

Уполномоченный по правам человека
в Республике Алтай



Специальный доклад

О проблемах детских и подростковых суицидов

Горно-Алтайск, 2014

Убийца убивает человека, самоубийца – человечество.

Гилберт Честертон

Самоубийство – мольба о помощи, которую никто не услышал.

Равиль Алев

Каждый имеет право на жизнь.

Статья 20 Конституции Российской Федерации

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

Страшная, всё возрастающая волна детских самоубийств захлестнувшая Республику Алтай побудила нас к написанию этого специального доклада.

В чём причина, кто виноват, к сожалению, вопросов больше, чем ответов. Но разобраться в них нам всем необходимо, чтобы вовремя помочь нашим детям не совершить непоправимое, уберечь их от рокового решения, спасти их в самом начале жизненного пути.

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

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

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

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

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

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

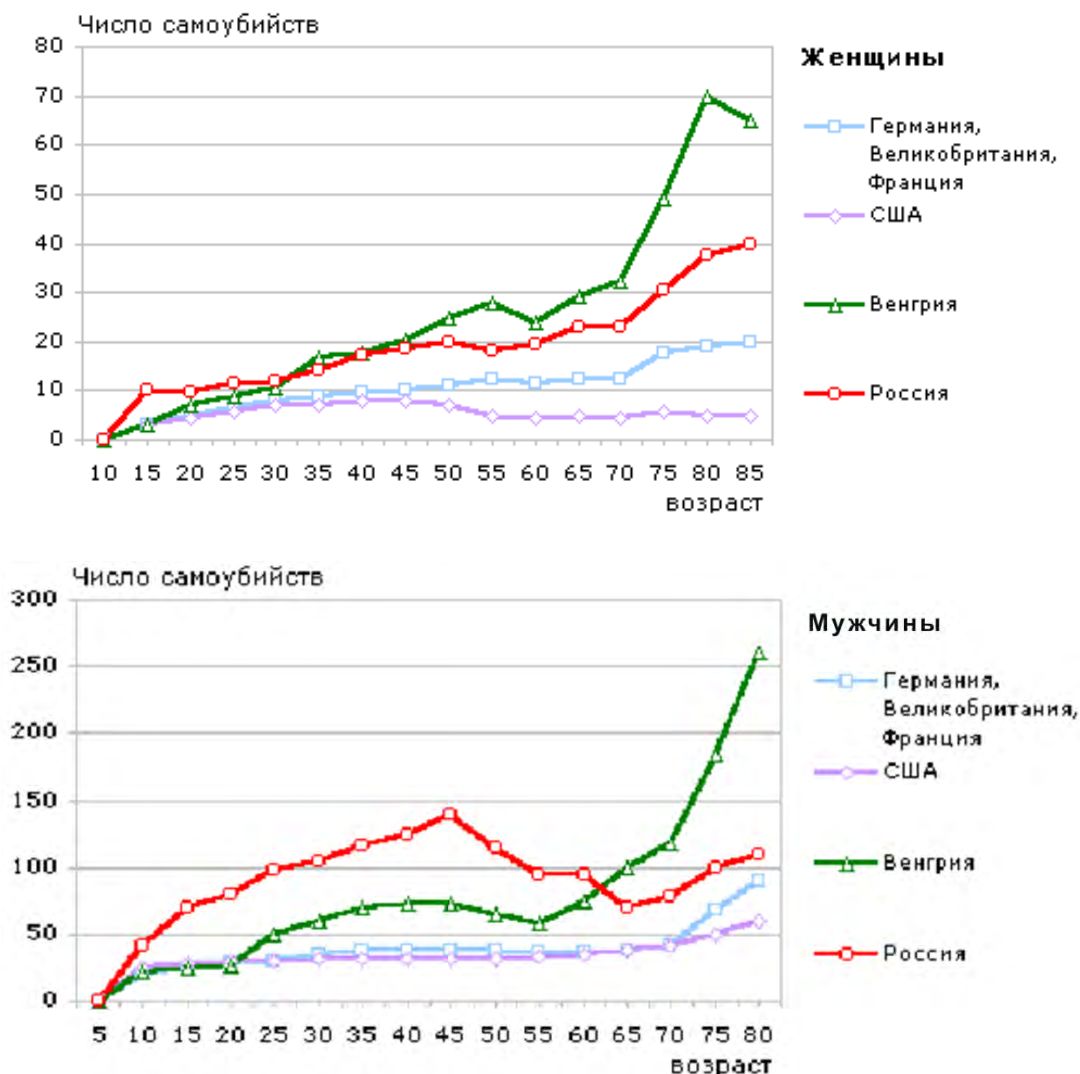


Рис.1. Зависимость числа самоубийств от возраста и пола

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

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

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

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

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

- **Средний уровень самоубийств**

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

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

- **Низкий уровень самоубийств**

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

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

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

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

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

В целом, что касается России, то одним из факторов, затрудняющих решение проблемы распространения суицидального поведения в детской и подростковой среде, является отсутствие в нашей стране выверенной достоверной информации и масштабных исследований самого сложного феномена детского и подросткового суицида.

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

По мнению профессора, руководителя отдела экологических и социальных проблем психического здоровья Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского Бориса Положего, частота суицидов

подросткового населения держится последние 7-8 лет практически на одном и том же уровне случаев на 100 тысяч. Даже если это и так, то это не тот уровень, которым следует гордиться.

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

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

Таблица 1

Количество суицидов среди несовершеннолетних, совершенных в Республике Алтай за период с 2010 года по август 2014 года

Показатель	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	7 мес. 2014 г.
1. Количество попыток суицида	24	39	32	27	17
2. Количество завершённых суицидов	7	11	8	11	9

По муниципальным образованиям:

г.Горно-Алтайск

1. Количество попыток суицида	7	18	8	9	4
2. Количество завершённых суицидов	1	1	2	4	1

Майминский район

1. Количество попыток суицида	6	3	1	0	2
2. Количество завершённых суицидов	2	1	0	0	1

Шебалинский район

1. Количество попыток суицида	3	2	1	2	2
2. Количество завершённых суицидов	3	1	0	1	0

Чемальский район

1. Количество попыток суицида	3	0	0	0	0
2. Количество завершённых суицидов	0	0	0	0	0

Чойский район

1. Количество попыток суицида	0	1	1	0	1
-------------------------------	---	---	---	---	---

2. Количество завершённых суицидов	0	0	1	0	0
------------------------------------	---	---	---	---	---

Турочакский район

1. Количество попыток суицида	3	0	0	1	0
2. Количество завершённых суицидов	0	0	0	1	0

Онгудайский район

1. Количество попыток суицида	1	5	5	4	1
2. Количество завершённых суицидов	1	2	1	0	1

Усть-Канский район

1. Количество попыток суицида	0	3	1	3	1
2. Количество завершённых суицидов	0	3	0	0	0

Усть-Коксинский район

1. Количество попыток суицида	0	1	7	2	0
2. Количество завершённых суицидов	0	0	3	2	0

Улаганский район

1. Количество попыток суицида	1	4	3	3	1
2. Количество завершённых суицидов	0	2	0	1	1

Кош-Агачский район

1. Количество попыток суицида	0	2	5	3	5
2. Количество завершённых суицидов	0	1	1	2	5

Обстоятельства, определённые как причины, повлекшие суициды и суицидальные попытки среди детей и подростков с 2008 по 2013 год включительно, можно условно разделить на семь групп.

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

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

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

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

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

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

7. В группу «уход от ответственности за совершённое преступление» вошли случаи, когда суициды или суицидальные попытки были предприняты

после совершения преступлений и привлечения к ответственности за их совершение.

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

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

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

Психиатры считают, что суицид входит в категорию аутоагрессивных, направленных на себя, действий. В данном возрастном периоде эта форма девиации рассматривается как суицидальное поведение, которое, помимо суицида непосредственно, включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления.

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

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

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

Рассмотрение суицидального поведения в рамках клинко-психологических исследований неизбежно сужает угол зрения и оказывается явно недостаточным для понимания всего многообразия негативных факторов, лежащих в основе его формирования.

Суицид – это не только индивидуальная поведенческая реакция, обусловленная психологическими, патопсихологическими особенностями

личности в экстремальных жизненных обстоятельствах. Суицидальный феномен представляет собой статистически устойчивое социальное явление, распространённость которого подчиняется закономерностям, связанным с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития.

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

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

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

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

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

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

Специалисты, имеют дело с уже свершившимся фактом суицидального поведения. Их работа направлена на оказание квалифицированной психологической и психотерапевтической помощи, и в первую очередь - на решение проблемы, повлекшей дезадаптацию ребёнка или подростка. Работа по профилактике суицидов в данном случае не является основной, но её необходимость однозначно признаётся.

Особую тревогу специалистов вызывает то, что в настоящее время произошла смена акцентов. Пик суицидальной активности смещается из асоциальных, неблагополучных семей в сторону семьи благополучной, или, по крайней мере, внешне благополучной. Если раньше детей в прединцидальном периоде достаточно легко было «вычислить» и педагогам, и психологам, то на данный момент специалисты начинают сталкиваться с ситуациями, когда суициды всё чаще встречаются в условно благополучных семьях. **Таких детей и подростков в прединцидальном состоянии «вычислить» очень сложно и вся ответственность за их выявление начинает перемещаться на школьных психологов, которым в современной школе просто некогда заниматься этим вопросом.** Они, как правило, работают по общему плану, утверждённому администрацией школы, и, соответственно, воспринимаются подростками, как часть администрации, а вследствие этого не вызывают достаточного доверия.

Перед школьными педагогами стоят исключительно образовательные задачи. Психологическому состоянию детей и подростков внимания уделяется ими очень мало. Происходит это только тогда, когда аффективное неустойчивое состояние ребёнка отражается непосредственно на учёбе. Неизбежно встаёт вопрос, что делать со школьной психологической службой, нужна ли такая служба именно в стенах образовательного учреждения, или необходимы независимые муниципальные психологические службы в шаговой доступности, куда дети и

подростки могли бы свободно обратиться в кризисный момент и получить квалифицированную помощь?

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

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

Только в 25-30% случаев суициды носят истинный характер, то есть, предпринимались с реальным намерением лишить себя жизни. Можно отметить, что среди истинных суицидов преобладают мотивы, связанные с переживаниями последствий насилия, позора и отвержения окружающими, особенно, близкими. Отчетливого влияния материальной обеспеченности на суицидальную активность не выявлено, большая часть суицидентов имеют среднюю и хорошую обеспеченность.

Большое значение для выработки мер по профилактике суицидов играет понимание причин суицидального поведения несовершеннолетних. Среди основных сфер жизнедеятельности, проблемы в личностно-семейной составляющей. Среди суицидентов 94,5% обнаружили напряжённость именно в этой сфере. Социальные проблемы явились составляющей в формировании суицидального поведения лишь в 33% случаев.

Проблемы в учебной сфере, как и проблемы физического здоровья у 22% респондентов. Состояние психического нездоровья в 12% случаев.

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

Особо следует выделить проблему, связанную с ощущением одиночества (в 6%), притом, что речь идёт об учащих подростках, которые фактически находятся в коллективе своих сверстников. На долю же потерь – смерть близких и развод родителей пришлось 3% и 1%, соответственно.

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



Рис.2. Соотношение социальных проблем

Основным стрессором в этой сфере, по имеющимся данным, является неуверенность в будущем (30% от случаев, где суицидогенным фактором явились проблемы социального характера).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

За последнее десятилетие в три раза выросло число детей, бежавших от родителей, из учебно-воспитательных учреждений, пропавших без вести, многие из них стали жертвами преступлений. Одной из основных причин усиления этой опасной тенденции является отсутствие надлежащего семейного и общественного воспитания, жестокое обращение взрослых и сверстников, провоцирование несовершеннолетних на бегство и, нередко, толкающее их к суициду.

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

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

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

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

Изучение проблемы суицида среди детей и молодежи показывает, что в целом ряде случаев подростки решались на самоубийство в целях обратить внимание родителей, педагогов на свои проблемы и протестовали таким

страшным образом против бездушия, безразличия, цинизма и жестокости взрослых. Решаются на такой шаг, как правило, замкнутые, ранимые по характеру подростки от ощущения одиночества, собственной ненужности, стрессов и утраты смысла жизни.

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

Таблица 2

Угрозы психологической безопасности образовательной среды

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

В соответствии с рассмотренными в *таблице* угрозами психологической безопасности образовательной среды, специалистами получены следующие результаты.

У 60-80% педагогов выявлено наличие синдрома профессионального выгорания; более чем у 20% - наличие профессиональных деструктов. Более 70% педагогов школ - старше 47 лет. Только эти данные говорят о наличии фактора риска, который «может исходить» от педагогов, причём неумышленно, на подсознательном уровне, в силу эмоционального выгорания и ослабления функций самоконтроля. **Поэтому педагоги в первую очередь нуждаются в помощи, поддержке и сопровождении.**

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

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

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

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

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

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

Необходимым условием при оценке суицидального риска у несовершеннолетних является диагностика прединсуцидального синдрома.

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

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

- индивидуальных личностных факторов (непосредственных суицидальных тенденций, ближайших суицидоопасных состояний и позиций личности, форм и уровней дезадаптации);

- личностно-ситуационных факторов (конфликтов и суицидальных мотивов);
- групповых факторов риска (социально-демографических и прочих средовых).

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

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

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

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

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

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

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

В продолжение разговора о профилактике суицидального поведения среди детей и подростков можно предложить использовать возможности медиации, как формы посредничества, позволяющей снижать и устранять последствия конфликтов, возникающих в образовательной среде.

По мнению эксперта, сегодня для того, чтобы образовательное учреждение стало территорией психологического комфорта, и перестало быть причиной дополнительного стресса для детей, необходимо создание в нём **школьной службы примирения**, в основе работы которой лежит восстановительная

медиация. **Суицид - это реакция на переполненную чашу внешнего давления, медиация - это способ не допустить, чтобы чаша переполнилась!**

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

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

Таблица 3

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

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

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

В ряду многочисленных субъектов профилактики суицидального поведения особая роль отводится религии, которая имеет большое значение в жизни верующих людей. Принадлежность человека к той или иной вере на этапе принятия суицидального решения зачастую является фактором, который удерживает его от совершения непоправимого поступка.

Сегодня, современный человек переживает духовно-нравственный кризис, и, прежде всего, личный так как, проживая в этом мире, психологически изматывается и обессиливается. Одновременно он переживает и общественный

кризис, так как ежедневно спотыкается о человеческое равнодушие, бесстыдство, беспечность, коварство, злобу, лень и т.д...

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

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

Величайшим достижением последнего времени стал Интернет. Церковь по этому поводу испытывает особую тревогу, прежде всего потому, что дети приобщаются к этому «открытию» раньше, чем начинают ходить и говорить. **Бесконтрольное пользование детьми и подростками интернет-сайтами, приводит к вседозволенности в виртуальном пространстве. Некоторые интернет-сайты похожи на «пособия по суициду», доступ к ним абсолютно свободен. Ребёнок находит развлечение, утешение, понимание, выход из трудной ситуации, в виртуальном мире.** Специалисты констатируют, что к суицидам всё чаще «подталкивает» Интернет. Российский философ И.И. Кальной описывает ситуацию так: *«Демон техники создал условия, когда человек не только не в состоянии контролировать антропогенные процессы, но не может даже осознавать и адекватно оценивать последствия всего происходящего»*.

Опасность состоит в том, что эта информация находится в зоне неограниченного доступа для наших детей, а значит оказывает деструктивное, разрушающее действие на их, не сформированное сознание и неокрепшую психику.

Необходимо сделать духовное возрождение главным приоритетом нашей личной, семейной, общественной и государственной жизни.

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

Без интереса к жизни человек не сможет существовать, материальный интерес заканчивается с достижением цели, тогда как духовное притяжение не иссекаемо.

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

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

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

Заключение.

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

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

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

Предполагаю, что такой координирующей структурой могут стать Комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, а также Уполномоченный по правам ребёнка. Потому, что данные органы не имеют выраженного ведомственного подчинения.

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

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

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

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

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

благополучной семьёй. Социально неблагополучной семьёй сегодня много кто занимается, внешне благополучной - практически никто.

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

Необходимо разработать и принять целевую программу об информационной безопасности детей в Интернете. Нужно наложить запрет на доступ детей к видеороликам по изготовлению и употреблению наркотических веществ, к материалам, пропагандирующим суицид.

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

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

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

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

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

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

**Уполномоченный
по правам человека
в Республике Алтай**

С.С. Шефер