатологические ситуационные реакции;
- невротические депрессии;
- психопатические реакции и декомпенсации психопатий;
- патохарактерологические развития личности.

Медицинская и социально-психологическая помощь лицам с указанными расстройствами оказывается по их желанию анонимно. Больные с тяжелыми

психическими расстройствами, обуславливающими непосредственную опасность для себя или окружающих, согласно Закону РФ об оказании психиатрической помощи, направляются в учреждения, оказывающие стационарную психиатрическую помощь.

С целью оказания адресной помощи в Бурятии органами управления здравоохранением по предложению главного психиатра министерства здравоохранения Республики Бурятия на базе городских ЛПУ создаются *палаты (койки) кризисных состояний*, основными задачами которых являются:

- стационарная лечебно-диагностическая помощь при ситуационных реакциях, психогенных и невротических депрессиях, психопатических реакциях и декомпенсациях психопатий, протекающих с выраженными суицидальными тенденциями;
- организация психотерапевтической, медико-психологической и социальной помощи населению;
- проведение дифференциально-диагностических мероприятий в сложных клинических случаях, проведение стационарной экспертизы трудоспособности;
- создание для пациентов палаты (коек) психотерапевтической среды.

Вторичная профилактика включает мероприятия, направленные на снижение суицидальных тенденций и предупреждение повторного суицидального поведения у лиц, совершивших попытку самоубийства. Вторичная профилактика суицидального поведения включает систему медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на предотвращение суицидального поведения у лиц, совершивших попытку самоубийства или обнаруживших суицидальные тенденции (суицидальные мысли и побуждения).

Третичная профилактика включает предотвращение повторных суицидальных покушений у лиц, совершивших суицидальную попытку, а также оказание психотерапевтической помощи родным и близким человека, погибшего от самоубийства. Она также включает мероприятия, направленные на оказание медико-психологической и социальной помощи родственникам и близким друзьям лиц, погибших в результате самоубийства. Среди последних большое значение имеют группы поддержки родственников лиц, совершивших суицид. Иными словами, суть мероприятий вторичной и третичной профилактики суицидального поведения сводится к психотерапевтической помощи и лечению суицидоопасных состояний. В отношении психически здоровых людей и людей, страдающих пограничными психическими расстройствами, проведение вторичной и третичной суицидологической профилактики является задачей специализированной суицидологической службы. Необходимость в организации такой служба обусловлена, с одной стороны, большой распространенностью суицидального поведения. С другой стороны, психически здоровые люди и люди с пограничными психическими расстройствами, как правило, не хотят обращаться в психиатрические учреждения даже в кризисных состояниях, не желая принимать на себя роль психически больного. Что касается проведения

профилактики среди больных тяжелыми психическими расстройствами, то она является задачей психиатрической службы и осуществляется лечащими врачами-психиатрами и иным персоналом данной службы.

Другим важным направлением профилактики суицидального поведения является **обучение специалистов**, работающих в системе здравоохранения, образования и социальной помощи населению (педагоги, психологи, врачи, социальные работники и др.), навыкам распознавания суицидальных тенденций и кризисных состояний, связанных с высоким суицидальным риском. Именно обучение различных категорий специалистов, работающих с населением (участковых терапевтов, медсестер, социальных работников и др.), навыкам распознавания депрессий и суицидальных тенденций, позволит повысить вероятность своевременного выявления лиц с высоким суицидальным риском и приведет к снижению количества самоубийств. Специализированные учебные программы, направленные на повышение знаний о методах диагностики и лечения депрессивных состояний и суицидальных тенденций, могут быть одним из направлений профилактики суицидов и приводить к значимому снижению уровня суицидов среди детей и подростков.

Одним из важных направлений первичной профилактики самоубийств является **ограничение доступа лиц с суицидальным риском к средствам суицида**. К примеру, ограничение доступа населения к барбитуратам, смертельным в больших дозах. Либо ограничение доступа к огнестрельному оружию также является эффективной стратегией профилактики самоубийств. В то же время необходимо отметить, что ограничение доступа к каким-то одним средствам самоубийства обычно приводит к тому, что многие люди (особенно с истинными суицидальными тенденциями) начинают использовать другие способы суицида. Например, ограничение доступа к огнестрельному оружию приводит к увеличению случаев самоповешения и использования других средств суицида. Однако, применение способов самоубийства, не столь опасных, как оружие или высокотоксичные вещества, дает больше шансов на спасение, повышает вероятность предотвращения суицида.

Еще одним важным направлением первичной профилактики суицидального поведения является **контроль характера сообщений о самоубийствах в средствах массовой информации**. В настоящее время считается доказанным, что сообщения о самоубийствах или изображения самоубийств, передаваемые в средствах массовой информации (СМИ), имеют негативный эффект и могут провоцировать суицидальные действия, особенно у подростков и лиц молодого возраста. Информация о самоубийствах в СМИ провоцирует риск подражательных самоубийств: детальные описания используемых методов самоубийства; сенсационный стиль сообщений или многократно повторяющиеся сообщения; подробные описания самоубийств знаменитостей. Риск подражательных самоубийств особенно высок у подростков и лиц молодого возраста, чувствительных к воздействию СМИ, а также в случаях, когда имеется сходство по

возрасту, полу и национальности между аудиторией и человеком, чье самоубийство изображается в СМИ. Отсюда актуализируется проблема превенции суицидов к представителям СМИ в рамках национальных программ. Значимым представляется требование не публиковать сообщения в СМИ о случаях самоубийства, носящих чрезмерно сенсационный характер или включающих детальные описания обстоятельств и метода совершения суицида. Данная профилактическая мера представляется весьма эффективной в целях снижения уровня детско-подростковых самоубийств.

Во всем мире предотвращению самоубийств не уделяется надлежащего внимания, в основном, из-за недостаточной информированности о том, что самоубийства являются значительной проблемой, а также из-за того, что во многих обществах открытое обсуждение этой проблемы запрещено. В действительности, лишь немногие страны включили предотвращение самоубийств в свои приоритетные задачи. Несомненно, что необходимо прилагать значительные усилия для создания надежных систем регистрации самоубийств и связанной с ними отчетности. Очевидно, что для предотвращения самоубийств необходимы действия и за пределами сектора здравоохранения. Для этого необходим инновационный, комплексный многоведомственный подход, охватывающий как сектор здравоохранения, так и другие сектора, как образование, трудоустройство, полиция, правосудие, религия, законодательство, политика и СМИ.

Каждый год 10 сентября Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) вместе с Международной ассоциацией по предотвращению самоубийств и другими партнерами выступают в защиту надлежащего лечения и последующего ухода за людьми, пытавшимися совершить самоубийство, а также более взвешенного освещения самоубийств в СМИ. Самоубийства являются приоритетной проблемой в Программе действий ВОЗ по заполнению пробелов в области охраны психического здоровья. В 1999 году ВОЗ приступила к осуществлению программы SUPRE – всемирной инициативы по превенции самоубийств. Эта программа входит в серию ресурсов, подготовленных в качестве составных частей программы SUPRE и адресованных отдельным социальным и профессиональным группам, имеющим непосредственное отношение к превенции самоубийств. Она представляет собой звено в длинной и разветвленной цепи, включающей множество лиц и групп, в том числе, работников систем здравоохранения и образования, социальных служб, государственных и законодательных органов, учреждений правопорядка, а также семьи и сообществ. Текст Превенции приводится в Приложении 5.

Нужно отметить, что важным направлением профилактики суицидального поведения, связанным с деятельностью СМИ, является информирование населения о существующей системе оказания медико-психологической помощи. В средствах печати, радио и телевидении должна быть широко представлена информация, касающаяся деятельности «телефонов доверия», центров

социально-психологической помощи, кризисных отделений, куда могут обращаться за помощью люди, переживающие кризисные состояния.

Особо следует подчеркнуть, что на стадии суицидальных мыслей и суицидального намерения на подростка могут повлиять как факторы риска, так и факторы защиты.

К *факторам риска*, которые могут способствовать суицидальным проявлениям, то есть подтолкнуть подростка от намерения к действиям, можно отнести различные стрессоры. К таким стрессорам относятся, прежде всего, отвержение сверстниками; смерть любимого или значимого человека; разрыв отношений с любимым человеком; межличностные конфликты или утраты значимых отношений; проблемы с дисциплиной или законом; давление, оказываемое группой сверстников; разочарование успехами в школе или неудачи в обучении; высокие требования в школе к итоговым результатам обучения (экзаменам); нежелательная беременность, аборт и его последствия (для девушки); заражение СПИД или болезнями, передающимися половым путем; серьезные телесные болезни; чрезвычайные внешние ситуации и катастрофы [22, с. 56].

К *факторам защиты*, которые способны повлиять на решения подростка отказаться от суицидальных мыслей и намерений в первую очередь относят социальную среду, в которой находится подросток, негативное отношение к суицидам. При этом, негативное отношение возможно развить с помощью первичной профилактики, основанной на семинарах, лекциях, социальной рекламе).

Иными словами, профилактика суицидального поведения должна иметь два основных направления: ликвидацию стрессоров или ограничение подростков от факторов риска и увеличение числа факторов защиты подростков от суицида.

В настоящее время, по рекомендации Международной ассоциации по предотвращению самоубийств во многих странах и городах созданы службы поддержки подростков, оказавшихся на грани самоубийства с целью их предотвращения. Данная форма организации медицинской и социально-психологической работы направлена на помощь нуждающимся в квалифицированном совете или медикаментозном лечении.

Службы ориентированы на широкие круги населения, в первую очередь, на лиц, испытывающих состояние психологического кризиса, подростков, подверженных влиянию стрессогенных факторов и являющихся потенциально суицидоопасными. Одним из главных принципов деятельности служб является их анонимность.

Помощь подросткам, склонным к суицидальному поведению, по мнению специалистов должна проходить в несколько этапов: диагностический, коррекционно-терапевтический и профилактический.

Диагностический этап предполагает выявление в школьной среде детей и подростков, склонных к суицидальному поведению. Диагностика должна включать в себя следующие мероприятия. Это, прежде всего, проведение

исследований, позволяющих определить степень тревожности, агрессивности, раздражительности, впечатлительности подростка, особенностей его взаимоотношений с родителями, сверстниками и учителями. Далее работа на диагностическом этапе подразумевает проведение бесед, наблюдений, опросов, изучение продуктов творческой деятельности учащихся (сочинений, рисунков и т.п.), а также диагностику круга его интересов, любимых книг, телепередач, музыки и обязательно наиболее часто посещаемых им Интернет-сайтов. Кроме того, необходимо проведение диагностики родителей (по соглашению с ними) для сопоставления результатов взрослых и детей и выявления уровня взаимопонимания и необходимости дальнейшей психолого-терапевтической поддержки данной семьи и данного ребенка.

Коррекционно-терапевтический этап направлен на поддержку трудного подростка консолидировано педагогами и родителями. Сюда входят такие методы и формы, как: а) семейная терапия – работа психолога и педагога внутри семьи; б) групповая терапия – работа в группе, состоящая из нескольких семей с трудными подростками; в) внеклассные часы с участием родителей, психологов и других компетентных органов с целью сообщения информации о суицидах и их последствиях, а также формирования у учащихся таких понятий, как «ценность человеческой жизни», «цели и смысл жизни»; г) совместные занятия родителей и детей в секциях, соревнованиях, походах и т.д.

Данная работа должна быть направлена на формирование стрессоустойчивости подростка и сплоченности семьи, психологической подготовки и умения противостоять жизненным проблемам. Также данная работа, проводимая психологом, должна основываться на принципах уважения к личности ребенка как дома, так и в школе, недопущения его унижения и предъявления к нему повышенных требований. В такой совместной деятельности, которая может быть организована для нескольких семей, воспитывающих трудных подростков, родители могут поделиться своим педагогическим опытом, а дети – ближе узнать друг друга и понять, что те проблемы, которые им приходится преодолевать, также являются значимыми и для их ровесников.

Профилактический этап предполагает преимущество работы с подростком, склонным к суициду, с доминирующим семейным фактором. Атмосфера семейного внимания, тепла и поддержки будет лучшей средой, позволяющей такому подростку оставить мысли о смерти и с надеждой смотреть в будущее.

Существуют различные формы психопрофилактической работы. Рассмотрим их. Первая форма – *организация социальной среды*, иными словами создание благоприятных факторов, влияющих на отказ подростка от суицида. Это достигается с помощью воздействия на подростков, направленного на негативное отношение к суициду, в общем. Объектами данной работы выступают семья, группа подростков (школа, класс, клуб и т.д.), отдельная личность. Одним из методов воздействия может выступать социальная реклама, проведение спортивных мероприятий, походов, совместной работы в коллективе.

Вторая форма психопрофилактической работы – *информирование*. Информирование проходит при помощи лекций, бесед, тренингов, социальной рекламы, статей в журналах, проведения тематических мероприятий и т.д. Суть подхода заключается в попытке воздействия на когнитивные процессы личности с целью повышения ее способности к принятию конструктивных решений.

Третья форма – *активное социальное обучение социально-важным навыкам*. Данная модель преимущественно реализуется в форме групповых тренингов, основная цель которых состоит в развитии способностей сказать «нет» в случае негативного давления сверстников, формировании навыков принятия решения, повышения самооценки, самоопределение подростка и развитие жизненных ценностей, а также в формировании навыков общения и конструктивности разрешения конфликтов.

Четвертая форма – *организация деятельности, альтернативной девиантному поведению*. Это и познание окружающего мира, и испытание своих собственных сил (походы, путешествия, рискованный спорт), и творческая деятельность (театр, кино, рисование и т.д.).

Пятая форма – *организация здорового образа жизни*, основанная на позитивном отношении к спорту и желанию гармонично развиваться и заниматься активными видами досуга.

Шестая форма – *активизация личностных ресурсов*. Активные занятия подростков спортом, их творческое самовыражение, участие в группах общения и личностного роста – все это активизирует личностные ресурсы, в свою очередь обеспечивающие активность личности, ее здоровье и устойчивость к негативному внешнему воздействию.

Седьмая форма – *сведение к минимуму последствий суицидального поведения*, которое привело к незавершенному суициду. Данная форма направлена на работу с подростком, оказания ему психологической помощи с целью избегания рецидива. Следует подчеркнуть, что определенные методы и направления профилактики суицидального поведения подростков действенны в различных формах. Так, например, творческая деятельность может служить альтернативой девиантному поведению и активизации личностных ресурсов. Также данный метод уместен при профилактике рецидива суицида, как сопутствующий. В зависимости от организации психологической профилактики суицидов детей и подростков можно выделить формы индивидуальной, семейной, групповой работы.

Таким образом, в целях предупреждения суицидального поведения могут использоваться различные социально-психологические методы. Среди ведущих методов психопрофилактической работы следует выделить информирование, групповые дискуссии, тренинговые упражнения, ролевые игры, моделирование эффективного социального поведения, психотерапевтические методики.

В Республике Бурятия, наряду с другими регионами Российской Федерации, эффективно применяются в практической деятельности меры по предупреждению

детско-подростковых суицидов. Результатом такой работы является отлаженный механизм межведомственного взаимодействия образовательных организаций, органов здравоохранения, опеки, активной общественности и аппарата Уполномоченного по правам ребенка с правоохранительными органами. Кроме того, на постоянной основе осуществляется мониторинг социальных сетей с целью выявления групп, пропагандирующих суицидальную тематику, а также иной информации, способной причинить вред здоровью и развитию детей. При поступлении информации подобного рода организуется проведение проверки территориальными органами МВД для принятия решения и уведомления регионального отделения Роскомнадзора с целью блокирования данного сайта, материалы проверки направляются в Следственный комитет.

Стоит отметить, что разработка профилактических мер и превентивных программ в области суицида по-прежнему остается одной из приоритетных направлений деятельности специалистов, взаимодействующих с детьми и подростками. Заметим, что выполнение многих из задач, указанных выше, предполагает знание социально-психологических закономерностей, ибо речь идет об изменении мнения и поведения, о формулировании стратегии влияния на различные группы, а также о замерах эффективности программ.

Кроме того, на территории Республики Бурятия в системе здравоохранения внедрены медико-социальные технологии:

- организация клиник, дружественных к молодежи;
- функционирование Кризисного центра для несовершеннолетних беременных «Маленькая мама»;
- внедрение Службы профилактики отказов от новорожденных;
- внедрение и расширение охвата технологией «Раннее вмешательство» для профилактики развития инвалидности у детей с проблемами здоровья;
- кабинет социально-психологической помощи при ГБУЗ «РПНД»;
- стационарная помощь в отделении неврозов ГБУЗ «РПНД»;
- телефон доверия для детей и подростков в ГБУЗ «РПНД» (26-81-67);
- республиканский телефон доверия по оказанию антикризисной помощи в круглосуточном режиме (668-311);
- ГБУЗ «Республиканский центр медицинской профилактики», работа в проекте «Развитие стрессоустойчивости, профилактика суицидов среди детей и подростков в условиях неблагоприятной социальной среды».

2.2. Психологическая коррекция и психотерапия суицидального поведения

Психологическая коррекция и психотерапия являются наиболее важными звеньями системы медико-психологической помощи лицам с суицидальным поведением. Следует отметить, что длительное время в отечественной и зарубежной литературе отсутствовали работы, посвященные специализированным методам психокоррекционной работы с суицидальными пациентами.

Это было связано с доминировавшим представлением о самоубийстве как следствии психического заболевания (такого, как депрессия, шизофрения, алкоголизм) или тяжелого жизненного кризиса, переживаемого индивидом. Отсюда следовал вывод, что лечение психического заболевания и помощь человеку в разрешении кризисных ситуаций являются основными способами снижения риска самоубийства. Между тем исследования последних лет показали, что, возникнув на фоне интенсивных кризисных переживаний, суицидальное поведение в дальнейшем начинает развиваться по собственным законам, теряя связь со стрессовыми ситуациями, первоначально лежавшими в его основе. Это свидетельствует о необходимости использования психокоррекционных методов, воздействующих на специфические психологические и психофизиологические факторы, вызывающие и поддерживающие суицидальное поведение пациентов.

Знания о механизмах формирования суицидального поведения составляют теоретическую основу дифференцированного подхода к психологической коррекции лиц с различными видами суицидальных реакций. Так, основными задачами психологической коррекции *импульсивного парасуицидального поведения* являются формирование навыков регуляции эмоций, повышение толерантности к негативным переживаниям, снижение импульсивности и повышение способности к произвольному контролю поведенческих реакций. В то время как психологическая коррекция *истинного суицидального поведения* направлена преимущественно на изменение суицидогенных установок и неадаптивного поведенческого стиля, развитие способности к решению проблем и преодоление безнадежности [4].

Психокоррекционная работа с лицами, пережившими *единичный суицидальный эпизод*, носит относительно кратковременный характер и ориентирована в первую очередь на кризисную поддержку и помощь пациенту в разрешении кризисных проблем, в то время как медико-психологическая коррекция лиц с *многократными суицидальными эпизодами* носит долгосрочный характер и направлена на изменение устойчивых форм стереотипного суицидального реагирования пациентов и профилактику рецидивов [19].

В процессе коррекционной работы с лицами, впервые пережившими суицидальный кризис, используется программа кризисной психотерапии, разработанная в Федеральном суицидологическом научно-методическом центре. Особенности программы являются неотложный характер психотерапевтической помощи, нацеленность на обнаружение и коррекцию неадаптивных установок, приводящих к развитию суицидальных переживаний, поиск и тренинг неопробованных пациентом способов разрешения актуального межличностного конфликта. Указанным особенностям соответствуют три этапа кризисной психотерапии: кризисная поддержка, кризисное вмешательство и повышение уровня адаптации. Этап кризисной поддержки включает установление терапевтического контакта, раскрытие суицидоопасных переживаний, мобилизацию личностной защиты и заключение терапевтического договора. В процессе

установления психологического контакта и раскрытия суицидоопасных переживаний специалист сочувственно выслушивает клиента, способствует реагированию подавляемых им негативных эмоций. Анализируется связь субъективных проявлений переживаемого им кризисного состояния с вызвавшим его событием, что способствует кризисной ориентации терапии. Обсуждаются характер и интенсивность испытываемых клиентом суицидальных мыслей и побуждений. Мобилизация личностной защиты осуществляется за счет актуализации антисуицидальных мотивов. Рассматриваются способы адаптации, успешно применявшиеся человеком в прошлом, возможность использовать внешние источники психологической поддержки. В процессе заключения терапевтического договора кризисная проблема обсуждается в понятных человеку терминах, осуществляется договоренность о кризисной ориентации терапии и сроках лечения, оговаривается возможное посредничество психотерапевта в контактах со значимыми для клиента лицами.

Этап кризисного вмешательства включает рассмотрение неопробованных пациентом способов решения кризисной проблемы, выявление и коррекцию неадаптивных установок, блокирующих оптимальные способы разрешения кризиса, активизацию терапевтической установки. Рассмотрение неопробованных способов решения кризисной проблемы включает поиск лиц из ближайшего окружения человека, с которыми он мог бы сформировать новые значимые отношения. Особое значение имеет выявление и коррекция неадаптивных (суицидогенных) установок, под которыми понимаются представления клиента о большей, чем собственная жизнь, значимости той или иной ценности. Снижение значимости доминирующих ценностей осуществляется путем актуализации антисуицидальных факторов. В процессе активизации терапевтической установки достигается переключение усилий человека на повышение собственных возможностей по разрешению конфликтной ситуации.

Этап повышения уровня адаптации включает тренинг неопробованных способов адаптации, выработку навыков самоконтроля и самокоррекции в отношении неадаптивных установок, введение значимых для человека других лиц для помощи в закреплении навыков адаптации после окончания лечения. Основными психотерапевтическими методами, используемыми на данном этапе, являются коммуникативный тренинг, ролевой тренинг, психодрама и аутогенная тренировка. На заключительном этапе психокоррекционной работы суммируются достижения человека, составляются реалистические планы на будущее, подкрепляется его уверенность в возможности реализовать намеченные планы и обсуждается, каким образом опыт выхода из данного кризиса может помочь в преодолении будущих кризисов [19].

При работе с лицами, пережившими несколько суицидальных эпизодов, важнейшей задачей психокоррекционных мероприятий является профилактика рецидивов суицидального поведения. Несмотря на то, что у многих депрессивных

лиц, госпитализированных в связи с суицидальными попытками, под влиянием лечебных воздействий (медикаментозной терапии, терапии средой) наблюдаются достаточно быстрое уменьшение выраженности депрессивной симптоматики, исчезновение суицидальных мыслей и нормализация эмоционального состояния, тем не менее, для многих из них по возвращении в привычную социальную среду свойственно повторное возникновение суицидальных мыслей и побуждений. В связи с этим, психологическая коррекция направлена не столько на облегчение текущего эмоционального состояния пациентов, сколько на предотвращение их суицидального реагирования в будущем. Данная задача эффективно решается при помощи психокоррекционных воздействий, побуждающих суицидентов осознавать и формировать критическое отношение к негативным мыслям и установкам, стереотипно возникающим в состояниях сниженного настроения и предшествующим появлению суицидальных импульсов («Я не могу больше это терпеть; «Я устал так жить»; «Мои страдания никогда не закончатся»). Эффективным способом предотвращения руминации («умственной жвачки») является методика саморегуляции внимания, направленная на развитие способности человека произвольно контролировать свое внимание и мыслительную деятельность в состояниях тревоги и сниженного настроения. Данная методика основывается на наблюдениях, что при руминации внимание человека полностью поглощено негативными мыслями и переживаниями («загруженность» депрессивными мыслями), повседневную активность он осуществляет «на автопилоте»: завтракает – и не ощущает вкуса пищи, автоматически выполняет домашние дела, здороваются с соседями, идет на работу. Он не сконцентрирован на «настоящем», его внимание сосредоточено либо на травмирующем «прошлом», либо на беспросветном «будущем». Попытки сознательного подавления негативных мыслей оказываются безуспешными: суициденты на какое-то время могут отвлечься от них, однако затем негативные мысли снова с легкостью всплывают в их сознании. Суть коррекционной методики состоит в том, что человека обучают не жить «прошлым» или «будущим», а полностью сосредоточить внимание на «настоящем», на ощущениях «здесь и теперь». Человек должен периодически концентрировать внимание на внешних и внутренних ощущениях, возникающих в процессе какой-либо повседневной активности (например, концентрировать внимание на своих вкусовых ощущениях во время приема пищи), при появлении негативных мыслей ему не следует «раскручивать» эти мысли или стараться подавить их, он должен отметить факт их появления, затем снова переключить внимание на ощущения настоящего момента.

С целью закрепления навыков преодоления негативных мыслей и суицидальных побуждений часто используется методика конфронтации, суть которой в том, что человека побуждают в детализированной форме представлять пережитые им в прошлом стрессовые ситуации, вызвавшие суицидальные мысли или спровоцировавшие попытку суицида, концентрироваться на

связанных с этими ситуациями болезненных мыслях и переживаниях, а затем преодолевать эти мысли при помощи саморегуляции внимания, самоинструктирования, психофизиологической саморегуляции и других приемов, которыми человек овладел в ходе коррекционных занятий. Также с ним подробно обсуждают возможные негативные события в будущем, которые могут спровоцировать возникновение у них суицидальных импульсов. Им предлагают представить себя в проблемных ситуациях, которые могут возникнуть в будущем, вообразить типичные негативные мысли и суицидальные побуждения, которые у них могут вызвать эти ситуации, затем преодолеть эти побуждения и попытаться выработать возможные способы решения проблем [4].

Необходимо отметить, что психологическая коррекция лиц с многократными эпизодами суицидального поведения всегда проводится в системе комплексной психиатрической, медико-психологической и социальной помощи, направленной на улучшение социального функционирования и повышение качества жизни.

В качестве основы при составлении психокоррекционных программ могут послужить формы и методы различных направлений психокоррекции и психотерапии [33].

Игротерапия. При помощи игр можно видеть, с чем в игре ассоциируется у ребенка травма, проблема, опыт прошлого, что мешает ему нормально жить. Здесь игра выступает в качестве инструмента наблюдения за ребенком, его изучения. С помощью игр реализуется классическая психоаналитическая техника, при которой происходит вытеснение желания, замена одного действия другим, отсутствие внимания, оговорки, запинки и т.д. Для реализации поставленных целей можно использовать различные игры, как директивные, так и свободные (неуправляемые). Игры могут быть регрессивными (возврат ребенка в более ранний возраст), реалистичными (поставленная определенная объективная ситуация независимо от желания ребенка), агрессивными. В играх дети и подростки будут возвращаться к пережитым стрессовым ситуациям до тех пор, пока не научатся справляться с ними, но здесь важна роль психолога, который должен научить ребенка в игре преодолевать его страхи. Вместе с тем, игру не стоит рассматривать единолично, как один из методов помощи подростку, игра – это один из этапов реабилитационной терапии.

Арт-терапия. Данный метод основан на утверждении «искусство лечит». Основная цель арт-терапии состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания. С точки зрения психоанализа, основным механизмом арт-терапии является сублимация. Ценность применения искусства в терапевтических целях состоит в том, что с его помощью можно на символическом уровне выразить и исследовать самые разные чувства: любовь, ненависть, обиду, злость, радость и т.д. Методика арт-терапии базируется на том убеждении, что внутреннее «Я» человека отражается в зрительных образах всякий раз, когда он рисует, пишет картину или лепит

скульптуру. Наиболее благоприятным для решения коррекционных и реабилитационных задач является изображение художественных образов, позволяющих ребенку реализовать все преимущества искусства и творчества. Примитивные же формы изображения, как, например, каракули, нерасчлененные предметы несут низкий потенциал возможностей символизации, не позволяют ребенку в полной мере реализовать задачу и осознать свои чувства и продвинуться в разрешении своей проблемы.

Музыкотерапия. Данный психотерапевтический метод основан на целительном воздействии музыки на психологическое состояние человека. Использование музыкотерапии способствует созданию условий для самовыражения детей, умению реагировать на собственные эмоциональные состояния. Применяемый музыкальный цикл в работе с группой или отдельными детьми может найти свое продолжение в изобразительной деятельности, когда детям предлагается нарисовать музыку, которую они слышали, нарисовать свои переживания, чувства, которые они испытывали, слушая музыку и т.д. Различают пассивную и активную формы музыкотерапии. При пассивной музыкотерапии детям и подросткам предлагают прослушивать различные музыкальные произведения. Целью в данном случае является определенное эмоциональное, в том числе эстетическое, переживание, которое должно способствовать реагированию тех или иных проблем и достижению новых смыслов. В качестве средств, способствующих музыкотерапии, часто используют такие дополнительные приемы, как дыхательные упражнения, аутотренинг, гипноз, живопись или танец.

Библиотерапия. Это есть метод воздействия на ребенка, вызывающий его переживания, чувства при помощи чтения книг. С этой целью психолог подбирает литературные произведения, в которых описаны страхи детей, формы переживания стрессовых ситуаций, выход из страшной для детей ситуации. Использование библиотерапии в антисуицидальной работе имеет большое значение. Опыт показывает, что для кризисных пациентов художественные произведения выступают медиатором выражения их собственных чувств, страхов, опасений и идентификации, соотнесения собственных свойств, смысла «Я» с другими, поэтому работа с книгами особенно значима при обсуждении на групповых занятиях. Вместе с тем, надо помнить о том, что существуют книги, оказывающие противоположный, антитерапевтический и суицидальный эффект. Это требует от психолога и педагога внимательного исследования воздействия текста на человека и более компетентной работы с ним.

Логотерапия. Данный метод предполагает беседу между ребенком и взрослым с целью установить доверительные взаимоотношения. В ходе беседы психолог просит описать свои чувства и переживания, что позволит достичь положительного отношения к тому, с кем ведется беседа, к умению сочувствовать и сопереживать.

Морита-терапия. При использовании данной методики моделируется ситуация, при которой подросток должен произвести хорошее впечатление на окружающих, при правильном использовании мимики, жестов, умении правильно выражать свои чувства и мысли как вербально, так и с помощью невербальных методов. Иными словами, данный метод учит правильно себя вести в различных ситуациях, быть вежливым и знать уместность действий и слов.

Таким образом, каждое направление психокоррекции и психотерапии имеет определенные возможности в профилактике суицидального поведения детей и подростков, а формы и методы данных направлений могут послужить в качестве основы при составлении психокоррекционных программ.

2.3. Развитие адаптивных копинг-стратегий у подростков как средство профилактики суицидальных рисков

По данным разных авторов, каждый год от 2 до 10 % учащихся школ совершают суицидальную попытку. Неблагополучная суицидальная ситуация обстоит в Сибири и на Дальнем Востоке: там происходит 30 самоубийств на 100 тысяч населения [26]. Этот показатель в полтора раза выше критического уровня, который обозначила Всемирная организация здравоохранения. Статистика показывает, что высокий уровень суицидов в детско-подростковой среде, к сожалению, не снижается, а в некоторых регионах она имеет тенденцию роста. Психологами отмечается, что до 13 лет суицидальные попытки являются достаточно редким явлением, в то время как с 14–15 лет суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума в 16–19 лет. Это говорит о том, что подростки не могут (и не умеют) справляться с кризисными ситуациями.

При рассмотрении проблемы суицидальных рисков важным представляется изучение проявлений стратегий совладающего поведения, поскольку адаптивные копинг-стратегии [1, 2, 7] являются эффективным средством профилактики суицидальных рисков. В современных условиях организм молодого человека подвержен большому влиянию различных неблагоприятных стрессовых факторов. Для совладания со стрессовыми ситуациями человек на протяжении своей жизни вырабатывает так называемое копинг-поведение или копинг-стратегии – то есть систему целенаправленного поведения по сознательному овладению ситуацией для уменьшения вредного влияния стресса [8, 9]. Практика показывает, что подростки прибегают к различным моделям совладающего поведения, которые в большинстве своем не срабатывают и несут деструктивный характер. Об этом свидетельствует отмеченная выше неблагоприятная статистика о суицидальной активности подростков. И именно развитие адаптивных копинг-стратегий у подростка авторы рассматривают как значимый фактор профилактики суицидальных рисков.

Целью исследования является изучение роли адаптивных копинг-стратегий в преодолении негативных эмоциональных состояний у подростков в контексте

профилактики суицидальных рисков. Исследование осуществлялось на базе средних общеобразовательных учреждений г. Улан-Удэ. Общий объем выборки составил 256 респондентов, средний возраст 15 лет. Для диагностики копинг-стратегий использовалась методика «Опросник способов совладания» Р. Лазаруса и С. Фолкман в адаптации Т.Л. Крюковой и др., для диагностики негативных эмоциональных состояний «Шкала тревожности» А. Бека, «Шкала безнадежности» А. Бека и «Шкала депрессии» А. Бека. Статистическая обработка данных производилась при помощи компьютерной программы SPSS 20.0.

Теория совладающего поведения (копинг-поведение) возникла в психологии во второй половине XX века. В самом общем понимании совладающее поведение характеризуется как готовность индивида решать жизненные проблемы. Оно представляет собой такое поведение, которое направлено на приспособление к обстоятельствам и предполагает сформированное умение использовать определенные средства для преодоления эмоционального стресса. Анализ полученных данных по методике Р. Лазаруса и С. Фолкман, выявляющей особенности копинг-поведения подростков, показал следующее. В целом по всей выборке показатели копинг-стратегий находятся в пределах среднего уровня напряженности (7–10,5 баллов). Наиболее предпочитаемыми стратегиями совладания у подростков являются стратегии *избегание*, *положительная переоценка* и *самоконтроль*. Иными словами, подростки, оказавшиеся в трудной ситуации, склонны прилагать определенные усилия по уходу от проблемной ситуации, стремятся придать позитивное значение происходящему, справиться с трудностями путем интерпретации обстановки в позитивных терминах, либо стараются регулировать собственные чувства и действия. Наименее популярной стратегией в подростковой выборке является стратегия *принятие ответственности*. Данная стратегия принятия ответственности заключается в признании своей роли в порождении проблемы и в попытке не повторять прежних ошибок.

Таблица 7

Копинг-стратегии подростков-мальчиков и подростков-девочек

Копинг-стратегии	общий показатель		девочки		мальчики	
	1	2	1	2	1	2
Планирование решения проблемы	9,4	3,50	8,0*	3,45	11,9	-0,27
Конфронтация	8,2	3,30	7,5**	3,27	9,3	0,69
Поиск социальной поддержки	8,1	3,18	7,3*	3,27	9,6	0,43
Принятие ответственности	7,2	2,25	7,2	1,99	7,1	0,15
Самоконтроль	10,3	3,49	10,2	3,86	10,4	0,81
Избегание	10,5	4,04	10,7	4,62	10,1	1,63
Дистанцирование	8,0	3,22	8,3	3,67	7,4	1,45
Положительная переоценка	10,2	3,49	9,8	3,67	10,9	0,43

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,1$. – среднее значение; 2 – стандартное отклонение

Сравнительный гендерный анализ выявил следующие значимые различия в копинг-поведении мальчиков и девочек. Так, мальчики достоверно чаще прибегают к стратегии *планирование решения проблемы* ($t=3,90$ при $p<0,01$) и к стратегии *поиск социальной поддержки* ($t=2,36$ при $p<0,05$). Мальчики стремятся к выработке плана действий и следования ему и прилагают усилия найти в обществе информационную, материальную и эмоциональную помощь в преодолении трудной ситуации. Также на уровне статистической значимости у мальчиков сильнее, чем у девочек выражен *конфронтационный копинг* ($p<0,1$), который предполагает определенную степень враждебности и готовности к риску и агрессивные усилия по изменению ситуации. У девочек наиболее предпочитаемыми стратегиями совладания являются стратегии *избегания* и *самоконтроля*, им свойственно стремление регулировать собственные чувства и действия и стремление избавиться от проблемной ситуации.

Следующим этапом данного исследования был анализ копинг-стратегий у подростков с высокими показателями тревожности, безнадежности и депрессии (подростки группы риска). Из общей выборки испытуемых (256 подростков) у 44 человек (20 девочек и 24 мальчиков) показатели шкал тревожности, депрессии и безнадежности были на высоком уровне и уровне выше среднего. Эти подростки условно вошли в группу риска. Мы предполагаем, что состояния негативного эмоционального спектра, в первую очередь, депрессивные и тревожные состояния, являются факторами суицидального риска в подростковом возрасте: негативно окрашенные эмоциональные состояния зачастую плохо осознаются самими подростками и могут выражаться в нарастании агрессивного поведения, упрямстве, оппозиционном поведении, в снижении настроения, в уходе в себя. Подростки с уровнем ниже среднего и низким уровнем тревожности, безнадежности и депрессии рассматривались нами как группа нормы. Переживание подростками депрессии, тревожности и безнадежности рядом авторов [2, 24, 20] рассматриваются как факторы суицидального риска в подростковом возрасте. Депрессивные состояния, сниженное настроение у подростков имеют свою специфику: они нередко плохо осознаются самими и могут выражаться в нарастании агрессивного (включая и аутоагрессивного) поведения, оппозиционного поведения, ухода в себя. Так, А. Бек рассматривает расстройства эмоционального спектра, в первую очередь, депрессивные и тревожные состояния, как одни из основных, если не ведущих, факторов суицидального риска [20].

Таблица 8

Копинг-стратегии подростков с различными показателями тревожности, безнадежности и депрессии (группы риска и нормы)

Копинг-стратегия	группа нормы		группа риска		Критерий Стьюдента	Уровень значимости
	1	2	1	2		
Планирование решения проблемы	10,3	3,57	7,9	2,92	2,10*	0,043

Конфронтация	8,1	3,20	8,3	3,58	-0,18	0,855
Поиск социальной поддержки	8,5	2,74	7,4	3,86	1,03	0,310
Принятие ответственности	7,3	1,86	6,9	2,88	0,61	0,546
Самоконтроль	10,7	3,96	9,5	2,38	1,05	0,302
Избегание	10,5	4,19	10,4	3,89	0,12	0,906
Дистанцирование	7,9	3,53	8,1	2,68	-0,20	0,839
Положительная переоценка	10,8	3,11	9,1	3,62	1,52**	0,095

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,1$ – среднее значение; 2 – стандартное отклонение

Анализ полученных данных показывает, что для подростков группы риска характерен субъектно-ориентированный тип преодоления стрессовой ситуации. Такой тип преодоления является следствием эмоционального реагирования на ситуацию, он не сопровождается, к сожалению, конкретными действиями, а проявляется в попытках уйти от проблемы, избежать ее, переложить свои заботы на других, либо использовать какие-либо средства компенсации таких отрицательных эмоций, как сон, еда и т.п. Им свойственно восстановление эмоционального баланса при помощи пассивных стратегий, а не через решение проблемы. Пассивные стратегии используются ими более интенсивно, особенно если у человека нет знаний, умений или реальных возможностей снизить давление стрессора. Согласно данным исследования, значимые различия между подростками групп риска и нормы обнаружены по стратегии *Планирование решения проблемы* ($t=2,10$; $p < 0,05$). Иными словами, подростки группы риска реже прибегают к адаптивной стратегии планирования. Данная стратегия включает в себя преодоление проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов. Следует отметить, что эффективность той или иной стратегии зависит от особенностей актуальной ситуации и имеющихся личностных ресурсов. Иными словами, стратегии, эффективные в одной ситуации, могут быть недостаточно эффективными в другой. Что касается стратегии *Положительная переоценка*, то ее значения в двух выборках подростков различны на уровне статистической достоверности ($p < 0,1$). Данный копинг связан с преодолением негативных переживаний за счет их положительного переосмысления, то есть проблема рассматривается как стимул для личностного роста. Здесь характерна ориентированность на надличностное, философское осмысление проблемной ситуации, включение ее в более широкий контекст работы личности над саморазвитием. Для подростков группы риска данная адаптивная стратегия свойственна в меньшей степени.

На этапе формирующего эксперимента в целях профилактики суицидального поведения были проведены тренинговые занятия с подростками группы риска. Профилактическая работа включала в себя девять занятий, темы занятий

затрагивали проблемы рискованного и аддиктивного поведения (вопросы о табакокурении, алкоголизме, наркозависимости, инфекциях, передающихся половым путем, ВИЧ, сохранении репродуктивного здоровья), а также вопросы, связанные с умением управлять своими эмоциями, чувствами, находить выход из конфликтных, стрессовых ситуаций. Психопрофилактические занятия проводились по разработанной программе, направленной одновременно как на снятие негативно окрашенных эмоциональных состояний (тревожность, безнадежность, депрессия), так и на осознание и изменение паттернов неэффективного поведения, в частности, расширение способов преодоления стрессовых ситуаций. Занятия проходили в интерактивной форме, что позволяло не только эффективно давать информацию, прорабатывать ситуации, овладевать конкретными умениями, но и отвечать на вопросы участников. Сама программа включала в себя просветительскую, консультативную, коррекционно-развивающую составляющие, направленные на развитие эффективных копинг-стратегий и формирование психологической стрессоустойчивости у подростков.

Результаты входной и итоговой диагностики особенностей эмоциональных состояний отражены в таблице 3. Для оценки эффективности проведенной профилактической работы с подростками группы риска нами был применен непараметрический критерий Вилкоксона. Согласно полученным данным, у подростков группы риска значительно снизились показатели по шкалам тревожности, безнадежности ($p < 0,05$) и депрессии ($p < 0,1$).

Таблица 9

**Сравнительный анализ данных входной и итоговой диагностики
негативных эмоциональных состояний у подростков**

Шкалы	до	после	уровень значимости
Депрессия	20,4	17,1	0,061**
Тревожность	24,5	18,6	0,011*
Безнадежность	26,8	21,6	0,042*

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,1$

На наш взгляд, низкие показатели адаптивных копингов (например, копинг-стратегии *принятие ответственности*) также могут говорить о недостаточно сформированном поведении, позволяющем справиться с трудной жизненной ситуацией, способом, адекватным личностным особенностям и самой ситуации, – через осознанные стратегии действий. На наш взгляд, фактор возраста в определенной степени влияет на выбор копинга *принятие ответственности*, то есть, чем старше возраст учащихся (старший школьный возраст), тем меньше ответственности они стремятся брать на себя, понимая всю ответственность за происходящее. Данные результаты позволяют говорить и об определенной инфантильности подрастающей молодежи.

**Сравнительный анализ данных входной и итоговой диагностики
копинг-стратегий у подростков**

Шкалы	до	после	уровень значимости
Планирование	7,9	9,4	0,038*
Конфронтация	8,3	7,9	0,241
Поиск социальной поддержки	7,4	8,2	0,350
Принятие ответственности	6,9	9,3	0,011*
Самоконтроль	9,5	11,7	0,040*
Избегание	10,4	8,6	0,033*
Дистанцирование	8,1	7,9	0,421
Положительная переоценка	9,1	10,2	0,651

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,1$

Исследование позволило определить следующие копинг-стратегии подростков: *самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, планирование решения проблем и положительная переоценка* как адаптивные, а такие копинг-стратегии: *конфронтация, избегание – бегство и дистанцирование* как неадаптивные. Что касается изменений в проявлениях копинг-стратегий у подростков по итогам программы (табл. 4), то здесь были получены положительные сдвиги по шкалам *планирование, признание ответственности, самоконтроль*. Наблюдалось достоверное снижение значений шкалы *избегание-бегство*. Исследование показывает, что задача совладания личности с негативными жизненными обстоятельствами в целях развития стратегии на преодоление трудностей, уменьшения их отрицательных последствий, достаточно успешно решена.

Таким образом, занятия по программе развития адаптивных копинг-стратегий у подростков привели к повышению стрессоустойчивости личности, и, как следствие, способствовали развитию осознанной саморегуляции и профилактике суицидального риска в подростковом возрасте.

Обобщая полученные результаты, отметим, что степень выраженности суицидального риска (вероятность осуществления суицида) можно определить путем сопоставления суицидогенных и антисуицидогенных факторов личности. К числу основных суицидогенных факторов относят негативные эмоциональные состояния тревожности, безнадежности и депрессии. Развитые адаптивные копинг-стратегии личности можно отнести к факторам антисуицидогенного характера. Состояния негативного эмоционального спектра, в первую очередь, депрессивные и тревожные состояния, являются факторами суицидального риска в подростковом возрасте: они зачастую плохо осознаются самими подростками и могут выражаться в нарастании агрессивного поведения,

упрямстве, оппозиционном поведении, в снижении настроения, в уходе в себя. Имеется связь неэффективных копинг-стратегий личности с суицидальным риском, с субъективным ощущением подростком невозможности совладания с жизненными трудностями. Для подростков с суицидальным риском характерен субъектно-ориентированный тип преодоления стрессовой ситуации, не сопровождающийся конкретными действиями, а проявляющийся в попытках уйти от проблемы, избежать ее, переложить свои заботы на других, использовать пассивные неадаптивные стратегии решения проблемы. Развитие эффективных механизмов совладания и овладение необходимыми навыками преодоления трудных жизненных ситуаций есть важное средство профилактики суицидальных рисков в подростковом возрасте. Именно развитие адаптивных копинг-стратегий у подростка рассматривается как значимый фактор профилактики суицидальных рисков. Процесс совладания с жизненными трудностями есть по своей сути процесс мобилизации личностных ресурсов, оптимального их использования. Применение разработанной программы по развитию адаптивных копинг-стратегий у подростков приводит к овладению ими навыками преодоления трудных жизненных ситуаций и формированию стрессоустойчивости личности. Занятия по программе развития адаптивных копинг-стратегий у подростков способствуют процессу совладания с трудными ситуациями, развитию осознанной саморегуляции и профилактике суицидального риска в подростковом возрасте. Эффективность разработанной программы доказана статистически.

РАЗДЕЛ III. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

3.1. Методические рекомендации психологам образовательных учреждений по профилактике суицидального поведения среди несовершеннолетних

Суицид, совершенный обучающимся образовательной организации (далее – ОО), затрагивает всех субъектов образовательной среды: учащихся, родителей, педагогов, администрацию, других сотрудников ОО. В связи с этим, организация деятельности психолога ОО по оказанию психологической помощи должна строиться таким образом, чтобы взаимодействовать со всей системой в целом. Также следует осуществлять межведомственное взаимодействие при необходимости оказания медицинской, правоохранительной, социальной, информационной и других видов помощи.

В ситуации совершенного суицида / риска суицида основные направления работы психолога в ОУ заключаются в своевременном выявлении суицидального риска, превентивных мерах, кризисном вмешательстве. Превенция суицидов включает в себя профилактику и своевременное выявление суицидального риска.

Следует помнить о том, что на этапе возникновения антивитаальных переживаний и аутоагрессивного поведения подростки чаще обращаются к друзьям, и значительно реже к учителям, школьным психологам. Обучение учащихся умению распознать сверстников группы риска может помочь оказать им своевременную помощь, дает знания о факторах суицидального риска, о том, как звонить в кризисный центр или горячую линию и как порекомендовать другу / подруге обратиться к консультанту. Учащимся необходим форум, где они могут получить информацию, задать вопросы, узнать о том, как можно помочь себе и другим в случае навязчивого повторения мыслей о суициде. К сожалению, только приблизительно 25 % учащихся рассказывают взрослым, если у их друга или подруги возникла идея суицида. Однако, тщательно продуманные и подготовленные презентации консультантов в учебных аудиториях могут помочь увеличить эти цифры.

С учетом степени суицидального риска на базе образовательных организаций реализуются следующие **Программы предотвращения самоубийств**:

- Программы предотвращения самоубийств, рассчитанные на подростков группы высокого риска, направлены на снижение факторов риска (депрессия, чувство безнадежности, стресс, беспокойство и гнев) и усиление личностных ресурсов (формирование навыков решения проблем, саморегуляции, повышение самооценки, формирование круга социальной поддержки).

- Программы профилактики самоубийств, направленные на улучшение психологической адаптации, снижают вероятность развития антивитаальных переживаний и аутоагрессивного поведения, улучшают идентификацию своего «Я».

– Просветительские программы по проблеме самоубийств рассчитаны на общий контингент школьников, педагогов, родителей; позволяют повысить осведомленность о причинах развития суицидального поведения, способах совладания и тех ресурсах, которые можно использовать в качестве поддержки.

Формы и методы работы школьного психолога по осуществлению превентивных мер:

– Профилактические мероприятия: психологическое просвещение, тренинги, семинары, групповые дискуссии, разработка антикризисного плана действий в экстремальных и чрезвычайных ситуациях в ОУ.

– Индивидуальная и групповая работа с учащимися: планирование и проведение тренингов в группе, индивидуальные консультации с детьми с целью нормализации их психического и психо-физиологического состояния, проработки позитивного будущего, формирование позитивного мышления, оптимизации взаимоотношений с родителями и сверстниками. Этому способствует также организация *группового обсуждения* темы с использованием, например, методики «Ценить настоящее», цикла занятий «Позитивное мышление», «Работа с эмоциями», обучение саморегуляции. Пониманию и предотвращению проблемы способствуют также показ и обсуждение фильмов в школьном кино-кафе.

– Совместная деятельность с классными руководителями. В целях повышения психологической компетентности педагогов (классных руководителей) необходимо проводить на педагогических советах информирование учителей: о видах суицида, психологических особенностях подросткового и юношеского возраста, «знаках», говорящих о суицидальных намерениях, о создании безопасной атмосферы в образовательном учреждении, возможностях получения помощи (для всех субъектов образовательной среды) в преодолении кризиса (с указанием мест ее получения). В целях диагностики суицидального риска учащихся, классные руководители могут предложить родителям самостоятельно оценить потенциальный суицидальный риск собственного ребенка.

– Для работы с родителями рекомендуется планировать выступление на родительских собраниях с целью информирования родителей о психологических особенностях подросткового и юношеского возраста, особенностях поведения подростка, имеющего суицидальные намерения, создании безопасной психологической атмосферы в семье, об имеющихся психологических службах.

– Диагностика суицидального риска. Мысли, эмоции подростка с суицидальными намерениями отражаются в его поведении. Суицидальные «маркеры» можно выявить на основе наблюдения, беседы, диагностических методик, изучения документов (рисунков, выдержек с сайтов персональных страничек, предпочитаемых фильмов, песен и т.п.).

Для выявления депрессии, агрессивных и аутоагрессивных тенденций можно использовать:

1. Шкалу депрессии для детей и подростков М. Kovacs (адаптация и валидизация осуществлена в лаборатории клинической психологии и психотерапии (рук. А.Б. Холмогорова) Московского НИИ психиатрии Минздравсоцразвития).

2. Шкалу агрессии Басса-Перри.
3. Методику психодиагностики суицидальных намерений (В.П. Костюкевич, А.А. Биркин, В.П. Войцеха, А.А. Кучер).
4. Проективные методы (рисунки на свободную тему, «Мое состояние», метод незаконченных предложений, игра «Волшебная страна чувств»).

Кризисное вмешательство при высоком риске суицида

В случае выявления высокого риска потенциального суицида у одного или нескольких обучающихся психолог ОО:

- информирует о суицидальных намерениях учащегося узкий круг лиц, которые могут повлиять на принятие мер по снижению риска (администрацию, классного руководителя, родителей), согласовывает с ними дальнейшие действия;
- осуществляет кризисную психологическую помощь подростку с суицидальными намерениями. При необходимости согласовывает свои действия с другими специалистами (социально-психологическими, психолого-педагогическими центрами, иными антикризисными службами).

Во время общения с подростком и его социальным окружением психологу *важно*:

- сохранять спокойствие и предлагать поддержку;
- не осуждать, не конфронтировать;
- не бояться задавать вопросы о суицидальных намерениях;
- признавать самоубийство как один из вариантов, но не признавать самоубийство как «нормальный» вариант;
- поощрять полную откровенность;
- больше слушать, чем говорить;
- сконцентрировать процесс консультирования на «здесь и теперь»;
- избегать глубокого консультирования до тех пор, пока кризис не минует;
- обращаться к другим людям за помощью в оценке потенциала индивидуума причинить себе вред;
- определять, справляется ли ребенок со своими чувствами, не оказывают ли они влияние на его повседневные занятия;
- получать сведения от родителей, учителей, родственников и друзей об изменениях в поведении, их продолжительности, актуальной ситуации и возможных провоцирующих событиях;
- выявлять и актуализировать антисуицидальные факторы;
- изучать наличие и качество поддержки семьи и сверстников;
- доверительно побеседовать с преподавателями, другими специалистами (школьный учитель или психолог), родителями, дать им понять, что ребенку требуется общение, заинтересованность, поддержка и понимание;
- если симптомы сохраняются, в особенности, если они угрожают здоровью или мешают повседневной жизни ребенка, психолог должен донести до родителя необходимость консультации детского психиатра.

Целью эффективной психологической помощи является лучшее понимание личностью собственного «Я», выявление конфликтующих эмоций, повышение самоуважения, изменение неадаптивного поведения, тренировка умения успешного разрешения конфликтов и более активное общение со сверстниками.

Алгоритм действий психологов в образовательном учреждении в ситуации совершенного суицида

1. Установление контакта психологов с ответственными лицами, сбор информации, оценка ситуации. На этом этапе психолог взаимодействует с администрацией, классным руководителем, социальным педагогом, родителями; оценивает ресурсы по выявлению группы риска и оказание экстренной психологической помощи. Психолог или администрация ОО могут самостоятельно инициировать обращение за помощью в иные организации, оказывающие медицинскую, психо-логическую, социальную, правовую и иные виды помощи (например, в антикризисные центры по оказанию социально-психологической и медицинской помощи). В случае, если поступит запрос специалистам социально-психологических центров, психологи центров также, в первую очередь, взаимодействуют с администрацией ОО, далее осуществляют взаимодействие со всей системой ОО, устанавливают контакт, собирают предварительную информацию о ситуации, о состоянии учащихся, о группах, задействованных в данной ситуации (дети, родители, учителя), о предпринятых мерах, уточняют запрос, определяют совместно с администрацией и психологом ОО антикризисный план (действий) с каждой группой, осуществляют психологическое сопровождение субъектов образовательной среды в кризисной ситуации. При проведении следственных мероприятий на территории ОО необходимо психологическое сопровождение участников образовательной среды, задействованных в этих мероприятиях.

Взаимодействие с классным руководителем, социальным педагогом включает в себя получение необходимой предварительной информации о состоянии отдельных учащихся, сбор анамнеза, информации о степени включенности детей в ситуацию (говорили, знали, обсуждали, читали, слышали), о степени близости отношений, организация встречи с учащимися, подготовка к встрече с родителями.

В целях локализации распространения слухов психологу необходимо осуществлять грамотное взаимодействие с журналистами, в т.ч. совместно с администрацией ОУ подготовить информацию о происшествии, которая в случае необходимости будет представлена в СМИ.

2. Выявление группы риска и оказание экстренной психологической помощи. В психотравмирующей ситуации при выраженных признаках психологического неблагополучия экстренная психологическая помощь должна оказываться как детям, пережившим травматическое событие, и их родителям, так и, в основном, в виде психологической поддержки, педагогам, руководителям ОО.

Если необходимо, спланировать работу по психологическому обеспечению траурных мероприятий (быть на кладбище), что даст возможность специалисту оценить психологическое состояние участников церемонии, ближайшее внешкольное окружение учеников.

Возможные реакции на суицид:

- шоковые состояния с тревогой, растерянностью;
- тревожно-фобические реакции (содержательно связанные и не связанные с событием);
- подавленность, тоска, чувство вины;
- агрессия, раздражение;
- актуализация старых, непроработанных проблем;
- усиление антивитальных переживаний и аутоагрессивного поведения;
- психосоматические реакции (вегетативные реакции, нарушения работы желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, проблемы с дыханием).

3. Встреча с классом, в котором произошел суицид. Психолог ОУ (совместно со специалистами социально-психологических центров) в первую очередь осуществляет первичную диагностику психофизиологического состояния учащихся.

Психолог ОУ проводит встречу с классом, в котором произошел случай (при необходимости может быть проведена беседа в нескольких классах).

Групповая форма работы. Беседа с детьми позволяет:

- оценить наличие явной или потенциальной угрозы для жизни как для самого человека, находящегося в кризисном состоянии, так и его окружения;
- упорядочить информацию, выстроить последовательность событий (абсолютный хаос – в порядок);
- групповое обсуждение травматического события позволяет учащимся лучше понять произошедшее, понять погибшего (его проблемы, «пусковые» факторы, послужившие последней каплей, глубину отчаяния, его чувства), отреагировать на свои чувства, повысить взаимопонимание и доверие между учащимися, адаптироваться после случившегося, формировать позитивное будущее, вернуть чувство самообладания, утраченное равновесие. На равновесие влияет несколько взаимодополняющих факторов: реалистическое восприятие события; наличие адекватной поддержки (социальных ресурсов); адекватный механизм разрешения проблемы. Следует не избегать пугающего опыта, а находить ресурс для преодоления и дальнейшего развития (стали взрослее, ответственнее).
- информировать учащихся об имеющихся очных экстренных и кризисных психологических службах в городе (районе), телефонах доверия (рассказать, для чего они существуют, как работают, оставить их номера телефонов).

После группового занятия, на основе наблюдения и беседы, психолог приглашает часть нуждающихся в психологической помощи ребят на индивидуальную консультацию с целью уточнения степени воздействия

травматического события и преодоления его. Часто ребята приходят сами, считая, что им нужна помощь психолога. За этим решением могут быть скрыты различные страхи: оставаться одному, спать без света, приходить в то место, где был совершен суицид, плохое самочувствие, чувство вины, раскаяние, подавленное настроение и др. Часть же обращений ребят направлена на получение консультаций по вопросам непонимания, одиночества, низкой самооценки. Психолог должен уметь развести заявленные проблемы на связанные с конкретной травматической ситуацией или кризисными проявлениями ребят.

Индивидуальная форма работы. Непосредственное общение между психологом и ребенком во время интервью дает предпосылки для возникновения взаимного доверия, безопасности и эмоционального принятия.

При выраженности, длительности или стабильности перечисленных выше болезненных проявлений, возникших в ответ на травматическое событие, необходимо индивидуальное психологическое консультирование подростка (по его запросу, запросу родителей или администрации школы).

4. Индивидуальная работа с подростком, совершившим суицидальную попытку в постсуицидальный период. В этот период времени консультирование должно быть сфокусировано на оценку наличия суицидальных намерений и их снижения (болезненных фантазий о смерти, неприятия, враждебности, потери и наказания), а также на стабилизацию ситуации.

При работе с несовершеннолетними для более полной адаптации подростка не только в школе, но и семье более эффективным является семейное консультирование.

Организуя психокоррекционную работу с учащимися по переживанию травматического события, специалист-психолог должен иметь соответствующий рабочий инструментарий по работе с травмой: набор психокоррекционных техник и методов, упражнений, как для детей, так и подростков, направленных на создание психологически безопасной атмосферы в группе, коррекцию эмоциональной сферы, снятие страхов, тревоги, беспокойства, психокоррекцию агрессивных и аутоагрессивных тенденций, психокоррекцию сна, выработку внутренней свободы, на понимание своих целей, потребностей, преодоление препятствий, выработку навыков поиска выхода из сложных ситуаций, формирование позитивного образа будущего. Необходимо применять техники психокоррекции эмоционального состояния в соответствии с возрастом учащегося, применять и обучать учащихся методам саморегуляции.

Все, у кого были достаточно близкие отношения с погибшим, переживают его утрату. Качество отношений и степень близости являются ключевыми переменными, влияющими на переживание горя. При оказании экстренной психологической помощи горяющему ребенку, оказывая поддержку и планируя коррекционную работу с ним, следует помнить об этапах нормального горевания.

Реакции горя у подростков часто существенно отличаются от сходных реакций взрослых людей, и их трактовка может быть неверной. Отклонения в поведении

в ту или иную сторону возрастной шкалы могут быть самыми различными: от принятия на себя несвойственной возрасту родительской роли до противоположной крайности – «ухода в детство» и стремления привлечь к себе особое внимание. Для снятия эмоционального напряжения юноши нередко прибегают к таким формам поведения, как агрессия, гнев, бунт против авторитетов, злоупотребление алкоголем или наркотиками. В отличие от них девушки часто стремятся получить поддержку и утешение. Подростки склонны отказываться от профессиональной помощи, например, психологического консультирования или участия в группах самопомощи. Основным источником поддержки для подростков является семья. Известно, что подростки нередко делятся своими личными проблемами со сверстниками, но значительно больше юношей и девушек выбирают в качестве доверенных лиц членов своей семьи. Программы, направленные на снижение риска психических нарушений, обусловленных переживанием горя, следует специально адаптировать для подросткового возраста.

5. Психологическое консультирование родителей направлено на:

- информирование о возрастных и индивидуальных особенностях реагирования в кризисных ситуациях и способах совладания с ними;
- рекомендации по вопросам взаимоотношения с детьми;
- информирование об имеющихся очных экстренных и кризисных психологических службах в городе (районе), телефонах доверия;
- в случае выраженности негативных реакций на травматическое событие, оказание экстренной психологической помощи.

6. Взаимодействие с классным руководителем, другими педагогами. Для школьного психолога во многом именно педагог является связующим звеном между ребенком, его родителями и психологом. Педагоги в силу своей профессиональной деятельности больше всего контактируют с детьми и их родителями, поэтому они (наряду с родителями) могут обратить внимание на изменения в поведении ребенка, заметить признаки психологического и психического неблагополучия. Психолог ОУ:

- информирует о признаках психологического неблагополучия, о влиянии травматического события на психику ребенка (как о закономерностях, так и возможных возрастных и индивидуальных реакциях, их динамике), о профессиональной помощи специалистов, работающих с травмой;
- дает рекомендации педагогам (или консультирует) по вопросам взаимоотношения с детьми, пережившими данные события. Повышение психологической компетенции сотрудников ОУ по данным вопросам поможет избежать состояния растерянности и беспомощности и, во многом, определит выбор более активных и эффективных способов совладания с данной проблемой, поможет предотвратить профессиональное выгорание;
- обращает внимание педагогов на их собственные чувства, возникшие в связи с ситуацией, оказывает им (по их запросу) психологическую помощь (осознание, принятие, отреагирование чувств, актуализация ресурсов,

формирование совладающего поведения). Педагог, который сумел совладать с ситуацией, может внести вклад в установление благоприятных условий для обучения ребенка;

– если педагог приглашает психолога на родительское собрание, то психолог имеет возможность дать не только сотрудникам образовательных учреждений, но и родителям необходимую информацию о возможных реакциях ребенка на травму, о взаимодействии с ним, о ситуациях, когда взрослые могут справиться самостоятельно, а когда, к кому и по каким адресам следует обратиться за профессиональной помощью. Педагог на собрании сам может дать родителям краткую информацию о психологической службе в школе, телефон службы доверия. В случае если педагог видит необходимость профессиональной помощи конкретным детям, он может рекомендовать родителям обратиться с ребенком в психологическую службу – к школьному психологу или в центр психолого-медико-социального сопровождения с целью оказания профессиональной помощи психологами и другими специалистами в нормализации состояния, проработке чувств, снижении и предотвращении негативных последствий для психики ребенка.

7. Заключительный этап

Психологу необходимо установить согласованный «срок завершения» данной работы: то есть, когда официально в школе прекращаются разговоры о суицидальном происшествии и начинается обычная школьная жизнь.

Если в СМИ, по телевидению, в интернете продолжаются выступления по этому поводу, необходимо информировать учащихся школы об имеющихся налицо манипулятивных действиях, о том, насколько данная информация может быть искажена, кому она на руку, как к ней относиться.

Провести с педагогическим составом занятия по минимизации стрессового воздействия: тренинги по саморегуляции.

Отслеживать психоэмоциональное состояние детей в целях профилактики расстройств эмоционального спектра.

С целью выявления отставленных реакций у детей и подростков необходимо проведение психодиагностических мероприятий с использованием полуструктурированного интервью «Полуструктурированное интервью для выявления признаков посттравматического стресса у детей» Тарабриной Н.В., Шкал тревожности, безнадежности, депрессии А. Бека.

3.2. Методические рекомендации педагогам образовательных организаций по превенции суицидов среди детей и подростков

Что в поведении подростка должно насторожить педагога образовательного учреждения? Прежде всего, следует обращать внимание на резкое снижение успеваемости, проявление безразличия к учебе и оценкам. Если у подростка длительное время наблюдается подавленное настроение, пониженный

эмоциональный фон, раздражительность. Если отмечается резкое изменение поведения. Например, подросток стал неряшливым, не хочет разговаривать с близкими ему людьми, начал раздаривать дорогие ему вещи, теряет интерес к тому, чем раньше любил заниматься, отдаляется от друзей. Следует обращать внимание на наличие примера суицида в ближайшем окружении, а также среди значимых взрослых или сверстников. Фактором риска является тот факт, когда ребенок прямо или косвенно говорит о желании умереть или убить себя или о нежелании продолжать жизнь. Разговоры о нежелании жить – попытка привлечь внимание взрослого к себе и своим проблемам. Бытует миф, что если человек говорит об этом, то значит, этого не сделает. Однако, это не так! Отчаявшийся подросток, на которого не обращают внимания, вполне может довести свое намерение до конца.

Педагог должен обращать внимание на рискованное поведение, в котором высока вероятность причинения вреда своей жизни и здоровью. Опасные ситуации, на которые надо обратить особое внимание педагогу:

- отвержение сверстников, травля (в том числе в социальных сетях);
- ссора или острый конфликт со значимыми взрослыми;
- несчастная любовь или разрыв романтических отношений;
- объективно тяжелая жизненная ситуация (потеря близкого человека, резкое общественное отвержение, тяжелое заболевание);
- личная неудача подростка на фоне высокой значимости и ценности социального успеха;
- резкое изменение социального окружения (например, в результате смены места жительства);
- нестабильная семейная ситуация (развод родителей, конфликты, ситуации насилия).

Что делать учителю, если он обнаружил опасность?

– Если вы увидели хоть один из перечисленных признаков – это уже достаточный повод для того, чтобы уделить внимание ученику и поговорить с ним. Спросите, можете ли вы ему помочь и как, с его точки зрения, это сделать лучше. Не игнорируйте ситуацию. Не проходите мимо!

- Обратитесь к школьному психологу или к другим специалистам за помощью.
- Если вы классный руководитель, свяжитесь с родителями ребенка и поделитесь своими наблюдениями.

Что может сделать учитель, чтобы не допустить попыток суицида?

– Сохранять контакт с подростком. Для этого следует помнить, что авторитарный стиль взаимодействия для подростков неэффективен и даже опасен. Чрезмерные запреты, ограничения свободы и наказания могут спровоцировать у подростка ответную агрессию или аутоагрессию (то есть, агрессию, направленную на себя). В подростковом возрасте предпочтительной формой взаимодействия является заключение договоренностей. Если ограничение необходимо, не стоит жалеть времени на объяснение его целесообразности.

- Способствовать созданию дружеской поддерживающей атмосферы в классе, ориентировать учеников на совместную деятельность и сотрудничество.
- Обращать внимание на ситуации, когда один или несколько учеников становятся объектами нападок со стороны других. Поговорите с участниками конфликтов таким образом, чтобы был услышан каждый, оставайтесь нейтральным, не занимая сторону кого-либо из участников конфликта.
- Если вы классный руководитель, иницилируйте работу школьного психолога с классом. Если в школе есть действующая «Школьная служба примирения» – передайте им эту ситуацию для ее разрешения.
- Классный час используйте как место и время поговорить о перспективах в жизни и будущем. У подростков еще только формируется картина будущего, они видят или совсем отдаленное будущее, либо текущий момент. Узнайте, что хотят ученики, как намерены добиваться поставленных целей, помогите им составить план конкретных (и реалистичных) действий. Важно поддерживать диалог с подростками, оставлять возможность контакта, чтобы при необходимости ученик мог обратиться к вам в трудной жизненной ситуации.
- Дать понять ученику, что опыт ошибок и неудач – такой же важный опыт, как и достижение успеха. Используйте ошибки ученика как зону его роста. Обучение на ошибках является одним из способов развития личности. Помните о том, что есть оценки, а есть то, что шире – личность ученика.
- Помогите ученикам найти сферы, где они успешны, независимо от оценок.
- Понять, что стоит за внешней грубостью подростка. Возможно, подросток отстаивает свои ценности, а не стремится войти в конфликт и обесценить вас.
- Вовремя обратиться к специалисту, если вы понимаете, что у вас по каким-то причинам не получается сохранить контакт с учеником или классом.

3.3. Методические рекомендации родителям по выявлению и предупреждению суицидов у детей и подростков

Что в поведении подростка должно насторожить родителей?

- Если ребенок прямо или косвенно говорит о желании умереть или убить себя или о нежелании продолжать жизнь. Разговоры о нежелании жить – попытка привлечь ваше внимание к себе и своим проблемам. Бытует миф, что если человек говорит об этом, то значит, этого не сделает. Однако это не так! Отчаявшийся подросток, на которого не обращают внимания, вполне может довести свое намерение до конца.
- Если наблюдается рискованное поведение, в котором высока вероятность причинения вреда своей жизни и здоровью.
- Если выявляется резкое изменение поведения. Например, стал неряшливым, не хочет разговаривать с близкими ему людьми, начал раздаривать дорогие ему вещи, теряет интерес к тому, чем раньше любил заниматься, отдаляется от друзей.
- Если у подростка длительное время подавленное настроение, пониженный эмоциональный фон, раздражительность.

– Если есть наличие примера суицида в ближайшем окружении, а также среди значимых взрослых или сверстников.

– Если наблюдаются опасные ситуации, на которые надо обратить особое внимание. Это такие ситуации, как:

1. Ссора или острый конфликт со значимыми взрослыми.

2. Несчастливая любовь или разрыв романтических отношений.

3. Отвержение сверстников, травля (в том числе в социальных сетях).

4. Объективно тяжелая жизненная ситуация (потеря близкого человека, резкое общественное отвержение, тяжелое заболевание).

5. Личная неудача подростка на фоне высокой значимости и ценности социального успеха (особенно в семье).

6. Нестабильная семейная ситуация (развод родителей, конфликты, ситуации насилия).

7. Резкое изменение социального окружения (например, в результате смены места жительства).

Что делать родителям, если они обнаружили опасность?

– Если вы увидели хотя бы один из перечисленных выше признаков – это уже достаточный повод для того, чтобы уделить внимание своему подростку и поговорить с ним. Спросите, можете ли вы ему помочь и как, с его точки зрения, это сделать лучше. Не игнорируйте ситуацию. Даже если ваш сын или дочь отказываются от помощи, уделяйте ему больше внимания, чем обычно.

– Обратитесь к специалисту самостоятельно или с ребенком.

Что могут сделать родители, чтобы не допустить попыток суицида?

– Сохраняйте контакт со своим ребенком. Важно постоянно общаться с подростком, несмотря на растущую в этом возрасте потребность в отдалении от родителей. Для этого:

– расспрашивайте и говорите с ребенком о его жизни, уважительно относитесь к тому, что кажется ему важным и значимым;

– придя домой после работы, не начинайте общение с претензий, даже если ребенок что-то сделал не так. Проявите к нему интерес, обсуждайте его ежедневные дела, задавайте вопросы. Замечание, сделанное с порога, и замечание, сделанное в контексте заинтересованного общения, будут звучать по-разному!

– помните, что авторитарный стиль воспитания для подростков неэффективен и даже опасен. Чрезмерные запреты, ограничения свободы и наказания могут спровоцировать у подростка ответную агрессию или аутоагрессию (то есть, агрессию, направленную на себя). В подростковом возрасте предпочтительной формой воспитания является заключение договоренностей. Если запрет необходим, не пожалейте времени на объяснение целесообразности запрета. Если же ребенок продолжает протестовать, то постарайтесь вместе найти решение, устраивающее и вас, и его;

– говорите о перспективах в жизни и будущем. У подростков еще только формируется картина будущего, они видят или совсем отдаленное будущее,

либо текущий момент. Узнайте, что ваш ребенок хочет, как он намерен добиваться поставленной цели, помогите ему составить конкретный (и реалистичный) план действий;

– говорите с ребенком на серьезные темы: что такое жизнь? в чем смысл жизни? Что такое дружба, любовь, смерть, предательство? Эти темы очень волнуют подростков, они ищут собственное понимание того, что в жизни ценно и важно. Говорите о том, что ценно в жизни для вас. Не бойтесь делиться собственным опытом, собственными размышлениями. Задушевная беседа на равных всегда лучше, чем «чтение лекций», родительские монологи о том, что правильно, а что неправильно. Если избегать разговоров на сложные темы с подростком, он все равно продолжит искать ответы на стороне (например, в Интернете), где информация может оказаться не только недостоверной, но и небезопасной;

– сделайте все, чтобы ребенок понял: сама по себе жизнь – эта та ценность, ради которой стоит жить. Если ценность социального успеха, хороших оценок, карьеры доминирует, то ценность жизни самой по себе, независимо от этих вещей, становится не столь очевидной. Важно научить ребенка получать удовольствие от простых и доступных вещей в жизни: природы, общения с людьми, познания мира, движения. Лучший способ привить любовь к жизни – ваш собственный пример. Ваше позитивное мироощущение обязательно передастся ребенку и поможет ему справляться с неизбежно возникающими трудностями;

– дайте понять ребенку, что опыт поражения также важен, как и опыт в достижении успеха. Рассказывайте чаще о том, как вам приходилось преодолевать те или иные трудности. Конструктивно пережитый опыт неудачи делает человека более уверенным в собственных силах и устойчивым. И, наоборот: привычка к успехам порою приводит к тому, что человек начинает очень болезненно переживать неизбежные неудачи;

– проявите любовь и заботу, разберитесь, что стоит за внешней грубостью ребенка. Подросток делает вид, что вы совсем не нужны ему, он может обесценивать проявления заботы и нежности к нему. Тем не менее, ему очень важны ваша любовь, внимание, забота, поддержка. Надо лишь выбрать приемлемые для этого возраста формы их проявления;

– найдите баланс между свободой и несвободой ребенка. Современные родители стараются раньше и быстрее отпускать своих детей «на волю», передавая им ответственность за их жизнь и здоровье. Этот процесс не должен быть одномоментным и резким. Предоставляя свободу, важно понимать, что подросток еще не умеет с ней обходиться и что свобода может им пониматься как вседозволенность. Родителю важно распознавать ситуации, в которых ребенку уже можно предоставить самостоятельность, а в которых он еще нуждается в помощи и руководстве;

– вовремя обратитесь к специалисту, если поймете, что вам по каким-то причинам не удалось сохранить контакт с ребенком. В индивидуальной или семейной работе с психологом вы освоите необходимые навыки, которые помогут вам вернуть тепло, доверие и мир в отношениях с ребенком.

**Разработанные выше методические рекомендации субъектам образовательной деятельности основаны на методических рекомендациях «Профилактика суицидального поведения детей и подростков в образовательном учреждении», опубликованном Забайкальским краевым институтом повышения квалификации и профессиональной переподготовке работников образования в 2012 г.*

3.4. Памятка для родителей: как обезопасить ребенка от вредоносной информации из социальных сетей, воздействующей на их сознание с целью склонения к суициду

(разработана сотрудниками Следственного управления Следственного Комитета Российской Федерации по Республике Бурятия)

В газетах и глобальной сети Интернет можно найти множество публикаций о том, что в социальных сетях действуют злоумышленники, склоняющие детей, подростков и молодежь к совершению суицидов. И это уже не плод чьего-то разыгравшегося воображения, а реальные факты, подтвержденные доказательствами, собранными по уголовным делам, которые находятся в производстве следователей Следственного комитета Российской Федерации в разных регионах страны. Это новая угроза, которую пока не готовы в полной мере отразить различные специализированные государственные службы. И сейчас как никогда важно участие родителей в защите своих детей. Каждому родителю необходимо ознакомиться с данной памяткой и выполнить действия, приведенные в ней – это поможет обезопасить ваших детей от возможных манипуляций с их сознанием, направленных на причинение вреда здоровью и жизни.

Как завлекают в «группы смерти». Приемы психологического воздействия

Как установили следователи, доступ к этим группам строго ограничен и, сродни членству в закрытом клубе, осуществляется на усмотрение администратора сообщества, который подыскивает в сети детей, путем предварительного общения составляет психологический портрет ребенка, а затем приглашает его вступить в группу. На следующем этапе новоиспеченные участники должны пройти различные тесты и задания, по мере выполнения которых повышается их уровень доступа, открывающий путь к ранее закрытым разделам группы и новым заданиям, связанным с тематикой смерти, суицида, причинением себе физических увечий и инсценировке этих событий. Последовательному

воздействию на детей способствовала четко выверенная с психоэмоциональной точки зрения тактика: администраторы требовали регулярного выполнения заданий глубокой ночью (обычно с 4:20, прерывая фазу длинного сна), что приводило к систематическому недосыпанию ребенка и, как следствие, ухудшению самочувствия, снижению волевых и аналитических способностей, невозможности взвешенного и адекватного восприятия происходящего.

В результате ребенок, вступивший в группу для участия в увлекательной игре и исполнения занимательных и, на первый взгляд, невинных заданий, попадал в сильнейшую психологическую ловушку. Смерть пропагандировалась как единственно правильный и красивый способ выхода из сложных жизненных ситуаций, культивировались депрессивные психологические состояния, применение насилия в отношении себя и окружающих, а незыблемые человеческие ценности – семья, друзья, образование – критиковались, высмеивались и обесценивались. Балансируя на грани между виртуальной и реальной действительностью, дети проецировали происходящее на экране в собственную жизнь, воспринимая его как нечто естественное, обыденное, нормальное, в то время как руководители групп крепко держали руку на пульсе, вынуждая ребят выполнять все более изощренные задания. За отказ от их выполнения следовало безальтернативное исключение из группы, а каждый из участников настолько дорожил своим рейтингом, что не смел перечить виртуальным авторитетам и вынужден был выполнять опасные задания, вплоть до совершения самоубийства.

С чего начать?

Создание своего аккаунта и поиск страниц Вашего ребенка в социальных сетях

Следует учитывать, что грубое вторжение в личное электронное пространство ребенка, его виртуальную «жизнь» может негативно настроить его против родителей и заставить предпринять меры конспирации путем создания дополнительных личных страниц под другими именами, которые станут его основными взамен проверяемых взрослыми. Поэтому не стоит требовать у ребенка пароли от его страниц в социальных сетях, не нужно настаивать, чтобы он ежедневно показывал вам свою электронную переписку и предъявлял на показ контент (содержание) своей страницы, вместо этого, предпочтительнее, видится путь, когда вы сможете со стороны (при помощи самостоятельно созданной страницы) просматривать активность ребенка в социальных сетях.

В последнее время так называемые «группы смерти» активно распространяются по социальной сети «ВКонтакте», поэтому именно с проверки страницы ребенка на этом ресурсе и следует начинать свои действия.

Если вы еще не являетесь пользователем социальной сети «ВКонтакте», вам необходимо зарегистрироваться на сайте vk.com (страница, на которую вы будете заходить под вашим логином и паролем называется аккаунт).

Создание личной страницы ВКонтакте занимает всего несколько минут. Не стоит чего-либо бояться, переживать по поводу процесса регистрации, указания номера своего мобильного телефона и т.д. Сайт имеет определенную защиту, интерфейс (система управления и контроля) вполне понятный, поэтому в течение двух дней новичок вполне может освоить основные навыки пользования сайтом.

Итак, для бесплатной регистрации ВКонтакте необходимо иметь:

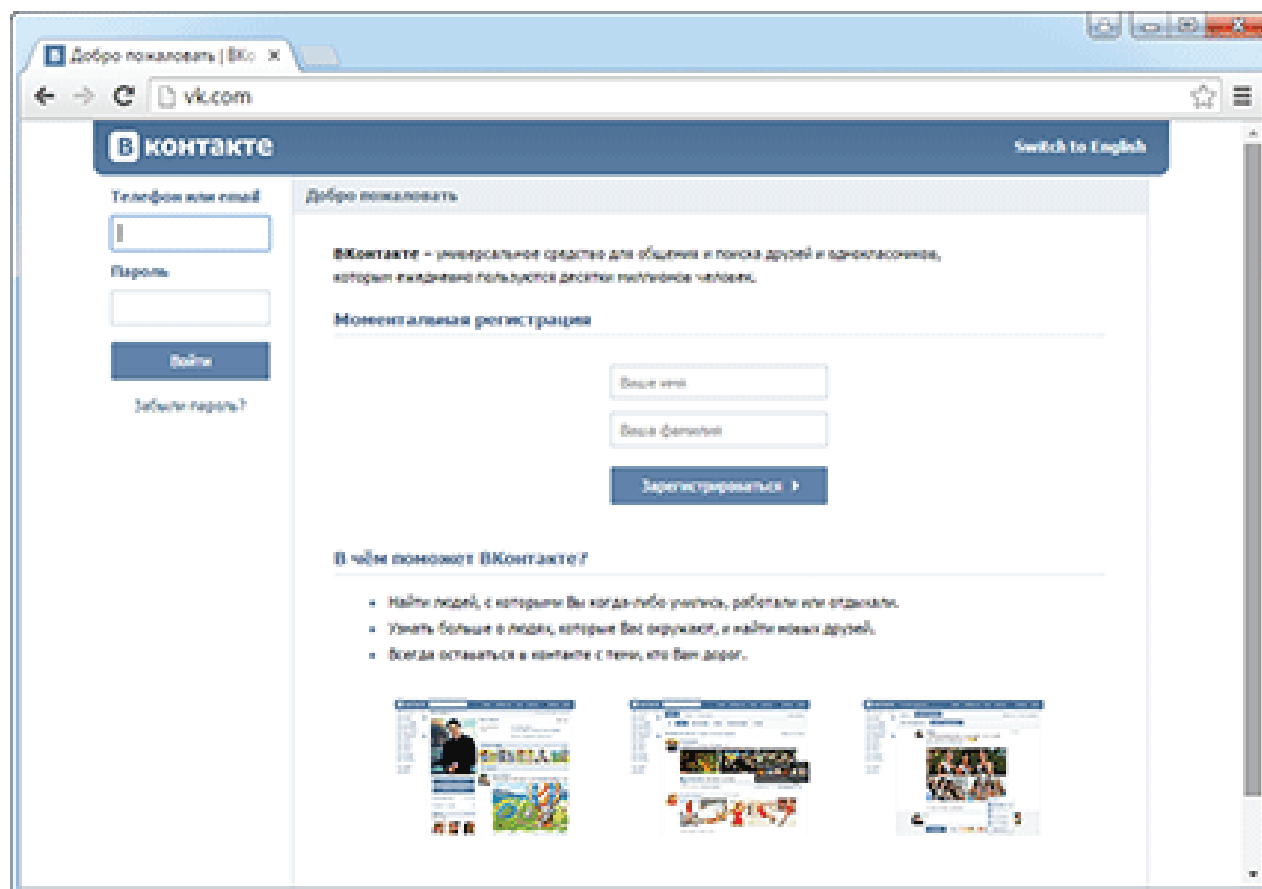
- Устройство с доступом в Интернет (компьютер, планшет или телефон).
- Личный номер мобильного телефона.

Как это сделать?

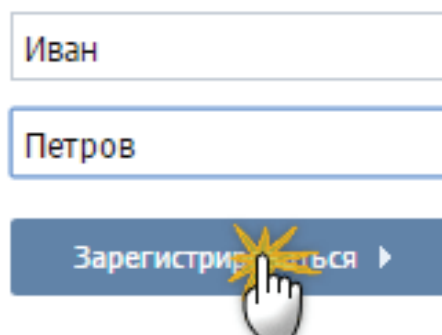
Открываем в любом браузере, с помощью которого Вы обычно заходите в Интернет (opera, chrome, internet explorer) сайт vk.com



Появится примерно такая страница (с сайта http://www.neumeka.ru/registraciya_vkontakte_ru.html):



В центре есть часть «Моментальная регистрация» с двумя полями. В одно из них печатаем свое имя, в другое – фамилию. Затем нажимаем на кнопку «Зарегистрироваться».

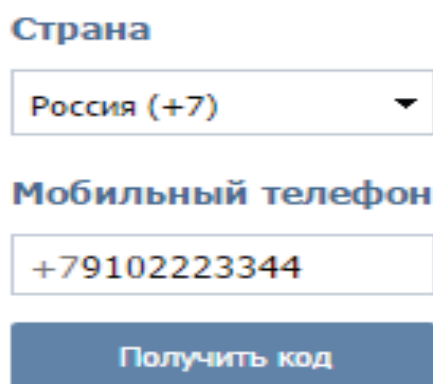


Иван

Петров

Зарегистрироваться ▶

После этого указываем номер своего мобильного телефона с кодом сотового оператора.



Страна

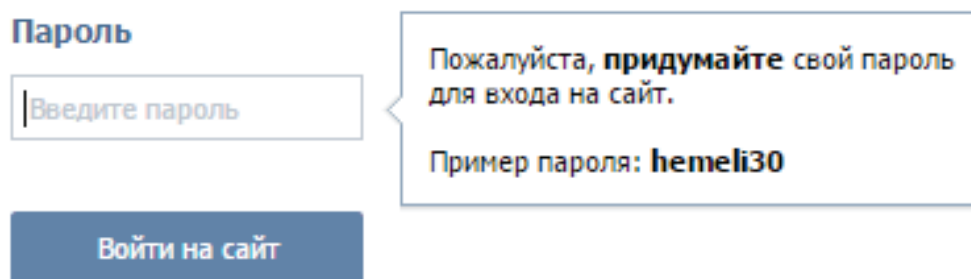
Россия (+7) ▼

Мобильный телефон

+79102223344

Получить код

Нажимаем на кнопку «Получить код». В течение минуты на указанный номер телефона должно прийти бесплатное смс-сообщение с кодом. Печатаем его в специальной графе и нажимаем кнопку «Отправить код». Затем придумываем пароль (любое слово или набор цифр) для открытия своей страницы, печатаем его в специальное поле и нажимаем на кнопку «Войти на сайт». Пароль должен состоять из английских букв и цифр без пробелов.



Пароль

Введите пароль

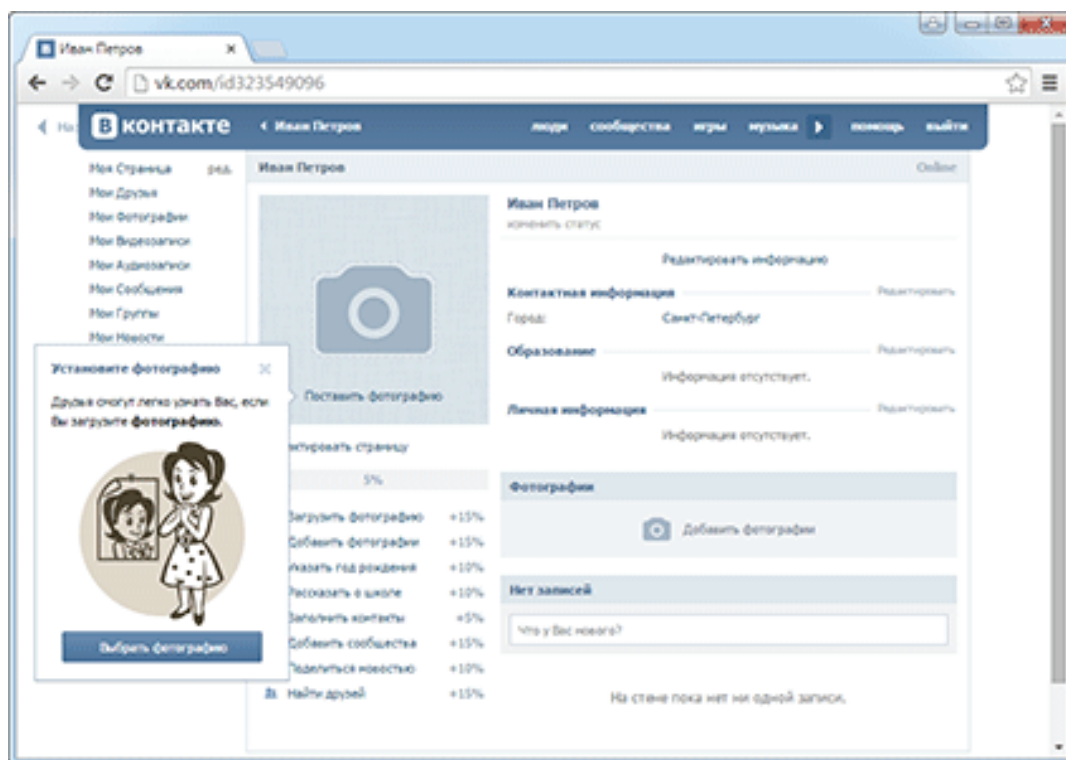
Войти на сайт

Пожалуйста, **придумайте** свой пароль для входа на сайт.

Пример пароля: **hemeli30**

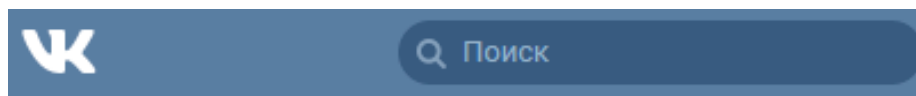
Далее указываем информацию о себе: выбираем школу, вуз, добавляем друзей, подключаем страницы из других социальных сетей.

В итоге получится примерно такая страница:



Ее можно заполнить так, как хочется – добавить информацию о себе и фотографии. Хотя добавление этих данных и не является обязательным шагом.

После регистрации на своей странице в строке «Поиск»:

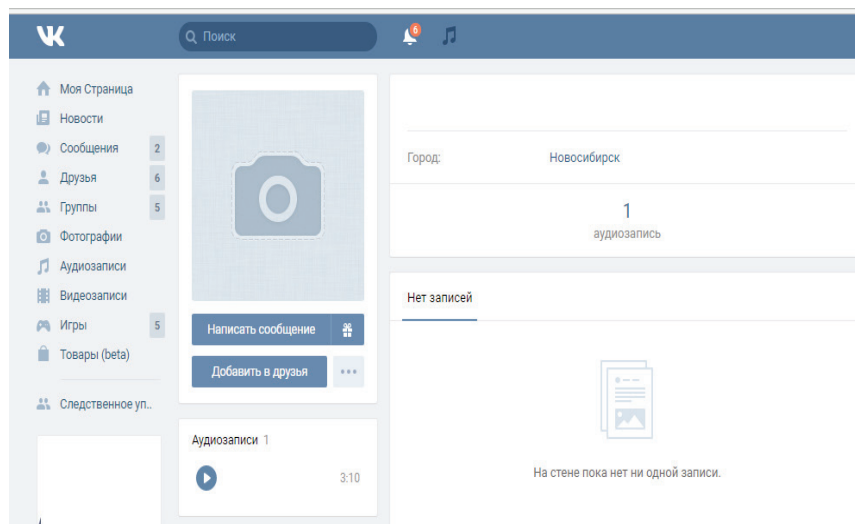


введите фамилию и имя ребенка, а затем (при необходимости) уточните параметры поиска: перейдя по ссылке «Люди» вы увидите справа возможности сортировки выданных результатов по стране, городу, школе, университету и т.д.

На что следует обратить внимание на странице ребенка в социальной сети «ВКонтакте»

Страница пользователя «ВКонтакте» состоит из нескольких **разделов (вкладок)**, в каждом из которых могут быть следы того, что ребенок уже является участником одной или нескольких «групп смерти» или в отношении него ведется разработка администраторами таких групп.

1. Раздел «Стена»



СТАТУС

фраза или знаки, которые
находятся под именем ребенка

СТЕНА

В этой области вы сможете увидеть
то, что ребенок пишет на своей
странице от своего имени или
какими записями со страниц других
пользователей или сообществ
в социальной сети он посчитал
важным поделиться на своей
странице (то есть сделал репост).

НОМЕРА

(ребенку может быть
присвоен номер в списке
тех, кто совершит суицид)

тревожный знак,
если в статусе присутствуют

ДАТЫ

(особенно, если на протяжении
нескольких дней вы видите
«обратный отсчет»)

СИМВОЛЫ,

изображающие могильные кресты,
символы КИТОВ или слова «грустный
кит», «киты плывут вверх» и т.д.

ОПРЕДЕЛЕННЫЕ СЛОВА,

которые сопровождаются значком решетки #
(так называемые «хештеги», например, #f57,
#f58, #d28, #морекитов, #четыредесятать,
#тихийдом)

ХЭШТЕГИ:

#f57
#f58
#d28
#e027
#тихийдом #морекитов
#млечныйпуть #ринапаленкова

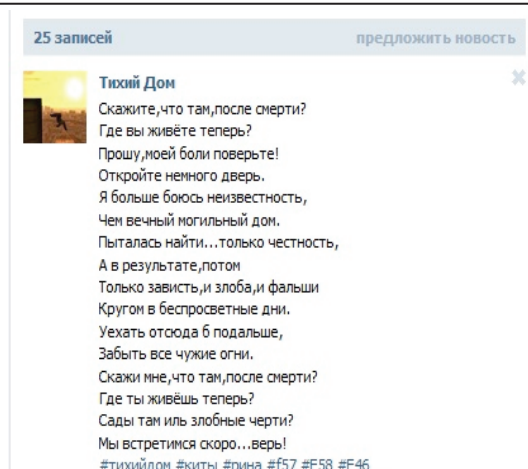
Записи
на «стене»,
заслуживающие
особого внимания

ФРАЗЫ:

хочу в игру, разбуди меня в 4.20,
дай мне номер, дай инструкцию,
я готов в путь вечный. Найдите. где я?
Звезды. Путь млечный #мертвыедуши
#тихийдом #море_китов #F56, #f58,
#няпока #хочувигру #хочу_в_игру

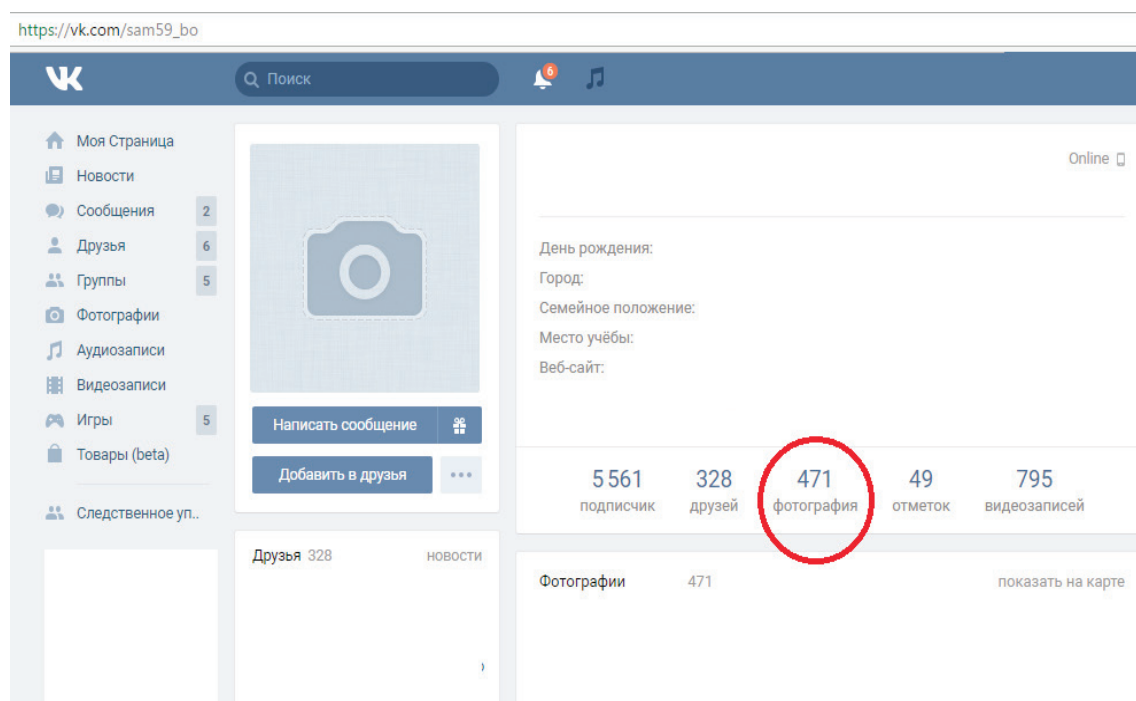
СТИХИ:

со словами, цифрами, фразами и хештегами, указанными в фигуре слева, или в
содержании которых присутствует тема смерти, печали или безысходности



2. Раздел «Фотографии»

Под основной информацией вы можете видеть *горизонтальную ленту*, где слева направо указывается количество друзей, подписчиков, фотографий, отметок или видеозаписей.



Для того чтобы ознакомиться со всеми фотографиями ребенка, **кликните** на горизонтальной ленте под основной информацией на цифру с фотографиями, и вы перейдете на вкладку «Альбомы». Также вы можете попасть на эту вкладку, если кликните на фотографию аватара и далее слева внизу перейдете по ссылке «Фотографии со страницы...», а затем зайдете в раздел «Все фотографии ...».

КАРТИНКИ

с мемами (короткие высказывания или картинки, которые мгновенно становятся популярными). На картинках – слова «одиночество», «прыгай», «боль», «смерть», «тоска», «вешайся», «достали», фоном для которых служат могилы, виселицы, ножи, лезвия, таблетки либо многоэтажные дома, мосты, рельсы, поезда, безрадостные пейзажи, серое небо, открытые окна многоэтажек и т.д.

ИЗОБРАЖЕНИЯ

атрибутов БДСМ (психосексуальная субкультура, включающая ролевые игры в господство и подчинение): плети, наручники, люди в соответствующей одежде



ПОДПИСИ

к фотографиям, дискредитирующим общечеловеческие ценности, например:
«Я перестал верить в любовь»
«Влюбленных много, счастливых мало»
«Счастливые люди не курят»
«Скажи, как мне быть жизнерадостным?»
«Жизнь разносилась как туфля, из толка растет петля». «Недосып как стиль жизни». «Тебя предадут те, кому ты больше всего веришь». «Ничего не радует». «Коллективный суицид. С собой покончили: Вера, Надежда, Любовь». «Каждый был хоть однажды настолько одинок или расстроен, что думал о суициде...». «Любовь – медленный суицид»

ИЗОБРАЖЕНИЯ:

китов; оккультных символов: пентаграмм, числа 666 и т.п.; изображение знака со словами «ОНО» и «АД» (этот знак был разработан как символика «суицидального квеста»); изображение часов, показывающих время 4:20; изображения пачек с сигаретами с акцентом на надписи «курение убивает» (часто сопровождаются четным числом роз); изображения подростков-самоубийц: Рины Паленковой, псковских «Бони и Клайд»; изображения порезанных рук, вскрытых вен, ссадин, гематом, проколотых булавками губ и т.д.

изображения, которые часто встречаются на страницах участников «групп смерти»



КИТЫ И БАБОЧКИ

В «группах смерти» образ кита, выбрасывающегося на берег, или бабочки, живущей одни сутки, символизирует суицид. Нередко сами участники таких групп, а также их администраторы называют себя «китами», используют слово «кит» в своих псевдонимах, в том числе, в качестве «фамилии» (Алиса Кит, Никита Кит), пишут статусы с использованием слова «кит» («грустный кит», «киты плывут вверх» и др.), выбирают символы китов из «смайликов», ставят изображения китов на аватар (фото) и т.п.

3. Разделы «Аудиозаписи» и «Видеозаписи»

Популярными группами, раскрученными в пабликах с суицидальным контентом, являются, например, «Найти выход» и «EVO». Названия песен этих групп, цитаты из их текстов часто используются в картинках и записях соответствующей направленности. Проверьте наличие этих песен в списке аудиозаписей ребенка. Обратите внимание на треки, подписанные экзотическими шрифтами.

Ко многим песням «привязан» текст, с которым можно ознакомиться: левой кнопкой мыши кликните один раз на название песни и текст появится внизу. Эти песни исполняются в популярном среди молодежи музыкальном стиле, мелодии навязчивы, «слова-внушения» легко запоминаются.

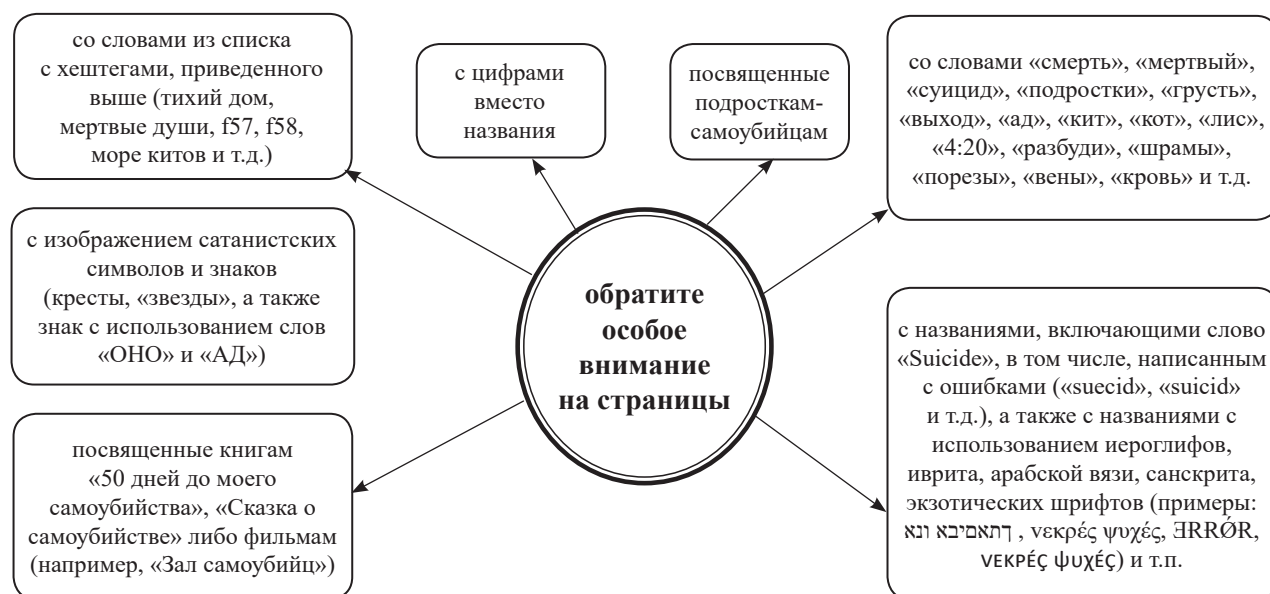
В разделе «Видеозаписи» обратите внимание на записи под соответствующими хештегами (#f57 #тихийдом #морекитов и др.) либо подписанных нетипичными шрифтами, (νєкрєς ψυχєς ERRÓR), а также на видео людей, прыгающих с крыш домов, падающих на рельсы, видео-инструкции по изготовлению петель и т.п.

4. Разделы «Друзья» и «Подписчики»

Обратите внимание на аватары (фотографии) «друзей», особенно на те, где вместо фотографии изображен символ либо герой аниме. Организаторы и участники суицидальных пабликов часто берут себе такие имена и фамилии как: Августина, Октябрина, Милена, Мирон, Фридрих, Ада, Рина, Сетх, Рейх, Лис, Кот, Кит, Тян, Енот, Шрам, Штерн, Холод, Камболина и т.д.

5. Раздел «Интересные страницы»

Здесь показан список групп (сообществ, пабликов), на которые подписан ваш ребенок в социальной сети. Здесь же находятся страницы людей, на которых ребенок подписался сам, но они не добавили его «в друзья».



В случае если страница вашего ребенка вызывает у вас тревогу, и вы нуждаетесь в информации о том, как оградить детей от негативного контента в сети, Вы можете обратиться к специалистам:

Телефонная линия следственного управления «ребенок в опасности»: короткий номер 123.

Единый номер общероссийского детского телефона доверия: 8-800-2000-122.

Линии помощи «Дети онлайн» <http://detionline.com/helpline/about> или проконсультироваться с психологом ближайшего к вам центра психологической помощи.

Помимо этого Вы можете самостоятельно предпринять меры по блокировке групп и страниц в социальных сетях или любых других сайтов, на которых размещена информация о способах совершения самоубийства, либо содержатся призывы к совершению суицида, а также имеется любая другая информация, пропагандирующая асоциальное поведение, антигуманные принципы, поощряющие девиантное поведение, экстремистские проявления и наркоманию.

При переходе по ссылке
появится вот такая страница

v.ru/feedback/

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ

РОСКОМНАДЗОР **ЕДИНЫЙ РЕЕСТР**

доменных имен, указателей страниц сайтов в сети «Интернет» и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в сети «Интернет», содержащие информацию, распространение которой в Российской Федерации запрещено

Просмотр реестра Прием сообщений Провайдерам хостинга Операторам связи FAQ

Федеральный закон от 27 июля 2006 года № 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и защите информации" (PDF)

Постановление Правительства Российской Федерации от 26 октября 2012 г. № 1101 "О единой автоматизированной информационной системе «Единый реестр доменных имен, указателей страниц сайтов в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и сетевых адресов, позволяющих идентифицировать сайты в информационно-телекоммуникационной"

Роскомнадзор принимает сообщения от граждан, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, органов государственной власти, органов местного самоуправления о наличии на страницах сайтов в сети Интернет противоправной информации.

Уполномоченными Правительством Российской Федерации федеральными органами исполнительной власти, принимающими решения, являющиеся основаниями для включения доменных имен и (или) указателей страниц сайтов в сети Интернет, а также сетевых адресов в Единый реестр в отношении отдельных видов информации и материалов, распространяемых посредством сети "Интернет", распространение которых в Российской Федерации запрещено, являются Федеральная служба Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральная налоговая служба и Федеральная служба по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций.

В эту графу следует вставить
ссылку из командной строки
(адрес приведен примерный)

https://vk.com/first_five

с вот такой
формой
для заполнения

Подать сообщение о ресурсе, содержащем запрещенную информацию

* - поля, обязательные для заполнения

Указатель страницы сайта в сети "Интернет" *

Источники информации

Тип информации *

Скриншот (png, jpeg, pdf; не более 1Mb)

Вид информации *

Доступ к информации

Дополнительная информация в том числе: логин/пароль, ключи и иные сведения для доступа к информации

Заявитель

Фамилия

Имя

Отчество

Год рождения

Место работы

Страна

Регион

Email

Введите защитный код:

660592

затем наберите в поле
защитный код, указанный
на картинке, и отправьте
сообщение

Три поля,
обязательные
для заполнения,
помечены
символом: *

Для этого необходимо перейти на сайт Роскомнадзора (Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций), введя в командной строке браузера следующий адрес: <http://eais.rkn.gov.ru/feedback>.

РАЗДЕЛ IV. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ МАТЕРИАЛОВ СЛЕДОВАТЕЛЯМИ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА ПОСМЕРТНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ОКОНЧИВШИХ ЖИЗНЬ САМОУБИЙСТВОМ

В последние годы посмертные комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы по завершенным суицидам приобретают все большее значение в уголовном процессе. Перед экспертами ставится задача ретроспективной оценки психического и психоэмоционального состояния несовершеннолетнего лица в период, предшествовавший смерти, и выявление факторов, оказавших влияние на реализацию им своего суицидального намерения. Для получения ответа на данные вопросы необходимы специальные психиатрические и психологические знания, которые используются в форме посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) в рамках производства по уголовному делу.

По данным ГБУЗ «Республиканский психоневрологический диспансер» число посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз (КСППЭ) несовершеннолетних возросло за последнее десятилетие в 5 раз, с 6 случаев в 2007 г. до 31 случая в 2016 г. Надо отметить, что увеличение числа суицидов несовершеннолетних, помимо фактического их роста, связано также и с тем фактом, что ранее экспертизы преимущественно назначались лишь в тех случаях, когда причина смерти не была определена, а заключение судебной психолого-психиатрической экспертизы использовалось для уточнения причин смерти.

Особенностью производства посмертной КСППЭ несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством, является тщательный ретроспективный анализ материалов уголовного дела и приобщенных к нему документов, которые являются единственными источниками информации как о личности суицидента, так и о его психическом состоянии как в период, предшествовавший уходу из жизни, так и в момент суицидального деликта. Суицидальное поведение несовершеннолетних представляет собой сложное явление, в нем могут быть задействованы различные механизмы: психологические, психолого-педагогические, социально-психологические, психопатологические и другие факторы. Требуется качественный анализ личности несовершеннолетнего суицидента, ретроспективное создание его психологического портрета, анализ межличностных отношений, особенностей воспитания, наличие конфликтов и других психотравмирующих факторов. Особое внимание в последние годы уделяется пользовательской активности несовершеннолетнего суицидента. Это связано с наблюдающимся ростом различных информационных технологий, влиянием Интернета, слабо контролируемого киберпространства на психику несовершеннолетнего. Изменения, внесенные в ст.110 УК Федеральным законом от 07.06.2017 №120-ФЗ, появление в УК двух

новых статей (110.1. – Склонение к совершению самоубийства или содействие совершению самоубийства и 110.2. – Организация деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства) определяют необходимость дальнейшего развития и совершенствования КСППЭ, которые назначаются при расследовании уголовных дел, возбуждаемых по перечисленным статьям российского Уголовного кодекса.

В разделе 4.1. данного пособия проведен клинико-психологический анализ завершенных суицидов несовершеннолетних по материалам заключений посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз, проведенных в ГБУЗ «Республиканский психоневрологический диспансер» в Республике Бурятия за период 2012–2016 гг. Проведенный анализ позволил определить основные клинико-психологические аспекты завершенных суицидов несовершеннолетних, связанные с факторами возраста, пола, места проживания, состава семьи, образования, наследственной отягощенности.

Раздел 4.2. содержит разработанные методические рекомендации по подготовке материалов следователями для производства посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством.

4.1. Клинико-психологический анализ завершенных суицидов несовершеннолетних в Республике Бурятия (по материалам заключений посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз)

Суицидальное поведение человека представляется как сложный биосоциальный феномен, результатом которого является влияние на личность различных культуральных, социальных, психологических и клинических факторов, которые разрушительно воздействуют на ее адаптационные механизмы. Изучение суицидального поведения несовершеннолетних имеет огромную социальную значимость как в масштабах всего социума, так и для конкретного индивида, сталкивающегося с данной проблемой. Каковы причины суицидального поведения детей и подростков? Каковы социально-психологические механизмы деструктивного поведения? За последние годы опубликовано немало исследований, посвященных проблеме детско-подростковых суицидов, теоретико-концептуальным подходам в изучении суицидального поведения. В том числе имеются работы, в которых исследованы особенности детско-подростковых суицидов в различных субъектах Российской Федерации.

В Республике Бурятия клинико-психологический анализ завершенных детско-подростковых суицидов в Республике Бурятия проведен впервые. На основе материалов посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз были выявлены социально-психологические особенности завершенных суицидов несовершеннолетних на территории Республики Бурятия. Был проведен ретроспективный анализ комплексных судебных психолого-

психиатрических экспертиз, контент-анализ документов, анализ продуктов деятельности (посмертные записки, дневниковые записи, рисунки). Всего было проанализировано 78 заключений комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз с данными о завершенных случаях суицидов детей и подростков по Республике Бурятия за период 2012–2016 гг. Анализ заключений посмертных экспертиз проводился с учетом следующих факторов: возраста, гендерной принадлежности, места проживания, уровня образования, социально-демографической характеристики семьи, способа совершения суицида, возможных мотивов и причин, наследственной отягощенности.

Распределение несовершеннолетних суицидентов по полу и возрасту показало, что в гендерном соотношении количество мальчиков и юношей составило 45 человек (61,5 %), девочек и девушек – 30 (38,5%). Возрастную категорию до 14 лет составили 33 (42,3%) ребенка, возрастную категорию 15–17 лет – 45 (57,7%) (рис. 1).

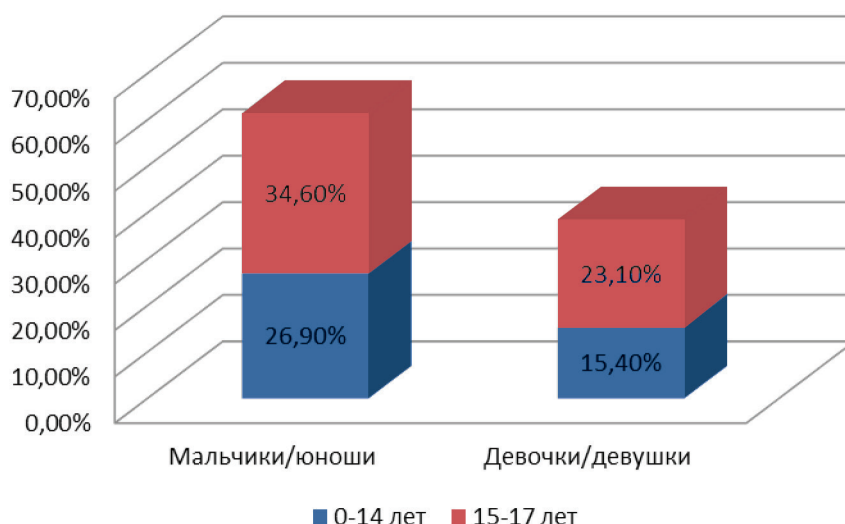


Рис. 1. Распределение суицидентов по полу и возрасту

В целом, в структуре завершенных суицидов лица мужского пола преобладают над лицами женского пола (соответственно, как в группе несовершеннолетних до 14 лет, так и в группе суицидентов 15–17 лет). Из общего количества посмертных экспертиз 50 человек суицидентов (64,1 %) проживали в сельской местности, 28 человек (35,9 %) – городские жители. Анализ образовательного уровня несовершеннолетних суицидентов показал, что 57 (77 %) детей и подростков обучались в средних общеобразовательных учреждениях, из них 50 % (37 человек) – учащиеся сельских школ и 27 % – городских. При этом, надо отметить, что оценить уровень образования удалось только в 74 актах, поскольку в четырех заключениях место обучения не указывалось. Среди всех суицидентов 6 человек (8,1 %) были учащимися коррекционных школ, 10 человек (13,5 %) обучались в профессиональных училищах. Один несовершеннолетний суицидент, согласно данным, нигде не обучался (рис.2).

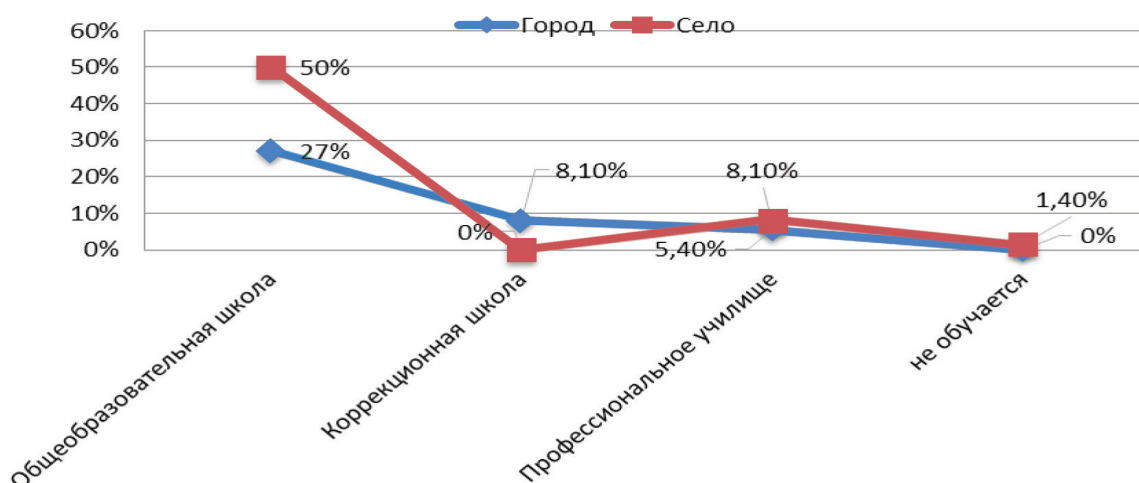


Рис. 2. Распределение суицидентов по уровню образования (n=74)

Из всех суицидентов 7 детей (9,1%) воспитывались в приемных семьях, двое из них были сиротами (2,6%) и находились на воспитании у опекунов-родственников. 37 детей (48%) жили в неполных семьях, при этом в данной группе были дети и подростки, которые воспитывались мачехой, отчимом, либо их родители проживали раздельно, хотя при этом официально брак не был расторгнут. В 31 случае (40,3%) семейная ситуация характеризуется как благополучная, то есть дети проживали в полных семьях (рис.3).

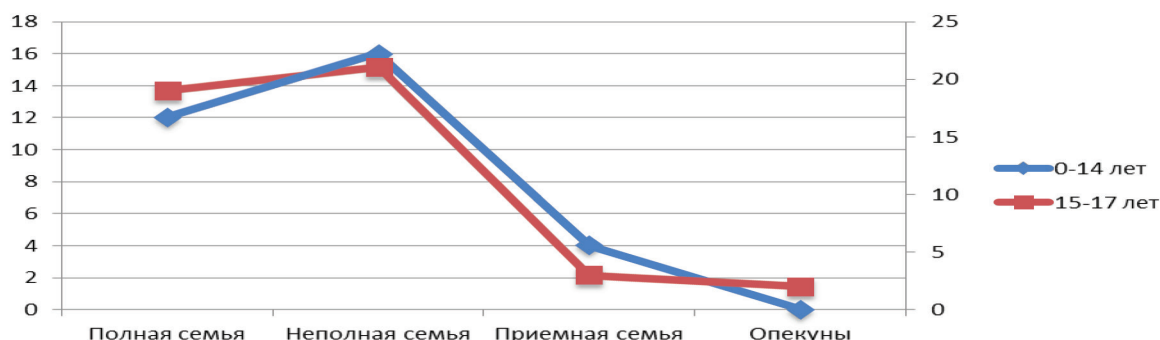


Рис. 3. Распределение суицидентов по составу семьи (n=77)

Анализ способа совершения суицидов несовершеннолетними по материалам посмертных КСППЭ показал, что и в группе суицидентов до 14 лет и в группе лиц 15–17 лет значительно преобладает такой способ суицида, как механическая асфиксия. Данный способ ухода из жизни выбрали 65 человек, что составляет 85,6 % от общего количества несовершеннолетних суицидентов. Что касается других способов суицида, то они распределились в следующем порядке: у 7 человек (9,2 %) – медикаментозное отравление; у 3 суицидентов (3,9 %) – падение с высоты и в одном случае (1,3 %) – применение огнестрельного оружия. Сведения о совершении суицида в алкогольном опьянении имеются только в двух

случаях (2,6 %). Следует особо отметить, что в 21,8 % случаев (это 17 человек), согласно данным материалов уголовных дел, ранее были попытки суицидального поведения. Иными словами, у них отмечались суицидальные высказывания, проявлялся повышенный интерес к теме суицида, в единичных случаях были незавершенные суицидальные попытки.

Что касается наследственной отягощенности, то анализ посмертных КСППЭ выявил наличие фактов заверщенного суицида у ближайших родственников (родители, дедушки, родные дяди). Данные факты выявлены в 9 случаях (11,5 %). В 17 семьях (21,8 %) родители либо один из родителей страдали злоупотреблением алкоголем. Особо подчеркнем, что в 8 случаях из 78 (10,2 %) имело место наличие всех рассматриваемых нами факторов суицидального риска у несовершеннолетних, это: неполная семья, злоупотребление алкоголем, наследственная отягощенность по суициду у ближайших родственников, суицидальные незавершенные попытки в прошлом.

Анализ особенностей психоэмоционального состояния детей и подростков, согласно актам посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз, показал, что у 39 человек (50 %) в период, предшествующий суициду, отмечались как изменения в поведении, так и негативно окрашенные состояния тревожности, безнадежности, депрессии. Данные эмоциональные состояния оказали существенное влияние на реализацию несовершеннолетними суицидального намерения.

Психологический анализ суицидальной мотивации несовершеннолетних показал, что в ряде представленных материалов уголовных дел отсутствовала важная для экспертного заключения информация. К сожалению, в них недостаточно полно была собрана информация, характеризующая несовершеннолетнего суицидента и позволяющая говорить о его направленности личности, его ценностных и смысловых ориентациях, мотивах и стратегиях поведения в различных ситуациях. К примеру, не всегда допрашивались следователями все члены семьи, лица ближайшего окружения, учителя, социальные работники, психологи образовательных учреждений, одноклассники, а представленные зачастую сведения в ряде случаев представляли идентичные показания. Иными словами, при сборе характеризующего материала, вероятнее всего, производилось отчасти механическое копирование свидетельских показаний.

В целом, отметим, что анализ посмертных КСППЭ на территории Республики Бурятия позволил определить основные социально-психологические аспекты завершенных суицидов, связанные с факторами возраста, пола, места проживания, состава семьи, образования, наследственной отягощенности. Среди проанализированных суицидентов преобладали юноши-подростки, обучающиеся преимущественно в общеобразовательной школе, проживающие в сельской местности, в неполной / приемной семье, выбирающие как способ ухода из жизни повешение, а также зачастую демонстрирующие признаки изменения поведения

перед совершением суицида. У каждого четвертого ребенка, совершившего суицид, имелся родственник, покончивший жизнь самоубийством и каждый четвертый ребенок, так или иначе, демонстрировал внешние признаки суицидального поведения. Вместе с тем, надо сказать, это лишь поверхностный усредненный подход, который показывает лишь приблизительный «общий портрет» суицидента.

Анализ посмертных КСППЭ несовершеннолетних показал, что данный вид экспертиз является одним из наиболее сложных и ответственных в судебной психолого-психиатрической практике. Современный уровень проведения КСППЭ с учетом неблагоприятной обстановки данной проблемы в регионе требует не только высокого уровня профессиональной квалификации судебных экспертов, полноты и качества проведенных ими исследований, но также во многом зависит и от надлежащей подготовки следователями материалов по каждой назначаемой ими экспертизе. Так, для описания динамики развития суицидального акта в экспертном заключении необходим расширенный перечень клинических, психологических, социально-демографических характеристик с наиболее подробным описанием семейного окружения, стиля воспитания, условий и климата обучения, поскольку около 80% несовершеннолетних суицидентов являлись школьниками. Кроме того, необходим также анализ этнической составляющей описания, так как это позволит глубже понять региональную специфику детско-подростковых суицидов и увеличить количество точек приложения превентивных мер.

4.2. Методические рекомендации по подготовке материалов следователем для производства посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством (статья 110 УК РФ)

Посмертные комплексные судебные психолого-психиатрические экспертизы (КСППЭ) несовершеннолетних являются одним из наиболее сложных и ответственных в судебной психолого-психиатрической практике. В современных условиях проведение КСППЭ требует высокого уровня профессиональной квалификации, полноты и качества исследования как со стороны судебных экспертов, так и тщательной и качественной подготовки следователями материалов по каждой назначаемой ими экспертизе.

По делам о самоубийстве предпочтительнее назначать не однородные судебно-психологическую или судебно-психиатрическую экспертизы, а комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу. Психолого-психиатрическая экспертиза психического состояния лица, покончившего жизнь самоубийством, назначается в основном при доказанности самого факта самоубийства и доказанности таких действий обвиняемых, как угрозы, жестокое обращение или систематическое унижение человеческого достоинства потерпевшего, для

квалификации ст. 110, или для установления обстоятельства, отягчающего ответственность (п. «б» ст. 63 УК РФ), наступившего вследствие изнасилования (ст. 131 УК РФ).

Рекомендуемые вопросы к экспертам при назначении посмертной КСПЭ по уголовным делам, возбуждаемым в связи с самоубийством несовершеннолетних

Эффективность экспертного заключения в огромной степени зависит от правильной постановки вопросов, которые следователь ставит на разрешение экспертов. Основными экспертными вопросами, которые ставятся на разрешение КСПЭ, являются следующие:

1. *Страдал ли несовершеннолетний до совершения самоубийства каким-либо психическим расстройством? (компетенция судебного психиатра-эксперта).*
2. *В каком психическом (эмоциональном) состоянии находился несовершеннолетний в период, предшествовавший самоубийству (смерти)? (компетенция судебного психиатра-эксперта и психолога-эксперта).*
3. *Какие факторы могли оказать влияние на развитие этого состояния? (компетенция судебного психиатра-эксперта и психолога-эксперта)*
4. *Какие индивидуально-психологические особенности несовершеннолетнего могли оказать существенное влияние на его поведение во время совершения самоубийства? (компетенция психолога-эксперта)*
5. *Имеется ли причинно-следственная связь между действиями обвиняемого и возникновением и развитием психического (эмоционального) состояния несовершеннолетнего в период, предшествовавший самоубийству? (компетенция судебного психиатра-эксперта и психолога-эксперта).*

Рассмотрим особенности проведения комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы по поставленным вопросам.

Вопрос 1. *Страдал ли несовершеннолетний до совершения самоубийства каким-либо психическим расстройством?* При констатации медицинского критерия следует ограничиться выявлением психического расстройства, определяемого как нозологически, так и синдромально (по МКБ-10). В данном случае формулировка вопросов и, соответственно, заключений должны быть аналогичны тем, что имеют место при СПЭ обвиняемых, потерпевших и т.д. Экспертная оценка психического состояния несовершеннолетних в данном вопросе формулируется аналогично, как и в экспертизах в отношении живых лиц.

Вопрос 2. *В каком психическом (эмоциональном) состоянии находился несовершеннолетний в период, предшествовавший самоубийству (смерти)?* По данному вопросу следует отметить, что назначение данного вида экспертизы предъявляет особые требования к материалам уголовного дела. Так, специфика экспертизы психического состояния лиц, совершивших самоубийство, заключается в том, экспертный анализ проводится на основе тех материалов, которые приобщены к уголовному делу. Именно данные материалы являются

единственным источником информации о личности и психическом состоянии суицидента. Данное обстоятельство обуславливает значимость качества сбора материалов для производства посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы. Соответственно следователем, назначающим экспертизу, должны быть подготовлены все необходимые материалы, которые должны содержать полные и подробные сведения о психическом развитии подэкспертного лица. Это, прежде всего, сведения об индивидуально-психологических особенностях суицидента (в том числе сведения о характере реагирования на стресс, фрустрацию, сведения о наличии конфликтных ситуаций и иных обстоятельств), динамике его психического состояния в интересующий суд и следствие периоды времени, особенно в период времени до самоубийства, а также сведения медицинского характера. Именно наличие полных материалов уголовного дела и медицинской документации позволяет в процессе экспертного анализа дать точную квалификацию психического состояния человека в период, предшествовавший суициду, описать возникновение данного состояния и динамику его развития. Квалификация данного психического состояния включает в себя определение индивидуально-психологических особенностей, клиническую и психологическую диагностику собственно психического состояния. Экспертное исследование индивидуально-психологических особенностей подэкспертного должно включать этико-психологический анализ (поскольку суицидальное действие – всегда акт морального выбора), диагностику особенностей самосознания, определение черт личности и характера.

Необходимо квалифицировать тип суицида – рациональный или аффективный. Рациональные самоубийства – это обдуманые суициды с длительным и постепенным формированием решения покончить с собой, обдумыванием способов самоубийства, места и времени осуществления своего намерения. При аффективных самоубийствах решение о суициде принимается непосредственно под воздействием интенсивных и значимых эмоций и является не обдуманным, а импульсивным.

Важным компонентом является выявление мотивов (или психологического смысла) самоубийства. В суицидологии описаны такие типы мотивов, как протест, призыв, избегание (наказания или страдания), самонаказание и отказ.

Особое внимание в экспертном заключении должно обращаться на изменения личности в «переломные» моменты его жизни (потеря работы, смерть близких, ситуации сильного унижения и т.п.). Что касается диагностики особенностей психического состояния человека в интересующий судебно-следственные органы период времени, то такая диагностика обычно включает клиническую нозологическую или синдромальную оценку этого состояния. Она включает определение характера социальной дезадаптации личности, выявление сущности его кризисного или аффективного состояния, а также включает анализ динамики его переживаний. Только точная и полная квалификация психического состояния подэкспертного в период, предшествовавший самоубийству, позволяет правильно ответить на основной вопрос судебно-следственных органов.

Вопрос 3. *Какие факторы могли оказать влияние на развитие этого состояния?* Важнейшими психологическими и психиатрическими факторами суицидального поведения являются: наличие психического заболевания; индивидуально-психологические особенности, предрасполагающие к суицидальному поведению; эпизоды суицидального или самоповреждающего поведения в прошлом. Наличие психического заболевания является одним из наиболее существенных факторов, увеличивающих вероятность совершения суицида. Риск суицида наиболее высок при таких заболеваниях, как депрессия, шизофрения, алкогольная или наркотическая зависимость, психопатии или личностные расстройства. Что касается индивидуально-психологических особенностей, предрасполагающих к суицидальному поведению, то потенциально-опасными в отношении суицида оказываются следующие личностные характеристики. Это, прежде всего, сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам и своеобразие интеллекта, а именно категоричность суждений, максимализм, запелляционность, склонность к «черно-белым» оценкам. Также к потенциально-опасным особенностям личности относятся низкий уровень общительности и коммуникативных способностей, заниженная или завышенная самооценка, неадаптивный характер или ограниченность копинг-стратегий, а также неразвитость психологических защит. Следует обратить внимание и на такие индивидуально-психологические особенности, как высокий уровень импульсивности, ригидность эмоциональных и когнитивных процессов, низкий уровень способности к решению межличностных проблем. Данные особенности также повышают уровень риска суицида. Кроме того, одним из наиболее достоверных факторов риска суицида являются попытки суицидального или самоповреждающего поведения в прошлом. По данным исследователей, каждый второй суицидент повторяет попытку самоубийства в течение года.

Вопрос 4. *Какие индивидуально-психологические особенности несовершеннолетнего могли оказать существенное влияние на его поведение во время совершения самоубийства?* Как правило, под существенным влиянием индивидуально-психологических особенностей на поведение имеется в виду ограничение способности адекватно осознавать окружающее, свои поступки, произвольно и осознанно регулировать и контролировать свои действия вследствие каких-либо аномалий личности неболезненного характера.

Вопрос 5. *Имеется ли причинно-следственная связь между действиями обвиняемого, возникновением и развитием психического (эмоционального) состояния несовершеннолетнего в период, предшествовавший самоубийству?* Часто этот вопрос задают таким образом: «Каковы возможные причины возникновения этого состояния?» Подобная формулировка представляется менее удачной, так как причин возникновения и развития пресуицидального состояния может быть много, а суд интересуется только одна причинно-следственная связь между уголовно значимыми действиями обвиняемого и самоубийством потерпевшего. Проиллюстрируем это следующим примером.

Девушка 16 лет была изнасилована группой подростков, и впоследствии у нее развилось депрессивное состояние непсихотического уровня со стойкими суицидальными мыслями, ощущением непереносимости сложившейся ситуации, что привело ее к попытке самоубийства путем отравления. Однако, среди причин развития данного психического состояния можно назвать и ее личностные особенности в виде повышенной ранимости, уязвимости, устойчивых ценностных представлений о женской чести. В то же время клинико-психологическое исследование показало, что ее депрессивное состояние усугубилось в результате субъективно непереносимых для нее допросов в качестве потерпевшей, а также из-за неправильного поведения ее матери, занявшей не сочувствующую, а осуждающую дочь позицию. Ясно, что в таком случае факт группового изнасилования не выступает в качестве единственной причины, а является одним (хотя и основным) из факторов, обусловивших возникновение психического состояния, приведшего к попытке самоубийства.

В других случаях, при квалификации психического состояния подэкспертного как психотического, основной причиной самоубийства могут быть, к примеру, психопатологические бредовые мотивы, а внешние воздействия могут находиться, а могут и не находиться в причинной связи с возникновением и развитием такого состояния. Поэтому более корректным, а главное, отвечающим задачам суда или следствия является формулировка вопроса о наличии причинной зависимости психического состояния подэкспертного, предшествовавшего самоубийству, от действий обвиняемого. Следует отметить, что конечное установление такой связи является прерогативой суда, поэтому эксперты не могут говорить об отсутствии искомой причинной зависимости, их ответы ограничиваются двумя вариантами: либо в заключении делается вывод о наличии причинно-следственной связи между действиями обвиняемых и пресуицидальным психическим состоянием подэкспертного лица, либо мотивированно указывается на невозможность ее установления.

Рассмотрим суть компетенции судебного психиатра-эксперта при решении экспертных вопросов. При проведении посмертной КСПЭ для решения основных экспертных вопросов эксперт-психиатр в рамках своей компетенции при наличии у несовершеннолетнего психического расстройства должен наряду с выделением ведущего психопатологического синдрома и его нозологической квалификацией определить состояние психической деятельности несовершеннолетнего в период, предшествующий самоубийству, и, по возможности, установить причинные зависимости возникновения такого состояния.

В чем заключается компетенция судебного психолога-эксперта? Он на основе ретроспективного анализа (психологической реконструкции) социальной ситуации развития несовершеннолетнего, его возрастных и индивидуальных особенностей, событий, предшествовавших самоубийству, и их отражения в поведении и продуктах деятельности подростка, определяет психологические факторы, которые могли повлиять на эмоциональное состояние

несовершеннолетнего, предшествующее смерти, и его суицидальное поведение, имели с ним причинно-следственную связь.

В следственной практике уголовные дела, связанные с самоубийством несовершеннолетних, чаще возбуждаются по ст.110 УК РФ «Доведение лица до самоубийства путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства потерпевшего». Спецификой производства посмертной КСППЭ является ретроспективный анализ материалов уголовного дела и приобщенных к нему документов, которые становятся единственными источниками информации о личности суицидента и его психическом состоянии в период, предшествовавший уходу из жизни. Подготовка материалов следователями для производства посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством, полнота и качество представленных экспертам материалов исследования во многом определяют надежность и доказательность экспертных выводов.

С развитием интернет-технологий появились новые способы психического воздействия на несовершеннолетних например, кибербуллицид-суицид, произошедший вследствие столкновения с прямой или косвенной агрессией онлайн. В связи с распространением суицидального поведения среди несовершеннолетних, и прежде всего, тех из них, кто участвует в так называемых «группах смерти» в социальных сетях, Федеральным законом от 7 июня 2017 г. № 120-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и статью 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации в части установления дополнительных механизмов противодействия деятельности, направленной на побуждение детей к суицидальному поведению» (СЗ РФ. 2017. № 24.Ст.3489) ст. 110 УК РФ была дополнена ч.2 с такими квалифицирующими признаками деяния, как совершение преступления в отношении несовершеннолетнего или лица, заведомо для виновного находящегося в беспомощном состоянии либо в материальной или иной зависимости от виновного; в отношении женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности; в отношении двух или более лиц; группой лиц по предварительному сговору или организованной группой; в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении, СМИ или информационно-телекоммуникационных сетях (включая сеть Интернет).

В связи с усиливающейся ролью сети Интернет в общении детей и подростков, учитывая п. «д» ст.110 УК РФ, следователи и суды все чаще ставят перед экспертами следующие вопросы:

1. Имеется ли причинно-следственная связь между информацией, полученной несовершеннолетним посредством сети Интернет, и психическим состоянием несовершеннолетнего в период, предшествовавший его самоубийству?

2. Имеется ли причинно-следственная связь между действиями обвиняемого, совершенными посредством сети Интернет, и психическим состоянием несовершеннолетнего в период, предшествовавший его самоубийству?

Данные вопросы в экспертной практике являются новыми, что не позволяет экспертам использовать стандартные подходы к их разрешению и требуют, в свою очередь, компетентной подготовки материалов следственными органами для производства посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством. Поэтому информацию, полученную несовершеннолетним посредством сети Интернет, в настоящее время следует оценивать (квалифицировать) с помощью судебной психолого-лингвистической экспертизы.

Есть смысл остановиться на тех ошибках, которые допускаются следователями при назначении посмертных КСППЭ. Довольно часто ошибки при назначении экспертизы связаны с постановкой вопросов, хотя в целом и входящих в компетенцию экспертов-психиатров или психологов, но не имеющих юридического значения именно в рассматриваемом предметном виде экспертизы. Так, в постановлениях по делам, предусмотренным ст.110 УК РФ, допускается ошибка в формулировании вопроса: «Мог ли несовершеннолетний в момент совершения самоубийства осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими?» Этот вопрос представляет собой механический перенос формулы невменяемости в экспертизу по факту самоубийства. Подобная формулировка применяется в большей степени для обвиняемых, поэтому для лиц, совершивших суицид, следует говорить о способности несовершеннолетнего «понимать значение своих действий и руководить ими». Иными словами, ст.110 УК РФ не распространяется на случаи доведения до самоубийства лица, заведомо не способного понимать характер им совершаемых действий или руководить своими поступками, ибо самоубийством следует считать лишь те случаи, когда решение лишить себя жизни было *осознанным*. Если же подвергавшийся жестокому обращению суицидент был лишен способности к осознанной регуляции своего поведения, то случившееся должно квалифицироваться по ст.105 УК как убийство (а не по ст.110 УК как доведение до самоубийства). Насилие, жестокое обращение или систематическое унижение личного достоинства могут обусловить развитие психогенного психического заболевания, которое, достигая психотического уровня, будет препятствовать суициденту осознавать значение своих действий и контролировать их, в то же время непонимание своих суицидальных действий может зависеть и от хронического душевного заболевания, абсолютно не связанного с какими-либо действиями обвиняемых.

Кроме того, во многих случаях утвердительный ответ на этот вопрос может затушевывать искомую причинную связь, давая возможность защите обвиняемого отрицать и сам факт насилия, жестокого обращения или унижения, аргументируя это тем, что эти факты существовали только в воображении душевнобольного, не понимающего, что происходит вокруг. Формулировка данного вопроса корректна только в тех ситуациях, когда лицо, пытавшееся покончить жизнь самоубийством, является одновременно и обвиняемым в

преступлении, связанным с его суицидальной попыткой. Например, военнослужащий совершает незавершенный суицид (остается в живых) и обвиняется в члено-вредительстве; женщина совершает расширенное самоубийство – при суицидальном акте лишает жизни и своего ребенка (или детей).

Еще один вопрос, зачастую формулируемый ошибочно, состоит в следующем. Так, на практике следователи нередко задают вопрос о наличии у суицидента психического состояния, **предрасполагающего** к совершению самоубийства. Такая формулировка возможна, однако следует учитывать, что констатация «состояния, предрасполагающего к самоубийству» не означает, что это состояние **предопределяло** совершение суицида. Даже при наличии «состояния, предрасполагающего к самоубийству» наступление этого события, имеет лишь вероятностный характер, а смерть данного лица может иметь иные причины. В связи с этим предпочтительной является формулировка «психическое состояние, предшествующее самоубийству (смерти)».

Ошибочной является также формулировка следующего вопроса: «Находился ли подэкспертный в период, предшествовавший смерти, в психическом состоянии, предрасполагающем к самоубийству?» С точки зрения современных научных представлений, ответ на данный вопрос является тавтологией – если был факт самоубийства, то этому должно было предшествовать какое-либо психическое состояние, являющееся условием принятия решения (в результате длительного обдумывания, или эмоциональное, импульсивное) покончить с собой. Более того, между психическим состоянием человека и самоубийством как действием, поступком, существует только вероятностная связь – не существует таких психических состояний, которые неизбежно приводили бы к суициду. В любом кризисном состоянии один человек расположен к аутоагрессии, другой – к внешней агрессии, третий – к поиску конструктивных путей выхода из сложившейся ситуации и т.п. Иными словами, количество вариантов личностного реагирования на конфликтные и фрустрирующие воздействия, даже при наличии суицидальных мыслей и намерений, достаточно большое. Поэтому трудно оценивать какое-либо психическое состояние человека как предрасположение к самоубийству. Соответственно, правильной будет следующая постановка вопроса: «В каком психическом (эмоциональном) состоянии находился несовершеннолетний в период, предшествовавший самоубийству (смерти)?»

Еще два вопроса являются недостаточными для принятия правильного судебного решения. Это такие вопросы, как «Какие индивидуально-психологические особенности подэкспертного могли способствовать принятию им решения о самоубийстве?» и «Находился ли подэкспертный в момент совершения самоубийства в состоянии аффекта?» Эти вопросы в целом являются корректными, но неполными. Ответ на них, как указывалось выше, является обязательным компонентом экспертного заключения при квалификации психического состояния подэкспертного в период, предшествовавший самоубийству, в котором определяется тип суицида (рациональный или аффективный),

раскрывается роль индивидуально-психологических особенностей в динамике пресуицидального психического состояния, в том числе в формировании мотивации и принятия решения о самоубийстве или в развитии аффективного состояния вследствие внешних, ситуативных воздействий. Поэтому по отношению к вопросу о квалификации психического состояния лица, предшествовавшего самоубийству, данные вопросы являются избыточными, хотя и могут выноситься в определение суда в качестве уточняющих. В случае же, когда эти вопросы заменяют вопрос о психическом состоянии суицидента, они являются недостаточными.

Таким образом, подытоживая, отметим, что эффективность посмертных КСППЭ во многом зависит от правильной постановки вопросов, которые следователь ставит на разрешение экспертов.

**Рекомендуемые документы, необходимые для проведения
посмертной КСППЭ по уголовным делам,
возбуждаемым в связи с самоубийством несовершеннолетних**

Уголовные дела, связанные с самоубийством несовершеннолетних, обычно возбуждаются по статье 110 УК РФ «Доведение лица до самоубийства путем угроз, жестокого обращения или систематического унижения человеческого достоинства потерпевшего. «Особенность производства по этим делам посмертной КСППЭ является тщательный ретроспективный анализ материалов уголовного дела и приобщенных к нему документов, которые становятся единственными источниками информации о личности суицидента и его психическом состоянии в период, предшествовавший уходу из жизни. Именно полнота и качество представленных документов для экспертного исследования в значительной степени надежность и доказательность экспертных выводов.

Прежде чем говорить о рекомендуемых документах, следует отметить типичные недостатки в сборе материалов уголовных дел. Первое, на чем следует акцентировать внимание, это механическое копирование одних и тех же показаний, данных разными свидетелями. Нередко показания отдельных свидетелей не записываются в оригинальном виде, а копируются с показаний других свидетелей, полностью или частично. Абсолютно недопустимым является механическое копирование одних и тех же показаний, данных разными свидетелями. Каждый свидетель должен быть допрошен индивидуально, а показания записаны как можно более точно. Необходимо дать возможность свидетелю свободно рассказать обо всем, что ему известно по делу, уменьшая количество вопросов, на которые могут быть даны лишь односложные ответы.

Еще одним недостатком является следующее обстоятельство. Так, в отдельных случаях объем уголовных дел искусственно увеличивается за счет документов, не имеющих для дела существенного значения (например, объемные служебные инструкции психологов, социальных работников, их планы и отчеты за длительные периоды времени и т.п.). Как правило, в подобных подборках материала

отсутствует действительно важная информация, способствующая решению экспертных вопросов.

Для проведения всестороннего и полного экспертного исследования требуются следующие документы.

1. Подробные показания членов семьи, родственников несовершеннолетнего – его родителей, братьев, сестер, бабушек, дедушек и других. Именно данные лица могут сообщить важные для экспертов сведения. В процессе их допроса необходимо обращать внимание на информацию о следующих обстоятельствах:

а) *состав семьи и характер семейных отношений*. Следует описать, кто входит в состав семьи, присутствуют ли оба родителя, бабушки и дедушки, братья и сестры. В ходе допроса выяснить и указать, как изменялся состав семьи в течение жизни ребенка и как он на эти изменения реагировал (например, в случае развода родителей, смерти члена семьи, рождения братьев и сестер). Обратить внимание на случаи передачи ребенка на воспитание в приемную семью. Спросить, какие методы воспитания применялись по отношению к ребенку. Отметить в протоколе допроса, к кому из членов семьи ребенок был особенно привязан, охарактеризовать общую атмосферу в семье;

б) *психическое развитие несовершеннолетнего с рождения до подросткового возраста*. Это особенности развития ребенка в раннем возрасте (когда начал ходить, говорить, во что и как играл), в дошкольный период (посещал ли детский сад, каким было его поведение в детском саду и дома, как общался со сверстниками, во что играл), в младших классах школы (как себя вел в школе, как общался с учителем и другими детьми, какой была успеваемость, какие предметы давались легче и какие труднее, чем любил заниматься), в средней школе (были ли какие-либо изменения в учебе, в особенностях общения и поведения в целом по сравнению с предыдущим периодом), в старших классах (в чем проявлялось взросление несовершеннолетнего);

в) *характерологические особенности суицидента*. Сюда относятся типичные для несовершеннолетнего особенности общения со взрослыми и сверстниками: общительность или замкнутость, доброжелательность, конфликтность и т.п. Кроме того, следует выяснить общий фон настроения и особенности эмоционального реагирования на различные ситуации (жизнерадостность, спокойствие или эмоциональная возбудимость, ранимость, чувствительность, склонность к длительному застреванию на отрицательных переживаниях и т.п.). Отметить особые свойственные несовершеннолетнему черты, обращавшие на себя внимание, какие-либо заостренные черты характера;

г) *интересы, увлечения, планы на будущее*. Следовательно важно выяснить и указать, чем увлекался несовершеннолетний, что занимало его свободное время. Если он использовал компьютер, то какими сайтами и каким контентом интересовался, в какие игры играл, с кем и в каких социальных сетях общался. Имел ли планы на ближайшее и отдаленное будущее. Кем хотел стать, как к этому готовился;

д) *характер межличностных отношений с окружающими.* Следует описать отношения с членами семьи в течение жизни несовершеннолетнего и особенно в последний период. Также выяснить отношения с учителями, с одноклассниками, друзьями и знакомыми. Особое внимание обратить на изменения в отношениях, конфликты в период, предшествующий самоубийству;

е) *события, происходившие в последние месяцы жизни несовершеннолетнего.* Следует задать вопросы и описать значимые для несовершеннолетнего события, эпизоды его жизни, а также его эмоциональные реакции на них. Необходимо получить информацию о его состоянии, настроении и поведении в этот период;

ж) *события и психическое состояние несовершеннолетнего в период, непосредственно предшествовавший смерти.* Это его поведение, высказывания, внешний вид, все, что могло привлечь к себе внимание;

з) *суицидальные попытки и тенденции в прошлом.* В показаниях близких следует отметить любые высказывания несовершеннолетнего, свидетельствующие о его суицидальных мыслях или намерениях, нанесение самоповреждений (даже если сам подросток иначе их объяснял), попытки самоубийства. Нужно также обратить внимание на случаи рискованного поведения несовершеннолетнего, в том числе занятия экстремальными видами спорта.

Важная с психологической точки зрения аналогичная информация может быть получена не только от членов семьи, но и от других свидетелей, поэтому подобный план опроса может быть применен и по отношению к ним. Помимо этого, каждая категория свидетелей может дать специфические виды информации.

2. Подробные показания учителей, воспитателей, психологов, социальных педагогов. Необходимы детальные допросы специалистов образовательных учреждений, где учился несовершеннолетний в последнее время и (особо отметим) в прежние годы. При этом тщательному выяснению подлежат следующие моменты:

а) *характеристика развития несовершеннолетнего в процессе обучения.* Сюда относятся мнения работников образовательных учреждений о способностях, успеваемости, интересе к учебе несовершеннолетнего. Важно описать его поведение, общение с одноклассниками и другими учащимися, дружеские связи. Необходимы сведения педагогического состава об индивидуальных особенностях подростка, его отношении к себе и другим, таких чертах, как активность, целеустремленность либо пассивность, безразличие к происходящему, умение дружить, о положении в классном коллективе, лидерских тенденциях, внушаемости или подчиняемости и т.п. Нужно обратить внимание на то, чтобы эти описания относились не только к последнему периоду жизни подростка, но и отражали динамику его развития. Психолог должен дать характеристику внутренних проблем несовершеннолетнего, его трудностей и возможностей справляться со сложными жизненными обстоятельствами;

б) *данные о семейной обстановке.* Нередко члены семьи не говорят о каких-то фактах, которые могут характеризовать семейную обстановку как

неблагоприятную. Педагоги часто обладают более объективной информацией о характере отношений в семье, практике воспитания ребенка, характере применяемых к нему наказаний, имеющихся проблемах и конфликтах. Эти обстоятельства должны быть выяснены в процессе допроса;

в) *сведения об интересах, увлечениях, привычках (в том числе вредных)*. Здесь нужно получить информацию о том, к каким предметам несовершеннолетний проявлял интерес, с какими занятиями связывал свои профессиональные планы. Рекомендуется выяснить наличие случаев (даже единичных) проявления вредных привычек (курения, употребления алкоголя, наркотиков и спайсов), а также выраженного рискованного поведения;

г) *информация о планах на будущее*. Нужно выяснить, как несовершеннолетний представлял себе свое ближайшее и отдаленное будущее, как относился к имеющимся у него возможностям;

д) *сведения о событиях, происходивших с несовершеннолетним в процессе обучения, особенно в период, непосредственно предшествовавший его смерти*. В допросе необходимо выяснить, какие эпизоды в школе и вне ее были значимы для подростка и как он на них реагировал. Следует получить информацию с описанием конфликтов, ссор, каких-либо поведенческих эксцессов с участием несовершеннолетнего. Важна информация об изменениях в его поведении и внешнем виде, обращавших на себя внимание высказываниях, эмоциональном состоянии. Нужно зафиксировать любые проявления, которые могли свидетельствовать о внутреннем неблагополучии, тревоге, депрессивных тенденциях, пониженном настроении, недовольстве собой и окружающими.

3. Подробные допросы одноклассников, сокурсников, друзей и знакомых.

Практика показывает, что друзья и одноклассники, сверстники несовершеннолетнего суицидента значительно лучше информированы о его жизни, актуальных проблемах и переживаниях, чем взрослые, в том числе члены семьи. В связи с этим их опрос имеет первостепенное значение. Необходимо выяснить круг и структуру общения подростка, определить наиболее близких ему друзей, которые могут дать важную информацию. Однако не менее важно опросить широкий круг его знакомых, так как некоторые из них могут обладать частными, но важными для экспертизы сведениями.

Выяснению подлежат следующие обстоятельства:

а) *индивидуальные особенности, характерологические свойства, присущие суициденту;*

б) *интересы, увлечения, склонности, планы;*

в) *характер общения (дружеского, неприязненного) с окружением;*

г) *информация о конфликтах, о возможных фактах травли, агрессии со стороны сверстников, старших лиц;*

д) *сведения об отношениях с родителями, случаях жестокого обращения в семье, повышенного контроля со стороны родителей, конфликтах, информация о безнадзорности, изолированности от семейного окружения;*

е) сведения о наличии романтических отношений, их развитии, переживании несовершеннолетним их актуального состояния в период, предшествовавшей смерти;

ж) возможные поведенческие отклонения. Поскольку сверстники часто лучше других знают о склонности несовершеннолетнего к употреблению психоактивных веществ, рискованному поведению, высказываниям суицидального характера, то эти обстоятельства должны быть отражены в материалах уголовного дела;

з) поведение несовершеннолетнего в сети Интернет. Это важный момент в сборе информации, так как именно друзья несовершеннолетнего могут охарактеризовать его поведение в сети Интернет в рамках общения в социальных сетях, в переписке с ними, а также активность несовершеннолетнего в деятельности специфических сайтов суицидальной направленности;

и) события в жизни несовершеннолетнего в ближайшее к суициду время. Здесь следует выяснить, что происходило в жизни несовершеннолетнего в этот период, как он реагировал на данные события, какими были изменения его поведения, настроения, высказываний.

4. Допросы других лиц. Имеется в виду информация от иных лиц, знавших несовершеннолетнего или наблюдавших его в период, предшествовавший смерти. Это может быть информация от соседей, тренеров, дальних родственников, родителей, друзей и т.п. При возможности надо получить информацию с подробным описанием поведения, настроения подростка, если они заметили какие-либо особенности, привлекавшие их внимание.

5. Официальные характеристики. Сюда относятся характеристики из школы, спортивных секций, клубов и т.п., в которых должны быть отражены достаточно полные сведения о личности несовершеннолетнего (по параметрам, аналогичным указанным выше).

6. Копии переписки. Это переписки несовершеннолетнего в Интернете, посредством смс-сообщений или обычной почты (CD, USB, информация на мобильных носителях – смартфоны, мобильные устройства и иные гаджеты).

7. Скриншоты страниц несовершеннолетнего в социальных сетях с информацией о его взаимодействиях с указанием дат и времени контактов. Современный подход к экспертной оценке психического состояния подростка, окончившего жизнь самоубийством, часто требует информации об аккаунтах несовершеннолетнего в сети Интернет, подробных и полных скриншотов страниц переписки в социальных сетях, которые могут содержать ценную информацию о его интересах и эмоциональном состоянии (посещение определенных сайтов, членство в группах специфической направленности, ведение блогов и видеоблогов и т.д.). Грамотно и подробно собранные сведения такого рода порой могут стать единственными источниками, объясняющими суицидальное поведение несовершеннолетнего.

8. Письменная продукция несовершеннолетнего (дневники, письма, рисунки, записки, в том числе предсмертная записка). В письменной

продукции могут быть отражены отношения несовершеннолетнего с окружающими, а также эмоциональное состояние в период, предшествовавший смерти. Указанные личные документы имеют особую значимость для выяснения обстоятельств, повлекших суицидальное поведение несовершеннолетних. При психолого-психиатрическом анализе продуктов деятельности может быть получена ценная фактическая информация о внутренних переживаниях и намерениях суицидента, его психическом состоянии.

9. Медицинская документация. Выяснению подлежат следующие обстоятельства:

- а) *история развития ребенка;*
- б) *амбулаторная карта из поликлиники или иного учреждения (РПНД, РНД);*
- в) *истории болезни (их копии), если несовершеннолетний проходил стационарное лечение в психиатрическом или неврологическом учреждении, либо в психоневрологической санатории;*
- г) *заключения специалистов из медицинских центров, в том числе платных. Имеет значение в том случае, если подросток или его родственники обращались в связи с поведенческими, аффективными (колебания настроения) расстройствами, трудностями в учебе или нарушениями коммуникативного функционирования (замкнутость, необщительность и т.д.);*
- д) *медицинская карта призывника (копия);*
- е) *заключение комиссии экспертов, если несовершеннолетнему ранее (при жизни) проводилась судебно-психиатрическая экспертиза.*

Надо отметить, что при проведении посмертной КСПЭ изучение представленной медицинской документации с прицельным рассмотрением поведения и психического состояния несовершеннолетнего в различные периоды его жизни может существенно помочь экспертам в выборе правильного решения. Медицинская документация из психиатрических учреждений, как правило, содержит достаточную информацию о психическом состоянии подростка, диагностике психического заболевания, динамике состояния исследуемого лица. Нередко в ней содержатся важные для посмертной оценки и экспертного решения данные о взаимоотношениях несовершеннолетнего с родными и близкими, неправильном поведении при общении с врачом-психиатром, посторонними людьми, неадекватности эмоциональных проявлений, изменении личностных ориентаций, интересов, склонностей, характера. Имеет значение и документация из медицинских учреждений непсихиатрического профиля. Именно в ней часто отражено соматическое и неврологическое состояние пациента и, как правило, отсутствует описание его психического состояния. Вместе с тем, эти данные в совокупности с иными сведениями могут иметь значение для экспертной оценки эмоционального состояния и поведения лица, в отношении которого решаются судебно-экспертные вопросы.

10. Иные документы. Это любые иные документы, в которых может содержаться информация о психическом состоянии подростка и действиях его ближайшего окружения.

Необходимым условием для производства такого рода КСППЭ является обязательное предоставление следователем в материалах уголовного дела *заключения судебно-медицинской экспертизы*, в котором содержатся выводы о причине наступления смерти суицидента.

Таким образом, экспертное исследование психического состояния суицидента включает в себя определение индивидуально-психологических особенностей, этико-психологический анализ, диагностику особенностей самосознания, определение черт личности и характера, квалификацию типа суицида, выявление мотивов (или психологического смысла) самоубийства, клиническую и психологическую диагностику собственно психического состояния, его возникновения, динамики и развития.

В реальной экспертной практике судебные эксперты сталкиваются с тем, что каждое уголовное дело уникально по-своему, каждый подэкспертный обладает ярко выраженной индивидуальностью своей личности, своей судьбы. При производстве конкретных экспертиз эксперт должен уметь эффективно использовать специальные познания, не выходя за пределы профессиональной компетенции, для проведения клинического, психодиагностического исследований, составления заключения и формулирования экспертных выводов, которые могли бы полноценно использоваться судебно-следственными органами в качестве доказательства по делу.

Проведенный анализ посмертных КСППЭ на территории Республики Бурятия показал общую характеристику суицидов среди несовершеннолетних и позволил выявить основные социально-психологические особенности завершенных суицидов, связанных с факторами возраста, пола, места проживания, состава семьи, образования, наследственной отягощенности. Анализ посмертных КСППЭ несовершеннолетних показал, что данный вид экспертиз является одним из наиболее сложных и ответственных в судебно-психиатрической практике. Современный уровень проведения КСППЭ с учетом неблагоприятной обстановки данной проблемы в регионе требует не только высокого уровня профессиональной квалификации судебных экспертов, полноты и качества проводимых ими экспертных исследований, но также во многом зависит и от надлежащей подготовки следователем материалов по каждой назначаемой им посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе.

В правовом и в психолого-психиатрическом плане следователю необходимо правильно определить саму потребность в специальных психолого-психиатрических знаниях при производстве по конкретному уголовному делу. Необходимо четко, последовательно и профессионально грамотно сформулировать экспертное задание, собрать и предоставить экспертам все подлежащие исследованию материалы и перечислить их в Постановлении. Порядок назначения экспертизы и выносимое следователем Постановление должны полностью отвечать требованиям ст. 195 УПК. Для правильной оценки следователем экспертного заключения необходимо знание основных вопросов, относящихся к предметной области посмертных экспертиз, методов и методик, а также границ своей профессиональной компетенции в сферах психиатрии и психологии.

Рекомендуемая для специалистов литература

1. Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А., Летова А.В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) / Г.С. Банников, Т.С. Павлова, К.А. Кошкин, А.В. Летова // Суицидология, 2015; 6 (4): 21–32.
2. Горинов В.В. Посмертные судебно-психиатрические экспертизы в уголовном процессе // Руководство по судебной психиатрии / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. – М. : Медицина, 2004. – С. 321–328.
3. Лапицкий М.А., Ваулин С.В. Суицидальное поведение / М.А. Лапицкий, С.В. Ваулин. – Смоленск, 2000. – 156 с.
4. Лукашук А.В., Филиппова М.Д., Сомкина О.Ю. Характеристика детских и подростковых суицидов (обзор литературы) / А.В. Лукашук, М.Д. Филиппова, О.Ю. Сомкина // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова, 2016. – № 2.
5. Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Шишков С.Н., Полубинская С.В. Подготовка материалов следователями для производства посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством (статья 110 УК РФ) / Е.В. Макушкин, В.Д. Бадмаева, Е.Г. Дозорцева, С.Н. Шишков, С.В. Полубинская // Методические рекомендации. – М. : ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2018. – 20 с.
6. Сафуанов Ф.С. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза лица, окончившего жизнь самоубийством // Медицинская и судебная психология. Курс лекций : Учебное пособие / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. – 2-е изд. – М. : Генезис, 2005. – С. 558–577.
7. Сыроквашина К.В. Современные психологические модели суицидального поведения в подростковом возрасте / К.В. Сыроквашина // Консультативная психология и психотерапия, 2017. – Том 25. – № 3. – С. 60–75.

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Во всех странах мира суициды входят в число 10 ведущих причин смерти населения. Прогнозируется, что к 2020 году суицид выйдет на 2 место в мире как причина смерти, обойдя рак и уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям. Однако, уже сейчас в группе молодежи в возрасте 15–34 лет суицидальная смертность входит в тройку лидирующих причин смерти.

Официальная статистика фиксирует явные случаи суицидов. В действительности масштабы подростковых самоубийств в России могут быть гораздо выше в силу ряда субъективных и объективных факторов, приводящих к недоучету потерь, обусловленных подростковыми самоубийствами.

К числу субъективных факторов относится с одной стороны, довольно часто присутствующее стремление близких и родственников скрыть истинную причину смерти. С другой стороны, это нежелание компетентных органов детально разбираться в причине смерти, тем более, что решающим в случае гибели от внешних причин является мнение не судебно-медицинского эксперта, а следователя, ведущее соответствующее дело. Сказывается и нежелание руководства показать истинные причины смерти, более того, приуменьшить их масштабы.

Объективным фактором недоучета самоубийств в официальной статистике является система ее формирования: несмотря на то, что сроки расследования инцидента, предусмотренные законодательством, составляют 1 месяц, в российских реалиях они зачастую не выдерживаются, и в медицинском свидетельстве о смерти указывается «род смерти не установлен».

Таким образом, в силу вышеуказанных объективных и субъективных факторов, реальная статистика суицидов намного тревожнее и выше, чем официальная.

Единой теории, объясняющей причины самоубийств, не существует, поскольку это «...социальное явление, связанное с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития сообщества». Поэтому, проблема детского суицида – это проблема не столько медицинская, сколько социально-психологическая.

Шведским суицидологом Л.И. Вассерманом разработана модель влияния общества на развитие суицидального поведения человека от идеи суицида до самоубийства. В ней Вассерман указывает на факторы риска: проблемы взаимоотношения, насилие, психическая травма, социальный стресс, бедность, безработица, психические заболевания, алкоголизм, наркомания и т.д. Если к ним добавятся конфликты, одиночество, несчастья, финансовые проблемы, обострение болезни, они могут способствовать переходу от суицидальных намерений в суицидальные попытки. В любом обществе такие факторы риска есть.

Основными причинами совершения несовершеннолетними самоубийств являются сложное социально-психологическое состояние ребенка, межличностные отношения, неблагоприятные семейно-общественные условия его

жизни, отсутствие поддержки в морально-духовном росте учащегося и понимания его проблем.

По данным Генеральной прокуратуры России 62% всех самоубийств несовершеннолетних связано с семейными конфликтами, боязнью насилия со стороны взрослых, бестактным поведением отдельных педагогов.

В силу особенностей детской психики, как правило, именно указанные выше факторы, приводят детей к мыслям, а затем и к фактическому совершению самоубийства. При этом средний возраст детей, совершивших самоубийства и попытки к ним приходится на подростковый период от 14 до 17 лет, когда у подростков наблюдается наиболее неустойчивое психическое состояние – 81 %.

Необходимо отметить, что психологический портрет ребенка, совершившего самоубийство, значительно отличается от психологического портрета ребенка, покушавшегося на самоубийство, поскольку в 70 % случаев суицидальные попытки несовершеннолетних носят показательный характер и не имеют умысла на лишение жизни. В то же время, несовершеннолетние, имеющие конкретный умысел на лишение себя жизни, заранее готовятся к этому, делают это скрытно, не желая получить помощи от окружающих. Такая форма суицидальных попыток наиболее опасна, так как практически всегда заканчивается смертью.

Соответственно, по-разному несовершеннолетними выбираются и способы самоубийства. В основном лица, совершившие покушение на самоубийство, пытались отравиться таблетками – лекарственными средствами – 38,3 %, резаная рана – 26,6 %. И только в отдельных случаях несовершеннолетние, имеющие умысел на лишение себя жизни, пытались повеситься. Жизнь указанных детей была спасена, только в результате своевременного оказания помощи от окружающих и оперативного медицинского вмешательства.

Необходимо отметить, что зачастую самоубийства происходят во внешне благополучных семьях – 71,6%, когда в семье нет одного из родителей, имеется отчим или мачеха, либо ребенок живет у бабушки с дедушкой – 25 %. Анализ показал, что во всех случаях суицидов, либо покушений малолетних (до 14 лет) несовершеннолетних, в их семьях не было отца.

Отсутствие нормальных условий для проживания и обучения ребенка в семье, а также непонимание, отсутствие контакта со стороны родителей по отношению к ребенку также вызывают суицидальные попытки у ребенка.

При наличии объективных факторов, связанных с неустойчивой психикой несовершеннолетних, все же иногда причиной не установления факторов, побудивших детей к суициду, является неполнота исполнения органами дознания и предварительного следствия требований уголовно-процессуального законодательства о всестороннем, полном и объективном исследовании обстоятельств дела.

Рост самоубийств несовершеннолетних и попыток их совершения, свидетельствует о недостаточности принимаемых государственными органами мер для защиты прав детей, поддержания их психического здоровья, должного

материального обеспечения семей, а в отдельных случаях свидетельствует и об отсутствии элементарного внимания к проблемам ребенка.

Информацией о количестве самоубийств детей и их попыток, в настоящее время не владеет ни один государственный орган на региональном уровне, поскольку имеющиеся у них данные зачастую противоречивы и неполны. Ни в одном из органов исполнительной власти, имеющих отношение к проблемам детского суицида нет структурного подразделения или даже специалиста, курирующего данное направление работы. Отсутствует единый банк информации по одной из острых социальных проблем.

Расхождения в статистике детских суицидов и попыток самоубийств свидетельствуют об отсутствии межведомственного взаимодействия и как следствие отсутствие эффективной системы профилактики и психологического сопровождения. Инспекции по делам несовершеннолетних органов внутренних дел, как правило, в неведении о вышеприведенных фактах зарегистрированных суицидов среди подростков и принятых по ним процессуальных решений. Такие факты свидетельствуют о возможном преднамеренном сокрытии самоубийств несовершеннолетних отдельными чиновниками в силу ведомственной корпоративности, ложного понимания своего долга по службе, либо личной заинтересованности.

Отсутствие единого учета попыток и фактов суицида среди детей в уполномоченных государственных органах ведет к невозможности принятия должных предупредительных мер на уровне государства и отсутствию профилактической работы с самими несовершеннолетними и их семьями.

Требуется специальное внимание к этим проблемам со стороны государства и общества, чтобы возможно было подключить к этой работе широкую сеть общественных объединений, служб психологической помощи, родительской общественности. На наш взгляд, только при поддержке и активном участии государства, возможна разработка специальной системы оказания психологической помощи несовершеннолетним и служб, занимающихся подробным анализом каждого конкретного факта суицида, причин и условий, побудивших подростка расстаться с жизнью, с выработкой конкретных рекомендаций.

Психологические портреты детей, склонных к суициду на местах в учреждениях образования психологами и социальными педагогами не составляются и не используются в работе. Комиссиями по делам несовершеннолетних и защите их прав проблемы суицида среди детей не рассматриваются. Нельзя признать нормальным, что практически во всех материалах государственных органов по фактам попыток самоубийств отсутствуют какие-либо сведения о психологической реабилитации и помощи подросткам, пытавшимся расстаться с жизнью или их семьям. Услуги психолога, к сожалению, еще недоступны многим, особенно в сельских районах.

Анализ и совместное обсуждение сложившейся ситуации с заинтересованными министерствами и ведомствами, организованное аппаратом Уполно-

моченного по правам ребенка в РБ, подчеркнул остроту и важность проблемы суицида среди несовершеннолетних. Возникает необходимость принятия комплекса соответствующих мер в целях предупреждения и профилактики суицидального поведения.

Для решения проблемы необходимо учитывать некоторые региональные особенности, которые способствуют оздоровлению общества. Необходимо отметить некоторые *защитные факторы*, которые можно использовать для формирования устойчивости несовершеннолетних к суицидам:

1. Культура и традиции народов, населяющих Республику Бурятия. Модели семейных отношений в русской, бурятской семьях, семейских семьях, предусматривающих конструктивное и последовательное воспитание детей. Толерантность.

2. Главные мировые религии – христианство, буддизм, ислам, осуждающие добровольный уход из жизни. Жизнь как главная ценность человека.

3. Положительные социально – демографические тенденции в республике (повышение рождаемости, развитие массового спорта, туризма и т.д.).

4. Экологические факторы – солнечный край, Байкал, природа.

Поскольку под самоубийством понимается как индивидуальный поступок личности, так и социально-психологическое явление, система работы должна строиться в двух направлениях – общая и частная профилактика, т.е. отдельно с личностью или семьей и обществом в целом.

Что необходимо для снижения уровня суицидальной активности детей и подростков:

1. Разработать *региональную целевую программу по охране и защите психического здоровья детей в регионе.*

2. На государственном уровне необходимо организовать *межведомственное взаимодействие.*

3. Создать *Единую межведомственную систему контроля проявлений суицидального поведения, систему учета, регистрации и анализа суицидальных происшествий*, т.е. единый банк данных.

4. Особая роль в формировании стрессоустойчивости играет уклад жизни, традиции села или поселка, *уровень благополучия* в муниципальном образовании. Решение проблем отдельной семьи укрепляет уклад жизни в селе. Внимание органов опеки и попечительства должно быть сосредоточено на семьях, которые нуждаются в первоочередной помощи – многодетные, малообеспеченные, неполные, приемные. Каждый ребенок должен быть в поле зрения всех социальных служб. Надо работать на профилактику, а не на последствие случая.

5. Защитным фактором являются *типологические особенности человека, его индивидуальность*: чувство собственного достоинства, уверенность в себе и собственных силах, хорошие социальные навыки, готовность обращаться за помощью и советом в трудных ситуациях, восприятие чужого опыта, открытость,

способность к взаимодействию и т.д. Если у человека эти качества есть, он более устойчив к стрессам, конфликтам и суициду. Данные характеристики можно воспитать. Следовательно, основная работа по предотвращению самоубийств подростков ложится на *систему образования*. Нужна ревизия существующих воспитательных систем, сегодня слишком много формализма, показухи, а воспитание вымывается из образовательных учреждений. В настоящее время должны претерпеть качественные изменения и работа с ребенком, с родителями, с семьей. Нужно создать, сохранить и сделать действенной школьную психологическую службу. Необходимо втянуть детей в творческую деятельность, а, следовательно, развивать систему дополнительного образования детей. Очень важным направлением работы должны стать обучение, подготовка, переподготовка и повышение квалификации педагогических работников по проблемам обучения первичным навыкам выявления и коррекционной помощи детям и подросткам.

6. Огромный пласт работы лежит в *сфере здравоохранения*. Именно здесь находятся службы, чья деятельность направлена на предотвращение психологических кризисов и самоубийств: центры психического здоровья, специализированные стационары, телефоны анонимной психологической помощи. Здесь работают профессиональные специалисты психического здоровья (психиатры, психотерапевты, психологи, социальные работники и т.д.).

7. Нужны *новые подходы к социально-психологической поддержке семьи*. Здесь большую работу должны вести и службы сопровождения семей, службы социальной поддержки, специализированные центры преодоления кризисов, службы психолога – социального консультирования, службы примирения и телефоны доверия и т.д.

8. Нужны *новые методы социотерапевтической помощи детям*, находящимся в трудных жизненных обстоятельствах (беспризорность, безнадзорность, отсутствие родительского контроля, криминальная среда и т.д.), новые подходы к социально-правовой защите интересов детей в семье и в социальной среде. Поэтому надо повысить эффективность работы КДН и ЗП, инспекторов по делам несовершеннолетних МВД по РБ. Сегодня необходим общественный контроль в сфере защиты детей.

9. Большой потенциал несут в себе *религиозные организации*. Роль церкви сегодня растет, в духовной поддержке нуждаются те, кто попадает в трудную ситуацию, переживает кризис. Развитие и поддержка гражданских инициатив – обязательное условие для проведения эффективной профилактики.

10. Общество должно быть адекватно и доступно информировано о том, как оказывать помощь людям, переживающим кризис, где искать помощь в безвыходных ситуациях. *Здесь особая роль принадлежит СМИ*, которые должны быть ответственны за формирование отношения к самоубийству, распространение информации о службах помощи для подростков. «Перестать смаковать и пересказывать подробности таких трагедий, а больше разьяснять недопустимость

таких действий и помогать». Необходимо нести знания в области профилактики кризисов, корректно применяя тактику, отражающую лишь уровень нейтрального информирования, чтобы не провоцировать новую волну самоубийств.

11. *Научным организациям и центрам активнее изучать проблему суицида среди детей и подростков, выработать практические рекомендации педагогическим, медицинским работникам, специалистам, занимающимся проблемами детства, для повышения эффективности их деятельности.*

12. *Усилить защиту несовершеннолетних от всех форм дискриминации, физического или психического насилия, оскорбления, сексуальной и иной эксплуатации.*

Таким образом, цель проведенного исследования состояла в том, чтобы на основе анализа материалов посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз, мониторинга суицидальной ситуации в Республике Бурятия, анализа конкретных суицидальных случаев выявить социально-психологические аспекты завершенных суицидов несовершеннолетних на территории Республики Бурятия и разработать рекомендации по профилактике деструктивного (суицидального) поведения детей и подростков.

Анализ материалов расследований, посмертных КСППЭ на территории Республики Бурятия позволил выявить не только общую суицидальную характеристику несовершеннолетних, исследовать основные социально-психологические аспекты завершенных суицидов, но и определить способы разрешения проблемы.

Перспективы научного исследования

На наш взгляд, не исследованными и практически не решенными и остаются следующие вопросы:

1. Педагоги, родители не готовы к взаимодействию с подростками, совершившими попытки суицида.

2. Педагоги, родители не готовы к разговору с подростками о случившемся суициде.

3. Влияние Интернета и социальных сетей на суицидальную активность детей и подростков, каким образом обеспечить информационную безопасность.

4. Регламентация деятельности школьных психологов.

5. Неготовность школьных психологов к работе по профилактике суицидального поведения, недостаточная профессиональная подготовка и переподготовка.

Дальнейшие исследования обозначенной сложной научной и практической проблемы позволят вести обоснованный поиск оптимальной модели превенции суицидального поведения детей и подростков.

Литература

1. Алексина Ю.Ю. Особенности копинг-поведения лиц с ограниченными возможностями здоровья / Ю.Ю. Алексина // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 6–1. – С. 61–62.
2. Амбрумова А.Г. К вопросу о саморазрушающем поведении подростков / А.Г. Амбрумова, Е.Г. Трайнина // Саморазрушающее поведение у подростков. – Л., 1991. – С. 29–36.
3. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности. Актуальные проблемы суицидологии / А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко. – М., 1978. – С. 6–28.
4. Банников Г.С., Павлова Т.С., Кошкин К.А., Летова А.В. Потенциальные и актуальные факторы риска развития суицидального поведения подростков (обзор литературы) / Г.С. Банников, Т.С. Павлова, К.А. Кошкин, А.В. Летова // Суицидология. – 2015; 6 (4): 21–32.
5. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии / Пер. с англ. – СПб. : Питер, 2003.
6. Березина В.А. Профилактика суицидального поведения в образовательном процессе: содержание, организация планирование / В.А. Березина // Психологические аспекты детского суицида: технологии профилактики – Москва, 2013. – С. 20–26.
7. Борисов И.В., Гладышева А.Г., Любов Е.Б. Онтологический взгляд: суицидальное поведение и феномен жизнестойкости / И.В. Борисов, А.Г. Гладышева, Е.Б. Любов // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2. – С. 35–44.
8. Вассерман Л.И., Абаков В.А., Трофимова Е.А. Совладание со стрессом. / Л.И. Вассерман, В.А. Абаков, Е.А. Трофимова // Теория и психодиагностика. – СПб : Речь, 2010. – 192с.
9. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. и др. Методика для психологической диагностики совладающего поведения в стрессовых и проблемных для личности ситуациях / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Е.Р. Исаева, Е.А. Трифонова, О.Ю. Щелкова и др. – СПб., 2008. – 35 с.
10. Вроно Е.М. Предотвращение самоубийства подростков. Руководство для подростков / Е.М. Вроно. – М. : Академический проект, 2001. – 40 с.
11. Горобец Т.Н. Познавательный механизм аутодеструктивного поведения / Т.Н. Горобец // Мир психологии. – 2006. – № 3. – С.146–159.
12. Диагностика выявления проблем в детско-родительских отношениях: методическое пособие. – Ангарск – Иркутск: УМЦ РСО, 2017 – 104 с.
13. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. Дюркгейм Э. – СПб. : Союз, 1998.
14. Ефремов В.С. Основы суицидологии / Ефремов В.С. СПб. : Диалект, 2004.
15. Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция / М.В. Зотов СПб. : Речь, 2006. –144с.

16. Зотов М.В., Петрукович В.М. Внимание к мотивационно значимым стимулам как основа методического подхода к исследованию мотивации и его реализация на примере оценки суицидальных тенденций / М. В. Зотов, В.М. Петрукович // Современная психология: состояние и перспективы. М. : Изд-во ИП РАН, 2002.

17. Зотов М.В., Петрукович В.М., А.О. Иванов. Новый психофизиологический метод оценки уровня стрессоустойчивости / М.В. Зотов, В.М. Петрукович, А.О. Иванов // Актуальные проблемы психофизиологического сопровождения учебного процесса в военно-учебных заведениях. СПб. – 2002.

18. Зотов М.В., Петрукович В.М., Сысоев В.Н. Методика экспресс-диагностики суицидального риска / М.В. Зотов, В.М. Петрукович, В.Н. Сысоев // «Сигнал? : Руководство пользователя. СПб. : Иматон, 2003.

19. Иванова А.Е., Сабгайда В.Г., Семенова О.И., Антонова О.И., Никитина С.Ю., Евдоушкина Г.Н., Чернобавский М.В. //Смертность российских подростков от самоубийств / А.Е. Иванова, В.Г. Сабгайда, О.И. Семенова, О.И. Антонова, С.Ю. Никитина, Г.Н. Евдоушкина, М.В. Чернобавский – Юнисеф, 2011. – 133 с.

20. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена. Пер с англ. СПб. : Питер, 2002.

21. Козельская, А.В. Психология жизненных ресурсов личности: опыт экспериментального исследования / А.В. Козельская, // Российский психологический журнал. – 2008. – №3. – С.87–89.

22. Корнетов, А.Н., Шелехов, И.Л., Силаева, А.В., Профилактика суицидального поведения в учебных заведениях. Методические рекомендации для педагогов и кураторов / А.Н. Корнетов, И.Л. Шелехов, А.В. Силаева, Е.С. Толстолес, С.А. Морева, Е.А. Линок – Томск, 2013. – 56с.

23. Лапшин В.Е. Аутодеструктивное поведение подростков: причины, приводящие к суициду / В.Е. Лапшин // Вестник Владимирского юридического института. – 2008. – № 1 (6). – С. 172–173.

24. Личко, А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. – Л. : Медицина, 1983. – 416 с.

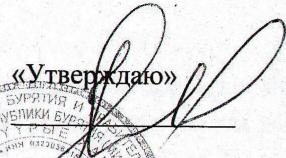
25. Лукашук А.В., Филиппова М.Д., Сомкина О.Ю. Характеристика детских и подростковых суицидов (обзор литературы) / А.В. Лукашук, М.Д. Филиппова, О.Ю. Сомкина // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2016. № 2.

26. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России : региональный аспект. / М.В. Морев, Ю.Е. Шматова, Е.Б. Любов Суицидология. 2014; 5 (1): 3–11.

27. Онуфриева В. В., Константинова А. С. Особенности копинг-поведения в подростковом возрасте / В.В. Онуфриева, А.С. Константинова // Молодой ученый. – 2016. – №6. – С. 701–703.

28. Павлова Т.С., Банников Г.С. Современные теории суицидального поведения подростков и молодежи / Т.С. Павлова, Г.С. Банников // Психологическая наука и образование. – 2013, № 4. – С. 59–69.
29. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) / Ю.В. Попов, А.А. Пичиков // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – №4. – С. 18–25.
30. Положий Б.С. Суицидальная ситуация в современной России / Б.С. Положий // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2007; 5: 16–7.
31. Положий Б.С. Интегративная модель суицидального поведения / Б.С. Положий // Российский психиатрический журнал. – 2010; 4: 55–62.
32. Положий Б.С., Панченко Е.А. Суициды у детей и подростков в России: современная ситуация и пути ее нормализации. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журнал. 2012. № 2. URL:<http://medpsy.ru>
33. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения / Б.С. Положий, Е.А. Панченко // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8–13.
34. Поникарова В.Н., Алексина Ю.Ю. Содержание и основные направления формирования продуктивного копинг-поведения у лиц с ограниченными возможностями здоровья / В.Н. Поникарова, Ю.Ю. Алексина // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 5. – С. 412–414.
35. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) / Ю.В. Попов, А.А. Пичиков // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 4. – С. 4–8.
36. Приленский Б.Ю., Родяшин Е.В., Приленская А.В. Интегративный подход в психотерапии суицидального поведения / Б.Ю. Приленский, Е.В. Родяшин, А.В. Приленская // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 49–51.
37. Райкус, Дж.С. Социально-психологическая помощь семьям и детям групп риска / Дж.С. Райкус, Р.К. Хьюз. – Москва: Эксмо, 2009. – Том III – 288 с.
38. Ромицына Е.Е., Алюшина А.О. Особенности проявлений тревожности и депрессивности в связи с родительским отношением у подростков, совершивших попытку суицида / Е.Е. Ромицына, А.О. Алюшина // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2005. Том 1. – 34 с.
39. Руженков В.А., Руженкова В.В., Боева А.В. Концепции суицидального поведения / В.А. Руженков, В.В. Руженкова, А.В. Боева // Суицидология. – 2012; 3 (4): 52–60.
40. Сидоров Н.Р. Девиации поведения у школьников – определение и предупреждение / Н.Р. Сидоров // Психологическая наука и образование. 2007. – № 4. – С. 23–28.

41. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г.В. Старшенбаум. – М. : Когито-Центр, 2005.
42. Сыроквашина К.В. Современные психологические модели суицидального поведения в подростковом возрасте / К.В. Сыроквашина // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Том 25. – № 3. – С. 60–75.
43. Тарабрина Н.В., Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина, – СПб. : Питер, 2001
44. Узлов Н.Д., Узлов А.Н. Модель превенции суицида в условиях учебного заведения / Н.Д. Узлов, А.Н. Узлов // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 75.
45. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон.науч. журнал. – 2013. – № 2(19).
46. Церковникова Н.Г. Психологические особенности личности подростка, склонного к суицидальному поведению / Н.Г. Церковникова // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 25–26.
47. Чеперин А.И., Михайличенко И.Н., Сазонова Л.А., Мурина И.Н. Инновационные решения в телефонном консультировании / А.И. Чеперин, И.Н. Михайличенко, Л.А. Сазонова, И.Н. Мурина // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 68–69.
48. Чернова А.М. Обучающий тренинг как эффективный метод формирования адаптивных копинг-стратегий студентов / А.М. Чернова // Научное сообщество студентов, сборник материалов VIII Международной студенческой научно-практической конференции. – 2016. – С. 103–106.
49. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Магурдумова Л.Г. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения / К.А. Чистопольская, С.Н. Ениколопов, Л.Г. Магурдумова // Суицидология. 2013; 4 (3). – С.17–25.

«Утверждаю»

 Министр здравоохранения
 Республики Бурятия
 В.В. Кожевников

«Утверждаю»

 Уполномоченный
 по правам ребенка
 по Республике Бурятия
 Т.Е. Вежечик

Протокол заседания круглого стола по вопросу
 «О профилактике суицидов среди несовершеннолетних в Республике
 Бурятия» №10-09-18-и 3339/16

г. Улан-Удэ

03.06.2016

Заслушав и обсудив информации Мадасовой О.К. – главного врача ГБУЗ «Республиканский центр медицинской профилактики им. В.Р. Бояновой», Васильевой Р.П. – главного внештатного детского специалиста психиатра МЗ РБ, Жербун Я.О. – директора МБУ ДО «Центр диагностики и консультирования» Комитета по образованию Администрации г. Улан-Удэ, Дамдиновой Л. Б. – Руководителя Управления Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Республике Бурятия, психологов ГБУЗ «Республиканский центр медицинской профилактики им. В.Р. Бояновой» по вопросу «О профилактике суицидов среди несовершеннолетних в Республике Бурятия», решили **рекомендовать**:

1. Министерству образования и науки Республики Бурятия (А.В. Дамдинову), Комитету по образованию Администрации г. Улан-Удэ (У.С. Афанасьевой):

1.1. Разработать образовательную профилактическую программу по психологическому сопровождению детей группы риска, в том числе прибывших из сельских районов в образовательные учреждения г. Улан-Удэ;

Срок: до 01.09.2016

1.2. Определить количество и продолжить работу по предоставлению заявок в ГБУЗ «Республиканский центр медицинской профилактики им. В.Р. Бояновой» на приобретение методического пособия по профилактике суицидального поведения «Чтобы не опоздать».

Срок: до 15.06.2016

1.3. Организовать проведение в режиме ВКС обучающих мастер-классов для психологов, педагогов образовательных учреждений по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних.

Срок: до 01.01.2017 и в течение 2017 года

2. Руководителю Управления Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций по Республике Бурятия (Л.Б.Ж. Дамдиновой):

2.1. Продолжить мониторинг операторов связи на предмет принятия мер по ограничению доступа абонентов к запрещенным сайтам сети «интернет».

Срок: постоянно

3. Министерству здравоохранения Республики Бурятия (В.В. Кожевникову):

3.1. Провести цикл обучающих мастер-классов для психологов, педагогов, социальных работников Министерства образования и науки РБ, Министерства социальной защиты населения РБ в режиме ВКС по вопросам первичной профилактики суицидального поведения несовершеннолетних.

Срок: до 01.01.2017 и в течение 2017 г.

4. Министерству социальной защиты населения Республики Бурятия (Т.А. Быковой):

4.1. Направлять для участия в обучающих мастер-классах по профилактике суицидального поведения несовершеннолетних психологов, педагогов, социальных работников учреждений социальной защиты для несовершеннолетних.

Срок: до 01.01.2017 и в течение 2017 г.

4.2. Определить количество и продолжить работу по предоставлению заявок в ГБУЗ «Республиканский центр медицинской профилактики им. В.Р. Бояновой» на приобретение методического пособия по профилактике суицидального поведения «Чтобы не опоздать».

Срок: до 15.06.2016

5. Главам муниципальных образований районов и городских округов Республики Бурятия:

5.1. Определить количество и продолжить работу по предоставлению заявок в ГБУЗ «Республиканский центр медицинской профилактики им. В.Р. Бояновой» на приобретение методического пособия по профилактике суицидального поведения «Чтобы не опоздать».

Срок: до 15.06.2016

6. Лаборатории инновационных технологий в области защиты детства Бурятского государственного университета (Т.Е. Вежевич Т.Е., В.Ц. Цыренову) совместно с Минздравом РБ (В.В. Кожевникову):

6.1. Организовать комплексное исследование по проблеме детских суицидов и внести предложения по снижению уровня суицидальной ситуации в Республике Бурятия.

Протокол вели
Т.П. Будаева (3012) 214090
В.В. Дмитриева (3012) 212899

Состав исследовательской группы

1. Вежевич Татьяна Ефимовна, доктор педагогических наук, Уполномоченный по правам ребенка в Республике Бурятия
2. Цыренов Владимир Цыбыкжапович, доктор педагогических наук, доцент, заведующий лабораторией новых технологий в области защиты детства
3. Комбаев Алексей Викторович, кандидат политических наук, доцент, заведующий кафедрой политологии и социологии
4. Доржиева Ирина Цыдыповна, кандидат социологических наук, доцент, начальник НИЧ
5. Бадмацыренов Тимур Баторович, кандидат социологических наук, доцент кафедры политологии и социологии
6. Тартыгашева Галина Владимировна, кандидат социологических наук, ст. преподаватель кафедры политологии и социологии Бурятского государственного университета
7. Тудупова Туяна Цибановна, кандидат психологических наук, доцент, заведующий кафедрой общей и социальной психологии
8. Батуева Наталья Григорьевна, кандидат медицинских наук, ст. преподаватель кафедры общей и социальной психологии, заведующая отделением Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Бурятия «Республиканский психоневрологический диспансер»
9. Лубсанова Светлана Викторовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней Бурятского государственного университета
10. Бороноев Павел Георгиевич, кандидат социологических наук, доцент кафедры теории и истории права и государства Бурятского государственного университета
11. Дмитриева Виктория Витальевна, главный специалист аппарата Уполномоченного по правам ребенка в Республике Бурятия

**Обязательство о неразглашении персональных данных
несовершеннолетних, совершивших суицид, либо попытку суицида**

Я,, паспорт серии, номер, выданный, понимаю, что получаю доступ к персональным данным несовершеннолетних, склонных к суициду, совершивших суицид, либо попытку суицида (далее – несовершеннолетние), имеющимся в аппарате Уполномоченного по правам ребенка в Республике Бурятия, заинтересованных министерствах и ведомствах Республики Бурятия, подведомственных учреждениях, органах местного самоуправления Республики Бурятия.

Я также понимаю, что в рамках научного исследования проблемы детских суицидов в Республике Бурятия, проводимого Лабораторией инновационных технологий в области защиты детства Бурят-ского государственного университета, я занимаюсь сбором, обработкой и хранением персональных данных несовершеннолетних.

Я понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб заинтересованным лицам как прямой, так и косвенный. В связи с этим даю обязательство при работе (сборе, обработке и хранении) с персональными данными вышеуказанных несовершеннолетних соблюдать требования Федерального закона от 27.07.2006 N 152 «О персональных данных».

Работа с персональными данными несовершеннолетних должна проводиться в строгом соответствии с принципами конфиденциальности и морально-этическими нормами. Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения об:

- 1) анкетных, биографических и биометрических данных несовершеннолетних;
- 2) о составе семьи;
- 3) паспортных данных (данных свидетельства о рождении);
- 4) социальном, имущественном, религиозном, национальном и ином положении семьи несовершеннолетних;
- 5) адресе места жительства, домашнем телефоне, адресе электронной почты;
- 6) месте работы или учебы членов семьи несовершеннолетнего, характере взаимоотношений в семье;
- 7) личных делах несовершеннолетних;
- 8) способах совершения суицида, либо его попытки;
- 9) материалах расследований, проводимых компетентными органами;
- 9) иную информацию, относящуюся к несовершеннолетнему.

В случае попытки посторонних лиц получить от меня сведения, содержащие персональные данные несовершеннолетних, а также в случае утери носителей информации, содержащих такие сведения, обязуюсь немедленно сообщить об этом Уполномоченному по правам ребенка в Республике Бурятия, заинтересованные

министерства и ведомства Республики Бурятия, подведомственные учреждения, органы местного самоуправления Республики Бурятия, т.е. орган (либо учреждение), предоставивший персональные данные несовершеннолетних.

Я предупрежден(а) о том, что в случае разглашения мной сведений, касающихся персональных данных несовершеннолетних, или их утраты, я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством.

(подпись)

(Ф.И.О. полностью)

(дата)

КАРТА
факторов суицидального риска у детей и подростков

Ф.И.О. _____

Год рождения _____

1. Пол:

– мужской; – женский

2. Возраст:

– 5–9 лет

– 10–12 лет

– 13–14 лет

– 15–18 лет

3. Национальность:

– бурят (ка)

– русский (кая)

– метис

– другие (указать)

4. Статус семьи:

– полная (оба родителя)

– неполная (один родитель)

– в разводе

– опекуны

– брак зарегистрирован

– брак не зарегистрирован

– многодетная

5. Наследственность:

– по алкоголю

– по наркомании

– по суициду

– психические заболевания

6. Социальный статус в классе:

– лидер

– изгой

– не определен

7. Успеваемость:

– отличник

– хорошист

- средний уровень
 - низкая успеваемость
 - данных нет
8. Официальная причина суицида:
- данных нет
 - имеются данные (указать вручную)
9. Наличие попыток ранее:
- да; – нет
10. Образование:
- профессионально–техническое училище
 - школа рабочей молодежи
 - вспомогательная школа (школа какого вида?)
 - другие
 - не учится
11. Стиль воспитания в семье:
- авторитарный
 - гиперопека
 - жестокие взаимоотношения
 - гипоопека
 - по типу кумира семьи
 - гармоничное
12. Алкогольная зависимость в семье:
- алкогольная зависимость у обоих родителей
 - алкогольная зависимость у отца (отчима)
 - алкогольная зависимость у матери (мачехи)
 - алкогольная зависимость у других родственников (указать степень родства)
 - применимо
13. Аффективные расстройства:
- есть; – нет
14. Девиации поведения:
- алкоголизм
 - наркомания
 - игромания
 - преступления
15. Социальная микросреда:
- деструктивная
 - благоприятная
 - не оказывает существенного влияния на самочувствие
16. Материальное положение семьи:
- малоимущая
 - с достатком
 - нет сведений

17. Место проживания:

- город
- село
- деревня

18. Субкультура:

- да (если есть, то какая); – нет

19. Наличие инвалидности:

- инвалид по соматическому заболеванию
- инвалид по психическому заболеванию
- нет

20. Этническая характеристика семьи:

- мононациональная
- гетеронациональная (указать)

21. Травмирующая ситуация:

- да; – нет

22. Время года:

- зима
- лето
- осень
- весна

23. Время суток:

- утро
- день
- вечер
- ночь

24. Способ суицида:

- медикоментозное отравление
- химическое отравление
- повешение
- порез вен
- падение с высоты
- другое

25. Место совершения:

- дом
- улица
- учреждение
- другое

26. Вид суицида:

- попытка
- законченный
- болезнь
- соматическая

– другое

27. Стоял на учете в РПНД:

– да; – нет

28. Стоял на учете в РНД:

– да; – нет

29. Стоял на учете в СПИД центре:

– да; – нет

30. Психопатологически отягощенная наследственность:

– не отягощена; – отягощена

31. Проявление отягощенности:

– шизофрения

– маниакально-депрессивный психоз

– эпилепсия

– расстройство личности

– умственная отсталость

– психические расстройства неуточненной этиологии

– не применимо

32. Суициды у родственников:

– да; – нет

33. Родственники, у которых были суициды (вписать число):

– родители

– сиблинги

– дедушки (бабушки)

– дальние родственники

– не применимо

34. Характеристика при жизни

35. Ранняя патология

36. Психиатр

37. Состояние перед суицидом

38. Диагнозы

**Профилактика самоубийств.
Руководство для специалистов
средств массовой информации**

Настоящий документ не является формальной публикацией Всемирной Организации Здравоохранения, все авторские права принадлежат ВОЗ. Вместе с тем, документ подлежит свободному включению в обзоры, реферированию, воспроизведению и переводу, целиком или по частям, но не для продажи в коммерческих целях. Авторы данного руководства несут полную ответственность за его содержание.

В современном обществе средства массовой информации (СМИ) играют важную роль в распространении разнообразной информации различными способами. Они оказывают значительное влияние на общественное мнение, убеждения и поведение людей, играют решающую роль в политике, экономике и социальной жизни. Благодаря своему влиянию СМИ могут играть активную роль, в том числе, и в предотвращении самоубийств.

Самоубийство является одним из самых трагических путей ухода из жизни. У большинства людей, размышляющих о самоубийстве, отношение к нему является неоднозначным. Они не уверены в том, что они действительно хотят умереть. Одним из многих факторов, которые могут подтолкнуть уязвимого человека к совершению самоубийства, нередко оказывается его широкое освещение в СМИ. Особенности освещения СМИ случаев самоубийств могут оказать влияние на лиц с суицидальными наклонностями.

Цель этого руководства состоит в том, чтобы охарактеризовать влияние информационных сообщений о самоубийствах в СМИ на население, снабдить профессионалов СМИ надежными источниками информации по этой проблеме, предложениями относительно способов освещения самоубийств в целом и при особых обстоятельствах и предупредить об ошибках, которых следует избегать в сообщениях о самоубийстве.

**Влияние сообщений в СМИ
на уровень самоубийств**

Один из самых ранних известных случаев установления связи между информацией в СМИ и уровнем самоубийств был связан с публикацией в 1774 году повести И. Гете «Страдания юного Вертера». В этом произведении герой кончает собой, стреляясь из-за несчастной любви. Вскоре после выхода повести в свет появилось множество сообщений о самоубийствах, совершенных юношами

тем же способом. В результате книга была запрещена во многих странах (7). После этого возник термин «эффект Вертера», используемый в специальной литературе для обозначения имитационных (подражательных) самоубийств.¹

Другие исследования роли СМИ включают обзор, изданный в XX веке в Соединенных Штатах (2). Еще один известный и более современный случай касается книги Дерека Хамфри «Окончательный исход»: после ее публикации в Нью-Йорке повысилась частота самоубийств, осуществляемых с помощью описанных в ней методов (3). Выход книги «*Suicide, mode d'emploi*» «Самоубийство, способы осуществления» во Франции также привел к увеличению числа последовавших самоубийств (4). По данным Филлипс с коллегами (5) степень популярности истории о самоубийстве прямо пропорциональна числу последующих суицидов. Самое сильное влияние оказывают случаи самоубийств известных людей (6)

Телевидение также воздействует на суицидальное поведение. Филлипс (7) обнаружил, что уровень самоубийств бывает повышенным в течение 10 дней после телевизионных сообщений о случае суицида. Как и в случае с прессой, наиболее сильное воздействие оказывают широкое освещение реальных историй самоубийств на многих каналах или передачах – особенно, если речь идет о знаменитостях. Вместе с тем, данные о влиянии художественных фильмов и вымышленных случаев являются противоречивыми: одни не оказывают никакого влияния, другие же повышают частоту суицидального поведения (8). Связь театральных пьес и музыкальных произведений с суицидальным поведением недостаточно исследована, о ней существуют лишь предположения.

С недавних пор ряд новых вопросов возник в связи с использованием сети Интернет. В ней существуют сайты с материалами, способствующими осуществлению планов лиц, размышляющих о самоубийстве, и сайты, ориентированные на превенцию суицидов. До сих пор не проводилось систематических исследований с анализом их влияния на частоту самоубийств.

В целом, существует немало свидетельств, подтверждающих, что некоторые формы документальных сообщений о самоубийствах в газетах и по телевидению связаны со статистически достоверным ростом уровня самоубийств; самое сильное воздействие, по-видимому, они оказывают на молодежь. Вместе с тем, о большинстве самоубийств СМИ не сообщают; если принимается решение об информировании населения о происшедшем самоубийстве, то речь обычно идет о конкретном человеке, месте или способе его совершения. Самоубийство действительно является событием, достойным освещения, и СМИ имеют право сообщить о нем. Однако внимание СМИ чаще всего привлекают суициды, которые чем-то отличаются от обычных случаев. Более того, особенно впечатляет тот

¹ Имитация – это процесс, при котором одно самоубийство становится моделью для последующих суицидов. Кластер – это серия самоубийств, совершенных в непосредственной временной (и/или географической) близости при наличии или отсутствии непосредственных связей между ними. «Заражение» – процесс, при котором определенное самоубийство способствует возникновению последующих суицидов, независимо от непосредственной или опосредованной осведомленности о предшествующем самоубийстве (из главы Голд М. С. «Кластеры самоубийств и влияние СМИ» в монографии Blumenthal SJ, Kupfer DJ, eds). *Suicide Over the Life Cycle*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1990).

факт, что случаи, попавшие в СМИ, почти всегда являются нетипичными и необычными, и попытки представить их в качестве типичных еще больше усугубляют дезинформацию касательно самоубийств. Клиницисты и ученые признают, что суицидальное поведение в уязвимых группах лиц провоцируют не сообщения о самоубийствах как таковые, а лишь определенные типы сообщений. Напротив, некоторые способы освещения подобных событий могут предотвращать имитацию суицидального поведения. Тем не менее, широкое освещение в СМИ случаев самоубийств повышает вероятность того, что мысли о его совершении могут показаться «вполне нормальными». Повторное и подробное обсуждение подобных случаев способствует усилению размышлений о самоубийстве, особенно у подростков и молодежи.

Достоверные сообщения о самоубийстве, выдержанные в правильном и потенциально «помогающем» тоне информированными и подготовленными в данном контексте сотрудниками СМИ, могут предотвратить трагическую гибель людей в результате самоубийств.

* * *

Источники надежной информации

Достоверную информацию о смертности в результате самоубийства можно получить из ряда международных источников. Банк данных ВОЗ содержит сведения, начиная с 1950 года, в том числе о половозрастной характеристике жертв. Другими надежными источниками информации является Детский Фонд Организации Объединенных Наций (UNICEF), НИИ межрегиональных исследований в области преступности и правосудия (UNICRI), Женский фонд развития ООН (UNIFEM), Международная сеть клинической эпидемиологии (INCLEN), Международное общество превенции насилия над детьми (ISPCAN), Интерпол, Статистическое бюро Европейского Союза (EUROSTAT) и Всемирный Банк.

Ряд правительственных агентств, национальных ассоциаций и добровольных организаций также предоставляют подобную информацию, например, Шведский Национальный Центр исследования и превенции самоубийств, Австрийское Статистическое Бюро, Центры контроля и превенции заболеваний США.

Сайтами в сети Интернет, куда можно обратиться за информацией, располагают Международная Ассоциация превенции самоубийств (<http://www.who.int/ina-ngo/ngo/ngo027.htm>), Американская Ассоциация суицидологии (<http://www.suicidology.org/>), Австралийская сеть служб ранней интервенции при психических нарушениях у молодежи (<http://auseinet.flinders.edu.au/>) и Международная Академия суицидологических исследований (<http://www.uni-wuerzburg.de/IASR/>). На этих сайтах последние данные об уровне смертности от самоубийств обычно относятся к периоду от 18 до 36 месяцев в прошлом, в зависимости от искомой страны.

Число самоубийств зачастую недооценивается. Степень этой недооценки является различной в разных странах в зависимости от способов регистрации ими случаев самоубийств. В число других причин недооценки уровня самоубийств входят социальная стигматизация, социальные и политические факторы, законодательство о страховании жизни, под влиянием которых некоторые самоубийства регистрируются под видом несчастных случаев или смертей от неизвестных причин. Считается, что степень недооценки уровня суицидов достигает 20–25% среди лиц пожилого возраста и 6–12% в других возрастных группах. Официальных данных о распространенности в мире суицидального поведения, не приведшего к смертельному исходу (суицидальных попытках) не существует, главным образом потому, что только 25% лиц, пытавшихся покончить с собой, нуждаются в медицинской помощи. Таким образом, большинство попыток самоубийства остаются не зарегистрированными.

Меры предосторожности при использовании данных о самоубийстве

Часто проводят сравнение данных о самоубийствах в разных странах, однако следует принимать во внимание, что процедуры регистрации смертности в разных странах значительно различаются, что оказывает большое влияние на непосредственную сравнимость показателей. Обычно уровень самоубийства выражается в числе случаев на 100000 населения. Если показатели касаются небольших популяций (например, городов, провинций или даже маленьких стран), их интерпретация требует особых предосторожностей, поскольку несколько смертельных случаев могут радикально поменять общую картину. При численности населения менее 250000 обычно используются приблизительные показатели частоты самоубийства. Некоторые показатели иногда приводятся в форме, стандартизированной в зависимости от возраста. В результате могут быть исключены самоубийства детей до 15 лет из-за их малой численности, однако во многих странах наблюдается вызывающий тревогу рост уровня суицидов именно в этой возрастной группе.

* * *

Как в целом следует сообщать о самоубийстве

При освещении самоубийства, следует уделять внимание следующим аспектам:

- ✓ Статистические данные следует интерпретировать адекватно и с осторожностью;
- ✓ Следует пользоваться достоверными и надежными источниками информации;
- ✓ Следует с осторожностью относиться к комментариям-экспромтам, несмотря на недостаток времени;
- ✓ Обобщения, основанные на небольших цифрах, требуют особого внимания,

а использования выражений типа «эпидемия самоубийств» или «место, где уровень самоубийств является самым высоким в мире» следует избегать.

✓ Не следует трактовать суицидальное поведение, как естественную реакцию на текущие социальные и культурные перемены или ухудшение условий в обществе.

* * *

Как следует сообщать о конкретном самоубийстве

Рекомендуется принимать во внимание следующие соображения:

✓ Следует тщательно избегать сенсационных сообщений о самоубийствах, особенно если речь идет об известном человеке. Сообщения должны быть, по возможности, краткими. Если у данного лица были проблемы с психическим здоровьем, о них следует упомянуть. Рекомендуется избегать преувеличений. Не следует демонстрировать фотографий погибшего, орудий и места совершения самоубийства. Первая полоса газеты и статья с броским заголовком – далеко не лучшее место и форма сообщения о самоубийстве.

✓ Следует избегать детального описания примененного способа и орудия, а также особенностей его приобретения. Исследования показывают, что сообщения о суицидах в СМИ оказывают большее влияние на метод, выбираемый самоубийцами, чем на частоту самоубийств. Определенные места – мосты, скалы, высотные здания, железнодорожные пути и т. д. – традиционно связываются с самоубийством, и дополнительное привлечение к ним внимания повышает вероятность использования именно их многими людьми.

✓ О самоубийстве не следует сообщать как о необъяснимом (непостижимом) факте или, наоборот, прибегать к его упрощенным объяснениям. Суицид никогда не бывает следствием единственного фактора или события. К нему обычно приводит сложное сплетение многих факторов, таких как психическая или физическая болезнь, злоупотребление психически активными веществами, неприятности в семье, межличностные конфликты и жизненные события, вызывающие стресс. Полезно подчеркнуть, что в случившееся вносят свой вклад целый ряд факторов.

✓ Самоубийство не следует представлять в качестве способа разрешения личных проблем, таких как банкротство, провал на экзамене, сексуальное насилие.

✓ В сообщениях следует учитывать влияние самоубийства на семью и близких погибшего в плане социальной стигматизации и душевных страданий.

✓ Прославление жертв самоубийства как мучеников или объектов социального преследования может подсказать внушаемым лицам мысль о том, что общество уважает суицидальное поведение. Следует уделять внимание скорби по поводу гибели человека.

✓ Описание физических последствий неудавшихся суицидальных попыток (повреждение мозга, паралич и т.п.) может послужить отпугивающим средством.

* * *

Предоставление информации об источниках помощи

СМИ могут сыграть активную роль в превенции суицидов, помещая рядом с сообщением о самоубийствах следующую информацию:

- ✓ Список доступных служб психического здоровья и телефонной психологической помощи с правильными адресами и номерами телефонов;
- ✓ Описание предупреждающих признаков суицидального поведения;
- ✓ Сообщение, что депрессия часто сопровождается суицидальным поведением и является излечимым состоянием;
- ✓ Выражение соболезнования близким погибшего в их горе и предоставление телефонных номеров групп поддержки для лиц, близкие которых покончили с собой (если подобные группы существуют). Эта информация повысит вероятность обращения семьи и близких погибшего за помощью в службы психического здоровья.

* * *

Резюме по рекомендациям

ЧТО СЛЕДУЕТ ДЕЛАТЬ:

- ✓ Тесно сотрудничать с медицинскими службами при представлении фактов.
- ✓ Называть самоубийство «завершенным», а не «успешным».
- ✓ Приводить только конкретные данные, причем на внутренних страницах газет.
- ✓ Подчеркивать альтернативы самоубийства.
- ✓ Давать информацию о службах телефонной психологической помощи и общественных ресурсах.
- ✓ Описывать предвестники и предупреждающие признаки самоубийства.

ЧЕГО ДЕЛАТЬ НЕ СЛЕДУЕТ:

- ✓ Не публиковать фотографий и предсмертных записок самоубийц.
- ✓ Не сообщать о конкретных деталях и использованных способах.
- ✓ Не приводить упрощенных причин случившегося.
- ✓ Не прославлять самоубийство и не превращать его в сенсацию.
- ✓ Не использовать религиозных или культурных стереотипов.
- ✓ Не возлагать на кого-либо вину за происшедшее.

Список литературы

1. Ревяко Т.И., Трус Н.В. Катастрофы сознания. Самоубийства религиозные, ритуальные, бытовые, способы самоубийств / Т.И. Ревяко, Н.В. Трус. – Мн. : Литература, 1996.
2. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства/ Л.З. Трегубов, Ю.Р. Вагин. – Пермь, 1993.
3. Чхартисвили П.Г. Писатель и самоубийство / П.Г Чхартисвили – М. : Новое литературное обозрение, 2000.
4. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Сост. А.Моховиков – М., «Когито-Центр», 2001.
5. Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств. – М. : Смысл, 2002.
6. Кобринский А.А. Самоубийства поэтов серебряного века: между литературным бытом и литературным фактом/ «А сердце рвется к выстрелу...»/ Сост., вступ. статья А.А. Кобринского. – М.: Эллис Лак 2000, 2003.
7. Напрасная смерть : причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ
БУРЯАД РЕСПУБЛИКЫН ЭЛҮҮРЫЕ ХАМГААЛГЫН МИНИСТЕРСТВО

П Р И К А З

25.08.2011

№ 894-ОД

**Об оказании специализированной медицинской помощи
лицам с кризисными состояниями
и суицидальным поведением в Республике Бурятия**

Коэффициент суицидальной активности населения Республики Бурятия почти в 3 раза превышает критические мировые стандарты, установленные ВОЗ (65,2 на 100 тыс. населения). Сложившаяся ситуация оказывает выраженное влияние на формирование демографической ситуации и структуру смертности населения Республики. Крайне неблагоприятно складывается ситуация в районах Республики, где количество самоубийств в 1,8 раза выше, чем количество самоубийств городского населения. Смертность от самоубийств трудоспособного населения составляет 88,9 на 100 тыс. населения.

В целях реализации Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», во исполнение приказа МЗ РФ № 148 от 06.05.98 г. «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» и приказа МЗ РФ № 438 от 16.09.2003 г. «О психотерапевтической помощи» и повышения качества лечения лиц, страдающих психическими расстройствами и принятия неотложных мер по организации амбулаторной и стационарной медицинской помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением **п р и к а з ы в а ю :**

1. Утвердить порядок оказания специализированной медицинской помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением (Приложение № 1);

2. Главному врачу ГУЗ «РПНД» Очировой И. Б.:

2.1. Открыть кабинет социально-психологической помощи (КСПП) и организовать прием населения, нуждающегося в оказании антикризисной

помощи в КСПП при ГУЗ «РПНД» и обеспечить его функционирование согласно Положению о кабинете социально-психологической помощи (Приложение №2);

2.2. Открыть республиканский «Телефон доверия» по оказанию экстренной психологической помощи в круглосуточном режиме на базе ГУЗ «РПНД» согласно Положению о «Телефоне доверия» (Приложение № 3);

2.3. Обеспечить методическое и организационное руководство деятельностью психотерапевтических кабинетов, кабинета социально-психологической помощи и кризисных коек;

2.4. Организовать мониторинг суицидов, в том числе:

2.4.1. Продолжить мониторинг завершенных суицидов по предварительным данным Бурятстата из ГУЗ «РМИАЦ» и ГУЗ «РБСМЭ»;

2.4.2. Организовать мониторинг незавершенных суицидов;

2.4.3. Обеспечить ежеквартальный анализ статистической отчетности по незавершенным и завершенным суицидам и направлять в отдел МПВиДНиЛ (Жовтун Л. М.) по электронному адресу ElaevaEB@mz.govrb.ru в срок до 20 числа второго месяца, следующего за отчетным кварталом;

3. Главному врачу ГУЗ «РПНД» Очировой И.Б., ГУЗ «РПБ» Оцимик Л.Н. предоставить возможность госпитализации лиц с кризисными состояниями в отделение «пограничной» патологии ГУЗ «РПНД» и в отделение ГУЗ «РПБ»;

4. Председателю Комитета здравоохранения Администрации г. Улан-Удэ Цыбиковой Л.А. обеспечить открытие 5 кризисных коек на базе городских ЛПУ за счет перепрофилизации коечной сети и фонда оплаты труда в соответствии с прилагаемым положением в месячный срок (Приложение №4);

5. Председателю Комитета здравоохранения Администрации г. Улан-Удэ Цыбиковой Л.А., главному врачу ГУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко» Лудуповой Е.Ю., главным врачам ЦРБ обеспечить:

5.1. Обязательное консультирование всех лиц, поступивших в лечебно-профилактическое учреждение, либо обратившееся по поводу суицидальных попыток независимо от степени их тяжести, врачом-психиатром или психотерапевтом согласно прилагаемому Порядку оказания медицинской помощи лицам с кризисным состоянием или суицидальным поведением;

5.2. Обеспечить открытие психотерапевтических кабинетов и их функционирование согласно Положения об организации деятельности психотерапевтического кабинета (Приложение №5).

5.3. Обеспечить ежемесячный отчет по случаям выявленных незавершенных суицидов при оказании экстренной, амбулаторной и стационарной помощи в КСПП ГУЗ «РПНД» до 10 числа следующего за отчетным периодом в соответствии с установленной формой (Приложение №9) по электронному адресу: kspps@mail@mail.ru

6. Начальнику ГУЗ «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы» Югову К.М. обеспечить ежемесячный отчет в КСПП ГУЗ «РПНД» по электронному адресу: kspps@mail.ru по случаям завершенных суицидов по г. Улан-Удэ и

районам республики в соответствии с установленной формой (Приложение № 7);

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возлагаю на заместителя министра-председателя Комитета медицинской и лекарственной помощи и профилактики А.О. Занданова.

Министр

В.В.Кожевников

Положение
о порядке оказания медицинской помощи лицам
с кризисными состояниями и суицидальным поведением

Врач ЛПУ в случае выявления лиц с кризисными состояниями и суицидальным поведением предлагает им информацию о возможности консультации специалистами кабинета социально-психологической помощи (КСПП), телефона доверия при ГУЗ РПНД.

Лицам, совершившим суицидальную попытку, обратившимся амбулаторно или госпитализированным по данному поводу в стационар лечащим врачом с согласия пациента предоставляется консультация врача-психиатра и заполняется оперативная отчетная форма. Заполненные формы не позднее трех дней предоставляются в информационный центр при КСПП по электронной почте.

Врач-психиатр ЦРБ, РПНД рекомендует консультацию врача-суицидолога КСПП при ГУЗ РПНД;

В случае отказа лица, совершившего суицидальную попытку от консультации в КСПП, последний предоставляет суициденту информацию о режиме работы Кабинета.

Специалисты КСПП оказывают медицинскую психологическую и социальную помощь в амбулаторных условиях, по показаниям направляют на госпитализацию на кризисные койки, либо в стационар ГУЗ РПНД.

Врач кризисного отделения по окончании курса лечения рекомендует пациенту повторное наблюдение и обращение в КСПП.

Специалисты КСПП при оказании специализированной медицинской помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением не рассматривают вопросы военно-врачебной экспертизы, обеспечивают заполнение и предоставление утвержденной учётно-отчётной медицинской документации.

Телефоны доверия: 311, 668-311, 268-167, 215-838 E-mail: KSPPSMAIL@mail.ru

**Положение
о кабинете социально-психологической помощи**

1. Кабинет социально-психологической помощи (далее – кабинет) является самостоятельным структурным подразделением психоневрологического диспансера, оказывает консультативно-лечебную и профилактическую помощь лицам, добровольно обращающимся в связи с кризисным, суицидо-опасным состоянием.

2. ГУЗ РПНД предоставляет для кабинета необходимые помещения и оборудование, несет коммунальные и другие расходы, связанные с его функционированием, пропагандирует его деятельность. Для обеспечения работы кабинета должны быть предусмотрены помещения для приема пациентов, помещения для психолога, социального работника и другого персонала.

3. Организационно-методическое руководство кабинетом осуществляется главным психиатром МЗ РБ.

4. Штаты медицинского и иного персонала кабинета устанавливаются в следующем порядке:

Медицинский персонал:

4.1. Должности врачей-психиатров устанавливаются из расчета 1 должность на 100 тыс. населения.

4.2. Должности медицинских сестер устанавливаются соответственно должностям врачей-психиатров.

4.3. Должности медицинских психологов устанавливаются из расчета 1 должность на 100 тыс. населения.

4.4. Должности социальных работников устанавливаются из расчета 1 должность на 100 тыс. населения.

5. Основными задачами кабинета являются:

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

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

- патологические и непатологические ситуационные реакции;

- невротические депрессии;
- психопатические реакции и декомпенсации психопатий;
- патохарактерологические развития личности.

7. Медицинская и социально-психологическая помощь лицам с указанными расстройствами оказывается по их желанию анонимно. Больные с тяжелыми психическими расстройствами, обуславливающими непосредственную опасность для себя или окружающих, согласно Закона РФ об оказании психиатрической помощи направляются в учреждения, оказывающие стационарную психиатрическую помощь.

8. В кабинете ведется учетная и отчетная медицинская документация.

Положение о «Телефоне доверия»

1. Телефон доверия является структурным подразделением психоневрологического диспансера и предназначен для профилактической консультативной помощи по телефону обращающимся лицам с целью предотвращения у них суицидальных и иных опасных действий.

2. Отделение организуется в специально оборудованном помещении, где при необходимости предусмотрено несколько номеров телефонов, и работает без непосредственного контакта с пациентом, ежедневно, круглосуточно, без перерыва. Адрес телефона доверия не указывается в адресных справочниках. Специалисты отделения представляются только как «Телефон доверия» или под псевдонимом, не называя своих паспортных данных и адреса.

3. Пребывание посторонних лиц в помещении отделения и использование принадлежащих ему линий связи для личных разговоров исключается.

4. К работе отделения привлекаются врачи-психиатры, врачи-психотерапевты или медицинские психологи, прошедшие специализацию по суицидологии, и имеющие стаж работы в учреждении, оказывающем психиатрическую помощь.

5. Продолжительность одной беседы с абонентом определяется индивидуально в зависимости реализации психотерапевтических целей.

6. В тех случаях, когда в ходе беседы возникает предположение о наличии у абонента психического расстройства, которое обуславливает его непосредственную опасность для себя или окружающих, или абонент находится в остром психотическом состоянии, при котором оставление его без психиатрической помощи может существенно ухудшить его состояние и при этом установление контакта с окружающими абонента лицами невозможно, дежурный по отделению принимает меры к установлению места пребывания и паспортных данных абонента и сообщает о его состоянии в службу скорой психиатрической помощи, участковому врачу-психиатру, в милицию.

7. В остальных случаях дежурный по отделению, сохраняя тайну беседы, не просит у абонента сведения о его месте пребывания и паспортных данных.

8. Дежурный по отделению может дать совет абоненту обратиться в психоневрологический диспансер (отделение, кабинет), в психотерапевтический кабинет поликлиники, в кабинет семейного врачебно-психологического консультирования, кабинет социально-психологической помощи, в отделение кризисных состояний, в юридическую консультацию и иные учреждения.

9. Обращение абонентов в отделение регистрируется в журнале обращений по телефону доверия, где кратко описывается содержание беседы, указываются

принятые меры (совет, его содержание, обращения дежурного в другие учреждения и др.), при необходимости – место пребывания абонента и его паспортные данные.

10. Штатные нормативы отделения «Телефон доверия»

10.1. Должности одного из специалистов: врача-психиатра, врача-психотерапевта или медицинского психолога устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на 300 тыс. населения.

10.2. Должности медицинских сестер устанавливаются из расчета 1 должность на 1 специалиста.

10.3. При организации 2 и более круглосуточных постов устанавливается 1 должность заведующего отделением.

Положение о палате (койках) кризисных состояний

1. Палата (койки) кризисных состояний (далее – койки) создаются органами управления здравоохранением по предложению главного психиатра министерства здравоохранения Республики Бурятия на базе городских ЛПУ.

2. Организационно-методическое руководство палатой (койками) осуществляется главным психиатром МЗ РБ.

3. Штаты медицинского и иного персонала палаты (коек) устанавливаются в следующем порядке:

 Врачебный персонал:

- Должности врачей-психиатров устанавливаются из расчета 1 должность на 10 коек;

 Средний и младший медицинский персонал:

- Должности процедурных медицинских сестер устанавливаются из расчета 1 должность на 30 коек;

- Должности палатных санитарок (санитаров) устанавливаются из расчета 1 круглосуточный пост на 15 коек.

- Должности санитарок-буфетчиц устанавливаются из расчета 1 должность на 30 коек.

- Должности санитарок-ваннщиц устанавливаются из расчета 1 должность на 30 коек.

- Должности сестер-хозяек устанавливаются из расчета 1 должность на отделение.

 Иной персонал:

- Должности медицинских психологов устанавливаются из расчета 1 должность на 11 коек.

- Должности социальных работников устанавливаются из расчета 1 должность на 15 коек.

4. Основаниями для госпитализации в палату (койки) является наличие у пациентов актуальных и выраженных суицидальных тенденций в рамках ситуационных реакций, психогенных и невротических депрессий, психопатических реакций и декомпенсации психопатии.

Помещение лица в палату (койку) для лечения осуществляется добровольно – по его просьбе или с его согласия.

5. Основными задачами палаты (коек) являются:

- стационарная лечебно-диагностическая помощь при ситуационных реакциях, психогенных и невротических депрессиях, психопатических

- реакциях и декомпенсациях психопатий, протекающих с выраженными суицидальными тенденциями;
- организация психотерапевтической, медико-психологической и социальной помощи населению;
- проведение дифференциально-диагностических мероприятий в сложных клинических случаях, проведение стационарной экспертизы трудоспособности;
- создание для пациентов палаты (коек) психотерапевтической среды.

Положение

Об организации деятельности психотерапевтического кабинета

1. Психотерапевтический кабинет организуется органом управления здравоохранением по представлению главного психотерапевта и главного психиатра органа управления здравоохранением в составе лечебно-профилактического учреждения, в том числе:

городской поликлиники или поликлинического отделения городской, центральной городской, районной больницы;

поликлинического отделения республиканской больницы, психоневрологического диспансера.

2. Основными задачами психотерапевтического кабинета являются:

- консультативно-диагностическая работа и отбор пациентов для лечения в кабинете;

- лечебная помощь, в зависимости от показаний, в виде психотерапии симптомо-, личностно- и социцентрированной направленности в сочетании с медикаментозными и другими видами лечения, в том числе в индивидуальной, семейной и групповой формах;

- психогигиеническая и психопрофилактическая помощь населению, а также участие в программах охраны психического здоровья;

- повышение знаний врачей, среднего медицинского и иного персонала о психосоциальных факторах в происхождении, течении и лечении психических расстройств (лекции, специальные тренинги, балинтовские группы и др.).

3. Организационно-методическое руководство психотерапевтическим кабинетом осуществляется главным психотерапевтом органа управления здравоохранением

4. Штаты медицинского и иного персонала кабинета устанавливаются в следующем порядке:

4.1. Медицинский персонал:

Должности врачей-психотерапевтов устанавливаются:

- в штате городской поликлиники, амбулаторно-поликлинического отделения городской, центральной городской, центральной районной больницы – из расчета одна должность на 25 тыс. взрослого населения;

- в штате амбулаторно-поликлинического подразделения республиканской больницы; психоневрологического диспансера – из расчета одна должность на 8 должностей врачей-специалистов, ведущих амбулаторный прием;

- в штате стационара лечебно-профилактического учреждения – из расчета одна должность на 200 коек.

- Должности врачей-психотерапевтов для работы с детьми устанавливаются из расчета одна должность на 12 тыс. детского населения.

- Должности медицинских сестер устанавливаются соответственно должностям врачей-психотерапевтов.

- Должности санитарок устанавливаются из расчета 0,5 должности на кабинет.

4.2. Иной персонал:

- Должности медицинских психологов устанавливаются соответственно должностям врачей-психотерапевтов.

- Должности социальных работников устанавливаются соответственно должностям врачей-психотерапевтов.

5. В кабинете проводится лечение лиц с непсихотическими психическими расстройствами, расстройствами адаптации, психическими заболеваниями в стадии ремиссии.

При значительной выраженности указанных расстройств, наличии психотических нарушений пациенты в установленном порядке направляются в учреждение, оказывающее психиатрическую помощь.

6. Кабинет оборудуется в соответствии с перечнем оборудования психотерапевтического кабинета.

7. В кабинете ведется учетная и отчетная медицинская документация.

Полное наименование ЛПУ
Карта оперативной отчетности по суицидальным попыткам
(заполняется лечащим врачом)

Пол	Возраст	Алког. опьянение	Место жительства (по факт. проживанию), город или район	Способ суицидальной попытки (первичная, повторная)	Дата суицид. попытки, время суток	Профессия	Семейное положение	Образование	Состоит ли на учете в РПНД

Руководитель организации
(должность)

_____ (Ф.И.О.) (подпись)

Лечащий врач
(должность)

_____ (Ф.И.О.) (подпись)

Полное наименование ЛПУ
Карта оперативной отчетности по самоубийству
(заполняется бюро СМЭ)

Пол	Возраст	Алког. опьянение	Место жительства (по факт. проживанию), город или район	Способ суицида	Дата суицида, время суток	Профессия	Семейное поло- жение	Образование	Состоит ли на учете в РПНД

Руководитель организации
(должность)

_____ (Ф.И.О.) (подпись)

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
РАЗДЕЛ I. ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНЫХ РИСКОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	6
1.1. Понятийный аппарат исследования (основные дефиниции)	6
1.2. Законодательные и нормативно-правовые основы профилактики суицидального поведения детей и подростков	10
1.3. Теоретико-методологические основы профилактики суицидального поведения детей и подростков	16
1.4. Факторы и мотивы суицидального поведения у детей и подростков	20
1.5. Особенности суицидального поведения подростков при различных психических расстройствах	28
1.6. Детско-родительские отношения как фактор суицидального поведения детей и подростков	30
РАЗДЕЛ II. ПРОФИЛАКТИКА И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	38
2.1. Основные направления профилактики суицидального поведения детей и подростков	38
2.2. Психологическая коррекция и психотерапия суицидального поведения	48
2.3. Развитие адаптивных копинг-стратегий у подростков как средство профилактики суицидальных рисков	54
РАЗДЕЛ III. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	61
3.1. Методические рекомендации психологам образовательных учреждений по профилактике суицидального поведения среди несовершеннолетних	61
3.2. Методические рекомендации педагогам образовательных организаций по превенции суицидов среди детей и подростков	68
3.3. Методические рекомендации родителям по выявлению и предупреждению суицидов у детей и подростков.	70
3.4. Памятка для родителей: как обезопасить ребенка от вредоносной информации из социальных сетей, воздействующей на их сознание с целью склонения к суициду.	73
РАЗДЕЛ IV. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ МАТЕРИАЛОВ СЛЕДОВАТЕЛЯМИ ДЛЯ ПРОИЗВОДСТВА ПОСМЕРТНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ОКОНЧИВШИХ ЖИЗНЬ САМОУБИЙСТВОМ	83
4.1. Клинико-психологический анализ завершенных суицидов несовершеннолетних в Республике Бурятия (по материалам заключений посмертных комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз)	84
4.2. Методические рекомендации по подготовке материалов следователем для производства посмертной комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы несовершеннолетних, окончивших жизнь самоубийством (статья 110 УК РФ)	88
Рекомендуемая для специалистов литература	103
ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	104
ЛИТЕРАТУРА.	110

Научное издание

Вежевич Татьяна Ефимовна
Цыренов Владимир Цыбикжапович
Комбаев Алексей Викторович
Доржиева Ирина Цыдыповна
Бадмацыренов Тимур Баторович
Тартыгашева Галина Владимировна
Тудупова Туяна Цибановна
Батуева Наталья Григорьевна
Лубсанова Светлана Викторовна
Бороноев Павел Георгиевич
Дмитриева Виктория Витальевна

**ДЕТСКИЙ И ПОДРОСТКОВЫЙ СУИЦИД:
ПРИЧИНЫ, ФАКТОРЫ
И СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ**

Верстка *Л.Б. Андреевой*
Редактор *С.Ц. Цыренова*
Корректор *О.В. Цыцыкова,*
С.Ц. Цыренова,
Б.Б. Тудупова

Подписано в печать 18.12.2018. Формат 60×84 ¹/₈.

Бумага офсетная. Гарнитура Times New Roman.

Усл. печ. л. 16,74. Уч.-изд. л. 8,60.

Тираж 500 экз. Заказ № 105.

ГБУ РЦ «Бэлиг», 670047, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 68
e-mail: belig@mail.ru