

**ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ И МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ
БУ ВО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА –
ЮГРЫ «СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ
И МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
ГРУППЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА**

методические рекомендации
для образовательных организаций

Сургут – 2020

УДК

ББК

Психолого-педагогическое и медицинское сопровождение детей и подростков группы суицидального риска : метод. рекомендации / Гос. образоват. учреждение высш. проф. образования ХМАО – Югры «Сургут. гос. пед. ун-т» / М.А. Попова, А.Э. Щербакова. – Сургут : РИО СурГПУ, 2020. – 42 с.

Редакторы-составители:

Попова Марина Алексеевна, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник, руководитель научно-исследовательской лаборатории «Здоровый образ жизни и охрана здоровья», профессор кафедры медико-биологических дисциплин БУ ВО ХМАО – Югры «Сургутский государственный педагогический университет»

Щербакова Александра Эдуардовна, кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории «Здоровый образ жизни и охрана здоровья», доцент кафедры медико-биологических дисциплин БУ ВО ХМАО– Югры «Сургутский государственный педагогический университет»

Рецензент:

Гильбурд Олег Аркадьевич, доктор медицинских наук, профессор курса психиатрии кафедры многопрофильной клинической подготовки БУ ВО ХМАО – Югры «Сургутский государственный университет», врач психиатр высшей квалификационной категории

Методические рекомендации предназначены для руководителей, педагогов, психологов и медицинских работников образовательных организаций.

Оглавление

Основная терминология	4
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ.....	6
КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ (социально-экономические, психологические, медицинские, генетические причины)	8
ПРАВОВАЯ ОСНОВА ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ, СОЦИАЛЬНОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ НАКЛОННОСТЯМИ.....	14
АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ НАКЛОННОСТЯМИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ.....	15
ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ ГРУПП СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА	16
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ ГРУПП СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА.....	22
МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ ГРУПП СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА	27
МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ ГРУПП СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА	34
МОНИТОРИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ НАКЛОННОСТЯМИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ	35
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ МАРШРУТ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ НАКЛОННОСТЯМИ	37
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	39
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	40

Основная терминология

суицид, самоубийство	– суицид (от лат. sui caedere «убивать себя») — преднамеренное лишение себя жизни, как правило, самостоятельное и добровольное
суицидальное поведение	– это проявление суицидальной активности мысли, намерения, высказывания, угрозы, попытки, покушения
демонстративное суицидальное поведение	– способы суицидального поведения чаще всего проявляются в виде порезов вен, отравления неядовитыми лекарствами, изображения повешения.
аффективное суицидальное поведение	– при аффективном суицидальном поведении чаще прибегают к попыткам повешения, отравлению токсичными и сильнодействующими препаратами
истинное суицидальное поведение	– при истинном суицидальном поведении чаще прибегают к повешению
предсуицидальный синдром	– психологический симптомокомплекс, свидетельствующий о надвигающемся суицидальном акте, т. е. этап суицидальной динамики, длительность которой составляет от нескольких минут до нескольких недель и месяцев
суицидология	– научная отрасль, изучающая суицидальное поведение и способы предотвращения самоубийств
психология	– научная дисциплина, изучающая закономерности возникновения, развития и функционирования психики и психической деятельности человека и групп людей.
социология	– наука об обществе, составляющих его системах и закономерностях его функционирования и развития, социальных институтах, отношениях и общностях
виктимология	– (лат. victima – жертва, лат. Logos – учение), междисциплинарная область, исследующая виктимизацию, то есть процесс становления жертвой преступления.
суицидальное поведение	– это появление специфических мыслей, или определенных действия, несущие в себе патологии
клиническая	– (медицинская психология) – раздел

психология	психологии (на стыке с психиатрией), изучающий психические явления с точки зрения их взаимосвязи с болезнями
клинический психолог	– специалист, имеющий высшее медицинское образование. занимается диагностикой разных видов личностных отклонений, коррекцией поведения, реабилитацией
психолог-консультант	– психолог, занимающийся психологическим консультированием.
психиатр	– специалист с профессиональным медицинским образованием, который занимается диагностикой и лечением психических расстройств (в широком смысле — состояние психики, отличное от нормы)
буллинг	– травля (буллинг— англ. bullying) — агрессивное преследование одного из членов коллектива (особенно коллектива школьников и студентов, но также и коллег) со стороны другого, но также часто группы лиц; в качестве особой формы травли выделяют групповую травлю («травля толпы»), большинством или всеми членами коллектива (микросообщества).
моббинг	– (от англ. mob. – агрессивная толпа, банда) – форма психологического насилия в виде травли индивидуума в коллективе; в школе применяется для удаления неблагополучного подростка из школы, якобы по собственной воле
подростки	– согласно классификации ООН от 10 до 19 лет (младший подростковый возраст от 10 до 13 лет, средний – от 13 до 15 лет (наиболее опасный в отношении суицида), старший – 15-18 лет).
дети	– 7-10 лет школьного возраста
фрустрация	– психическое состояние, возникающее в ситуации реальной или предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей, или, проще говоря, в ситуации несоответствия желаний имеющимся возможностям
селфхарм	– самоповреждение, (от англ. self-harm – членовредительство) – преднамеренное повреждение своего тела по внутренним причинам без суицидальных намерений.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Эпидемиология – область медицины, изучающая закономерности возникновения и распространения болезней в человеческом обществе и разрабатывающая меры борьбы с ними. Эпидемиология суицидальных расстройств изучает причины, мотивы суицидов, а также меры по их профилактике.

Показатель суицидальной активности – наиболее объективный критерий психического здоровья населения. По стандартам ВОЗ, критической является отметка в 20 самоубийц на 100 тысяч населения.

Каждый год приблизительно один миллион человек уходит из жизни посредством суицида, что составляет смертность от шестнадцати на 100 000 человек или одну смерть каждые сорок секунд. ВОЗ прогнозирует, что в 2020 году посредством суицида погибнет более 1,5 млн. человек, а суицидальных попыток будет в 20 раз больше – это значит, что каждые две секунды будет происходить попытка суицида, и каждые 20 секунд одна из них будет «удачной». Уже сейчас у лиц в возрасте 15-34 лет смерть от суицида входит в «тройку» лидирующих причин смерти.

По данным Росстата количество суицидов в России в 2015-м, по данным, число самоубийств на 100 тысяч населения в России снизилось до 17,2— по сравнению с 18,5 за год до этого, в 2017 году в России на каждые 100 тысяч человек приходилось 14 случаев самоубийства.

При этом за последнее время число самоубийств среди подростков по данным ВОЗ выросло в 3 раза. Прогнозируется, что в последующие десять лет количество самоубийств среди подростков будет расти быстрее, чем ранее. По абсолютному количеству подростковых самоубийств Россия занимает первое место, при этом в 75% зарегистрированных суицидов это дети из вполне обеспеченных благополучных семей.

Наиболее уязвимой частью общества в отношении суицидальных расстройств являются дети и подростки,

сталкивающиеся с проблемами, которые кажутся им неразрешимыми. Ежегодно каждый двенадцатый подросток пытается совершить попытку самоубийства. Все больше случаев суицида регистрируется в экономически благополучных странах – Швеции, Норвегии, Дании, Японии.

Наиболее опасным возрастом в отношении суицида является средний подростковый возраст от 13 до 15 лет. Основные причины суицидов среди подростков – неразделенная любовь, конфликты с родителями и сверстниками, страх перед будущим, одиночество.

Конфликтная ситуация приобретает характер суицидоопасной, когда подросток осознает ее как высокозначимую, предельно сложную, а свои возможности – как недостаточные, переживая при этом острую фрустрацию ведущих потребностей и выбирая суицидальные действия как единственно возможный для себя выход.

Значительную часть суицидов можно предотвратить правильными организационными действиями социума – окружающих людей, специалистов, владеющих знаниями о причинах суицидального поведения, сформировавшихся взглядов общества на самоубийство.

Образовательная среда предполагает в процессе выявления суицидальных наклонностей детей и подростков трехэтапную профессиональную помощь, включающую помощь педагогов, непосредственно работающих с детьми, школьных психологов-консультантов, если у ребенка психологические проблемы не связаны с психическим заболеванием или травмой, помощь клинического психолога или/и психиатра при наличии таких заболеваний и, особенно в случаях, если суицидальные попытки повторяются неоднократно.

КЛАССИФИКАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ (социально-экономические, психологические, медицинские, генетические причины)

Суицидальное поведение подразумевает любые внутренние или внешние формы психических актов, определяемые представлениями о лишении себя жизни.

Внутренние формы суицидального поведения:

- суицидальные мысли (представления, переживания);
- суицидальные тенденции (замыслы, намерения).

Внешние формы суицидального поведения:

- суицидальные проявления;
- суицидальные покушения (попытки).

Внутренними факторами суицидального поведения являются индивидуальные особенности личности ребенка (характер, психологическое, эмоциональное, физическое состояние и др.), повышающие риск суицида, образующие внутреннюю среду для отражения внешних факторов. Эти факторы становятся решающими в суицидогенной ситуации.

К внешним факторам относятся: микросоциальные условия биографического характера, прежде всего семейного воспитания; межличностные отношения в семейной, дружеской группе; дезадаптирующие объективные факторы деятельности (резкое повышение нагрузки, экстремальность, чрезмерная ответственность, особенно это характерно для спортивных лидеров, достижения успехов в олимпиадах, ответственность за успех группы и т.д.).

Причинно-следственные связи суицида нередко определяют неверно, подразумевая под причиной какое-то внешнее событие, хотя основой суицидогенного поведения является внутреннее состояние детей и подростков.

Некоторые внешние факторы являются причинами суицида, потому что имеют для человека особый кризисный психологический смысл.

Классификация мотивов и поводов суицидальных поступков

Основные суицидальные мотивы:

- лично-семейные: семейные конфликты, развод родителей, болезнь, смерть близких; одиночество, неудачная любовь; оскорбление со стороны окружающих и др.;
- состояние здоровья: психические заболевания; соматические заболевания; врожденные уродства, увечья, осознание ребенка себя, как внешне непривлекательного;
- конфликты, связанные с антисоциальным поведением: опасение уголовной ответственности; боязнь иного наказания или позора;
- конфликты, связанные с учебой;
- материально-бытовые трудности;
- конфликты, связанные с учебой, неуспехи в учебе;
- влияние интернета и субкультур;
- депрессия, апатия.

Наиболее частые мотивы суицидального поведения
у детей и подростков:

- сексуальная почва (71,4%);
- конфликты с родственниками (10,2%);
- бытовые конфликты (2%).
- смешанные – несколько сфер (55,7%).

По результату суицидального действия выделяют:

- завершенные (истинные) суициды
- незавершенные суициды (попытки самоубийства, которые носят демонстративно-шантажный характер, не преследуют цель ухода из жизни, направлены на привлечение к себе или возвращение утраченного внимания, жалости и сочувствия окружающих, избавление от угрозы наказания и т.п.

При *истинном суицидальном поведении* имеет место обдуманное, нередко постепенно выношенное намерение покончить с собой. При таком типе суицидального поведения подростки чаще оставляют записки, адресованные родственникам и друзьям, в которых они прощаются со всеми и объясняют причины своих действий.

Поскольку действия являются продуманными, такие суицидальные попытки чаще заканчиваются смертью. Выбор способа, места и времени для самоубийства косвенно свидетельствует о серьезности суицидальных намерений и риске завершенности суицида.

В России при завершенных суицидах у детей и подростков чаще всего встречаются:

- повешения;
- отравления химическими веществами или медикаментами;
- падения с высоты,
- гибель под колесами проходящего поезда или автотранспорта.

При *незавершенных суицидальных попытках* дети и подростки чаще прибегают к таким способам, как:

- отравления;
- самопорезы.

К **суицидальным покушениям** относят все суицидальные акты, не завершившиеся летально по причине, не зависящей от суицидента (например, своевременная реанимация).

Суицидальными попытками считаются демонстративно-установочные действия, при которых суицидент чаще всего знает о безопасности применяемых им средств самоубийства.

К **суицидальным проявлениям** относят суицидальные мысли, намеки и высказывания, не сопровождающиеся какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни.

В основе суицидального поведения (независимо от его типологического своеобразия) лежит конфликт.

Причины суицида очень сложны и многочисленны. Причины можно искать в биологических, генетических, психологических и социальных сферах человека.

Большинство детей и подростков, убивающих себя, страдают от депрессии, которая часто не диагностируется и не лечится. Так как депрессия часто лежит в основе суицида, изучение причин депрессии ребенка может помочь понять причины суицида. Могут также способствовать суицидальному поведению другие психические болезни: биполярное расстройство, шизофрения и тревожные расстройства и др.

Условно выделяют следующие **причины суицида**:

- *генетические* (наследственная предрасположенность к психическим болезням – шизофрения, алкоголизм, депрессии и др);
- *социальные* (социально-экономические)
- *медицинские* (генетические, ятрогенные – применение психотропных препаратов)
- *психологические* (психологическое давление, «группы смерти»)
- *смешанные*.

Социальные и социально-экономические причины суицида являются наиболее частыми в среде детей и подростков без наследственной предрасположенности и психических заболеваний, которым в трудной жизненной ситуации не оказана своевременная психологическая помощь.

Рейтинг самоубийств среди детей и подростков напрямую связан с социальной интеграцией ребенка, степенью, согласно которой он чувствует себя частью большой группы. Самоубийство более вероятно, когда ребенок испытывает недостаток социальных отношений, особенно, когда такая проблема встает перед ним внезапно и становится неразрешимой.

В среде детей и подростков наиболее частой социальной причиной является буллинг – травля (буллинг—англ. *bullying*), агрессивное преследование ребенка со стороны другого, более сильного и авторитетного, но также часто группы школьников или другой группы детей и подростков. Травлю, как правило, организует один (лидер), иногда с сообщниками, а большинство остаются свидетелями.

Нередко в этом процессе педагоги самоустраиваются или даже молчаливо поддерживают травлю подростка, особенно когда статус его семьи не позволяет его защитить. Социальное расслоение общества в этот период очень болезненно воспринимается ребенком и подростком.

При травле жертва оказывается не в состоянии защитить себя от нападков, таким образом, травля отличается от конфликта, где силы сторон примерно равны. Травля может быть и в физической, и в психологической форме, проявляется во всех возрастных и социальных группах, и в сложных случаях может принять черты детской групповой преступности.

Среди социальных факторов суицида среди детей и подростков очень велико значение фактора одиночества. При анализе причин суицида видно, что рейтинг суицида среди

детей и подростков выше, если к ним безразлична семья и у них нет поддержки друзей.

Стремление разрешить определенные жизненные проблемы побуждает детей и подростков к преодолению своей неполноценности. Но, если это не удается, иногда они начинают испытывать потребность уничтожить окружающих. Суицид в этом контексте становится скрытой атакой на окружающих. Посредством саморазрушения ребенок стремится вызвать сочувствие к себе и осуждение тех, кто ответственен за его сниженную самооценку.

Есть мнение, что если бы детям обеспечили окружение, свободное от тревоги, то они бы росли и процветали. Однако культура, религия, политика и другие общественные силы вступают в сговор с целью искажения развития личности ребенка.

Чувствуя себя в опасном окружении, дети рассматривают мир как враждебную среду для жизни. Суицид может возникнуть как следствие детской зависимости, глубоко укоренившихся чувств неполноценности или "идеализированного образа", имеющимся у ребенка о самом себе.

Самоубийство может быть также "суицидом исполнения", из-за возникновения у ребенка чувства несоответствия стандартам, ожидаемым семьей и школой.

В основе суицидального поведения (независимо от его типологического своеобразия) лежит конфликт.

Конфликтная ситуация приобретает характер суицидоопасной, когда дети и подростки осознают ее как высокозначимую, предельно сложную, а свои возможности – как недостаточные, выбирая суицидальные действия как единственно возможный для себя выход.

ПРАВОВАЯ ОСНОВА ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ, СОЦИАЛЬНОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ НАКЛОННОСТЯМИ

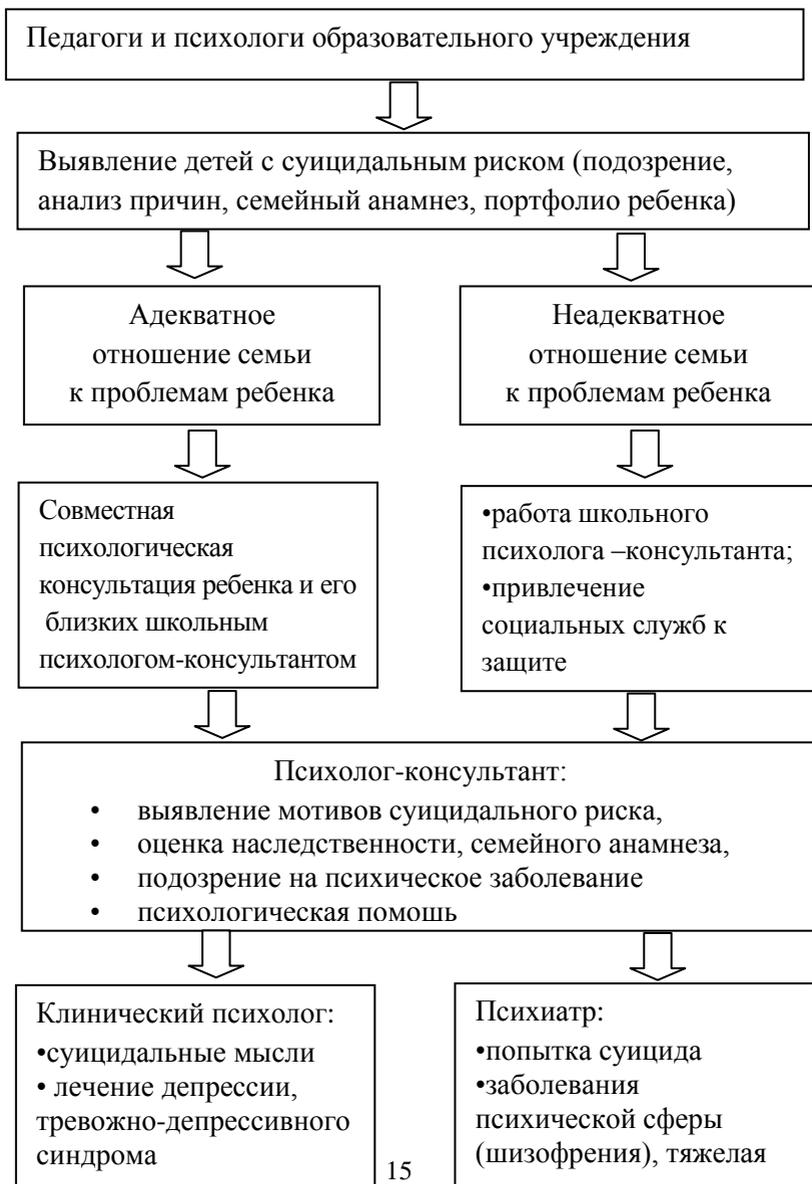
Основная задача образовательного учреждения по профилактике суицидов среди детей и подростков – **своевременное выявление детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и нуждающихся в психологической, социальной помощи.**

Статьей 14 Федерального закона РФ №120 «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.

Однако многие педагоги, заместители директоров образовательных учреждений недооценивают степень важности своевременного выявления детей, нуждающихся в психологической, социальной помощи. Игнорируют следы побоев у детей, пропуски уроков по неуважительным причинам, стремятся избавиться от неуспевающих учеников, проживающих в неблагополучных семьях.

Министерство образования России в информационном письме от 26 января 2000 г. №22-06-86 «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков» указывает, что жестокое обращение взрослых с детьми и подростками приводит их к отчаянию, безысходности, депрессиям и, как следствие, к самоубийству. За каждым таким случаем стоит личная трагедия, катастрофа, безысходность, когда страх перед жизнью побеждает страх смерти.

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ НАКЛОННОСТЯМИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ



ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ ГРУПП СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Одной из основных задач образовательных учреждений является информирование школьников о службах, которые помогут каждому, кто, находясь в состоянии стресса или трудной жизненной ситуации, захочет поделиться своими проблемами.

Это в первую очередь, классные руководители, школьные психологи, специалисты телефонной службы доверия.

Основные методы профилактики суицидальных расстройств в школе включают:

- мониторинг психологического климата в образовательной организации, конкретном классе или группе детей и подростков и выявление суицидального риска;
- формирование нравственных межличностных отношений в школе (национальная толерантность, социальное неравенство и др.);
- профилактика школьных конфликтов как между обучающимися, так и между педагогами и обучающимися;
- организационная работа с родителями по профилактике причин суицидального риска (домашнее насилие, неуважение к ребенку и его интересам);
- социально-правовое обучение детей и подростков, информирование о службах экстренной психологической помощи детям.

МОНИТОРИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА И ВЫЯВЛЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Педагогическое наблюдение и оценка психологического климата позволяют выявить предикторы (предшественники) суицидального риска среди детей и подростков и оценить *динамику суицидального поведения*.

Динамика развития суицидального поведения, как правило, описывается тремя стадиями, продолжительность которых может быть различной:

- первая стадия – *предикторы суицидального риска*;
- вторая стадия – *суицидальные замыслы*;
- третья стадия – *суицидальная попытка*.

Первая стадия – предикторы суицидального риска, проявляется рассуждениями о смысле жизни и смерти, нигилистическом отношении к жизни, бессмысленности существования, невозможности, что-либо изменить и нежелании что-либо менять, либо неверии, что можно что-либо изменить в жизни.

Для первой стадии суицидального поведения в большинстве случаев характерно снижение адаптационных способностей ребенка, что проявляется в снижении успеваемости, уровня интересов, ограничении общения, повышенной раздражительности, эмоциональной неустойчивости и т.д. Именно в этот период формируются собственно суицидальные мысли, которые могут проявляться в виде заявлений о том, что «такая жизнь надоела», «хорошо бы уснуть и не проснуться», чтобы избежать возникших проблем, при этом не возникает желания что-либо в жизни менять и самому обратиться за помощью. Причины – недоверие к взрослым, как к педагогам, так и членам семьи. Эта стадия характеризуется представлениями, фантазиями и

моделированием своей смерти.

В этот период педагоги должны проанализировать ситуацию межличностных взаимоотношений ребенка со сверстниками и членами семьи, своевременно отправить потенциального суицидента к школьному психологу для выявления причин такого отношения к жизни.

Первая стадия наиболее благоприятна в отношении эффективной «экстренной психологической помощи» при условии, что помощь будет квалифицированной и проведен глубокий анализ психологического состояния ребенка.

Если этого не происходит, состояние и поведение детей и подростков игнорируется или не замечается, наступают более глубокие изменения психики.

Вторая стадия суицидального поведения – это *суицидальные замыслы*. Это активная форма проявления желания покончить с собой, она сопровождается разработкой плана реализации суицидальных замыслов, продумываются способы, время и место совершения самоубийства. Подростки конкретно высказываются о своих намерениях, исходя из модели, которую они создали для решения своих кажущихся им неразрешимых проблем: «Вот пойду и сброшусь с крыши», «Легче повеситься, чем жить так...», «Напьюсь таблеток, усну и не проснусь никогда». Это очень опасная стадия, между замыслом и его реализацией может пройти небольшой отрезок времени. Игнорировать такие высказывания ни в коем случае нельзя, здесь нужна «экстренная помощь» не только психолога-консультанта, но и клинического психолога, который может выявить признаки психического заболевания, назначить лечение и направить к психиатру.

Третья стадия – суицидальные намерения и *собственно суицидальная попытка*. Происходит присоединение к замыслу о суициде сформированного решения (установки) и волевого

компонента, побуждающего к непосредственному осуществлению внешних форм суицидальных поведенческих актов. Здесь однозначно нужна квалифицированная психиатрическая помощь.

Формирование нравственных межличностных отношений в школе

Оптимизация межличностных отношений в школе – задача всего педагогического коллектива. Взаимоотношения с обучающимися должны строиться на основе уважения к личности ученика, убеждения, спокойном, доброжелательном отношении. Причинами суицидов среди подростков очень часто являются нарушения межличностных отношений в школе. Крайне важно формировать национальную толерантность, предупреждать проявления буллинга по причине социального неравенства. Необходимо эти моменты учитывать при формировании классных коллективов, вовлечению учащихся в социально-значимые виды деятельности, организации школьного самоуправления, формированию установок у учащихся на самореализацию в культуре, спорте, искусстве, научно-исследовательской деятельности.

Администрации школ необходимо контролировать этические отношения между членами педагогического коллектива, учителями и обучающимися в целях предотвращения случаев оскорбления, унижения, психологического и физического насилия со стороны педагогов.

Классные руководители должны досконально знать ситуацию, в которой находится ребенок, оказывать поддержку в сложных для детей и подростков ситуациях, организовать своевременную психологическую помощь школьных психологов и привлекать социальные службы при проблемах в семейных отношениях.

Профилактика школьных конфликтов

Социально-психологическая служба образовательного учреждения, классные руководители, педагоги могут оказывать большое влияние на профилактику школьных конфликтов, в том случае, если обладают высоким авторитетом в среде обучающихся. Особенно сложны проблемы конфликтов между педагогами и подростками, отстаивающими свою независимость в период формирования личности.

Игнорирование истинных причин конфликтов в образовательном учреждении, некорректное поведение самих педагогов в определенных ситуациях могут спровоцировать неадекватную реакцию учащегося вплоть до суицида, когда он ощущает свою беспомощность и остро чувствует несправедливость по отношению к нему в конфликтной ситуации.

С целью предупреждения конфликтов в школьной среде надо активнее внедрять технологии и программы построения взаимоотношений, учить детей разрешать конфликтные ситуации в конструктивном диалоге со взрослыми, чтобы они услышали и поняли друг друга, приняли на себя ответственность за возникшую ситуацию и выработали совместное решение по устранению конфликта и налаживанию дальнейших взаимоотношений, чтобы исключить повторения конфликта.

Организация работы с родителями по проблемам профилактики суицида

При выявлении признаков суицидального риска у детей и подростков необходимо вовлекать в процесс психологической реабилитации ребенка социально-адекватных родителей и социальные службы в случаях угрозы суицида в неблагоприятных семьях. Необходимо информировать

родителей о признаках возможного суицида, факторах риска и путях действия в этой ситуации, контакт с психологом и классным руководителем.

Необходимо выяснять вопросы, связанные с домашним насилием, сексуальным насилием в семьях, использовать активные взаимодействия и практическую направленность занятий с психологом по конфликтам между детьми и родителями, проблем и условий семейного воспитания, межличностных отношений со сверстниками и взаимоотношений полов, возможностей решения семейных конфликтов и их профилактики. Большую роль должны играть изучение условий жизни и воспитания в семье, консультирование родителей по выявленным проблемам.

Социально-правовое просвещение подростков, информирование о службах экстренной психологической помощи детям

Иногда самоубийства среди детей могут быть вызваны совершением правонарушений, незнанием подростками как вести себя в таких случаях (например, при вымогательстве денег, грабеже сотовых телефонов), страхом перед наказанием, лишением свободы. Указанная проблема может быть решена путем правового обучения школьников.

Экстренная психологическая помощь детям – телефоны доверия и полиции.

8-800-2000-122 – Единый общероссийский телефон доверия для детей, подростков и их родителей.

На странице Уполномоченного по правам ребенка ланы рекомендации по обращению детей, подростков и их родителей (<https://upr.admhmao.ru>).

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ ГРУПП СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Для профилактики самоубийств **важное значение имеет выяснение состояния эмоционально-волевой сферы человека**, покончившего с собой, его психическое отношение к предстоящему суициду.

В психиатрии принято считать, что один из ста человек, предпринявших попытку самоубийства, доводит ее до конца в течение года, а каждый третий в итоге рано или поздно завершает жизнь самоубийством. Таким образом, у любого суицидента риск возрастает стократно.

Сегодня в мире нет ни одного теста, который бы достоверно определял суицидальный риск (как минимум потому, что иногда для разворачивания суицидального поведения нужно всего несколько минут).

Единственный надежный предиктор суицида — уже имевшая место попытка. Такой подросток должен попадать в зону внимания специалистов.

Психолог-консультант – это специалист, занимающийся психологическим консультированием, в задачи которого входят предоставление компетентной информации по запросы педагогов, родителей и самих детей и подростков для оптимального решения жизненных или личных проблем.

Психологическое консультирование следует отличать от медицинского, юридического или психиатрического, где также специалист проводит консультацию, но другого характера.

Консультативная психология при помощи специально организованного процесса взаимодействия человека, обратившегося за помощью, и консультанта актуализируются дополнительные психологические силы и способности, которые помогают отыскать новые пути и средства выхода из трудной жизненной ситуации.

В России не существует отработанных и реально действующих алгоритмов поведения школы и семьи в случае выявления суицидального риска у подростка. Школьные психологи бесконечно загружены разнообразными тестами, проверками и другой «творческой» деятельностью и не имеют возможности индивидуально и вдумчиво встречаться с каждым школьником». А родители часто преуменьшают острые проблемы детей, списывая на то, что специалист мог бы диагностировать как психическое расстройство, на обычные подростковые трудности.

Руководитель отдела суицидологии московского НИИ психиатрии профессор Евгений Любов подчеркивает, что «типичная ошибка при определении причин суицидального поведения подменять причину следствием и писать о двойке жестокосердного учителя, ссоре, интернет-сайте и тому подобном, как причинах суицида. Все это, как правило, лишь последняя капля в суицидальном пути ребенка или подростка, не способного решать типовые жизненные коллизии».

К факторам, загоняющим детей и подростков в угол, единственный выход из которого – свести счеты с жизнью, специалисты относят отсутствие понятной и достигаемой для подростка и его родителей психологической и социальной поддержки, недоброжелательную обстановку в школе и дома, избыток насилия (в семье, на улице, в школе), буллинг, обилие утрат (особенно среди близких), суицид в семье, социальное и экономическое неблагополучие и нетерпимость в обществе, а также психические расстройства и злоупотребление алкоголем и наркотиками.

При этом отдельной статистики, например, по ЛГБТ-подросткам (с нетрадиционной сексуальной ориентацией – лесбиянок, геев, бисексуалов и трансгендеров) в России не существует, но психологи, работающие с такими детьми,

отмечают чрезвычайно высокий уровень суицидальных попыток.

Статистика утверждает, что количество самоубийств в России падает, однако любой сюжет, связанный с суицидами, неизменно будоражит общество (особенно если речь идет о подростках). Тем не менее, конкретные вопросы о том, *что происходит с детьми и подростками с суицидальным риском*, которые не реализовали свои намерения, *как проводить реабилитацию* тех, кто пытался, но не сумел покончить жизнь самоубийством, и *как помогать близким детей-суицидентов*, фактически не обсуждаются в публичном пространстве и почти игнорируются государством.

Тем не менее, из отчетов ВОЗ следует, что по количеству подростковых самоубийств Россия лидирует в Европе и входит в мировую тройку стран с самой тревожной суицидальной статистикой в этой возрастной группе.

Поскольку отдельной статистики по подростковым самоубийствам Росстат не публикует, нет и открытых исследований по отдельным категориям подростков, достаточно сложно представить рейтинг причин самоубийств среди российских подростков.

Особенности коммуникации с детьми и подростками с выявленными суицидальными расстройствами

Существуют общие рекомендации психологов и психиатров по общению с потенциальным самоубийцей. Среди них можно выделить следующие:

- выражать свою заинтересованность его личностью и судьбой;
- задавать вопросы в прямой, искренней и спокойной манере;

- постараться разговаривать ребенка, использовать технику активного слушания.

- выяснить, насколько ясный образ будущего суицидального действия сформирован у собеседника:

- - имеется ли у него суицидальный план;
- - намечены ли время и место исполнения;
- - были ли суицидальные мысли и попытки в прошлом;
- - как он сам оценивает вероятность своего суицида.

- попытаться выяснить причины и условия формирования суицидальных намерений, при этом не принуждать собеседника говорить о них, если рассказ для него слишком болезнен, и он замыкается в себе;

- побудить его выразить свои чувства и эмоции в связи с проблемной областью его отношений, которые вызвали суицидальные мысли;

- деликатно спросить, приходилось ли ему рассказывать кому-либо о том, что он говорит сейчас. Этот вопрос поможет подтолкнуть собеседника к мысли, что, возможно, главная его проблема в социальной самоизоляции, что ему не с кем откровенно обсуждать возникшие проблемы, нет друзей, нет понимания семьи и учителей:

Нужно быть готовым к длительной психотерапевтической работе с подростком-суицидентом.

Чего категорически делать не следует:

- не показывать, что вы шокированы заявлениями обратившегося, даже если вы действительно испытали эмоциональное потрясение;

- не отвечать на заявления о суицидальных намерениях (сколь бы нелепо, с вашей точки зрения, они не звучали) репликами типа: "Слышать не хочу о таких глупостях", "Стоит ли говорить о вещах, которых все равно не совершишь?" Такие ответы могут только заставить вашего собеседника пожалеть о том, что он обратился за помощью;

- не вступать в дискуссию о допустимости самоубийства.

Сообщите, что вы не хотите, чтобы собеседник уходил из жизни и есть другие решения проблемы, их и нужно обсудить, исходя из создавшейся ситуации. Абстрактные рассуждения о том, что это не выход, это плохо, как будут страдать близкие, что бы ты должны быть ответственным человеком, в таких ситуациях не аргументация для подростков, если причина попытки самоубийства – отношения в семье, домашнее насилие, буллинг в школе. Подросток инфантилен, а ему говорят об ответственности? Ему говорят - другие будут страдать, разве от знания этого факта будет легче самоубийце? Некоторых это даже стимулирует, вот пострадайте еще больше, чем я.

В критическом состоянии для потенциальных самоубийц характерны боль и страдание, эмоциональное напряжение, тревога, фрустрация, самоизоляция. Во время критического состояния нарушается мыслительная деятельность, человек не может адекватно воспринять даже абсолютно правильные логические рассуждения.

Доверительные отношения с психологом – основа решения кризиса, спровоцировавшего суицидальные мысли или суицидальную попытку.

Во время беседы ребенок должен почувствовать, что Вы на его стороне, что он не одинок, он должен ощутить подлинную заботу и обеспокоенность за его жизнь, эмоциональную защиту. Детям и подросткам нужно снизить страдания и боли, снять эмоциональное напряжение, помочь исполнить нереализованные возможности, вывести сознание из узкого туннеля, дать ему широкий выбор действий во время кризиса, и конечно вывести из состояния самоизоляции.

МЕДИЦИНСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ ГРУПП СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Основная профилактика суицидального поведения включает в себя: срочную консультацию психиатра для оценки психического состояния детей и подростков и необходимости госпитализации в психиатрическую клинику (отделение) для лечения выявленных психических расстройств, психотерапию, обеспечение возможности экстренного психологического консультирования (например, телефон доверия). Привлечение родственников к оказанию всесторонней моральной поддержки.

Мысли о самоубийстве имеются у 45% российских девушек и у 27% юношей. Рост суицидальной активности подростков происходит в периоды кризисов, возрастных кризов, социальных преобразований, политической нестабильности.

Медицинские причины самоубийств

- депрессивное расстройство;
- алкоголизм (15-20% завершенных суицидов взрослых, у детей и подростков из социально-неблагополучных семей, где родители страдают хроническим алкоголизмом);
- наркомания (в половине случаев);
- расстройство личности (часто сочетается с другими причинами – депрессией, алкоголизмом, наркоманией);
- хронический невроз;
- шизофрения (3-7%, особенно если есть депрессивный компонент);
- нервная анорексия и булимия (часто сочетается с депрессией).

Среди детей и подростков, совершивших суицид, более трети имеют родителей с психическими расстройствами и различными зависимостями.

Особенности алкогольной и наркотической зависимости у детей и подростков:

- употребление из любопытства психоактивных веществ (ПАВ);
- употребление ПАВ ради удовольствия;
- употребление ПАВ с целью быть признанным определенной группой;
- употребление ПАВ, как протест против родителей;
- употребление ПАВ для снятия напряжения при сниженной самооценке, как средство защиты от плохого настроения, унижения, боли.

Психоактивные препараты, способствующие суицидальным расстройствам

- Опиаты (опиатная наркомания, опиаты, героин)
- Каннабиоиды (наркомания, вызванная препаратами конопли)
- Барбитураты (барбитуровая наркомания, токсикомания)
- Ненаркотические анальгетики (парацетамол часто используется с суицидальной целью, запрещен к безрецептурной продаже в Британии)
- Кокаин (кокаиновая наркомания)
- Амфетамины (метамфетамин -«айс»)
- Наркомания вследствие употребления экстази (МДМА) –«Party pills» – наркотик дискотек
- Наркомании, вызываемые галлюциногенами (ЛСД, псилоцибин, циклодол, мескалин).

- Антидепрессанты при приеме до 18 лет (дулоксетин, флуоксетин, пароксетин, сертралин, венфлаксетин) могут спровоцировать суицид.

В России до 75% алкоголиков и наркоманов начинают употреблять ПАВ в подростковом возрасте.

Характерные черты ребенка с высоким риском заболеть наркоманией или алкоголизмом:

- пониженная способность переносить трудности повседневной жизни;
- стремление к новизне - «жизнь серая, ничего не происходит, а я хочу жить ярко и красочно»;
- неприспособленность к жизни, скрытый комплекс неполноценности из-за упреков окружающих;
- внешне нередко защитно-психологическая реакция в демонстрации превосходства над окружающими;
- типажей;
- внешняя доброжелательность, сочетающаяся со страхом перед устойчивыми эмоциональными контактами (боязнь любви)
- стремление перенести ответственность за принятие решений на других,
- стремление обвинять других, зная при этом, что они невиновны;
- завистливость;
- тревожность.

Эти личностные особенности способствуют побегу от реальности в наркотическую или алкогольную зависимость.

Мотивы употребления алкоголя детьми и подростками:

- убежденность, что алкоголь повышает настроение, взбадривает,
- делает разговор более интересным и оживленным;

- во время праздников прием алкоголя традиционен;
- алкоголь помогает поддерживать отношения с компанией.

О наличии зависимости у подростков говорят скрытые и открытые признаки:

- непреодолимое желание приема алкоголя;
- теряется контроль над объемом выпитого;
- употребляются все большие дозы (рост толерантности);
- прием алкоголя имеет приоритет над другими занятиями.

Переход от банального употребления к алкогольной зависимости у взрослого человека занимает около десяти лет. У подростков же формирование алкоголизма занимает в три раза меньше времени. Это связано тем, что ткань мозга у подростка богаче водой и беднее белками, поэтому накопление алкоголя идет активнее, а его концентрация - выше.

У подростков, намного быстрее, чем у взрослых, при употреблении алкоголя наступает деградация, отстает интеллектуальное развитие, страдает память, возникает апатия. В большинстве случаев они не хотят лечиться. *Чаще, чем взрослые, они погибают от несчастных случаев, совершают суициды.*

Ведущим фактором, который провоцирует прием алкоголя подростком, являются родители и прочие значимые для него люди, употребляющие алкоголь.

Суицидальная смертность из числа состоящих на наркологическом учете колеблется в пределах 7–15%, а риск суицидальной смерти у больных алкоголизмом сравним лишь с группой больных депрессиями, и составляет от 11 до 15%

Среди населения районов Сибири, приравненных к Крайнему Северу, наблюдается прогностически неблагоприятная тенденция роста самоубийств (в среднем 74,7 случаев на 100 тыс населения за 6 лет, в 2013 – 94,4). В 52,1% случаев самоубийства совершены в состоянии алкогольного

опьянения; 46,1% суицидентов состояли на диспансерном учете и имели признаки алкогольной зависимости; в 26,6% случаев суицида при жизни было выявлено психическое расстройство (умственная отсталость, расстройство личности, шизофрения, депрессия и др.).

Тревожным фактом является то, что в возрасте 18-34 лет очень высока доля завершенных суицидов (40,9%), из них треть страдала алкоголизмом, треть расстройством личности и треть умственной отсталостью. Семейный анамнез по линии родителей был отягощен алкоголизмом и другими психическими расстройствами у каждого пятого суицидента (21,6%). Это требует повышенного внимания к детям представителей коренных народов Севера.

Возрастные особенности формирования зависимого поведения, связанного с суицидальным риском

С 8 до 11 лет. Алкоголь, наркотик - запретный и неизвестный мир, вызывающий, как и все запретное, острый интерес. Все знания о ПАВ получены от друзей. Возрастных групп, объединенных приемом алкоголя или наркотика еще нет. Чаще всего встречается токсикомания.

С 11 до 13 лет. В этом возрасте наиболее часто происходит знакомство с ПАВ. Возможность приема алкоголя и наркотиков вызывает интерес из-за существующего заблуждения о безопасности «легких» наркотиков. Как правило, первые эпизоды алкоголизации и наркотизации связаны с кризисными ситуациями в семье, школе, неорганизованным досугом, безнадзорностью. В таком возрасте, детям доступны бытовые и лекарственные средства, поэтому именно с них и начинается употребление ПАВ (клей, таблетки, бензин и пр.).

С 14 до 17 лет. Это наиболее опасный возраст для начала употребления ПАВ. Знакомство с алкоголем и наркотиками происходит на молодежных вечеринках, дискотеках, в компании

друзей, то есть в тех местах, куда закрыт доступ взрослым. У многих имеется личный опыт приема алкоголя и наркотика, или опосредованный опыт от знакомых и друзей. Следует разобраться в сложившейся ситуации, проанализировать ее и сделать все, чтобы помочь ребенку.

Помочь ребенку, у которого уже есть алкогольная или наркотическая зависимость могут только врачи-наркологи, поэтому ведущая работа родителей, педагогов, специалистов сферы охраны детства, школьных психологов должна быть направлена именно на профилактику детского алкоголизма и наркомании, провоцирующих суицидальные действия.

В процессе консультирования необходимо побуждать подростка его к более активной роли с каждой последующей встречей. В случаях депрессии обычно используется медикаментозное лечение антидепрессантами. Назначение лекарств и дозировка – это дело психиатров, однако и психолог-консультант, и клинический психолог должен знать, употребляет ли его клиент лекарства, какие именно и какова сила их воздействия.

Прежде всего необходимо установить, депрессия какого рода имеет место:

- проявление психотического заболевания
- невротическая депрессия
- или нормальная реакция на горестные события.

Иногда психолог-консультант принимает симптомы депрессии за переутомление, физическое или психическое истощение и рекомендует больше отдыхать, спать, употреблять витамины и т.д. Однако в случае депрессии это мало помогает. Поэтому необходимы консультация клинического психолога и/или психиатра.

Задача консультанта в работе с депрессивными подростками двойка: поддержать и помочь ему в психологическом объяснении трудностей. Сам факт, что

консультант готов "сразиться" с депрессией, укрепляет надежду подростка и нейтрализует отчаяние. Поддержка и понимание уменьшают страдание и переживание вины, помогают восстановить самоуважение. Частота встреч может быть 2 - 3 раза в неделю с постепенным ее уменьшением в зависимости от состояния ребенка.

Медицинские аспекты первичной и вторичной профилактики суицидов включают нефармакологические методы воздействия, проводимые психологическом консультировании, и в тяжелых случаях депрессии, тревожно-депрессивных состояний, установленных психических заболеваний – соответствующую фармакотерапию.

Основные принципы фармакотерапии у детей и подростков с суицидальными расстройствами

- Назначение лекарств имеет место только в тех случаях, когда других способ оказать помощь или вылечить ребенка нет или они оказались неэффективными и известен лекарственный эффект при данном заболевании.
- Лекарственные средства должны быть минимально токсичны, так как у детей возможно возникновение тех реакций, которых нет у взрослых (описано повышение числа суицидов у подростков, принимавших некоторые антидепрессанты по поводу тяжелой депрессии).
- Препараты, вызывающие привыкание у детей и подростков противопоказаны (седативные препараты)
- Важно, чтобы родители были союзниками врача в деле лечения ребенка, их мнение о действии на ребенка препарата должно учитываться лечащим врачом, в то же время задача врача не допустить приписывания препарату тех свойств, которых лекарство не имеет. Терапия эффективна только при содружестве врача, родителей и пациента.

МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ ГРУПП СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Организации, оказывающие социальную поддержку детям и подросткам из неблагополучных семей, в том числе с суицидальными расстройствами:

Уполномоченный по правам ребенка в ХМАО – Югре

<https://upr.admhmao.ru/>

Адрес: г. Ханты-Мансийск, ул. Карла Маркса, 14

Телефон/факс 8 (3467) 331-358

E-mail: Upr86@admhmao.ru

Отдел по организации деятельности комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав в ХМАО Югре
<https://admhmansy.ru/rule/admhmansy/adm/department-of-organization-of-activity-of-the-commission-on-affairs-of-minors-and-protection-of-thei/>

Телефон/ факс 8 3467 338-403

В сентябре 2010 года в Российской Федерации Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, совместно с субъектами РФ введен единый общероссийский номер детского телефона доверия. Звонок осуществляется бесплатно и анонимно со стационарного или мобильного телефона для получения детьми и их родителями (лицами их замещающими) консультативно-психологической помощи, в том числе в случаях жестокого обращения и насилия, включая случаи сексуального насилия, как в семье, так и вне ее.

Телефоны доверия

Детский телефон доверия **8-800-2000-122.**

МОВД «Ханты-Мансийский» **8 3467 330-202**

Телефон доверия УВД по ХМАО– Югре **8 3467 398-300**

МОНИТОРИРОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО И КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ НАКЛОННОСТЯМИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

Группы суицидального риска

- незаконченная попытка суицида;
- суицидальные угрозы – прямые или завуалированные;
- тенденции к самоповреждению;
- суициды в семье
- алкоголизм
- употребление наркотиков и других запрещенных препаратов;
- аффективные расстройства;
- хронические или смертельные болезни;
- семейные проблемы;
- сверхкритичные к себе подростки;
- дети и подростки, страдающие от недавно испытанных сверхунижений или трагических утрат;
- подростки, фрустрированные несоответствием между ожидавшимися успехами в жизни и реальными достижениями.

Когда стоит беспокоиться? :

Четких критериев, по которым можно сказать, что человек совершит попытку суицида, нет, но наиболее частые факторы суицидального риска необходимо отслеживать:

- в анамнезе был или есть селфхарм;
- в жизни человека недавно произошла потеря значимого близкого;

- у подростка слабые социальные связи: нет тесных связей с семьей и друзьями, значимого хобби и т. д. – его словно ничто не держит в жизни;
- первые 2–3 недели медикаментозного лечения при депрессии или биполярном расстройстве;
- были неудачные попытки суицида ранее;
- подросток заторможен, эмоции сильно подавлены, но при этом идет отрицание проблемы.

Строгая конфиденциальность – основа безопасности психической стабильности ребенка

Портфолио детей и подростков, совершивших суицидальную попытку должно быть доступно узкому кругу лиц – руководителю образовательного учреждения, его заместителю по воспитательной части, классному руководителю, школьному психологу.

При изменении настроения потенциального суицидента должна проводиться беседа психолога-консультанта с ребенком и его родителями. Если речь идет о подростках, то информацию можно уточнить у близких ему одноклассников, друзей суицидента, ни в коем случае не упоминая о произошедшем событии во время беседы.

Следует обращать внимание на непосещение школьных занятий, общих мероприятий, безучастность в отношении спортивных состязаний, командной работы.

Целесообразно после попытки суицида менять школу, местожительство, поскольку ребенок чувствует свою неполноценность, нездоровый интерес к себе и отстраненность окружающих. Он оказывается в вакууме под психологическим прессингом, что может спровоцировать повторную попытку суицида.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ МАРШРУТ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ НАКЛОННОСТЯМИ

После попытки суицида в соответствии Законом РФ № 3185-1 от 02.07.1992 (в редакции от 19.08.2018) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» врач-психиатр на основании решения суда имеет право направить лицо, совершившее попытку самоубийства на принудительное психиатрическое освидетельствование.

В случае если на освидетельствовании будет выявлено психическое заболевание, то на основании решения суда это лицо могут направить на принудительное психиатрическое лечение в психоневрологический диспансер. Кроме того, ст. 110 УК РФ предусматривает ответственность за доведение до самоубийства. Реальной судебной практики по данной статье почти нет.

В работе детского психиатра как никогда актуальны статьи 8 и 9 «Закона о психиатрической помощи...», говорящие о необходимости сохранения врачебной тайны и запрете передачи сведений о больном.

Законный представитель ребенка младше 15 лет или сам пациент старше 15 лет может заявить своему врачу о намерении отказаться от психиатрической помощи и от дальнейшего психиатрического наблюдения в диспансере.

В случае, когда психиатрическое наблюдение снято до 18 лет в диспансерном отделении, сведения о бывшем пациенте не попадают в психоневрологический диспансер для взрослых. Правовых ограничений для выбора профессии при суицидальных попытках, совершенных в подростковом возрасте не существует, если у подростка не диагностировано психическое заболевание.

Тем не менее, для детей и подростков, у которых в анамнезе были суицидальные попытки достаточно опасен в плане

повторения суицида выбор профессий с высокой степенью ответственности и психоэмоциональными перегрузками.

По российской статистике *завершенные суициды* в тяжелой жизненной ситуации чаще всего совершают:

- медицинские работники;
- психологи, психиатры;
- военные, ведомственные структуры;
- водители, гонщики.

В 2015 году Центр по контролю и профилактике заболеваний США опубликовал статистические данные об уровне самоубийств среди представителей 22 профессий. Согласно докладу на 100 тыс. человек было совершено в среднем 16,9 самоубийств, рост на 10% по сравнению с 2012 г.

Уровень самоубийств среди мужчин всех профессий в 2015 г. - 26 смертей на 100 тыс. человек – в три раза больше, чем среди женщин.

Самый высокий уровень самоубийств зафиксирован у мужчин в сфере строительства и добыче ископаемых –(52,1 смертей на 100 тыс. человек, более чем на 200% выше, чем средний показатель).

Среди практикующих врачей и работников здравоохранения, включая медицинских сестер, от 11 до 12,5 смертей на 100 тыс. человек.

Самый высокий показатель самоубийств у женщин, профессии которых связаны с искусством, дизайном, индустрией развлечений, спортом и СМИ (эта сфера деятельности на втором месте у мужчин).

Самый низкий уровень самоубийств зафиксирован среди работников сферы образования, профессиональной подготовки и библиотечного дела: 5,3 смертей на 100 тыс. человек, как у женщин, так и у мужчин.

В ряде профессий число самоубийств значительно превысило средний показатель: в сфере приготовления пищи и обслуживания почти на 50%, а среди специалистов индустрии развлечений, спорта и средств массовой информации почти на 40%.

При выборе профессии подростками, имевшими в анамнезе факт суицида, целесообразно учитывать степень стрессоустойчивости и состояние эмоционально-волевой сферы подростков к моменту окончания образовательного учреждения, чтобы максимально предупредить повторения суицидальной попытки в экстремальной стрессовой ситуации.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ХМАО	– Ханты-Мансийский автономный округ
ЛГБТ	– ЛГБТ (англ.LGBT) – аббревиатура, возникшая в английском языке для обозначения лесбиянок (Lesbian), геев (Gay), бисексуалов (Bisexual) и трансгендеров (Transgender).
УВД	– Управление внутренних дел
МОВД	– Межмуниципальный отдел внутренних дел
МО УВД	– Миграционный отдел УВД
СМИ	– средства массовой информации
ПАВ	– психоактивные вещества

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алкоголизм и факторы суицидальности среди коренного населения районов, приравненных к Крайнему Северу // Суицидология Том 8, № 1 (26), 2017
[/alkogolizm-i-faktor-suitsidalnosti-sredi-korenного-naseleniya-rayonov-priravnenn-h-k-kraynemu-severu.pdf](#)
2. Березанцев А.Ю., Булыгина В.Г., Абольян Л.В. Семья, социальная экология и психосоматическое здоровье детей и подростков // ВСП. 2012. №4. URL:
<https://cyberleninka.ru/article/n/semya-sotsialnaya-ekologiya-i-psihsomaticheskoe-zdorovie-detey-i-podrostkov>
3. Григорьева А.А. Выявление риска суицидального поведения у подростков в общеобразовательных школах // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2019. №3 (26).
URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/vyyavlenie-riska-suitsidalnogo-povedeniya-u-podrostkov-v-obscheobrazovatelnyh-shkolah>
4. Диагностика и общие вопросы профилактики детского и подросткового суицида в образовательной среде : метод. рекомендации / Гос. образоват. учреждение высш. проф. образования ХМАО – Югры «Сургут. гос. пед. ун-т» / А.Э. Щербакова, М.А. Попова. – Сургут : РИО СурГПУ, 2020. – 28 с.
5. Евсеенкова Е.В., Белогай К.Н., Борисенко Ю.В. Развитие эмоциональной саморегуляции подростков средствами арт-терапии в контексте профилактики суицидального поведения // Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. 2020..
URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-emotsionalnoy-samoregulyatsii-podrostkov-sredstvami-art-terapii-v-kontekste-profilaktiki-suitsidalnogo-povedeniya>
6. Закон РФ № 3185-1 от 02.07.1992 (в редакции от 19.08.2018) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании»
URL:http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205
7. Киселев С.С. Совершенствование механизма защиты

несовершеннолетних от склонения к суициду: виктимология и право // Юридическая наука. 2018. №6.

URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovershenstvovanie-mehanizma-zaschity-nesovershennoletnih-ot-skloneniya-k-suitsidu-viktimologiya-i-pravo>

8. Меринов А.В. Детская и подростковая психиатрия. Учебное пособие / А.В. Меринов, Д.И. Шустов, А.В. Лукашук, Е.А. Шитов; ФГБОУ ПО РязГМУ Минздрава России.- Рязань: РИО РязГМУ, 2016.- 132 с.
9. Методические рекомендации для педагогов-психологов и социальных педагогов по работе с родителями обучающихся образовательных организаций по проведению профилактической работы с несовершеннолетними, склонными к суицидальному поведению. Министерство образования и науки Российской Федерации. Письмо от 28 апреля 2018 г. N 07-2498 О направлении методических рекомендаций. –
URL:http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_310838/
10. Письмо Департамента государственной политики в сфере защиты прав детей от 18 января 2016 г. № 07-149 «О направлении методических рекомендаций по профилактике суицида»
URL:<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71218428/#100>
11. Положий Б.С. Суициды среди несовершеннолетних (эпидемиологический аспект) // Суицидология. 2019. №1 (34).
URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/suitsidy-sredi-nesovershennoletnih-epidemiologicheskiiy-aspekt>
12. Попова М.А., Говорухина А. А., Щербакова А. Э. Здоровье педагогов и учащихся Югры : монография. Ханты-Мансийск :ООО « Печатный мир г. Ханты-Мансийск», 2012. - 135 с.
13. Диагностика и коррекция тревожных и депрессивных расстройств у школьников и студентов в условиях модернизации образования : метод. рекомендации / Гос.

- образоват. учреждение высш. проф. образования ХМАО – Югры «Сургут. гос. пед. ун-т» / М.А. Попова, А.Э. Щербакова, А.А. Говорухина. – Сургут : РИО СурГПУ, 2013. – 39 с.
14. Превенция самоубийств. Руководство для учителей и других работников школ. Одесса, 2004. – 23 с.
 15. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2014. – 97 с.
URL:<https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/suicide>
 16. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ / С.А.Егоров // В кн.: Детская психиатрия под ред Э.Г.Эйдемиллера. СПб.2016. С.575-650.
URL:https://www.phantastike.com/psychiatry/child_psyche/pdf
 17. Суицидальное поведение / И.В.Добряков // В кн.: Детская психиатрия под ред Э.Г.Эйдемиллера.СПб.2016. С.699-712
URL:https://www.phantastike.com/psychiatry/child_psyche/pdf
 18. Эпидемиология суицидального поведения. . URL: <https://infopedia.su/7x5e98.html>
 19. Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. Life stress and symptomatology: determinants of suicide behavior in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1982, 21: 178-186.
 20. Weissman MM et al. Depressed adolescents grow up. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(18): 1701-1713.
 21. Weissman MM, Fox K, Klerman GL. Hostility and depression associated with suicide attempts. *American journal of psychiatry*, 1973, 130:450-455.