

Государственное бюджетное образовательное учреждение для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, Новосибирской области  
«Областной центр диагностики и консультирования»



**ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ  
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ  
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДАЛЬНОГО  
ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**Часть 1**

**Нормативные документы по профилактике  
суицидального поведения**

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Глосарий .....</b>	<b>3</b>
<b>Глосарий Научного Центра психического здоровья РАМН (НЦПЗ РАМН) .....</b>	<b>5</b>
<b>Оказание специализированной помощи по проблеме суицида среди детей и подростков в Новосибирской области .....</b>	<b>11</b>
<b>Организация психиатрической помощи детям .....</b>	<b>13</b>
<b>с суицидальным поведением в Новосибирской области .....</b>	<b>13</b>
<b>Нормативно-правовая основа работы ОУ.....</b>	<b>14</b>
<b>по проблеме суицида среди детей и подростков .....</b>	<b>14</b>

## Глосарий

**Агрессия** (лат. *aggressio* - нападение) - поведение или форма отношений, наносящее ущерб объектам нападения.

Активность, нацеленная (осознанно или неосознанно) на причинение себе вреда в физической и психической сферах. Относится к механизмам психологической защиты. Аутоагрессия проявляется в самообвинении, самоунижении, нанесении себе телесных повреждений различной степени тяжести вплоть до самоубийства, саморазрушительном поведении (пьянстве, алкоголизме, наркомании, рискованном сексуальном поведении, выборе экстремальных видов спорта, опасных профессий, провоцирующем поведении).

**Девиантное поведение** - это поведение, отклоняющееся от общепринятых, социально одобряемых, наиболее распространенных и устоявшихся норм в определенных сообществах в определенный период их развития.

**Покушение на самоубийство** – это однородная деятельность человека, не закончившаяся летальным исходом по различным обстоятельствам.

**Социализация** – двуединый процесс: с одной стороны, это **внешнее** для человека влияние на него со стороны общества его социальных институтов и общественной атмосферы, нравственных норм и культурных ценностей, образа жизни людей; с другой – это **внутреннее**, личностное освоение каждым человеком такого влияния в процессе социального становления.

**Социальная среда** – человеческое, духовное, предметное окружение ребенка, которое оказывает влияние на его личностное развитие, выступая реальным пространством его формирования и самореализации.

**Суицид** – самоубийство, намеренное лишение себя жизни.

Самоубийство и примыкающий к нему более широкий ряд феноменов аутоагрессии и саморазрушения следует отнести к формам девиантного поведения (поступки или действия человека, не соответствующие официально установленным или фактически сложившимся в данном обществе нормам).

**Суицидальная попытка** – это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью.

**Суицидальное поведение** – волевые действия личности, конечной целью которых является покушение на самоубийство или сам акт самоубийства. Является следствием социально – психологической дезадаптации личности в условиях микросоциального климата.

Государственное бюджетное образовательное учреждение для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, Новосибирской области  
«Областной центр диагностики и консультирования»

**Суицидальные замыслы** – это активная форма проявления суицидальности, т.е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает параллельно степени разработки плана её реализации.

**Суицидальный риск** – склонность человека к совершению действий, направленных на собственное уничтожение.

**Суицидент** – человек, совершивший самоубийство или покушение на самоубийство.

**Толерантность** – способность человека принимать других людей такими, каковы они есть, сосуществовать и взаимодействовать с ними.

## ГЛОСАРИЙ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ Научного Центра психического здоровья РАМН (НЦПЗ РАМН)

**Самоубийство** — осознанные преднамеренные действия, направленные на добровольное лишение себя жизни и приведшие к смерти. Являются реализацией желаемых изменений с учетом знания о возможности достижения смерти таким образом и ожиданием смертельного исхода в результате подобных действий.

**Суицид** (лат., sui — себя, caedo — убивать) — самоубийство.

**Суицидент** - человек, обнаруживающий любые формы суицидальных (аутоагрессивных) проявлений, в том числе совершивший суицидальную попытку или самоубийство, с указанием, что данная форма поведения носит аутоагрессивный характер.

**Суицидальный риск** — степень вероятности возникновения суицидальных побуждений, формирования суицидального поведения и осуществления суицидальных действий.

**Суицидальные сигналы** — завуалированные действия, иносказательные высказывания, свидетельствующие о наличии у человека суицидальной активности. Могут не осознаваться суицидентом. Синоним — Суицидальная угроза.

**Мотивы суицидального поведения** (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980) — личностные побуждения, вызывающие желание добровольного ухода из жизни и определяющие суицидальную направленность поведения человека. Выделяют пять основных групп мотивов, ведущих к формированию суицидального поведения:

- протест: реакция отрицательного воздействия на объекты вызвавшие психотравмирующую ситуацию (к протестным мотивам относится месть);

Государственное бюджетное образовательное учреждение для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, Новосибирской области  
«Областной центр диагностики и консультирования»

- **призыв:** активация помощи извне с целью привлечь внимание, вызвать сострадание и таким образом изменить психотрамирующую ситуацию;
- **избежание:** уход от наказания или страдания (избавления от тяжести психического или соматического состояния);
- **самонаказание:** искупление «собственной вины» путем совершения суицидальных действий;
- **отказ от жизни:** цель и мотив суицидального поведения совпадают (цель — самоубийство, мотив — отказ от существования).

**Возрастные особенности суицидального поведения** — особенности суицидального поведения характерные для определенных возрастных групп, разделенных согласно возрастным пикам суицидальной активности.

#### ***Детский возраст (до 12 лет)***

Для детей характерны импульсивные суицидальные действия, их наиболее частой причиной являются ссоры в семье, агрессивное, негативное отношение родителей к ребенку.

#### ***Подростковый возраст (12—17 лет)***

В подростковом возрасте причиной импульсивных суицидальных действий обычно являются конфликтные отношения с родителями, реже с учителями. Подростки нередко тщательно планируют суицидальные действия, их основой является *экзистенциальный кризис*, обусловленный психологической *депривацией*.

#### ***Молодежный возраст (17—29 лет)***

В подавляющем большинстве случаев суицидальные действия носят импульсивный характер и обусловлены разрывом отношений или ссорой с партнером.

**Антисуицидальный барьер** — комплекс социально-психологических факторов личности, препятствующий формированию суицидальной

активности или обесценивающий ее значимость как способа разрешения психотравмирующей ситуации. Может быть представлен религиозными верованиями; социальными установками; эстетическими представлениями и т. д.

**Пресуицид** (Амбрумова А. Г., Леви В. Л., 1974) — состояние личности, обуславливающее повышенную, в отношении к условной «норме», вероятность совершения суицидального акта (даже заведомо незавершенного).

**Суицидальные действия** — личностная активность, подчиненная конкретной цели добровольного ухода из жизни.

**Суицидальное поведение** — вариант поведения личности, характеризующийся осознанным желанием покончить с собой (цель — смерть, мотив — разрешение или изменение психотравмирующей ситуации путем добровольного ухода из жизни).

**Суицидальная попытка** — осознанные преднамеренные действия, направленные на лишение себя жизни и нацеленные на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий, но незавершившиеся смертью.

**Парасуицид** — несмертельное умышленное самоповреждение (самоотравление), которое нацелено на достижение желаемых субъектом изменений за счет физических последствий. По определению ВОЗ (1982) — синоним суицидальной попытки.

**Демонстративно-шантажные аутоагрессивные действия** — осознанные преднамеренные поступки, направленные на получение каких-либо выгод от демонстрации намерений лишиться себя жизни. Носят суицидоподобный характер, так как их целью не является добровольный уход из жизни. Демонстративно-шантажные суицидальные действия, при недоучете реальной опасности их осуществления, могут закончиться смертью, что должно квалифицироваться как несчастный случай.

### **Постсуицидальный период** (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., 1980)

- временной промежуток после совершения суицидальной попытки.

Выделяют следующие типы постсуицидального периода:

1. По длительности:

- острый (ближайший): в течение первой недели после совершения суицидальной попытки;
- затянувшийся, пролонгированный: начинается через неделю после совершения суицидальной попытки, длится до 2—3 месяцев;
- отдаленный (поздний, реституция): начинается через 2—3 месяца после совершения суицидальной попытки; окончание соответствует полному исчезновению суицидальных проявлений.

**Профилактика суицидального поведения** — различные мероприятия, направленные на снижение уровня суицидальной активности.

*Различают следующие виды профилактики суицидального поведения:*

1. По содержанию:

- специализированные психиатрические (собственно суицидологические): терапевтические (медикаментозные и немедикаментозные) мероприятия, направленные на предотвращение формирования (рецидивирования) суицидальной активности, а также на лечение психических расстройств, приведших к суицидогенезу или возникновению аутоагрессивных проявлений;
- психологические: коррекционные мероприятия, направленные на изменение личностных установок в отношении суицидальных проявлений, повышение уровня психологической защищенности, формирование «антисуицидального барьера» (активизацию антисуицидальных факторов личности) и, таким образом, предотвращающие формирование (рецидивирование) суицидальной активности;

Государственное бюджетное образовательное учреждение для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, Новосибирской области  
«Областной центр диагностики и консультирования»

- общемедицинские: лечебные мероприятия, направленные на устранение соматических последствий (осложнений) совершенной суицидальной попытки;
- социальные: мероприятия, направленные на изменение социального статуса, социально-экономических условий жизни потенциальных суицидентов и способные предотвратить формирование (рецидивирование) суицидальной активности или осуществление суицидальных действий;
- информационно-обучающие: мероприятия, направленные на распространение знаний (в частности в средствах массовой информации) об особенностях генеза и формирования аутоагрессивного (суицидального) поведения, способах «самопомощи» при возникновении суицидальных проявлений, наличии и характере работы суицидологических служб.

2. По последовательности:

- первичная: мероприятия, проводимые с суицидентами с целью предотвращения осуществления суицидальных действий; к первичной профилактике относятся информационно-обучающие мероприятия по вопросам суицидологии, проводимые для любых категорий населения;
- вторичная; мероприятия, проводимые с суицидентами, совершившими суицидальную попытку, с целью предотвращения рецидивирования суицидального поведения;
- третичная: мероприятия, проводимые с близким окружением (родственники, друзья и т.д.) суицидентов, совершивших суицидальную попытку, с целью предотвращения рецидивирования суицидального поведения.

**Организация суицидологической помощи** — система лечебно-профилактических мероприятий, направленных на оказание

специализированной помощи больным с суицидальными (аутоагрессивными) проявлениями. Включает следующие этапы:

- первичной помощи: доврачебная (может быть оказана любым человеком) или первая врачебная помощь, которая оказывается суициденту при наличии соматических осложнений вследствие осуществления суицидальных действий; может быть оказана врачом любой специальности, чаще всего оказывается бригадой скорой помощи, в больнице скорой помощи или любом другом лечебном учреждении;
- экстренной помощи: неотложная психиатрическая помощь при необходимости оказывается психиатрами в любом лечебном учреждении, куда поступил пациент с суицидальным поведением; неотложная психотерапевтическая помощь оказывается службой телефона доверия;
- амбулаторно-консультационной помощи: амбулаторная работа проводится суицидологами (психиатр, психотерапевт, медицинский психолог) в специализированных кабинетах социальнопсихологической помощи при поликлиниках общесоматического профиля или в специализированных суицидологических кабинетах при психоневрологических диспансерах;
- госпитальной помощи: стационарная специализированная помощь оказывается пациентам с суицидальными проявлениями в условиях кризисного стационара либо в психиатрических больницах в случае, когда аутоагрессивное (суицидальное) поведение обусловлено психопатологическими расстройствами.

## **Оказание специализированной помощи по проблеме суицида среди детей и подростков в Новосибирской области**

### **Телефон доверия**

С ноября 2010 года в Новосибирской области работает Единый общероссийский номер детского телефона доверия. По номеру 8-800-2000-122 дети могут позвонить и анонимно сообщить о фактах жестокого обращения с ними, *а также получить консультацию специалистов.*

«Особенностью данного телефона является то, что он связан со всеми подключенными к нему регионами России. Это значит, что если телефонный номер занят, звонок ребенка автоматически переводится на специалиста из другого региона, который сможет оказать аналогичную помощь. Психологи в ходе общения с ребенком постараются помочь советом, что ему стоит предпринять в ситуации» (по информации пресс-службы правительства Новосибирской области).

### **Телефоны, должностные лица ОГУЗ «Новосибирский областной детский клинический психоневрологический диспансер» (ОГУЗ "НОДКПНД")**

Главный врач ОГУЗ "НОДКПНД" - Макашева Валентина Анатольевна, кандидат медицинских наук.

Адрес: Новосибирск ул. Гоголя, 24 (383) 224-85-13 <http://www.nodkpnd.ru>

**Телефон доверия ОГУЗ "НОДКПНД" 218-70-35**

На «телефоне доверия» работают врач психиатр детский, врач психотерапевт, медицинские психологи по утвержденному расписанию.

Обращение пациента на «телефон доверия» является строго конфиденциальным.

В процессе консультирования обратившийся за помощью к специалисту получает:

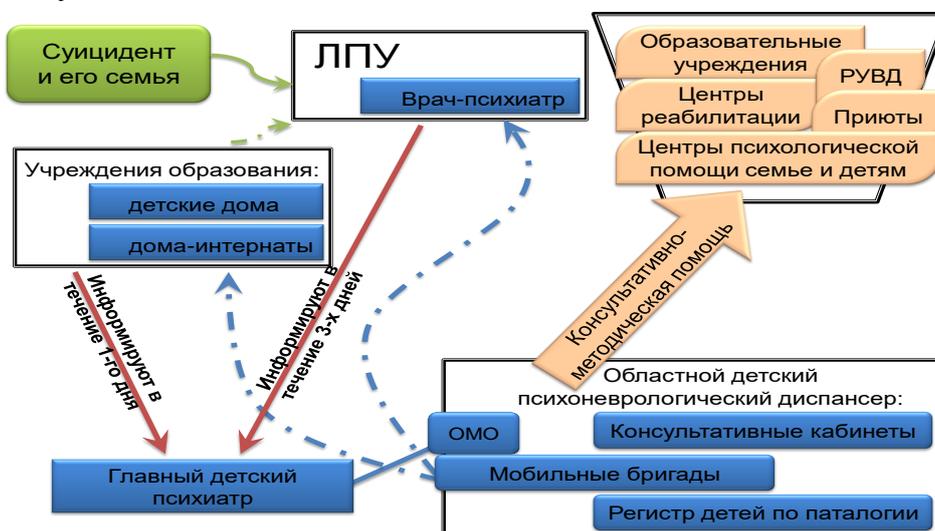
Государственное бюджетное образовательное учреждение для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, Новосибирской области  
«Областной центр диагностики и консультирования»

- 1) рекомендации по дальнейшему плану действий выхода из возникшей трудной жизненной ситуации;
- 2) практические советы по вопросам и проблемам межличностных взаимоотношений в семье, школе;
- 3) инструкции действий по изменению поведения и улучшению качества обучения ребенка.

**Режим работы «Телефона доверия»: Ежедневно с 08-00 до 20-00, кроме субботы и воскресенья. Номер: 218-70-35**

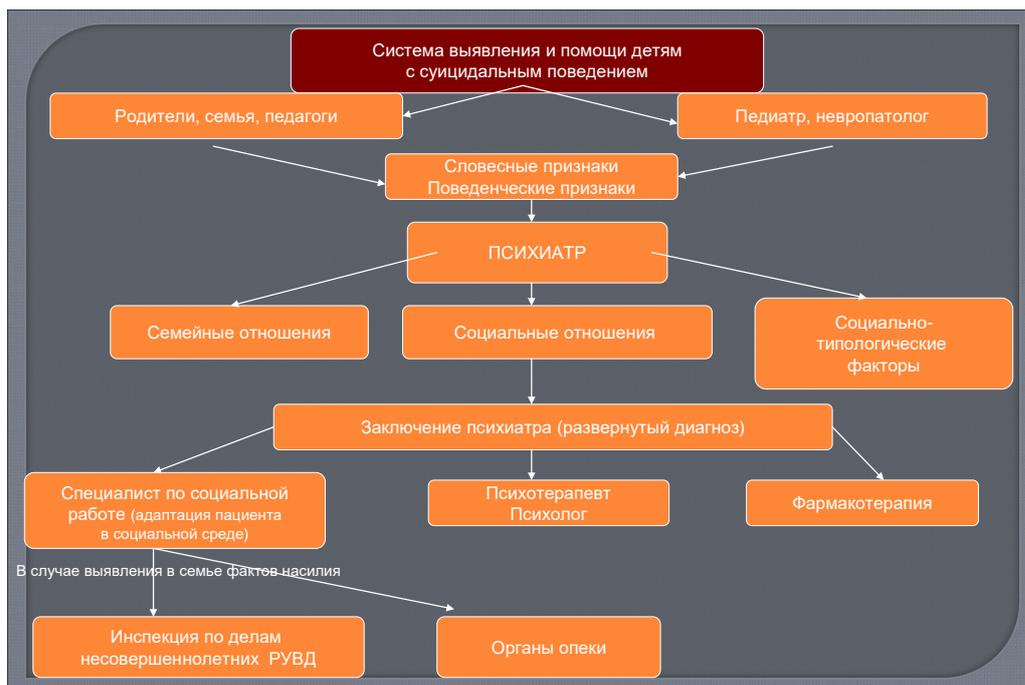
## Организация психиатрической помощи детям с суицидальным поведением в Новосибирской области

Рисунок 1.



Сформирована система оказания психиатрической помощи детям с суицидальным поведением. Последовательность и этапность оказания помощи представлены на рисунке.

Рисунок 2.



## **Нормативно-правовая основа работы ОУ по проблеме суицида среди детей и подростков**

*Письмо Минобразования России «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков» от 26.01.2000 №22-06-86*

По данным Генеральной Прокуратуры Российской Федерации, а также Российского статистического агентства, десятки тысяч детей умирают от травм, убийств, самоубийств и отравлений. Только за 1998 год в России от неестественных причин ушли из жизни 20,6 тыс. детей и подростков, а за последние 5 лет их число составило около 112 тыс.

За последние десятилетия в три раза выросло число детей, бежавших от родителей, из учебно-воспитательных учреждений, пропавших без вести, многие из них стали жертвами преступлений. По данным прокурорского надзора основной причиной усилия этой опасной тенденции является отсутствие надлежащего семейного и общественного воспитания, жестокое обращение взрослых и сверстников, провоцирование несовершеннолетних на бегство и, нередко, толкавшее их к суициду.

Моральное и физическое насилие, порочные методы воспитания, унижение человеческого достоинства сопутствуют жизни многих детей и подростков в семье, дошкольных учреждений, школах, детских дошкольных интернатах. Дефицит гуманности и милосердия в обществе сказывается, прежде всего, на детях как наименее защищенной части населения. Их проблемам 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, проведенный 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.

Нередко положение усугубляется тем, что должностные лица, ответственные за обучение, воспитание и содержание детей, недобросовестно относятся к выполнению своих обязанностей. Иногда на работу с детьми принимаются не только малоквалифицированные люди, но и те, кто по своим человеческим, моральным качествам не могут и не должны работать с детскими коллективами. Жестокое обращение взрослых с детьми и подростками приводит их к отчаянию, безысходности, депрессиям и, как следствие, к самоубийству.

По данным государственной статистики количество детей и подростков, покончивших с собой, составляет 12,7% от общего числа умерших от неестественных причин. За последние пять лет самоубийством покончили жизнь 14157 несовершеннолетних. За каждым таким случаем стоит личная трагедия, катастрофа, безысходность, когда

страх перед жизнью побеждает страх смерти. Анализ материалов уголовных дел и проверок обстоятельств причин самоубийств несовершеннолетних, проведенный Генеральной Прокуратурой России, показывает, что 62% всех самоубийств несовершеннолетних связано семейными конфликтами и неблагополучием, боязнью насилия со стороны взрослых, бестактным поведением отдельных педагогов, конфликтами с учителями, одноклассниками, друзьями, черствостью и безразличием окружающих. Изучение проблемы суицида среди 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 трагедии. По данным официальной статистики от самоубийства ежегодно погибает около 2800 детей и подростков в возрасте от 5 до 19 лет и эти страшные цифры не учитывают случаев попыток к самоубийству.

*Справочно: по данным республиканского комитета Российского статистического агентства Республики Бурятия за последние 3 года (1996-98гг.) в результате самоубийств погибло 244 (87,73,68) человек, причем, в основном молодежь в возрасте от 10 до 19 лет; по данным краевого комитета государственной статистики и Министерства здравоохранения Ставропольского края в 1995-96 годах совершили попытки самоубийства около 400 человек, в 1997-98 году-350 человек, в то время как факты смертельных исходов зарегистрированы в 19 и 17 случаях соответственно; прокуратурой Челябинской области отмечено за 1998 год и первый квартал 1999 года 52 случая самоубийств и попыток к ним, из них 28 закончились фатальным исходом. При этом 44% подобных случаев приходилось на учащихся школ. Характерно, что три четверти количества детей, покушавшихся на самоубийство, проживали во внешне благополучных семьях, а 58% - в полных семьях.*

Проведенные факты свидетельствуют о заметном снижении воспитательных функций учреждений образования, когда подростки, оставаясь наедине со своими проблемами и попадая в острые конфликты, в условия социально-правовой незащищенности, не в состоянии самостоятельно найти выход из кризисной ситуации, адекватно и критически ее оценить, оставаясь предоставленными сами себе, ищут выход в самоубийстве.

Серьезное беспокойство вызывает и то, что органы системы профилактики не всегда ориентируется на интересы конкретного ребенка или подростка, допускают формализм, волокиту, не выясняют причины и условия, побудившие подростка расстаться с жизнью, а значит, детально

не анализируют каждый такой конкретный факт и, в силу этого, не могут разработать надлежащую систему мер предотвращения и профилактики подобных трагических событий. Нельзя признать нормальным, что практически во всех материалах по фактам попыток несовершеннолетних покончить жизнь самоубийством отсутствуют какие-либо сведения о психологической реабилитации и помощь подросткам, пытавшимся расстаться с жизнью. Услуги психолога, к сожалению, недоступны еще во многих районах, особенно сельских.

В ряде территорий не обеспечивается должный уровень государственного контроля за условиями содержания и воспитания детей подростков в образовательных учреждениях. Между тем, нередки случаи рукоприкладства педагогов и других антипедагогических воздействий на несовершеннолетних, преступлений в отношении детей в стенах учебных заведений.

*Справочно: по информации ОВД 18 городов и районов только Пермской области в 1997 году за административные правонарушения и преступления к ответственности привлечено 116 педагогических работников.*

Проверки по многочисленным обращениям граждан в связи с конфликтными ситуациями в том или ином образовательном учреждении часто свидетельствуют о нарушении профессиональной этики и такта, грубых педагогических ошибках руководства школы и педагогов, вызывающие протест обучающихся и их родителей. Так в Бичурском районе Республики Бурятия проверкой, проведенной комиссией Министерства образования и науки Республики Бурятия по факту самоубийства 22 июня 1999 года учащегося 9 класса средней школы номер 2, установлено, что морально-психологический климат в школе находился на критическом уровне (80% детей чувствовали себя в школе некомфортно, 80% не удовлетворены общением со взрослыми, редко обращались со своими проблемами и трудностями к учителям и воспитателям). Отмечен низкий рейтинг руководителя и многих учителей школы.

Учитывая изложенное, остроту и важность проблемы, а также в целях предупреждения и профилактики нарушений прав обучающихся и воспитанников, в том числе проявления неуважения к их человеческому достоинству, применения методов физического и психического насилия по отношению к ним, Министерство образования Российской Федерации рекомендует:

1. Включать в планы работы инспекционные проверки государственных и муниципальных образовательных учреждений по исполнению норм законодательства Российской Федерации, предусмотрев контроль за исполнением пункта 6 статьи 15 Закона Российской Федерации "Об образовании" в редакции Федерального закона от 13.01.96 ном.12-ФЗ о

недопущении применения методов физического и психического насилия по отношению к обучающимся, воспитанникам.

2. При проведении аттестации образовательных учреждений, аттестации педагогических и руководящих работников учитывать результаты инспекционных проверок по обеспечению и реализации прав и законных интересов обучающихся и воспитанников, норм действующего законодательства, а также материалов изучения:

- стиля педагогического общения (системы отношений ученик-учитель-руководитель),

- наличия и характера конфликтных ситуаций, жалоб.

3. В целях исключения случаев назначения на должность руководителя образовательного учреждения случайных лиц, не отвечающих квалификационным требованиям, а также в целях развития и укрепления демократического характера управления в системе образования: утверждать на должность руководителя только лиц, прошедших соответствующую профессиональную аттестацию; предусмотреть при назначении руководителя возможность конкурсного отбора с учетом мнения педагогической общественности.

4. В соответствии с Федеральным законом "Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних" от 24.06.99 ном.120-ФЗ (статья 9) незамедлительно информировать комиссию по делам несовершеннолетних и защите их прав о выявленных случаях дискриминации, физического или психического насилия, оскорблений, грубого обращения с несовершеннолетними и обсуждать такие случаи нарушений их прав и законных интересов на координационных совещаниях органов системы профилактики.

5. В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации ном.736-ФЗ от 10.05.99 по итогам 1998,1999 годов провести до 1 апреля 2000 года совместно с органами здравоохранения и прокуратуры анализ причин и разработать мероприятия по профилактике суицида среди детей и подростков.

6. Предусмотреть создание и развитие по месту жительства системы помощи молодежи, системы социально-педагогической помощи семье, используя систему внешкольного образования молодежи, спортивную работу, медико-психологическую службу, систему консультаций и помощи по воспитанию детей и подростков.

7. Инициировать вопросы сотрудничества и осуществления социального партнерства с общественными объединениями, религиозными и другими организациями, заинтересованными структурами и ведомствами, отвечающими за воспитание, образование и здоровье детей и подростков, с целью обеспечения права на образование, развития детей и подростков, формирования ответственной и способной к жизни в обществе личности.

8. Усилить контроль за результативностью деятельности психологических служб, психологов в образовательных учреждениях и

Государственное бюджетное образовательное учреждение для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, Новосибирской области  
«Областной центр диагностики и консультирования»

ориентировать их деятельность на необходимость изучения проблем семьи, подростковой и молодежной среды. Ориентировать образовательную деятельность на формирование у молодых людей способности к адекватной самооценке и критической оценке действительности.

9. Информировать Минобразование России (Управление инспекционно-аналитической работы - Сауткина В. Ф.) о результатах выполнения пункта 5 настоящих рекомендаций в срок до 1.06 2000.

*Первый заместитель Министра А.Ф. Киселев.*

## **О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков**

Инструктивное письмо Министерство образования и науки Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 20.09.2004 № 01-130/07-01

Органам управления образованием  
субъектов Российской Федерации

В Федеральную службу по надзору в сфере образования и науки поступают сообщения о случаях суицида среди детей и подростков. Анализ поступающей оперативной информации показывает, что наблюдается динамика роста случаев суицида. Так, в 2003 году в Российской Федерации произошло 96 случаев суицида, а на 1 августа 2004 г. — 152 случая.

Вызывает тревогу тот факт, что большая часть случаев суицида приходится на обучающихся старших классов.

Минобразование России также неоднократно обращало внимание органов управления образованием субъектов РФ на необходимость усиления работы по профилактике суицида среди детей и подростков.

***Вместе с тем рост числа случаев суицида показывает, что органами управления образованием, образовательными учреждениями недостаточно проводится работа по анализу причин явлений суицида, планированию мероприятий по его предотвращению.***

Учитывая актуальность данного вопроса, Рособрнадзор **предлагает:**

- разработать систему мер предотвращения случаев суицида среди детей и подростков;
- провести в 2004/2005 учебном году семинары для руководителей и работников образовательных учреждений по вопросам профилактики суицида среди детей и подростков с привлечением специалистов учреждений здравоохранения и психологических служб;
- продолжить работу по предотвращению случаев применения обучающимся, воспитанникам образовательных учреждений всех типов и видов методов физического и психического насилия;
- организовать работу социально-психологических служб образовательных учреждений с учетом мероприятий по профилактике суицида;
- организовать в регионе работу телефонов экстренной психологической помощи

Руководитель В.А.Болотов

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ДЕПАРТАМЕНТ ОБРАЗОВАНИЯ  
НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПРИКАЗ**

*07.04.2010 год*

*№674/616*

Об организации психиатрической помощи детям,  
находящимся в кризисной ситуации

Для дальнейшего развития и совершенствования специализированной помощи детскому населению с кризисными состояниями и профилактики суицидального поведения, повышения качества и формирования регистра детей, страдающих самоповреждающим и суицидальным поведением, и руководствуясь Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, Законом РФ от 02.07.1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (в редакции Федеральных законов от 21.07.1998 года № 117-ФЗ, от 25.07.2002 № 116-ФЗ, от 10.01.2003 № 15-ФЗ, от 29.06.2004 года № 58-ФЗ, от 22.08.2004 года № 122-ФЗ, с изменениями, внесенными Постановлением Конституционного Суда РФ от 27.02.2009 № 4-П), приказом МЗ РФ от 06.05.1998 г. № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением»,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1.1. порядок оказания психиатрической помощи детям, совершившим суицидные попытки (приложение № 1);

1.2. форму предоставления информации о детях, совершивших суицидные попытки (приложение № 2).

2. Рекомендовать начальнику Главного управления здравоохранения мэрии г. Новосибирска Рвачевой Г.В., главным врачам центральных районных больниц и г.г. Бердска, Искитима, Оби организовать передачу информации о детях, совершивших суицидные попытки, главному детскому психиатру в течение трех суток со дня выявления в соответствии с формой (приложение 2) по защищенным каналам связи или в условиях, обеспечивающих конфиденциальность передачи информации, по факсу 224 55 29.

3. Рекомендовать руководителям органов и отделов образования организовать передачу информации главному детскому психиатру Новосибирской области Макашевой В.А. о попытках совершения суицида детьми или завершённом суициде в течение суток со дня выявления для своевременного оказания специализированной помощи детям детских домов, школ-интернатов в соответствии с формой (приложение №2) по защищенным каналам связи или в условиях, обеспечивающих конфиденциальность передачи информации, по факсу 224 55 29.

4. Главному детскому психиатру Новосибирской области В.А. Макашевой:

4.1. В срок до 01.05.2010г. подготовить методические рекомендации по суицидальному поведению детей, критериям раннего выявления кризисных состояний для врачей педиатров, родителей, педагогов.

4.2. Организовать оказание специализированной медицинской помощи детям, находящимся в кризисных состояниях и совершившим суицидные попытки, в течение трех дней после получения информации.

5. Приказ департамента здравоохранения Новосибирской области от 19.03.2007 г. № 207 «О предоставлении информации по суицидальным попыткам» считать утратившим силу.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя департамента здравоохранения Шалыгину Л.С. и заместителя руководителя департамента образования Новосибирской области Щукина В.Н.

Руководитель департамента  
здравоохранения  
Новосибирской области

\_\_\_\_\_ В.В. Степанов

Руководитель департамента  
образования Новосибирской  
области

\_\_\_\_\_ В.В. Иванов

Приложение  
к совместному приказу  
департамента здравоохранения  
Новосибирской области  
и департамента образования  
Новосибирской области  
от 07.04.2010 № 674/616

**Порядок оказания помощи детям, совершившим суицидные попытки**

**I. Лечебно-профилактические учреждения:**

1. Организуют осмотр детей, совершивших суицидные попытки (далее - детей) врачом психиатром в течение трех дней после получения информации о попытке совершения ими суицида, при оказании стационарной помощи – в течение трех дней после выписки из стационара. При передаче информации от специалистов, выявивших суицидальную попытку, психиатру руководствоваться ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

2. Врач психиатр, руководствуясь Законом РФ от 02.07.1992 года № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (в редакции Федеральных законов от 21.07.1998 года № 117-ФЗ, от 25.07.2002 № 116-ФЗ, от 10.01.2003 № 15-ФЗ, от 29.06.2004 года № 58-ФЗ, от 22.08.2004 года № 122-ФЗ, с изменениями, внесенными Постановлением Конституционного Суда РФ от 27.02.2009 № 4-П) (далее Законом РФ).

2..1. Осматривает ребенка, совершившего суицид не позднее трех дней после получения информации о попытке суицида с согласия ребенка, а в случае если возраст ребенка до 15 лет – по просьбе и с согласия родителей или законного представителя. В случае возражения проведению освидетельствования врач психиатр обращается в органы опеки и попечительства для принятия соответствующего решения в соответствии с Законом РФ.

2..2. Устанавливает в предусмотренных законом случаях диспансерное наблюдение без согласия пациента, родителей или законного представителя (ст. 26 «Виды амбулаторной помощи» Закона РФ в группе АДН (активного динамического наблюдения) с ежемесячными осмотрами и представлением на врачебную комиссию один раз в год для продолжения или снятия наблюдения в этой группе.

2..3. По показаниям направляет детей с аутоагрессивным поведением (в состоянии алкогольного опьянения), однократными суицидальными попытками манипулятивного (демонстративного) характера и других на врачебную комиссию уже через 2 – 3 месяца после установления динамического наблюдения в группе АДН для решения вопроса о целесообразности перевода в группу диспансерного наблюдения с кратностью осмотра 2 – 4 раза в год.

2..4. Организует оказание полипрофессиональной помощи: направляет на консультацию (занятия) к психологу, психотерапевту, специалисту по

социальной работе. В случае несогласия ребенка, его родителей или законного представителя с предложенной помощью оформляет отказ в письменной форме.

2..5. Получает информацию о результатах лечения и обследования у специалистов, оказавших помощь детям, и оформляет их в амбулаторной карте.

2..6. Координирует деятельность смежных служб, в том числе передает информацию о случаях ненадлежащего исполнения обязанностей родителями, фактах насилия, в отношении ребенка в подразделения по делам несовершеннолетних РУВД.

## **II. Образовательные учреждения (детские дома, дома-интернаты):**

1. Медицинский работник, руководствуясь ст. 61 «Врачебная тайна» Основ законодательства об охране здоровья граждан, в течение суток от момента выявления сообщает главному детскому психиатру области о попытке или совершенном суициде в учреждении в соответствии с формой (приложение № 2) по защищенным каналам связи или в условиях, гарантирующих конфиденциальность передачи информации, по факсу 224 55 29 для организации своевременного оказания специализированной помощи детям.

## **III. ГБУЗ НСО «Областной детский клинический психоневрологический диспансер», кабинет социально-психологической помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением:**

1. Оказывает консультативную помощь всем лицам до 18 лет, совершившим суицидальную попытку, обратившихся самостоятельно или по направлению психиатра, других специалистов лечебно-профилактических учреждений.

2. Организует выезд мобильных бригад для диагностики социально-психологической ситуации ребенка, совершившего попутку суицида, особенно при угрозе распространения индуцированных суицидов, и для оказания ему специализированной помощи.

3. Оказывает консультативно-методическую помощь специалистам образовательных учреждений, подразделений по делам несовершеннолетних РУВД, приютов и другим заинтересованным лицам.

4. Формирует регистр данных по суицидальной патологии.

Приложение 2  
к совместному приказу  
департамента здравоохранения  
Новосибирской области  
и департамента образования  
Новосибирской области  
от 07.04.2010 № 674/616

**Форма предоставления информации  
о несовершеннолетних, совершивших суицидные попытки**

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Пол	Дата рождения	Адрес	Учебное заведение	Способ Совершения Суицидной попытки*	Исход	
							Попытка	Завер шен ный

\* способ совершения суицидной попытки обозначать:

1. отравление:  
- медикаментозное (указывать фармакологические группы препаратов),  
- другое;
2. нанесение резаных ран;
3. повешение;
4. падение с высоты;
5. другое (указать).

***Обращение Уполномоченного при Президенте Российской Федерации по правам ребенка П.А.Астахова по вопросу совершенствования деятельности в сфере профилактики суицидального поведения несовершеннолетних***

Президенту Российской Федерации

Д.А.МЕДВЕДЕВУ

О суицидальной ситуации в среде  
несовершеннолетних

Уважаемый Дмитрий Анатольевич!

Среди неестественных причин смертности и инвалидности несовершеннолетних суициды занимают особое место. По данным государственной статистики количество детей и подростков, покончивших с собой, составляет 12,7% от общего числа умерших от неестественных причин.

Состояние самоубийств среди детей и подростков анализировалось с учетом общей суицидальной ситуации в стране. Согласно данным ВОЗ по частоте самоубийств Российская Федерация занимает **6 место в мире** после Литвы, Южной Кореи, Казахстана, Беларуси и Японии.

По данным Росстата России в 2010 г. зарегистрировано **1 576 случаев** смертности несовершеннолетних от суицида. Среди них: малолетних до 14 лет - **195**, в том числе от 5 до 9 лет - 6 (в 2009 г. - 10 детей), **от 15 до 19 лет -1381**.

При этом отмечается **омоложение состава несовершеннолетних суицидантов**. По сведениям, поступившим из субъектов Российской Федерации, среди детей дошкольного возраста (**до 7 лет**) в 2010 г. зафиксирован 1 случай оконченного суицида, а **от 7 до 10 лет -12 случаев**.

По данным Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского Минздравсоцразвития России (далее - ГНЦССП им. В.П. Сербского) к 2010 г. достигнуто снижение данного показателя в 1,8 раза: 23,5 случая на 100 тыс. населения. Однако, несмотря на некоторое улучшение общей суицидальной ситуации, средняя частота самоубийств в России в 1,7 превышает общемировой показатель (14 на 100 тыс.). При этом так называемый «критический уровень», установленный ВОЗ, равен **20 случаям на 100 тыс. населения.**

**Суицидальная ситуация среди детей и подростков еще более неблагоприятна.** По данным, поступившим из субъектов Российской Федерации, в 2009 г. частота оконченных суицидов несовершеннолетних в Российской Федерации, составляла 4,2 случая, а в 2010 г. - 3,9 случая на 100 тыс. детского населения. Для сравнения, по данным ВОЗ, в странах мира частота суицидов в детском возрасте составляет от 0,4 до 1,5 случая на 100 тыс. (то есть в 2-8 раз ниже, чем в нашей стране), а в подростковом - 7,3 случая на 100 тыс. (в 2,7 раза ниже). Таким образом, **Россия занимает одно из первых мест в мире по частоте суицидов среди детей и подростков.**

Другим тревожным моментом является **стабильность анализируемых негативных показателей в России.** Так, если в общей популяции страны отмечается тенденция постепенного снижения частоты самоубийств (с 34,3 на 100 тыс. в 2004 г. до 23,5 в 2010 г.), то в детской и подростковой популяциях в этот же период этот показатель остается практически на одном и том же уровне.

Среди **малолетних детей в возрасте до 14 лет** включительно в 2009 г. зарегистрировано 265 случаев завершенных суицидов (от 7 до 10 лет - 21, от 10 до 14 лет - 244), в 2010 г. - 246 случая (до 7 лет - 1, от 7 до 10 лет - 12, от 10 до 14 лет - 233). Среди **подростков 15-18 лет** эти показатели традиционно выше - 1 019 фактов в 2009 г. (15 лет - 220, 16 лет - 226, 17 лет - 386, 18 лет - 187) и 859 фактов в 2010 г. (15 лет - 180, 16 лет - 224, 17 лет - 352, 18 лет - 103). И это без учета попыток самоубийства, которые по данным ГНЦССП имени В.П. Сербского ежегодно

**совершает каждый 12-й подросток**, что резко повышает риск повторного, зачастую завершённого суицида.

Для получения более полной картины суицидального поведения несовершеннолетних в субъектах Российской Федерации была запрошена информация о выявленных в регионах фактах суицидов, их мотивации и факторах, им способствующих. При анализе поступившей из регионов информации учитывалась высокая вероятность неполноты представленной информации, что объясняется **отсутствием в стране единой системы регистрации и учета незавершённых суицидальных актов**, в результате чего неоконченные попытки самоубийств несовершеннолетних регистрируются не во всех регионах страны.

По сведениям, предоставленным субъектами Российской Федерации, на фоне снижения за последние два года на 10,9% числа суицидов среди взрослого населения (с 21 419 в 2009 г. до 19 077 в 2010 г.) **доля совершённых детьми и подростками суицидальных актов** (в расчете от общего числа завершённых суицидов во всей популяции населения страны) возросла в 2010 г. с 15 % до 16,2 %. Приведенные данные нуждаются в определенной корректировке с учетом продолжающегося сокращения численности несовершеннолетнего населения страны и **значительным уровнем латентности незавершённых суицидов**.

В 2009 г. зарегистрировано 1 294 **оконченных суицидов несовершеннолетних** (наиболее высокие показатели в Саратовской области, Республике Башкортостан, Республике Бурятия, Красноярском и Пермском краях), в 2010 г. оно снизилось на 16,1%» и составило 1 086 фактов (наиболее высокие показатели в Саратовской области, Республике Башкортостан, Красноярском крае, Свердловской области и Пермском крае).

Зафиксированные в отдельных регионах устойчиво высокие (на протяжении двух последних лет) **показатели завершённых суицидов несовершеннолетних** (в Саратовской области, Республике Башкортостан, Красноярском и Пермском краях) могут быть объяснены как региональными особенностями, обуславливающими суицидальное поведение детей и подростков, так и более достоверной системой

учета и регистрации указанных фактов, что нуждается в дополнительном углубленном анализе.

Общее число зарегистрированных среди несовершеннолетних **попыток суицида** в анализируемый период оставалось стабильным: в 2009 г. составляло 2 679 случая, а в 2010 г. - 2 676 случая.

Традиционно отмечается **существенное преобладание среди несовершеннолетних суицидантов лиц мужского пола**. По данным материалов, подготовленных ГНЦССП им. В.П. Сербского, мальчики совершают завершённые суициды в 4-5 раз чаще, чем девочки. В свою очередь, девочки в 3 раза чаще совершают суицидальные попытки. Количество оконченных суицидов по данным, поступившим из субъектов Российской Федерации, совершённых мальчиками, в 1,5 раза превышает число оконченных суицидов среди девочек. В 2009 г. несовершеннолетние мужского пола совершили 720 оконченных суицида, в то же время среди несовершеннолетних женского пола зарегистрировано 477 оконченных суицида. В 2010 г. (638) число несовершеннолетних мужского пола, совершивших завершённый суицид, снизилось по сравнению с 2009 г. на 11,4 % , а число несовершеннолетних женского пола (409) - на 14,3 %.

Более 30% из общей численности несовершеннолетних, покончивших жизнь самоубийством, - это **дети и подростки из наиболее социально уязвимых групп**, которым необходимо уделять особое внимание при разработке и реализации программ профилактики суицидального поведения.

В числе **несовершеннолетних, совершивших завершённые акты суицидов в регионах**, выявлено: детей из неблагополучных семей в 2009 г. - 215 случаев, в 2010 г. — 189; детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей в 2009 г. - 56, в 2010 г. - 50; детей из числа малочисленных коренных народностей в 2009 г. - 68, в 2010 г. - 55; детей с ограниченными возможностями здоровья в 2009 г. - 26 случаев, в 2010 г. - 17; детей, принадлежащих к определенным подростковым субкультурам (например, эмо, готы и др.) в 2009 г. - 7, в 2010 г. - 6; несовершеннолетних беременных девушек в 2009 г. - 2 (Забайкальский край,

Республика Саха (Якутия)), в 2010 г. - 3 (Ростовская область, Республика Бурятия, Курганская область); подростков, освободившихся из воспитательных колоний, специальных учебно-воспитательных учреждений закрытого типа в 2009 г. - 8 (Челябинская область - 7, Омская область - 1), в 2010 г. - 8 (Челябинская область - 6, Московская область - 1, Республика Хакасия - 1).

Особое внимание следует уделять фактам **совершения групповых суицидов**, что может свидетельствовать об оказании психологического воздействия на ребенка со стороны лица, которое совместно с ним оканчивает жизнь самоубийством. Вследствие внушаемости несовершеннолетних и их психологических особенностей мысли о суициде зачастую навязываются им сверстниками или, что еще хуже, взрослыми из числа родственников, в результате чего отмечаются случаи совместного суицида. Количество суицидов, совершенных двумя и более несовершеннолетними в 2009 г. составляло 6 случаев, в 2010 г. - 3; несовершеннолетним совместно со взрослым в 2009 г. - 1 случай, в 2010 г. - 2; в том числе с матерью (отцом) - в 2010 г. зафиксирован 1 факт.

Отмечаются **значительные региональные различия в частоте суицидов среди детско-подросткового населения**. Так, в 2010 г. в Уральском, Приволжском, Сибирском, Дальневосточном федеральных округах показатели частоты суицидов среди подростков превышали среднероссийские в 1,2 - 1,9 раза, а среднемировые - от 1,3 до 5,9 раза.

Еще более выражены **различия в частоте суицидов в отдельных субъектах Российской Федерации**. Наибольшая частота **завершенных суицидов среди несовершеннолетних** (на 100 тыс. детского населения), по данным, поступившим из субъектов Российской Федерации, в 2010 г. зарегистрирована в Ненецком автономном округе (56,3), Камчатском крае (48,0), Республике Калмыкия (20,7), Саратовской области (19,5), Республике Тыва (17,2).

По данным Росстата в 2010 г. **наиболее высокие показатели частоты детского суицида** зарегистрированы в Чукотском автономном округе (превышает российский показатель в 20,7 раза), Республике Тыва (в 7,2 раза), Республике Саха (Якутия) (в 5 раз), а наиболее высокие показатели частоты подросткового суицида

отмечаются в Ненецком автономном округе (превышает в 7,4 раза), Тюменской области (в 5,1 раза), Республике Тыва (в 4,3 раза).

Для сравнения, в Москве, отличающейся в целом достаточно благополучной суицидальной обстановкой, частота самоубийств среди детей составляет 0,2 на 100 тыс., среди подростков - 3,8 на 100 тыс. Таким образом, различия между упомянутыми выше субъектами РФ и Москвой достигают в среднем 50 раз (по детям) и 34 раз (по подросткам).

Столь высокие показатели частоты самоубийств и их региональные различия характерны и для общей популяции России. Это позволяет выделить **регионы с низкой, средней, высокой и сверхвысокой суицидальной активностью населения, в том числе и детско-подросткового.** По данным ГНЦССП имени В.П. Сербского важным фактором, способствующим высокой частоте суицидов в популяции, является **социально-экономический.** Как правило, частота самоубийств у детей и подростков (равно как и в населении в целом) выше в регионах с неблагоприятной экономической ситуацией, низким уровнем жизни населения, высокими уровнями пьянства, алкоголизма, наркомании, преступности.

Установленные различия согласуются также с **этнокультуральными особенностями многонационального российского населения, которые должны учитываться при организации работы по профилактике суицидов.**

Не случайно среди регионов, занимающих первые места по частоте детских и подростковых суицидов, представлены несколько национальных образований. Проводящиеся в Центре им. В.П.Сербского исследования показали, что наиболее подвержены суицидальному реагированию коренные народы Севера Сибири и Дальнего Востока, а также представители финно-угорской (удмурты, коми, карелы и др.) и монгольской (буряты, калмыки) этнических групп. Это связано с вошедшими в культуру названных этносов архаическими религиозными представлениями о «жизни после смерти» и допустимости совершения самоубийства. Тема смерти, самоубийства занимает существенное место в играх, обучающих детей подобным формам поведения.

Анализ **мотивов совершения детьми и подростками самоубийств и факторов, их обуславливающих**, показал, что чаще всего несовершеннолетние, совершали оконченные суициды по причине семейных конфликтов (2009 г. - 294 случая, в 2010 г. - 242), романтических отношений (2009 г. - 223 случая, в 2010 г. - 202), наличия личностных проблем, замкнутости, психического заболевания (2009 г. - 144 случаев, в 2010 г. - 91).

**В числе причин суицида** названы также такие факторы, как: конфликты со сверстниками и друзьями (2009г. 70, в 2010 39), неуспехи в учебе, низкий уровень школьной адаптации (2009 г. - 31, в 2010 г. - 27); безразличие окружающих, черствость (2009 г. - 20, в 2010 г. - 14); демонстративное поведение с суицидальными намерениями, повлекшее за собой смерть (демонстративный суицид) (2009 г. - 19, в 2010 г. - 14); бестактное поведение отдельных педагогов (психологическое насилие), конфликты с учителями (2009 г. - 7, в 2010 г. -5); боязнь ЕГЭ и низкий уровень сдачи ЕГЭ (2009 г. - 5, в 2010 г. - 8 ); наркотики, алкоголь и пр. (2009 г. - 43, в 2010 г. - 47).

Немалое число детей и подростков совершают самоубийства **в состоянии алкогольного или наркотического опьянения:** в 2009 г. - 92 человек, в 2010 г. - 74, однако не всегда такое состояние является причиной принятия ребенком решения свести счеты с жизнью.

В письме Министерства образования Российской Федерации от 26.01.2000 № 22-06-86 «О мерах по профилактике суицида среди детей и подростков» указывалось, что «жестокое обращение взрослых с детьми и подростками приводит их к отчаянию, безысходности, депрессиям и, как следствие, к самоубийству». Согласно полученным нами из регионов сведениям **жестокое обращение и насилие в семье** стало причиной 25 оконченных суицидов несовершеннолетних в 2009 г. и 23 - в 2010 г.).

В отдельных регионах зафиксированы единичные факты совершения самоубийств несовершеннолетними **по религиозным мотивам:** в 2009 г. и 2010 г. зафиксировано по одному такому факту в Нижегородской области.

При этом число лиц, привлеченных к ответственности за доведение не-  
**совершеннолетнего до самоубийства** в 2009 г. составляло всего 305 чел., в 2010 г.  
- 302, в том числе: привлеченных к уголовной ответственности (по ст. ПО, 156 УК  
РФ) в 2009 г. составляло 238 чел., в 2010 г. (228) снизилось на 4,2 - %, а  
привлеченных к дисциплинарной ответственности в 2009 г. составляло 67 чел., в  
2010 г. (74) увеличилось на 10,4 %.

Среди **других причин суицида** встречаются: нежелание жить в связи со  
смертью близких родственников; суицидальное поведение близких родственников  
или семейная склонность; переживания из-за тяжелой болезни родителей; лишение  
родителей родительских прав; недостаток внимания со стороны матери; боязнь  
наказания со стороны родителей; боязнь уголовной ответственности за совер-  
шение преступления, нежелание попасть в места лишения свободы; условное  
осуждение; осознание собственного виновного поведения; физические недостатки  
ребенка; низкий уровень жизни.

Все более существенную роль в этиологии суицидального поведения не-  
совершеннолетних играет безнаказанное **размещение в информационно-  
телекоммуникационных сетях общего пользования информации, популя-  
ризирующей самоубийства, провоцирующей ребенка или подростка на  
лишение себя жизни.** В интернете имеется значительное число сайтов, где  
культивируется тема смерти, своим опытом делятся те, кто уже пытался покончить  
жизнь самоубийствам.

Действующее законодательство допускает беспрепятственный просмотр  
несовершеннолетними пользователями сети Интернет роликов, посвященных  
суицидам, и «обучающим» видеороликам с инструкциями по уходу из жизни.  
Видеоролики, содержащие презентацию изощренных способов самоубийства,  
демонстрирующие реальные самоубийства и мультфильмы, пропагандирующие  
легкость, доступность и многообразие способов ухода из жизни, в свободном  
доступе можно найти на сервисах, предоставляющих услуги хостинга  
видеоматериалов, а также в популярны в сетях.

Важнейшим фактором, препятствующим эффективной профилактике детского и подросткового суицида, является то, что **существующие формы и методы оказания суицидологической помощи в стране уже не отвечают требованиям времени и не соответствуют последним достижениям суицидологической науки и практики.**

**В стране отсутствует система суицидологической помощи как таковая.** На сегодняшний день оказывающие ее службы имеют различную ведомственную подчиненность, произвольный подбор кадров, среди которых зачастую отсутствуют психиатры и медицинские психологи; неполные и не соответствующие задачам штаты.

По данным, поступившим из всех субъектов Российской Федерации, в 2010 г. для оказания помощи детям в образовательных школах работали **16 929 психологов**, в учреждениях начального профессионального образования - 1 127 чел., в учреждениях среднего профессионального образования - 938, в учреждениях высшего профессионального образования - 647. Однако такого числа специалистов явно недостаточно. В 2010X2011 учебном году число учреждений общего образования составило **48 662**, а число обучающихся в них несовершеннолетних - 13 219 884 чел. Таким образом, **65 % школ не имели в своем штате психологов, а на одного психолога приходилось примерно 780 обучающихся.**

Изложенное, а также отсутствие на начало 2010-2011 года в 19 054 школах (37%) медицинских кабинетов, свидетельствуют о том, что детям и подросткам, пережившим попытку суицида, своевременная и качественная медицинская, психологическая, стационарная и амбулаторная помощь оказывается далеко не всегда.

Детям и подросткам, пережившим попытку суицида, должны оказываться **комплексная - медицинская, психологическая, психиатрическая, психотерапевтическая, стационарная и амбулаторная помощь**, проводиться консультации, индивидуальные и групповые занятия и тренинги по реабилитации несовершеннолетних, коррекционная работа.

Вместе с тем, по данным ГНЦССП имени В.П. Сербского, многие службы базируются в своей деятельности на устаревших суицидологических представлениях, зачастую применяют сомнительные и научно не обоснованные методики, недостаточно или совсем не занимаются профилактической и реабилитационной работой. Большинство существующих на сегодняшний день суицидологических служб вообще не имеют детско-подросткового звена.

Количество **телефонов доверия** в 2009 г. составляло 60, в 2010 г. оно возросло до 81, однако, судя по численности нуждающихся в психологической помощи несовершеннолетних, этого в масштабах страны явно недостаточно. Число детей и подростков, обратившихся на **телефоны доверия**, в 2009 г. составляло 116 256 чел., в 2010 г. (176 635 чел.) этот показатель увеличился на 51,9 %, из них: с **выраженными мыслями о суициде в 2009 г. - 1 518, в 2010 г. - 2 702 (рост на 78 %)**; в состоянии депрессии в 2009 г. - 3 219, в 2010 г. - 4 224 (рост на 31,2 %); с повышенным уровнем тревожности, агрессии в 2009 г. - 2 871, в 2010 г. - 5 012 (рост на 74,6 %); с другими признаками суицидального поведения в 2009 г. - 750, в 2010 г. - 1 612 (рост на 115 %).

**Несмотря на значительное увеличение поступающих на телефоны доверия обращений несовершеннолетних (в среднем на 74,7%) с признаками суицидального поведения отмечается явная нехватка существующих в стране суицидологических центров, и расположены они, как правило, только в крупных городах (Москве, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге, Омске).**

**Количество детско-подростковых суицидологических кабинетов за последние годы практически не изменилось.** По данным, поступившим из субъектов Российской Федерации, в 2009-2010 гг. в Российской Федерации количество детско-подростковых суицидологических кабинетов за аналогичный период составляло 33 и 34 соответственно

Таким образом, суицидальная ситуация в детско-подростковой части населения нашей страны является крайне неблагоприятной и требует принятия экстренных мер по ее улучшению. Для этого необходимо **создание отвечающей современным требованиям системы профилактики суицидального поведения**

**у детей и подростков.** Решение столь ответственной и сложной задачи невозможно без совместных усилий государства, общественных организаций, образовательной и правоохранительной систем, органов здравоохранения и социальной защиты.

В Заключительных замечаниях по итогам рассмотрения третьего периодического доклада Российской Федерации, состоявшихся 28.09.2005, Комитет по правам ребенка ООН отметил, что в свете положений статьи 6 Конвенции он обеспокоен той угрозой, которая возникает для соблюдения права детей на жизнь в результате быстрорастущих показателей самоубийств и убийств детей, особенно мальчиков. Комитет рекомендовал России принять все необходимые меры, для того, чтобы обратить вспять наметившуюся в последнее время тенденцию к увеличению числа самоубийств и убийств детей, содействовать осуществлению профилактической деятельности, включая активизацию мер, уже принимаемых для более активного вмешательства в кризисную ситуацию, и предоставление превентивных вспомогательных и консультативных услуг в целях оказания помощи детям, особенно подросткам и семьям группы риска.

## **Предложения по совершенствованию деятельности в сфере профилактики суицидального поведения несовершеннолетних**

С учетом особой, на фоне сохраняющихся неблагоприятных тенденций суицидального поведения несовершеннолетних, социальной значимости охраны психического здоровья детей и подростков, эффективного решения государственных задач демографического развития и оказания квалифицированной профильной помощи детям, пережившим попытку суицида, следует разработать и реализовать комплекс следующих мер.

1.1. разработать и принять федеральную целевую программу «Охрана психического здоровья детского населения страны на 2012-2016 гг.», включающую меры по модернизации службы оказания психологической и психиатрической помощи детям и подросткам, в том числе пережившим попытку суицида, подготовке кадров по детской психиатрии, подростковой психиатрии, детской суицидологии, детской и судебной сексологии, меры финансовой и социальной поддержки молодых кадров;

1.2. создать отвечающую современным научным требованиям систему суицидологической помощи детям и подросткам, включая разработку и внедрение:

- 1) организационно-методических принципов работы детско-подростковой суицидологической службы (детско-подросткового звена суицидологической службы);
- 2) структуры, штатных нормативов и видов деятельности детско-подростковых суицидологических служб с учетом суицидальной и социально-экономической ситуации в регионе, уровня жизни населения и его этнического состава;
- 3) экспедиционного метода в работу суицидологических служб по профилактике самоубийств среди детей и подростков, проживающих в отдаленных и труднодоступных районах страны;
- 4) программ обучения врачей-педиатров, педагогов, воспитателей дошкольных учреждений, других специалистов, профессионально работающих с детьми и подростками, навыкам раннего распознавания у них признаков суицидального поведения;

1.3. при осуществлении модернизации системы здравоохранения провести мониторинг организации оказания на федеральном и региональном уровнях

психиатрической помощи (профилактика, амбулаторная, стационарная помощь и реабилитация) детям и подросткам, пережившим попытку суицида, и на его основе разработать и реализовать комплекс мер по повышению доступности и качества специализированных услуг несовершеннолетним;

1.4. обеспечить в психиатрической службе установку телефонов доверия и организацию выезда бригад психиатров и психологов для оказания экстренной специализированной помощи несовершеннолетним, имеющим склонность к суицидальным актам.

1.5. обеспечить отражение в официальных формах статистической отчетности сведений о попытках самоубийств (незавершенных суицидах) детей и подростков и их мотивах, создать единую федеральную систему учета завершенных случаев и попыток суицида детей и подростков с разбивкой по возрастным группам;

1.6. разработать и внедрить в учреждениях общего образования учебную программу «Медиабезопасность детей и подростков» в целях формирования у детей навыков безопасного пользования Интернетом и иными информационно-телекоммуникационными сетями, профилактики негативного влияния современных информационных технологий на психику детей и подростков;

1.7. обеспечить разработку действенных организационно-правовых механизмов ограничения и контроля распространения через СМИ, Интернет и иные информационно-телекоммуникационные сети общего пользования материалов, пропагандирующих суицидальные формы поведения, содержащих рекомендации по подготовке и осуществлению самоубийств;

1.8. обеспечить достаточное число ставок психологов в образовательных учреждениях, имеющих специальную подготовку для профилактики суицидального поведения детей и подростков;

1.9. разработать и внедрить критерии оценки эффективности профилактики суицидов среди обучающихся в качестве показателей результативности

деятельности психологических служб в образовательных учреждениях и по месту жительства несовершеннолетних;

1.10. обеспечить организацию системной социально-психологической работы с детьми из семей, находящихся в социально опасном состоянии, направленной на устранение отрицательных последствий внутрисемейных конфликтов;

1.11. в субъектах Российской Федерации с участием руководителей органов управления образования и образовательных учреждений, руководителей других заинтересованных субъектов системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, уполномоченных по правам ребенка организовать проведение межведомственных совещаний по проблемам профилактики суицидов среди детей и подростков;

1.12. разработать комплекс профилактических мер, направленных на предотвращение суицидов, в том числе на повышение эффективности в общеобразовательных учреждениях индивидуальной работы с несовершеннолетними и их родителями, совершенствование форм просветительской работы среди несовершеннолетних и их родителей.

Реализация перечисленных выше предложений, как показывает опыт профилактической и реабилитационной работы в области предупреждения распространения суицидального поведения в детской и подростковой среде, позволит повысить эффективность указанной работы, переломить неблагоприятную ситуацию в указанной сфере, выполнить международные обязательства России.