

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Факультет
физико-математических
и естественных наук

Кафедра
«Общая биология и биохимия»

Направление подготовки 44.03.01 Педагогическое образование

Профиль подготовки Биология

Форма обучения заочная

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

на тему:

**«РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
ЖИТЕЛЕЙ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ»**

Студент



Еремина Валентина Михайловна

Руководитель



Миронова Е.В.

Нормоконтролер



Заплатин Б.П.

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 01.06.24 № 19)

Заведующий кафедрой



Карпова Г.А.

Работа защищена с отметкой

отлично

(протокол заседания ГЭК от 02.07.24 № 2)

Секретарь ГЭК



Клыченков С.В.

Пенза, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	5
1.1 Понятие о суициде и суицидальном поведении.....	5
1.2 Возрастные и психические аспекты суицидального поведения.....	12
1.3 Факторы риска суицидального поведения.....	16
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	25
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.....	30
3.1 Распространенность суицидального поведения в мире, в Российской Федерации и в Приволжском федеральном округе.....	30
3.2 Распространенность суицидального поведения в Пензенской области.....	37
3.3 Технологии социально-педагогической деятельности в системе профилактики суицидального поведения подростков.....	45
3.4 Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних.....	50
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	54
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	56
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	60

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы все большее внимание исследователей различных специальностей – психиатрии, психологии, антропологии, социологии, криминалистики и других – привлекает изучение проблемы суицидального поведения людей. Это связано с неуклонным ростом данного вида девиантной активности во второй половине XX столетия.

Ежегодно самоубийства совершают от 873 тыс. до 1 млн человек во всем мире, включая 163 тыс. в Европейском регионе. По данным ВОЗ, самоубийство является 13-й по счету причиной смерти во всем мире, а в возрастном диапазоне 15-35 лет в Европе оно занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий. Предположительно в 10-20 раз большее число людей совершает суицидальные попытки, что выдвигает эту форму аутоагрессии на 6-е место среди причин потери трудоспособности в мире.

Суицидальный феномен представляет собой статистически устойчивое социальное явление, распространенность которого подчиняется определенным закономерностям, связанным с социально-экономическими, культурно-историческими и этническими условиями развития как государств, так и их отдельных регионов [1].

Изучение современных тенденций самоубийств, их количественной динамики, социально-демографических характеристик является актуальной задачей многих дисциплин, а практическое применение этих научных исследований находит свое отражение в организации мероприятий по профилактики суицидального поведения, а также антикризисной помощи населению. Профилактика суицидального поведения представляет собой важную социальную задачу, осуществление которой возможно только при интеграции усилий множества ведомств в единую превентивную стратегию.

Все вышесказанное определило тему **выпускной квалификационной работы:** «Распространенность суицидального поведения жителей

Пензенской области»

Объектом исследования являются жители Пензенской области, совершившие суицид.

Предмет исследования – медико-социальные аспекты суицидального поведения жителей Пензенской области.

Цель настоящего исследования заключается в комплексном изучении динамики распространенности суицидального поведения среди жителей города Пенза и Пензенской области.

Реализация поставленной цели предполагает решение **следующих основных задач:**

- теоретическое исследование понятия «суицидальное поведение» и его классификация;
- анализ суицидальной ситуации в Российской Федерации и в Приволжском федеральном округе;
- исследование структуры, динамики и распространенности суицидального поведения среди населения г. Пензы и Пензенской области за период с 2020 по 2023 года;
- обобщение теоретических знаний и практических разработок в области профилактики и оказания психологической помощи школьникам группы риска.

Работа состоит введения, трех глав, заключения, списка литературы.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Понятие о суициде и суицидальном поведении

Суицид представляет собой действие, целью которого является смерть. При описании этого явления в специальной и неспециальной литературе, а также в повседневной речи используются следующие понятия: «добровольный уход из жизни», «самоубийство», «самоуничтожение». Независимо от этих и других названий обычным определением суицида было «добровольное, намеренное лишение себя жизни».

Всемирная организация здравоохранения дает следующее определение: «...Суицид – это действие с фатальным результатом, которое было намерено начато и выполнено умершим в осознании и ожидании фатального результата, посредством которого умерший реализовал желаемые им/ей изменения...».

В отечественной психиатрии определение суицидального поведения дано А. Г. Амбрумовой (1978, 1980, 1982): «...Суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микросоциального конфликта и подразделяется на внутренние – антивитальные переживания, пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы, суицидальные намерения, и внешние формы – суицидальная попытка, завершённый суицид...». Это определение наиболее полно отражает весь спектр его проявлений [27].

Считается, что сам термин «суицид» стал использоваться суицидологами с момента опубликования в начале XX века знаменитого исследования-эссе о самоубийстве французского социолога Э. Дюркгейма, сосредоточившего свое внимание в основном на сознательном характере феномена.

Так как самоубийство является способом ухода из жизни, смерть может являться либо целью, либо средством достижения другой цели. Многие

ученые придерживаются мнения, что почти все лица, совершающие суицидальные действия, имеют двойственное отношение к смерти. В большинстве случаев человек не хочет умирать, то есть не видит ее как цель, но, тем не менее, желает прекратить воспринимать окружающую обстановку или определенным образом уйти из нее, то есть воспринимает смерть как средство.

Лица, погибающие от суицида, и люди, предпринимающие «неудавшиеся» попытки самоубийства, составляют две отличающиеся друг от друга группы. Среди первых преобладают мужчины старшего возраста, а среди вторых больше всего встречаются молодые женщины.

Ученые отмечают, что далеко не все нефатальные суицидальные действия являются неудавшимися самоубийствами. Целью большинства из них является не намерение умереть, а сигнал индивида о необходимости таких изменений обстановки, чтобы сделать его жизнь субъективно терпимой. Если при завершеном суициде агрессия направлена против собственного «Я», то при суицидальной попытке она изменяет точку приложения и направлена в основном вовне, что обуславливает конечную цель суицидальной попытки – апелляцию к социальному окружению. Различие феноменов завершеного суицида и суицидальной попытки подтверждает и тот факт, что если в контингенте завершеного суицидов преобладают психически больные, то среди пациентов с суицидальными попытками преобладают лица с пограничными расстройствами, а также здоровые в психическом отношении люди с ситуационными реакциями в момент совершения попытки [13].

При рассмотрении психологического смысла незавершеного суицида важнейшую роль играет проблема определения желания суицидентами собственной смерти. В литературе имеются указания, что, несмотря на заявления немалой части суицидентов о своем желании умереть в момент совершения суицидальной попытки, истинное стремление к смерти у них отсутствует.

Ряд ученых, занимающихся изучением проблемы суицидов, выделяют две вида данного явления:

1. Индивидуальный поведенческий акт, лишение себя жизни конкретным человеком.

2. Относительно массовое, статистически устойчивое социальное явление, заключающееся в том, что некоторое количество людей добровольно уходят из жизни.

Как индивидуальный поступок самоубийство служит предметом психологии, медицины, этики; как социальное явление – социологии, социальной психологии. Однако во многих странах отсутствует дифференциация этих двух различных понятий. Поэтому лишь из контекста бывает ясно, идет ли речь о поступке человека или же о социальном феномене. В настоящее время принято рассматривать самоубийство в рамках комплексной проблемы суицидального поведения.

Суицидальное поведение включает в себя суицидальные мысли, суицидальные намерения (идеи), суицидальные приготовления, суицидальные попытки (покушения) и собственно акт суицида. Эти формы обычно рассматриваются как стадии или же проявления одного феномена. Однако некоторые авторы относят завершенный и незавершенный суицид к различным, относительно самостоятельным явлениям, исходя, в частности, из того, что в ряде случаев суицидальные попытки носят шантажный характер при отсутствии умысла на реальный уход из жизни [11].

Собственно суицидальное поведение – любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Оно включает в себя:

1. Пассивные суицидальные мысли, характеризующиеся представлениями, фантазиями на тему своей смерти, но не на тему лишения себя жизни как самопроизвольного действия («хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться» и т. п.).

2. Суицидальные замыслы – это активная форма проявления

суицидальности, т. е. тенденция к самоубийству, глубина которой нарастает по мере разработки плана ее реализации. Продумываются способы, время и место самоубийства.

3. Суицидальные намерения предполагают присоединение к замыслу решения и волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Для того, чтобы правильно организовать помощь при возможности потенциального суицида, важно понять особенности личности самоубийцы, разобраться с причинами, заставившими его совершить столь экстремальный поступок. Установлено, что лица, совершавшие суицидальные попытки или самоубийства, характеризуются определённым набором психологических характеристик. На основе анализа данных суицидологических служб выявлено 10 общих черт потенциальных самоубийц. Под «общими чертами» самоубийц понимаются те проявления, которые отмечаются, по крайней мере, у 95 % лиц, совершивших суицид, и касаются мыслей, чувств или форм поведения, наблюдаемых почти в каждом случае самоубийства [23].

Общими чертами всех суицидентов являются следующие характеристики:

1. *Общей целью суицида является нахождение решения.*

Самоубийство не является случайным действием — оно никогда не совершается бесцельно. Суицид представляется выходом из создавшегося положения, способом разрешения жизненной проблемы, затруднения, кризиса или невыносимой ситуации. Для суицидента идея самоубийства приобрела бесспорную логичность и стала несомненным побуждением к действию. Суицид является ответом, представляющимся единственно доступным из всех возможных решений, на почти неразрешимые вопросы: «Как мне из всего этого выбраться? Что же мне делать?». Цель каждого самоубийства состоит в разрешении проблемы, нахождении решения сложной задачи, причиняющей человеку страдания. Чтобы понять причины суицида, прежде всего, следует знать, какую именно психологическую

проблему пытается разрешить самоубийца.

2. *Общей задачей суицида является прекращение сознания.*

Самоубийство легче всего понять как стремление к полному выключению сознания и разрешению острого внутриличностного конфликта, особенно если это выключение рассматривается человеком как очень надёжный вариант выхода из сложной жизненной ситуации. В тот момент, когда мысль о возможности прекращения сознания становится для испытывающего мучения человека единственным ответом или выходом из невыносимой ситуации, тогда добавляется ещё какой-то иницирующий фактор, и начинает реализовываться активный суицидальный сценарий: «Я передал себя в руки смерти» – так человек сообщает нам о своём желании, чтобы всё прекратилось раз и навсегда [6].

3. *Общим стимулом к совершению суицида являются тягостные переживания.* Если человек, имеющий суицидальные намерения, стремится к прекращению сознания, то тягостные переживания – это то, чего он пытается избежать. Детальный анализ показывает, что суицид можно легче всего понять, как сочетание движения по направлению к прекращению потока своего сознания и бегства от тягостных переживаний, невыносимых страданий и боли. Никто не совершает самоубийства, испытывая радость. Враг жизни – это боль: «Внутри я умер», «Я испытывала сильнейшую внутреннюю боль» – так писали в записках люди, совершившие суицид. Суицид может быть рассмотрен как специфическая человеческая реакция на невыносимую душевную боль – боль, порождённую внутриличностным конфликтом. Таким образом, если психологу удастся снизить интенсивность переживаний суицидента, то вполне вероятно, что он найдет иные варианты решения проблемы помимо самоубийства и выберет жизнь.

4. *Общим стрессором при суициде является фрустрированные психологические потребности.* Самоубийство порождается нереализованными или не удовлетворёнными психологическими потребностями. Именно они порождают тягостные переживания и толкают

человека на совершение суицидальной попытки. Чтобы понять самоубийство в этом контексте, вопрос следует поставить шире: какова психологическая подоплёка большинства человеческих поступков? Наиболее общий ответ на этот вопрос состоит в том, что в целом действия людей направлены на удовлетворение их потребностей. Поэтому естественно, что в большинстве суицидов задействованы комбинации различных фрустрированных потребностей. В силу этого человек, проявляющий суицидальные тенденции, полагает, что его самоубийство преследует определённую цель, направленную на преодоление фрустрации стремлений. Любая суицидальная попытка отражает ту или иную неудовлетворённую психологическую потребность.

5. Общей суицидальной эмоцией является чувство беспомощности и безнадежности. Для лиц, предпринимающих суицидальные попытки, характерно всеобъемлющее чувство беспомощности и безнадежности: «Я уже ничего не могу сделать (кроме совершения самоубийства), и никто не может мне помочь (облегчить переживания, которые я испытываю)». Для человека, собирающегося закончить жизнь самоубийством, характерно чувство внутренней опустошенности, унылое ощущение, что всё вокруг совершенно безнадежно, а человек беспомощен что-либо изменить [31].

6. Общим отношением к суициду является амбивалентность. Лица, совершающие самоубийство, испытывают двойственное отношение к жизни и смерти. Они желают умереть, но одновременно хотят, чтобы их спасли. Для самоубийства типично такое поведение: человек совершает суицидальную попытку, а потом обращается за помощью, и оба эти действия являются искренними. Амбивалентность представляет собой совершенно естественное состояние при самоубийстве: чувство, что ты должен совершить это, и одновременно желание постороннего вмешательства. Именно амбивалентность даёт основания для психотерапевтического вмешательства.

7. Для суицидентов характерно снижение когнитивных функций.

Суицид можно определить как транзитное состояние сужения аффективной и когнитивной сфер: «Мне ничего больше не оставалось»; «Единственно возможным выходом была смерть». Вариантом нарушения когнитивных функций является туннельное сознание, заключающееся в резком ограничении выбора вариантов поведения, ранее доступных сознанию данного человека, пока его мышление, в состоянии кризиса, не стало дихотомическим (либо - либо). Либо я достигну некоего особенного разрешения всей ситуации, либо же перестану существовать.

Совершающий самоубийство прерывает все связи с прошлым, воспоминания его уже не спасут; он сам находится в прошлом и не видит перед собой будущего. Оказывая суициденту психологическую помощь, необходимо открыть перед ним будущее и обозначить новые возможности.

8. Общим действием при суициде является бегство (эгрессия). Под эгрессией понимается преднамеренное стремление человека удалиться из зоны бедствия или места, где он пережил несчастье. Вот примеры из суицидальных записок: «Покончив с собой, я избавлюсь от всего», «Теперь, наконец, придёт свобода от душевных мучений». Самоубийство является предельной формой эгрессии, большей, чем все прочие виды бегства – развод, уход из дома, увольнение с работы, дезертирство из армии.

9. Коммуникация суицидентов направлена на сообщение о своём намерении. Люди, намеревающиеся совершить самоубийство, несмотря на амбивалентное отношение к планируемому поступку, сознательно или бессознательно подают сигналы бедствия, как бы снабжая окружающих ключами к своему намерению, они вызывают о вмешательстве или ищут возможности спасения. Следует отметить, что общее коммуникативное действие при самоубийстве – это не проявление вражды, ярости или разрушения и даже не замкнутость или депрессия, а именно сообщение о своем суицидальном намерении. Естественно, эти словесные сообщения и поведенческие проявления часто бывают косвенными, но внимательный человек в состоянии их заметить.

10. Общей закономерностью является соответствие суицидального поведения общему жизненному стилю поведения. Существует связь стиля суицидального поведения и стиля преодоления трудностей. Чтобы оценить индивидуальную устойчивость человека к психотравмирующим факторам, следует обратиться к анамнезу его жизни. Ответы можно получить, расспросив о деталях того, как удавалось справиться с психологическими кризисами. Повторные тенденции к уходу, избеганию или эггессии являются, пожалуй, одним из самых красноречивых предвестников самоубийства [4].

Таким образом, самоубийство можно понимать как действия человека, находящегося в определенном эмоциональном и психологическом состоянии. Эти действия являются реакцией на возникшие субъективные или объективные проблемы. Суицидальное поведение не направлено на адаптацию, оно выполняет функцию снятия психологической боли. Эта специфическая боль, вызванная чувством краха, стыда, страха, вины, угнетения, потери достоинства, одиночества, безнадежности, противостояния. Неспособность терпеть боль, активное желание ее прекратить – вот одна из важнейших причин суицидального поведения [28].

1.2 Возрастные и психические аспекты суицидального поведения

Особенности суицидального поведения, характерные для определенных возрастных групп, разделяют согласно возрастным пикам суицидальной активности: детский: до 12 лет, подростковый: 12-17 лет, молодежный: 17-29 лет, зрелый: 30-55 лет, пожилой: 55-70, преклонный: старше 70 лет. Случаи суицидальных действий в возрасте до 5 лет не описаны.

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

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.

Опасность суицидального поведения у детей и подростков велика в атмосфере ненависти, агрессии, грубости, несправедливости, – всего того, что делает ребенка потерянным и одиноким. Самоубийства детей часто бывают связаны не столько со стремлением умереть, сколько со стремлением избежать тяжелых семейных ситуаций и страхом перед ними. Более 92 % случаев суицида в среде детей и подростков спровоцированы школой и семьей. Неправильное одностороннее воспитание в духе максимализма также может быть причиной повышенного риска самоубийства, особенно в тех случаях, когда у детей отсутствует чувство, что родители их любят. К совершению самоубийства ребенка может привести воспитанное родителями или окружающими чувство вины, выражающееся в том, что ребенок оценивает себя ниже других, считает себя «плохим», не имеет чувства самоуважения [21].

Во многих случаях суицидальное поведение развивается у детей, отцы которых (реже матери) страдают алкоголизмом или другими формами аддиктивного поведения.

Также причиной самоубийств детей могут явиться психические травмы, полученные в школе при формальном, бездушном отношении к детям, воспитание по типу предъявления завышенных требований.

Суицидальное поведение у подростков часто объясняется отсутствием жизненного опыта и неумением определить жизненные ориентиры. Помимо этих причин существуют факторы, значительно повышающие риск подросткового суицида:

1. Потеря любимого человека из ближайшего окружения или высокомерно отвергнутое чувство любви.
2. Уязвленное чувство собственного достоинства.

3. Крайнее переутомление.
4. Алкогольное или наркотическое опьянение.
5. Токсикомания и наркомания.
6. Отождествлением себя с авторитетным человеком, совершившим самоубийство.
7. Состояние фрустрации или аффекта в форме острой агрессии, страха, когда человек утрачивает контроль над своим поведением [20].

Следует отметить, что наличие психотравмирующей ситуации – недостаточное условие для проявления суицида. Вторая составляющая – личностные особенности суицидента. Обнаруживается ряд особенностей личности, не позволяющих ей адекватно реагировать на жизненные проблемы и тем самым предрасполагающих к суициду. К ним часто относят напряжение потребностей и желаний, неумение найти способы их удовлетворения, отказ от поиска выхода из сложных ситуаций, низкий уровень самоконтроля, неумение ослабить нервно-психическое напряжение, эмоциональную нестабильность, импульсивность, повышенную внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта.

Следует отметить, что у детей и подростков много так называемых парасуицидальных поступков: фиксации на темах смерти, страх и любопытство к смерти, суицидальные мысли, шантажно-демонстративные суицидальные поступки. Действия подростков направляются не на самоуничтожение, но на восстановление нарушенных социальных отношений.

Дети и подростки с суицидальными намерениями характеризуются отягощенным социальным окружением: неблагополучная семья, одиночество и заброшенность, отсутствие опоры на взрослого. Мотивы суицида, как правило, незначительны: двойка по предмету, обида на взрослого, переживание несправедливого обращения [8].

Суицидальная готовность возникает на фоне довольно длительных психотравмирующих переживаний, которые способствуют снижению

устойчивости к психотравмирующим факторам, росту агрессивности, поведенческому регрессу (обнаруживается неспособность разрешать сложные ситуации).

Характерные черты детского и подросткового суицидов:

1. Суициду предшествуют кратковременные, объективно нетяжелые конфликты в сферах близких отношений (в семье, школе, учебной группе).

2. Конфликт воспринимается как крайне значимый и травматичный, вызывая внутренний кризис и драматизацию событий.

3. Суицидальный поступок воспринимается в романтически-героическом ореоле: как смелый вызов, как решительное действие, как мужественное решение.

4. Суицидальное поведение демонстративно, в нем есть признаки «игры на публику».

5. Суицидальное поведение регулируется скорее порывом, аффектом, в нем нет продуманного плана совершения суицида, взвешенного выбора места и времени совершения суицида.

6. Средства самоубийства выбраны неумело (прыжок с балкона 2-3 этажа, малотоксические вещества, тонкая веревка и т. п.) [33].

Психологический смысл детского, подросткового и юношеского суицида – просьба о помощи, стремление привлечь внимание к своему положению. Истинного желания умереть у большинства из них нет, а представление о смерти крайне неотчетливо и инфантильно. У детей всех возрастных категорий существует представление о смерти как о желательном длительном сне, отдыхе от невзгод, способе попасть в иной мир, средстве наказать обидчиков.

В **молодом возрасте** наиболее часто встречаются суицидальные попытки (100:1 по отношению к самоубийствам), значительно чаще их совершают девушки (10:1 по отношению к юношам). Однако в различных исследованиях вариабельность таких статистических данных существенно колеблется. В подавляющем большинстве случаев суицидальные действия

носят импульсивный характер и обусловлены разрывом отношений или ссорой с партнером;

В зрелом возрасте самоубийства значительно чаще встречаются у мужчин (4:1 по отношению к женщинам), причиной которых является финансовый крах, безработица, алкоголизм. Женщины чаще совершают суицидальные попытки, обусловленные изменой, уходом мужа или разводом. Характер суицидального поведения зависит от длительности и субъективной значимости психотравмирующей ситуации;

В пожилом возрасте суицидальное поведение в большинстве случаев обусловлено резким изменением образа жизни вследствие потери прежнего ролевого значения (окончание трудовой деятельности, конфликты с детьми и т. д.);

В преклонном возрасте суицидальная активность вызвана одиночеством, тяжелыми соматическими заболеваниями. В пожилом и преклонном возрасте значительно чаще встречаются самоубийства (1:1 по отношению к суицидальным попыткам) с использованием заведомо летальных способов их осуществления [10].

Таким образом, суицидальное поведение имеет свои причины и особенности, которые необходимо учитывать для предотвращения суицидальных действий у людей разных возрастных групп.

1.3 Факторы риска суицидального поведения

Фактор риска (ФР) суицида — это характеристики, которые имеют тенденцию к регулярному повторному обнаружению в исследованиях на больших выборках людей, совершивших суицид. Группы населения, различающиеся по ряду статистических показателей (социально-демографических, экономических, медицинских и др.), имеют разные уровни суицидов. К основным ФР принято относить социально-демографические, биографические, медицинские, индивидуально-психологические и др.

К *социально-демографическим факторам* суицидального риска относятся:

1. *Пол.* Уровень суицидов у мужчин в 3-6 раз выше, чем у женщин. Уровень суицидальных попыток несколько выше среди женщин.

2. *Возраст.* Уровень суицидов в популяции увеличивается с возрастом, и достигает максимума после 45 лет. Максимум суицидальных попыток приходится на молодой возраст – 20-29 лет.

3. *Семейное положение.* Уровень суицидов выше среди лиц, не состоящих в браке, разведенных, вдовых, бездетных и проживающих в одиночестве.

4. *Профессиональный статус.* Нарушение профессионального стереотипа (потеря работы, выход на пенсию, статус безработного) ассоциируются с увеличением риска суицида.

5. *Религия.* Уровни суицидов выше среди атеистов по сравнению с верующими. Среди основных конфессий максимальные уровни суицидов регистрируются у буддистов, минимальные – у мусульман; христиане и индуисты занимают промежуточное положение [14].

В группу *медицинских факторов* суицидального риска входят:

1. *Психическая патология.* Психические расстройства являются серьезнейшим ФР суицида. Самые частые среди них – расстройства настроения, расстройства личности и зависимость от психоактивных веществ, шизофрения. Риск суицида значительно усиливается при сочетании ряда психопатологических синдромов (например, депрессии и зависимости от психоактивных и др.) или психического расстройства и соматического заболевания.

2. *Депрессия.* По мнению ряда исследователей, умеренный или тяжелый депрессивный эпизод предшествует 45-70% суицидов. Риск суицида у людей, страдающих депрессией, является очень высоким (8-30%) независимо от характера и течения расстройства.

3. *Синдром зависимости от алкоголя.* От 10 до 22% умирающих в результате суицида страдают алкогольной зависимостью. Уровни суицидов в выборках зависимых от алкоголя почти в 20 раз превышает показатели в общей популяции. Увеличение риска связано с принадлежностью к мужскому полу, возрастом после 40 лет, агрессивным и импульсивным поведением, в сочетании с другими психическими расстройствами, особенно с депрессией.

4. *Синдром зависимости от опиатов.* Уровень суицидов в выборках героиновых наркоманов колеблется в диапазоне 82-350 на 100 000 населения. Увеличение риска в отличие от алкоголизма не зависит от пола и ассоциировано с молодым возрастом до 40 лет, в сочетании с расстройством личности и депрессией, состоянием синдрома отмены [5].

5. *Шизофрения.* Риск суицида в этой группе пациентов составляет 10-12%, а уровень суицидов колеблется от 147 до 752 на 100 000 пациентов в год. Увеличение риска коррелирует со следующими клиническими особенностями: возраст до 40 лет; высокая критичность по отношению к болезни; низкий уровень негативной симптоматики; депрессивная симптоматика; интенсивная тревога и страх; бредовые идеи виновности и др..

6. *Расстройства личности.* Максимальный риск суицидального поведения (3-9%) связан с эмоционально-неустойчивым расстройством личности, для которого характерна эмоциональная лабильность, напряженные межличностные отношения, смены идеализации и обесценивания объекта привязанности, импульсивность, чувство «опустошенности» и «бессмысленности», дихотомическое мышление и пр. Характерно то, что эмоционально-неустойчивое расстройство личности часто сочетается с расстройством настроения и зависимостью от психоактивных веществ. Сочетание этих трех клинических состояний является сильнейшим предвестником суицидального поведения.

7. *Другие психические расстройства.* Высокий суицидальный риск может быть ассоциирован с такими расстройствами, как нервная анорексия,

паническое расстройство, расстройства, связанные со стрессом и др. Как правило, причиной суицида является не диагноз, а клиническое состояние пациента.

8. *Соматическая патология.* Связь между соматической патологией и суицидальным поведением очень велика. По данным исследований, примерно 70% людей, совершающих самоубийство, страдают острым или хроническим заболеванием на момент смерти. Группу повышенного суицидального риска составляют лица с *тяжелыми хроническими заболеваниями*. Кроме физических страданий или хронического болевого синдрома данные заболевания приносят массу негативных социально-психологических последствий. В связи с этим соматические заболевания часто сочетаются с депрессией. Наибольший риск суицида связан со следующими состояниями: эпилепсия; онкологическая патология и заболевания органов кроветворения; сердечно-сосудистые заболевания (ИБС); заболевания органов дыхания (астма, туберкулез); врожденные и приобретенные уродства; потеря физиологических функций; ВИЧ-инфекция; состояния после тяжелых операций и трансплантации донорских органов и тканей; искусственная почка. Постоянный прием определенных лекарственных препаратов может усугублять состояние депрессии у больных хроническими заболеваниями. К таким медикаментам относятся некоторые гипотензивные средства, блокаторы адренергических рецепторов, кортикостероиды, противоопухолевые и антигистаминные средства [25].

Также, выделяют *биографические факторы* суицидального риска.

1. *Суицидальные попытки в анамнезе.* Наличие суицидальной попытки в анамнезе является одним из наиболее значимых факторов риска суицида и повторного парасуицида. Около 30-40% лиц, совершивших суицидальные попытки, предпринимают повторные суицидальные действия. Риск повтора суицидальной попытки наиболее высок в течение 3 месяцев после первой.

2. *Суицидальное поведение биологических родственников.* Среди биологических родственников людей, совершающих суицидальные действия, уровень суицидов выше, чем в общей популяции. Это связано с закономерностями наследования психических расстройств, а также определенных поведенческих особенностей личности (импульсивность).

3. *Суицидальное поведение «значимых других».* В некоторых случаях большое значение имеет копирование поведения эмоционально значимых лиц (родных, партнеров, кумиров массовой культуры и др.). Поведение посредством моделей характерно для детей, подростков, членов религиозных сект.

4. Кроме этого, выделяют ряд *других анамнестических факторов риска*, среди других биографических факторов риска часто выделяют наличие психической патологии у близких родственников, смерть близких родственников в возрасте пациента до 13 лет, систематическое насилие со стороны родных и близких в возрасте до 13 лет и другие причины [18].

Индивидуально-психологические факторы риска. Данные факторы отражают не столько риск суицидального поведения, сколько вероятность сниженной толерантности личности к эмоциональным нагрузкам. К ним относят следующие личностные особенности: эмоциональная неустойчивость, в том числе в период возрастных кризов (пубертатный, инволюционный); импульсивность; эмоциональная зависимость; заниженная или завышенная самооценка; максимализм и категоричность; сильно выраженное желание достижения целей; низкая способность к вытеснению травмирующего фактора; тревожность и гипертрофированное чувство вины.

Знание и учет перечисленных факторов риска крайне необходимы, так как они позволяют выявить лиц с повышенным риском суицида. Наиболее точным, но и наиболее трудным методом изучения личности является наблюдение. Эффективность его значительно возрастает, если оно ведется систематически и целенаправленно [30].

Существуют различные признаки, по которым можно заподозрить

наличие суицидальной направленности в поведении подростка. К таковым можно отнести поведенческие проявления и вербальные признаки. Есть и признаки, свидетельствующие о высокой вероятности совершения самоубийства (табл.1) [16].

Таблица 1 – Поведенческие признаки суицидального поведения

Поведенческий признак	Характеристика
Уход в себя	Стремление побыть наедине с собой естественно и нормально для каждого человека. Но будьте начеку, когда замкнутость, обособление становятся глубокими и длительными, когда человек уходит в себя, сторонится вчерашних друзей и товарищей. Суицидальные подростки часто замыкаются, подолгу не выходят из своих комнат. Они включают музыку и выключаются из жизни
Капризность, привередливость	Каждый из нас время от времени капризничает, хандрит. Это состояние может быть вызвано погодой, самочувствием, усталостью, служебными или семейными неурядицами и т.п. Но когда настроение человека чуть ли не ежедневно колеблется между возбуждением и упадком, налицо причины для тревоги. Существуют веские свидетельства, что подобные эмоциональные колебания являются предвестниками смерти
Депрессия	Это глубокий эмоциональный упадок, который у каждого человека проявляется по-своему. Некоторые люди становятся замкнутыми, уходят в себя, но при этом маскируют свои чувства настолько хорошо, что окружающие долго не замечают перемен в их

	поведении. Единственный путь в таких случаях – прямой и открытый разговор с человеком
Агрессивность	Многим актам самоубийства предшествуют вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости и окружающим. Нередко подобные явления оказываются призывом суицидента обратить на него внимание, помочь ему. Однако подобный призыв обычно дает противоположный результат – неприязнь окружающих, их отчуждение от суицидента. Вместо понимания человек добивается осуждения со стороны товарищей
Саморазрушающее и рискованное поведение	Некоторые суицидальные подростки постоянно стремятся причинить себе вред, ведут себя «на грани риска», где бы они ни находились – на оживленных перекрестках, на извивающейся горной дороге, на узком мосту или на железнодорожных путях
Потеря самоуважения	Молодые люди с заниженной самооценкой или же относящиеся к себе и вовсе без всякого уважения считают себя никчемными, ненужными и нелюбимыми. Им кажется, что они аутсайдеры и неудачники, что у них ничего не получается и что никто их не любит. В этом случае у них может возникнуть мысль, что будет лучше, если они умрут
Изменение аппетита	Отсутствие его или, наоборот, ненормально повышенный аппетит тесно связаны с саморазрушающими мыслями и должны всегда рассматриваться как критерий потенциальной опасности. Подростки с хорошим аппетитом становятся разборчивы, те же, у кого аппетит всегда был плохой или неважный, едят неестественно много.

	Соответственно, худые подростки толстеют, а упитанные, наоборот, худеют
Изменение режима сна	В большинстве своем суицидальные подростки спят целыми днями; некоторые же, напротив, теряют сон и превращаются в «сов»: допоздна они ходят взад-вперед по своей комнате, кто-то ложится только под утро, бодрствуя без всякой видимой причины
Изменение успеваемости	Многие учащиеся, которые раньше учились на «хорошо» и «отлично», начинают прогуливать, их успеваемость резко падает. Тех же, кто и раньше ходил в отстающих, теперь нередко исключают из школы
Внешний вид	Известны случаи, когда суицидальные подростки перестают следить за своим внешним видом. Подростки, оказавшиеся в кризисной ситуации, неопрятны, им совершенно безразлично, какое впечатление они производят
Раздача подарков окружающим	Некоторые люди, планирующие суицид, предварительно раздают близким, друзьям свои вещи. Как показывает опыт, эта зловещая акция – прямой предвестник грядущего несчастья. В каждом таком случае рекомендуется серьезная и откровенная беседа для выяснения намерений потенциального суицидента
Приведение дел в порядок	Одни суицидальные подростки будут раздавать свои любимые вещи, другие сочтут необходимым перед смертью «привести свои дела в порядок»
Психологическая травма	Каждый человек имеет свой индивидуальный эмоциональный порог. К его слома может привести крупное эмоциональное потрясение или цепь мелких травмирующих переживаний, которые постепенно

	<p>накапливаются. Расставание с родными, домом, привычным укладом жизни, столкновение со значительными физическими и моральными нагрузками, незнакомая обстановка и атмосфера могут показаться человеку трагедией его жизни. Если к этому добавляется развод родителей, смерть или несчастье с кем-либо из близких, личные невзгоды, у него могут возникнуть мысли и настроения, чреватые суицидом.</p>
--	---

Вербальными признаками суицидального поведения являются словесные суждения, типа «ненавижу жизнь»; «они пожалеют о том, что они мне сделали»; «не могу этого вынести»; «я покончу с собой»; «никому я не нужен»; «это выше моих сил» [2].

Любое высказанное стремление уйти из жизни должно восприниматься серьезно. Эти заявления можно интерпретировать как прямое предупреждение о готовящемся самоубийстве. В таких случаях нельзя допускать черствости, агрессивности к суициденту, которые только подтолкнут его к исполнению угрозы. Напротив, необходимо проявить выдержку, спокойствие, предложить ему помощь, консультацию у специалистов [3].

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В рамках нашего исследования был осуществлен сбор информации по зарегистрированным случаям суицидального поведения среди населения Российской Федерации, Приволжского федерального округа, а также среди жителей города Пензы и Пензенской области за период 2020-2023 гг. Данная информация была получена в ходе анализа официальных отчетов Федеральной службы государственной статистики (Росстат), а также территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Пензенской области. Кроме этого, для нашего исследования была использована информация ежегодных отчетов по суицидам среди населения Пензенской области Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы».

При установлении факта суицидального поведения, в судебно-химическом отделении ГБУЗ «ОБСМЭ» проводятся следующие исследования:

- определение наличия алкоголя, его суррогатов в крови, моче и другом биологическом материале;
- определение психоактивных веществ в крови, моче и другом биологическом материале;
- определение едких ядов в биологическом материале;
- определение содержания угарного и природного газов в крови;
- определение ФОС и пестицидов в биологическом материале;
- биохимические исследования [5].

Для выявления содержания алкоголя, наркотических и лекарственных веществ у суицидентов, в судебно-химическом отделении ГБУЗ «ОБСМЭ» применяют две группы методов: ненаправленные (общие) и направленные (частные) анализы.

Частное исследование предусматривало проведение анализа на какое-то определенное вещество или группу веществ. Например, на производные

барбитуровой кислоты, на алкалоиды или даже на одно конкретное вещество. При частном исследовании метод изолирования подбирался с учетом физико-химических свойств того соединения (или группы соединений), на которое производился анализ.

Общий анализ включал исследование на несколько групп веществ (3 группы), подлежащих обязательному судебно-химическому исследованию, в том числе и на группу «нелетучих» ядов. В этом случае использовались общие для всей группы веществ (универсальные) методы изолирования.

Общими методами изолирования «нелетучих» ядов являются:

1. Изолирование этанолом, подкисленным щавелевой кислотой (метод Стаса-Отто).
2. Изолирование водой, подкисленной щавелевой кислотой (метод Васильевой).

Оба метода вначале были разработаны для алкалоидов, а затем применены и к другим веществам.

Изолирование этанолом, подкисленным щавелевой кислотой (метод Стаса-Отто)

Современная модификация метода состоит из этапов:

Настаивание измельченного объекта с этиловым спиртом, подкисленным щавелевой кислотой до pH 2-3, в течение суток. Спирт берется в количестве, необходимом для покрытия объекта. Спиртовое извлечение сливается, и вся операция повторяется трехкратно.

Упаривание объединенных спиртовых извлечений при температуре 40-50° С до густого остатка, в который по каплям добавляют абсолютный этанол для коагуляции белков. Осадок отфильтровывают и всю операцию осаждения повторяют по мере необходимости до полного удаления белковых соединений.

Упаривание фильтрата при той же температуре до густого остатка и разбавление горячей водой для удаления смолистых веществ, жиров и пигментов. Осадок отфильтровывают.

Экстрагирование веществ кислого, нейтрального и слабоосновного характера из водного фильтрата хлороформом при $pH=2$ (трехкратная экстракция), отделение органической фазы и концентрирование полученного извлечения упариванием (фракция А, «кислое» извлечение).

Подщелачивание оставшегося после разделения фаз водного слоя до $pH9-10$, экстрагирование веществ сильноосновного и нейтрального характера (трехкратная экстракция) хлороформом, отделение органической фазы и концентрирование упариванием (фракция Б, «щелочное» извлечение).

Изолирование «нелетучих» ядов из биологического материала подкисленным спиртом (метод Стаса-Отто) проводится по следующей схеме (рис. 1):

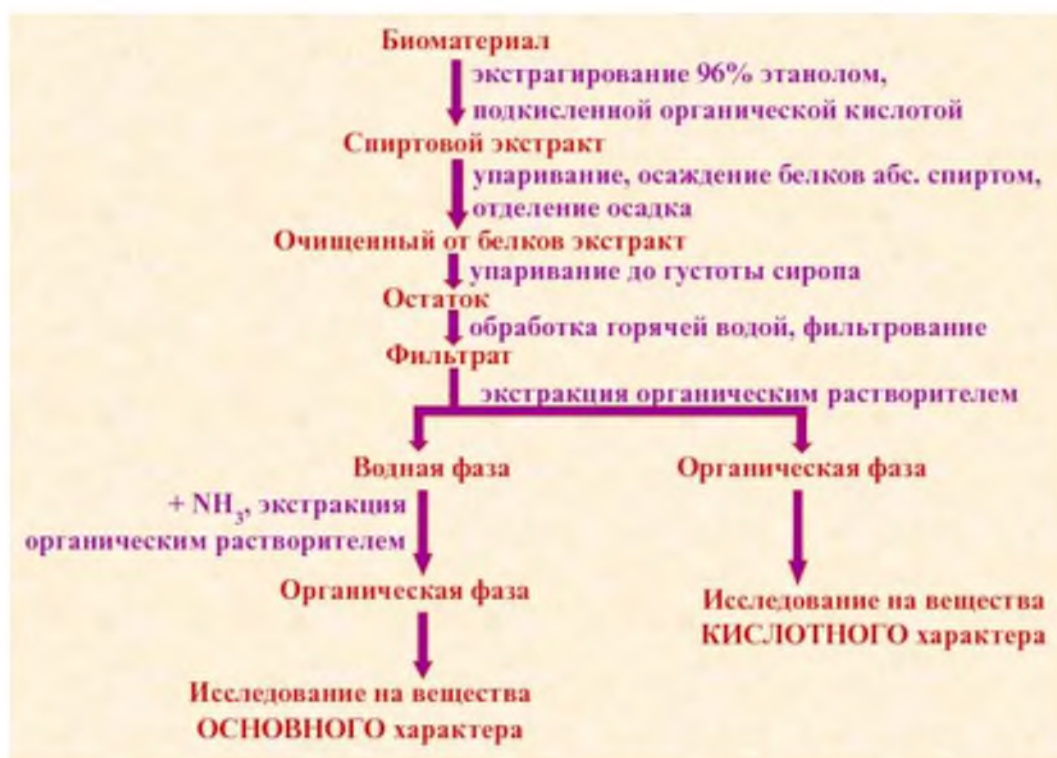


Рисунок 1. Изолирование веществ по методу Стаса-Отто

Достоинства метода заключаются в следующем:

1. Метод универсален, т.к. этанол является хорошим растворителем для многих веществ этой группы (как ионизированных, так и молекулярных форм).

2. Метод предусматривает очистку извлечения от балластных веществ, в результате чего получаются чистые хлороформные извлечения, не дающие эмульсий при экстрагировании веществ из водной фазы хлороформом. Метод дает возможность изолировать до 30% барбитуратов и 20-25% алкалоидов.

К недостаткам метода следует отнести:

Длительность (8-10 рабочих дней) и многостадийность.

1. Большое количество операций, связанных с осаждением белков и фильтрованием, ведет к значительным потерям искомым веществ (алкалоиды теряются на 25-50%).

2. Сравнительная дороговизна метода (на 1 исследование тратится до 500 мл этанола).

3. Все это приводит к тому, что классический метод Стаса-Отто теряет свое былое значение и постепенно заменяется более быстрыми, эффективными и экономными методами извлечения подкисленной водой.

4. В настоящее время метод применяется, главным образом, для исследования гнилостно измененного биологического материала.

Изолирование водой, подкисленной щавелевой кислотой (метод Васильевой)

Схема изолирования по методу Васильевой заключается в следующем:

Настаивание измельченного объекта с водой, подкисленной щавелевой кислотой до pH 2-3, в течение двух часов. Вода берется в количестве 1:2 по отношению к навеске объекта. Водное извлечение фильтруется.

Экстрагирование веществ кислого, нейтрального и слабоосновного характера из водного фильтрата хлороформом при pH=2 (трехкратная экстракция), отделение органической фазы и концентрирование полученного извлечения упариванием (фракция А, «кислое» извлечение).

Подщелачивание оставшегося после разделения фаз водного слоя раствором аммиака до pH 9-10, экстрагирование веществ основного характера

трехкратной экстракцией хлороформом, отделение органической фазы и концентрирование упариванием (фракция Б, «щелочное» извлечение).

Изолирование «нелетучих» ядов из биологического материала водой, подкисленной щавелевой кислотой (метод Васильевой) проводится по следующей схеме (рис. 2):



Рисунок 2. Изолирование веществ по методу А.А. Васильевой

По сравнению с изолированием подкисленным спиртом извлечение водой, подкисленной щавелевой кислотой, обладает рядом преимуществ:

1. Быстрота (анализ можно провести в течение одного рабочего дня).
2. Меньшее количество операций, меньшие потери искомым веществ (алкалоиды извлекаются на 30-40%).
3. Экономичность и дешевизна, т.к. дорогой спирт заменен водой.

Недостатком метода является образование стойких эмульсий при экстрагировании веществ из водной фазы хлороформом, особенно при исследовании гнилостного биоматериала, т.к. метод не предусматривает очистки извлечений.

Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1 Распространенность суицидального поведения в мире, в Российской Федерации и в Приволжском федеральном округе

Проблема суицидального поведения одинаково остро стоит перед всеми странами. Согласно статистике, каждый год кончают жизнь самоубийством 1 100 000 человек во всем мире. Однако в официальную статистику самоубийств попадают только явные случаи суицида, поэтому число реальных самоубийств значительно превосходит официальные цифры – считается, что ежегодно в мире кончают с собой более 4 000 000 человек. Еще 19 млн. человек ежегодно совершают неудачные попытки самоубийства [22].

Число законченных самоубийств среди мужчин, в среднем, в 4 раза больше, чем женщин. С возрастом (65-85 лет) это соотношение значительно возрастает (рис.3).

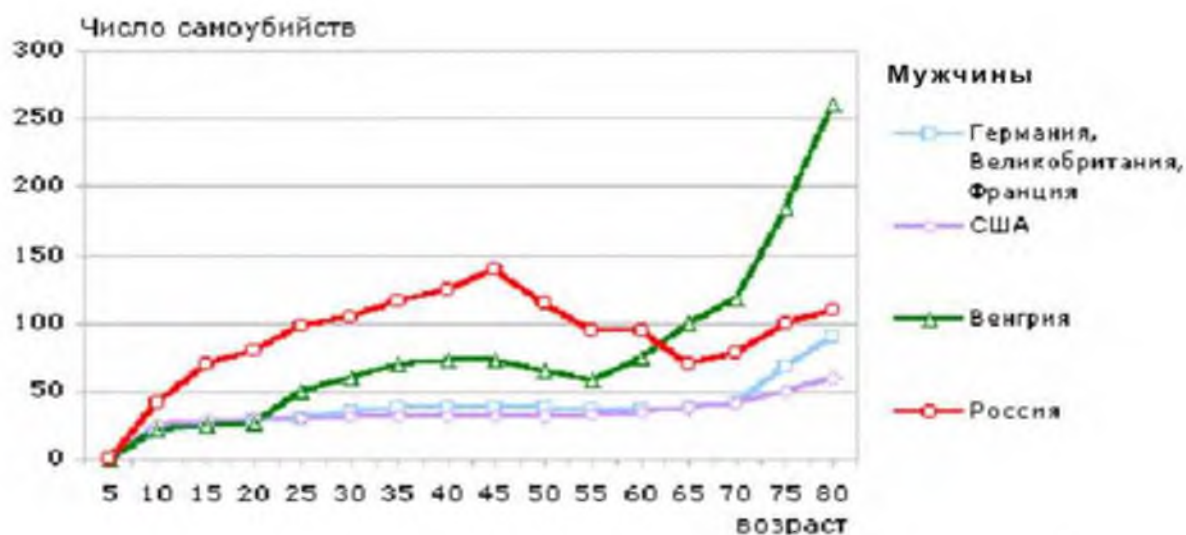


Рисунок 3. Зависимость числа самоубийств мужчин от возраста и пола

С другой стороны – женщины пытаются покончить с собой в 4 раза чаще, чем мужчины, но выбирают такие способы, которые значительно реже

приводят к смерти (рис.4).

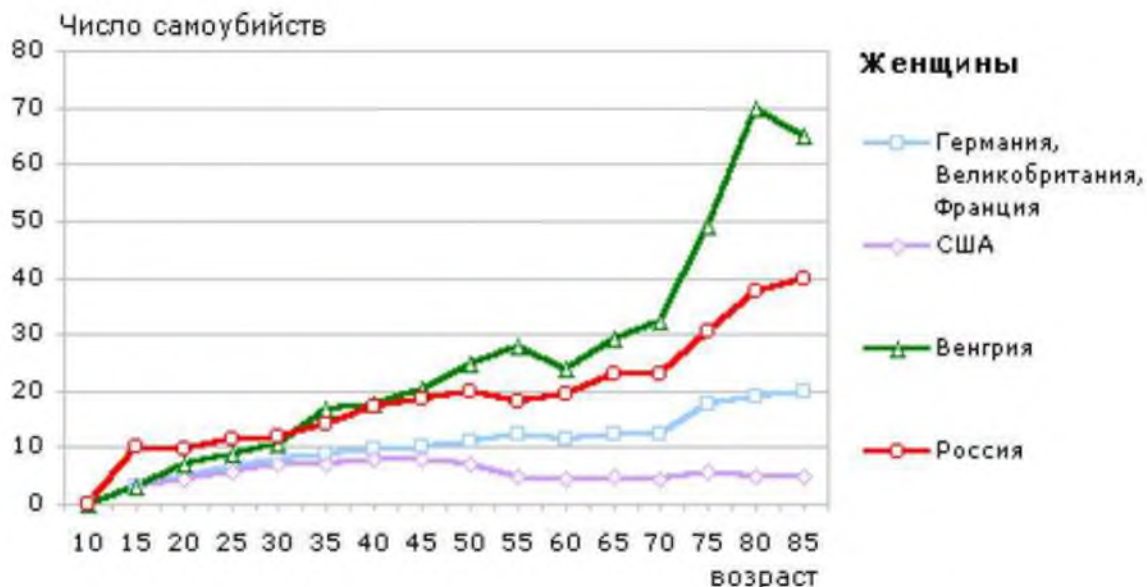


Рисунок 4. Зависимость числа самоубийств женщин от возраста и пола

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

Согласно докладу Уполномоченного при Президенте РФ по правам ребенка М.А. Львовой-Беловой в нашей стране в результате самоубийств в 2023 году погибло 678 несовершеннолетних, что превысило показатели 2022 года в 2 раза (рис.5) [33].

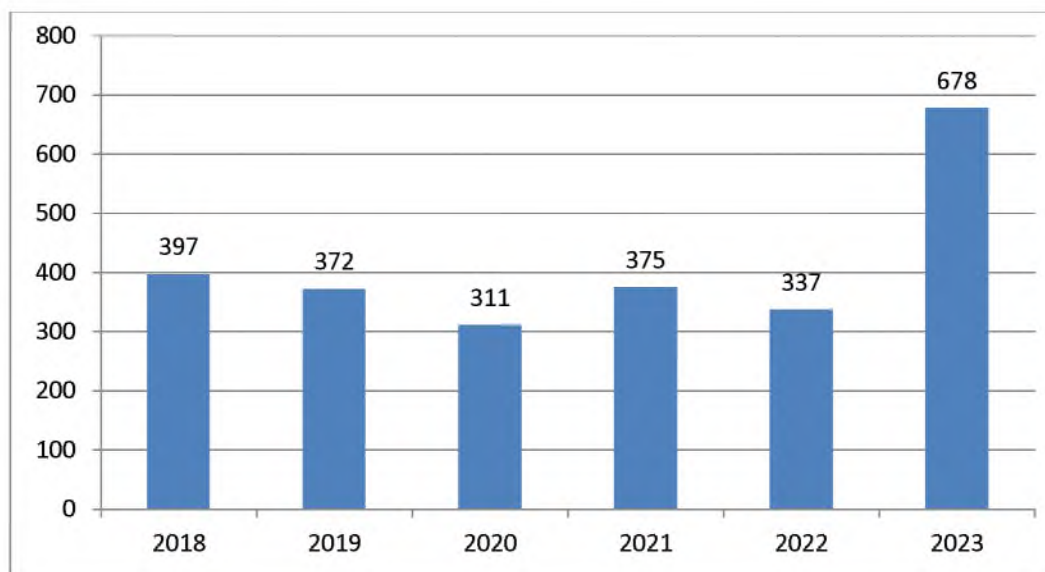


Рисунок 5. Динамика самоубийств среди несовершеннолетних в РФ

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

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) делит все страны по показателю суицида на три группы:

1. Высокий и очень высокий уровень самоубийств (свыше 20 человек на 100 тысяч населения) (табл.2)

Таблица 2 – Страны с высоким и очень высоким уровнем самоубийств

Страна	Количество на 100 тыс. населения	Страна	Количество на 100 тыс. населения
Литва	31,5	Латвия	22,9
Республика Корея	31,2	Китай	22,2
Казахстан	30,0	Словения	21,9
Гайана	26,4	Шри-Ланка	21,6
Белоруссия	25,3	Россия	21,4
Венгрия	24,6	Украина	21,2
Япония	23,8	-	-

2. Страны со средним уровнем самоубийств (от 10 до 20 человек на 100 тысяч населения) (табл. 3)

Таблица 3 – Страны со средним уровнем самоубийств

Страна	Количество на 100 тыс. населения	Страна	Количество на 100 тыс. населения
Финляндия	19,3	Польша	14,9
Эстония	18,1	Куба	12,3

Франция	16,3	Канада	11,3
Молдова	17,4	США	11,8

3. Страны с низким уровнем самоубийств (до 10 человек в год на 100 тысяч населения) (табл. 4).

Таблица 4 – Страны с низким уровнем самоубийств

Страна	Количество на 100 тыс. населения	Страна	Количество на 100 тыс. населения
Австралия	9,7	Грузия	4,3
Германия	9,5	Греция	3,5
Италия	6,3	Армения	1,9
Англия	6,9	Азербайджан	0,6
Израиль	5,8	-	-

Таким образом, на данный момент Российская Федерация относится к группе стран с высоким и очень высоким уровнем самоубийств. На сегодняшний день в нашей стране смертность от самоубийств находится на втором месте по распространённости среди внешних причин смерти.

Анализируя суицидальное поведение населения Российской Федерации, следует учитывать, что ее субъекты различаются по социально-экономическим, культурно-историческим и демографическим характеристикам.

Так как все территории отличаются по численности проживающего населения, то для того, чтобы можно было сравнивать анализируемые показатели по территориям и во времени, принято рассчитывать уровни смертности по их причинам на каждые 100 тыс. чел. населения [2].

Так, по данным Росстата за 2023 г., Приволжский федеральный округ находился на 3 месте по уровню самоубийств среди федеральных округов РФ, уступая первые места Дальневосточному и Сибирскому федеральным округам (рис. 6) [33].

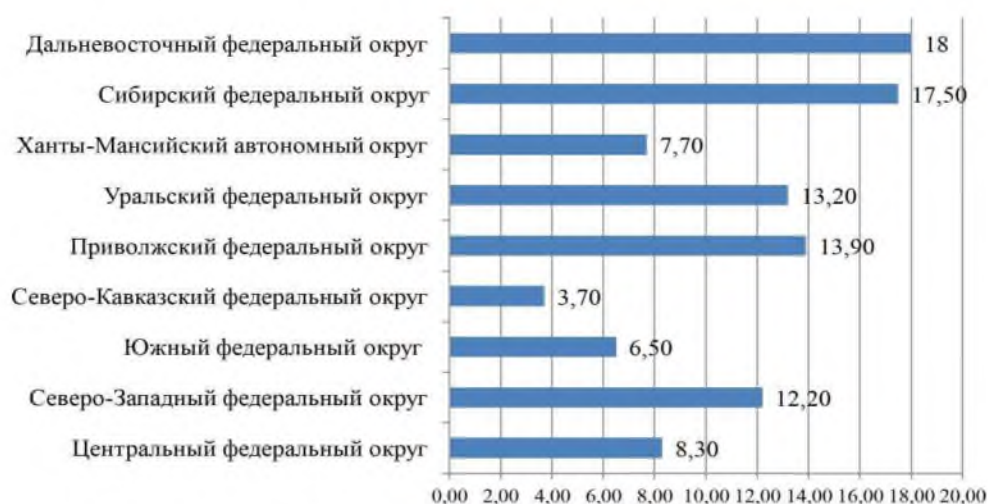


Рисунок 6. Распределение федеральных округов РФ по уровню самоубийств на 100 тыс. человек населения в 2023 г.

Для определения действенных механизмов влияния на снижение уровня смертности и разработки социально-экономических и медико-демографических мер по увеличению средней продолжительности жизни необходимо понять закономерности динамики и структуры смертности, проанализировать основные показатели смертности населения.

Рассмотрим статистику суицидального поведения за 2023 год в субъектах Приволжского федерального округа (по данным Росстата) (рис.7).

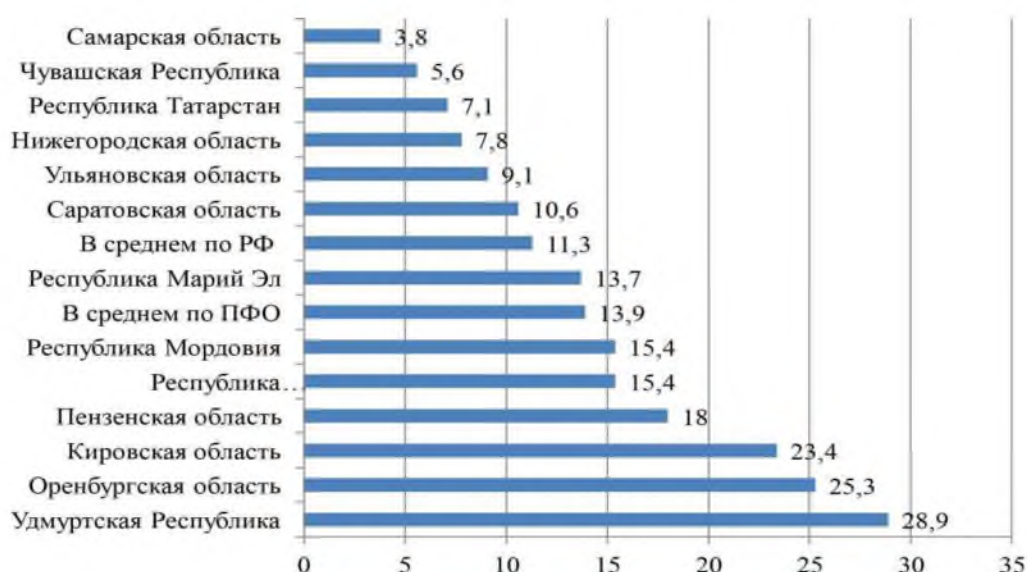


Рисунок 7. Распределение субъектов ПФО по уровню самоубийств на 100 тыс. человек населения в 2023 г.

Уровень суицидов изменяется от 3,8 (Самарская область) до 28,9 (Удмуртская республика) случаев на каждые 100 тыс. чел. населения. Размах вариации достаточно большой и составляет 25,1 случаев. Среднее значение по округу составляет 13,9, что выше среднероссийского на 2,6 случая. Всего лишь в 6 субъектах ПФО анализируемый показатель ниже среднероссийского. Стоит отметить, что Пензенская область находится на 4 месте по числу суицидов (18 случаев на 100 тыс. населения). Этот показатель значительно превышает среднее значение по Приволжскому федеральному округу и в целом по России [33].

Изучение мировой практики свидетельствует, что высокий уровень суицидов характерен для больших городов [1]. Однако в целом по РФ наблюдается обратная связь (рис. 8).

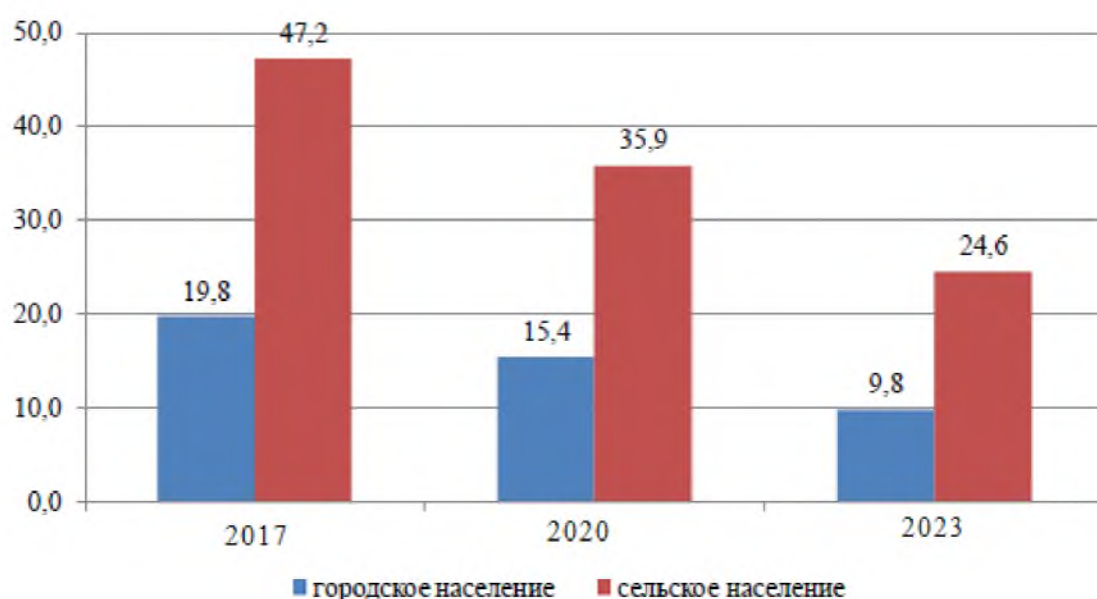


Рисунок 8. Уровень суицидов среди городского и сельского населения в ПФО, случаев на 100 тыс. населения

На фоне сокращения уровня суицидов в целом за анализируемый период активность добровольного лишения себя жизни остается высокой в сельской местности. Вероятно, это является следствием урбанизации, что приводит в итоге к стагнации жизни на селе.

Нами также была изучена динамика анализируемого показателя по официальным данным Росстата (рис. 9).

По полученным результатам можно сделать вывод, что в Приволжском Федеральном округе с 2017 по 2023 гг. наблюдается снижение уровня самоубийств. Ежегодно в среднем уровень самоубийств снижался на 1,66 случаев на каждые 100 тыс. чел. населения [30].

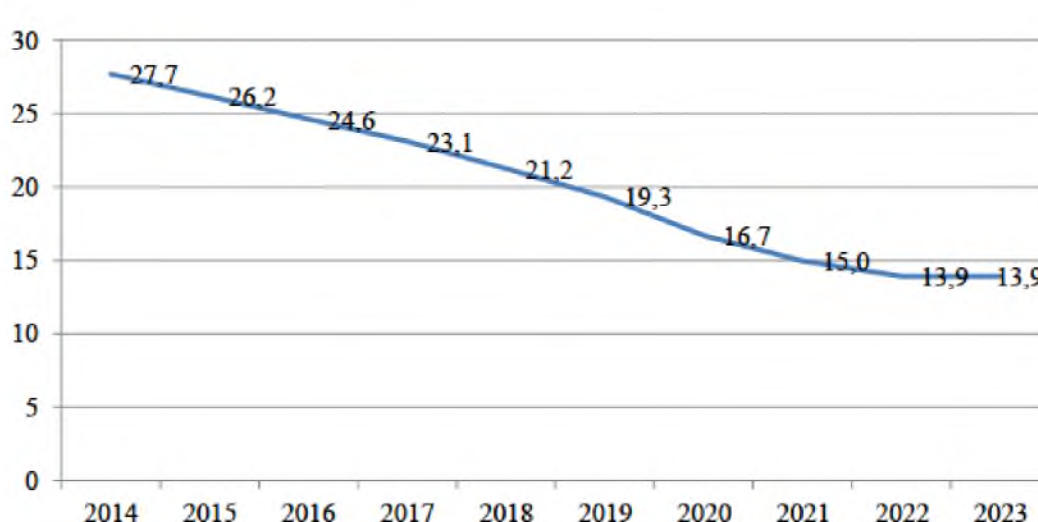


Рисунок 9. Динамика уровня самоубийств на 100 тыс. человек населения ПФО

Однако абсолютное число самоубийств снижалось даже в этом году, хотя в относительном выражении значение осталось на уровне 2019 г. (рис. 10).

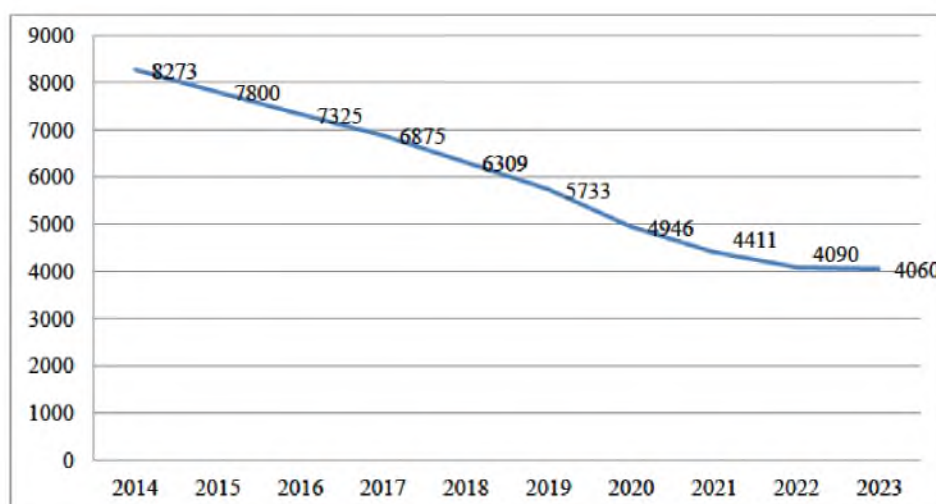


Рисунок 10. Динамика суицидов в ПФО, чел.

Кроме демографических и социальных последствий, смертность от самоубийств имеет и серьезный экономический ущерб вследствие преобладания суицидентов среди населения трудоспособного возраста.

3.2 Распространенность суицидального поведения в Пензенской области

В ходе проведения исследования, мы проанализировали информацию о зарегистрированных случаях суицидального поведения среди жителей города Пензы и Пензенской области.

Наименьшее количество зарегистрированных случаев суицидального поведения зарегистрировано в 2020 году – 126 случаев. В последующие два года количество суицидов значительно выросло (189 – в 2021 году и 193 – в 2022 году). Однако за последний год число выявленных суицидов снова снизилось (132 случая), хотя и не достигло уровня 2020 года (рис. 11).

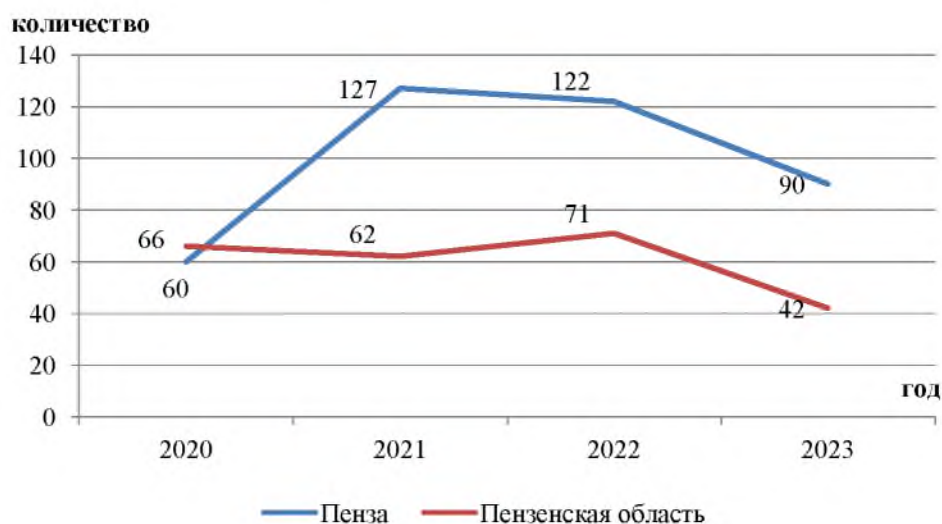


Рисунок 11. Динамика суицидального поведения среди жителей г. Пензы и Пензенской области

Следует отметить, что за исследуемый период большинство суицидов совершили жители города Пенза, что согласуется с результатами мировых исследований по суицидальному поведению (рис. 11).

Если рассматривать половую структуру суицидального поведения среди населения нашего региона, то за последние три года число суицидов среди мужчин значительно преобладает над количеством суицидов среди женщин. Лишь в 2020 году по данному показателю наблюдалось весьма незначительное преобладание женщин над мужчинами (60 мужчин и 66 женщин) (рис. 12).

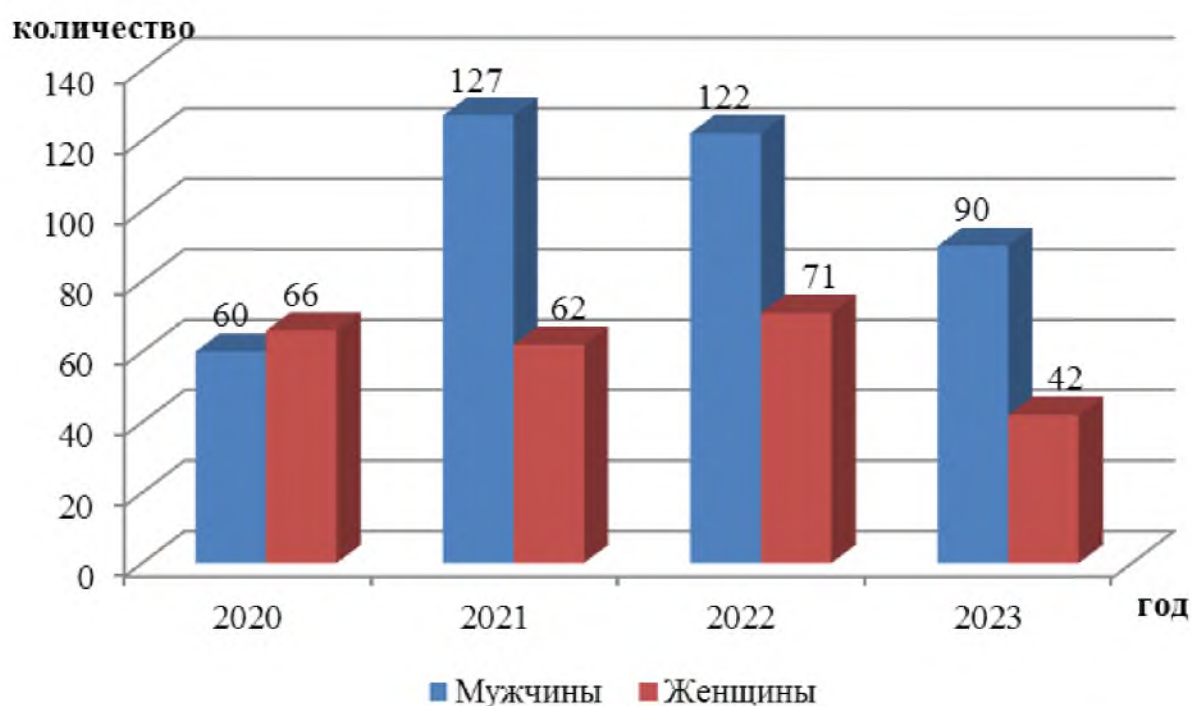


Рисунок 12. Половая структура суицидального поведения среди жителей Пензенской области

Мы провели анализ возрастной структуры суицидентов за период 2020-2023 гг. (рис. 13). В соответствии с пиками суицидальной активности, при анализе возрастной структуры суицидентов принято выделять следующие возрастные группы:

- Детская (в нее входят лица, не достигшие 12-летнего возраста);
- Подростковая (дети в возрасте 12-17 лет);
- Молодежная (молодые люди в возрасте 17-29 лет);
- Зрелые (30-55 лет);

- Пожилые (люди в возрасте 55-70 лет);
- Преклонный возраст (старше 70 лет).

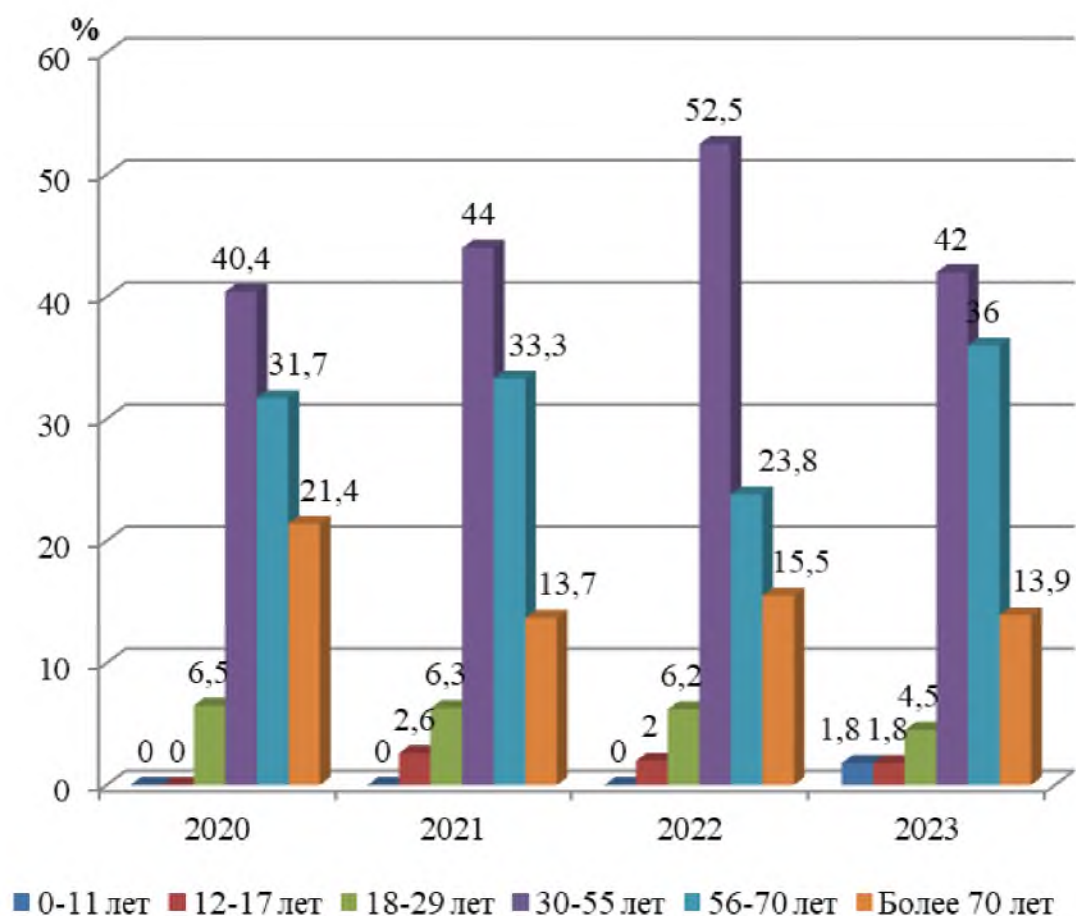


Рисунок 13. Возрастная структура суицидентов г. Пензы и пензенской области

Как видно на рисунке 13, на протяжении всего исследуемого периода наибольшее количество суицидов были совершены людьми в возрастной группе 30-55 лет, то есть людьми трудоспособного возраста. Также весьма значительный процент суицидентов находились в возрастной группе 56-70 лет. У людей данных возрастных групп основными причинами самоубийств, помимо депрессии и психических расстройств, могут стать сложные отношения в семье, одиночество, проблемы на работе или ее потеря, а также наличие финансовых проблем. Все это может спровоцировать человека на суицидальные действия.

Также довольно большой процент суицидентов находились в преклонном возрасте (старше 70 лет). Причины, по которым люди данной возрастной группы принимают решение о суициде, являются длительное одиночество и хронические болезни.

Кроме этого, в исследуемый период были осуществлены суицидальные действия молодыми людьми в возрасте 18-29 лет. Следует отметить, что в последние три года также были случаи суицида среди детей. Процент таких суицидов в общей картине незначительный, но сам факт их наличия является тревожным сигналом, так как дети не видят для себя другого выхода из сложной ситуации. Факт их наличия требует немедленного вмешательства со стороны взрослых и разработки соответствующих программ и мероприятий по обеспечению безопасности для детей и подростков. Важно создать комфортную и безопасную среду, оказать психологическую поддержку и помощь тем детям, которые находятся в трудной жизненной ситуации. Только совместными усилиями семьи, образовательных учреждений, медицинских и психологических служб можно справиться с этой проблемой и спасти жизни детей и подростков.

Основные виды суицида, которые были зарегистрированы в Пензенской области, представлены на рисунке 14.

На протяжении всего исследуемого периода основной причиной смерти суицидентов является механическая асфиксия от сдавливания шеи петлей при повешении. Данный способ суицида выбрали для себя 86,5% в 2020 году, 86,9% в 2021 году, 88,1% в 2022 году и 83,4% в 2023 году. Также за исследуемый период были зарегистрированы такие виды суицида, как самоотравление различными химическими веществами, прыжок с высоты, самоповреждение острым предметом, выстрел из огнестрельного оружия, а также несколько случаев неуточненного способа суицида (рис. 14).

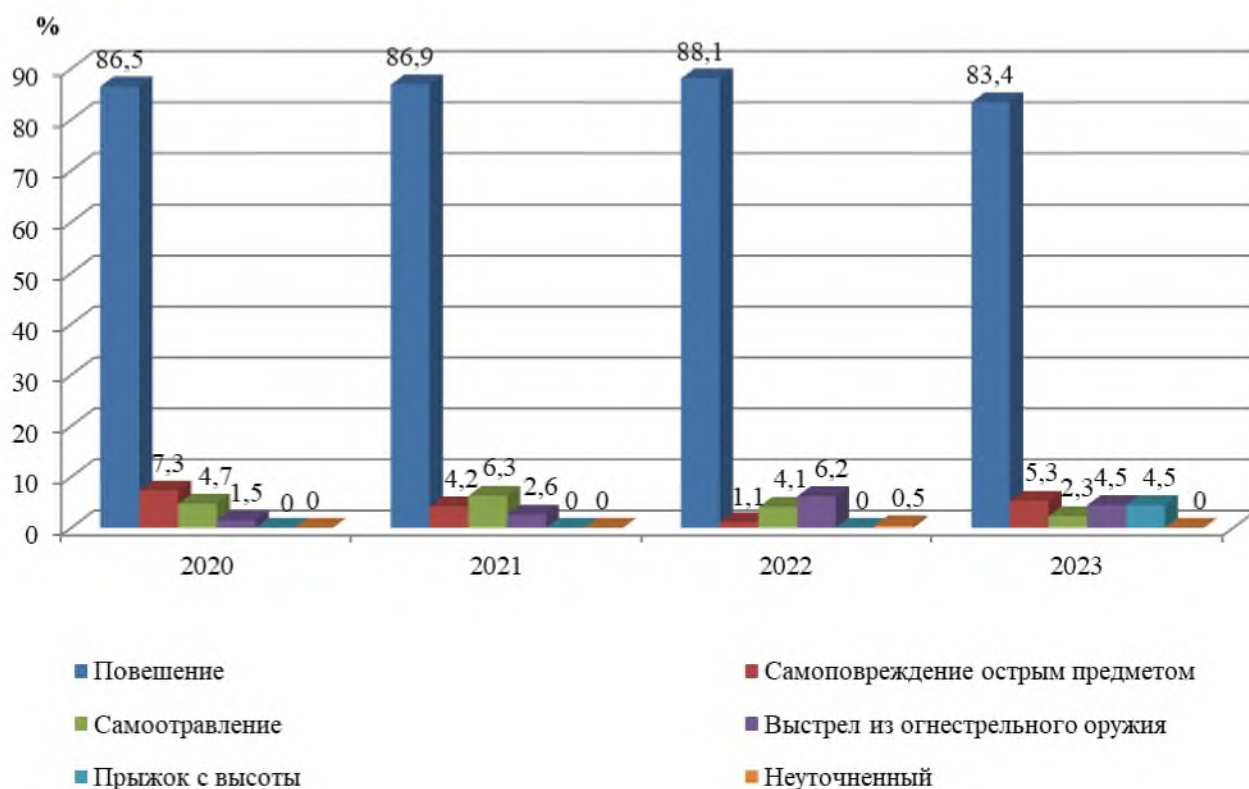


Рисунок 14. Основные виды суицида в Пензенской области

Анализ заключений экспертизы, проводимой после суицида, позволил сделать выводы о том, в каком состоянии находились суициденты в момент совершения данного действия (рис. 15).

Согласно статистическим данным, часть людей, совершивших суицид в депрессивном состоянии, страдают зависимостью от алкоголя или других, изменяющих сознание, веществ. Это также подтверждается нашим исследованием. Некоторые суицидальные действия совершались людьми под действием различных химических веществ. Наиболее распространенным веществом, которое было обнаружено в крови у суицидентов, является алкоголь. Также некоторый процент суицидов осуществлялся под действием наркотических и психотропных веществ.

Однако, согласно полученной информации, у большинства суицидентов в крови никаких химических веществ не выявлено. В 2020 году процент таких случаев составил 81,1%, в 2021 – 76,8%, в 2022 – 93,8%, а в 2023 году – 83,6%. Это говорит о том, что в момент суицида эти люди не

находились под действием каких-либо препаратов или веществ, т.е. суицидальное действие полностью ими осознавалось.

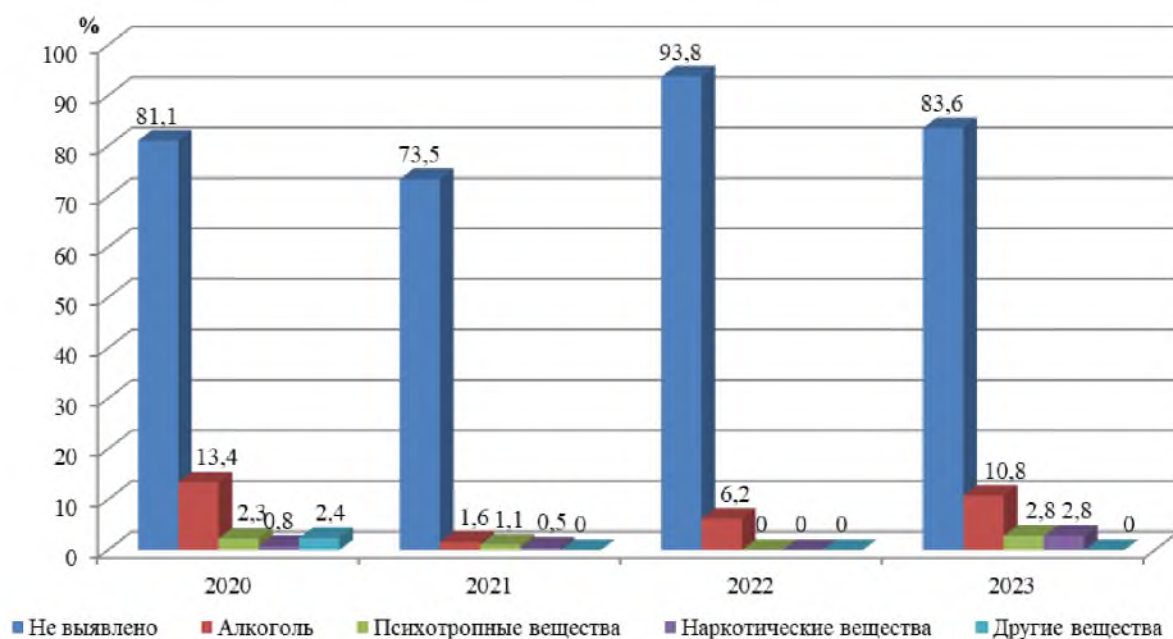


Рисунок 15. Химические вещества, обнаруженные в крови суицидентов Пензенской области

Также нас интересовало состояние здоровья лиц, совершивших суицидальные действия (рис. 16).

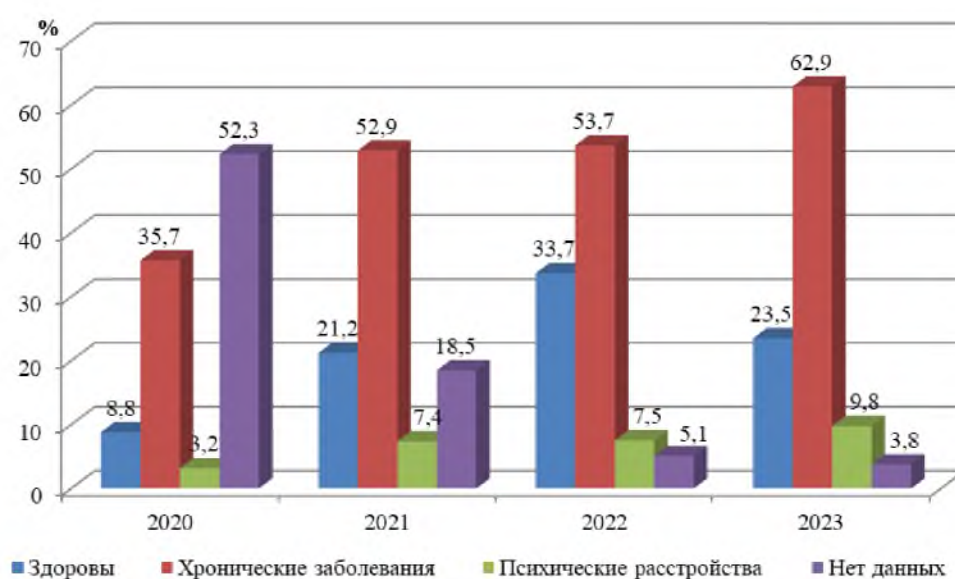


Рисунок 16. Состояние здоровья суицидентов Пензенской области

Согласно полученным данным, большинство суицидентов имели тяжелые хронические заболевания. Процент таких суицидентов остается максимально высоким на протяжении всего исследуемого периода. Довольно часто хронические заболевания протекают в довольно тяжелой форме. На человека оказывают влияние стресс, побочные эффекты от лекарственных препаратов, а также снижение качества жизни и сильные боли. Все это значительно увеличивает риск возникновения суицидального поведения у людей с различными хроническими заболеваниями.

Также было выявлено, что некоторые суициденты имели в своем анамнезе различные психические расстройства. Обращает на себя внимание, что процент таких людей за исследуемый период все время возрастает: с 3,2% в 2020 году до 9,8% в 2023 году.

Однако стоит сказать о том, что часть суицидентов не имели никаких заболеваний в анамнезе, т.е. были абсолютно здоровы (8,8% в 2020 году, 21,2% в 2021 году, 33,7% в 2022 году, 23,5% в 2023 году). Соответственно причинами суицидов у этой группы самоубийц являлись не состояние здоровья, а какие-либо внешние причины.

Еще одним показателем, который вызывает определенный интерес в контексте изучения динамики суицидального поведения жителей г. Пензы и Пензенской области, является исследование социального статуса суицидентов (рис. 17).

К сожалению, стоит отметить, что за весь исследуемый период наибольшее число суицидов совершили работающие люди. Ученые, занимающиеся изучением суицидов, называют трудовоголизм как одну из причин саморазрушающего поведения. Трудовойлизм – это одна из самых распространенных зависимостей, которая наносит не меньший ущерб личности, чем различные химические зависимости (наркомания, алкоголизм, курение). Эмоциональная зависимость трудовых людей деформирует их внутренний мир, понижает мышление, эмоции, интеллект, память, действия, поступки и характер личности.

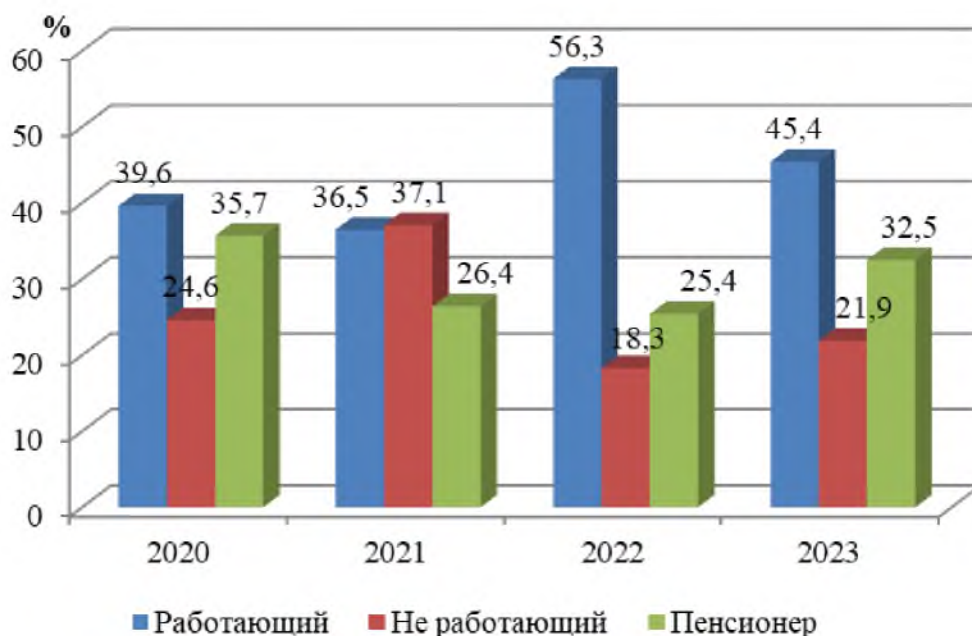


Рисунок 17. Социальный статус суицидентов г. Пензы и Пензенской области

У трудоголиков существует стремление добиваться постоянного признания и успеха, которое, однако, может привести их к неверным решениям и личностному краху. Человек постоянно испытывает страх потерпеть неудачу, быть обвиненным в некомпетентности, лени, оказаться хуже других в глазах начальства. С этим связано преобладание в психологическом состоянии чувства тревоги, которое не покидает трудоголика ни во время работы, но в минуты непродолжительного отдыха, который не бывает полноценным из-за постоянных мыслей о работе. Трудоголик становится настолько заикленным на работе, что постоянно отчуждается от семьи, друзей, все более замыкаясь в системе собственных переживаний.

Еще одна группа суицидентов имели социальный статус «безработный». Безработица или потеря работы – еще одна причина суицида. С безработицей или с дезорганизацией рабочего процесса теряются не только средства для достойного существования, но и скрытые преимущества работы, такие как определенность статуса, социальные контакты, чувство идентичности. В такой ситуации человек часто чувствует себя ненужным,

мало на что способным неудачником. У потерявших работу людей в большей степени проявляется подавленность, чаще замечаются трения в семье, сложности экономического характера.

Также весьма существенный процент суицидов регистрируется у людей пенсионного возраста. На это есть ряд причин. На протяжении всей жизни человек проходит через целую череду возрастных кризисов, которые не заканчиваются к старости. Кризис пожилого возраста – последний, который проходит человек в своей жизни, и один из самых трудных.

Суицидальное поведение в пожилом возрасте связано с целым комплексом социальных и биологических факторов. В числе самых частых – одиночество и потеря близких людей. При этом одиночество для пенсионеров – это субъективная характеристика, и она больше связана с тем, как ощущает себя сам пожилой человек, а не так, как его оценивает окружение.

Еще одним фактором, усугубляющим саморазрушающее настроение людей пенсионного возраста – это чувство беспомощности, которое вызывает мысли: «Не хочу быть никому обузой». Однако это также является субъективной оценкой.

Кроме этого, хронические заболевания и боли, когнитивные нарушения также довольно частая причина суицида пожилых людей. Боли сказываются на качестве жизни, а снижение когнитивных функций может повлиять на способность человека принимать решения и повысить импульсивность.

Таким образом, анализ социального статуса суицидентов г. Пенза и Пензенской области показал, что среди лиц, совершивших суицидальные действия, в разные года преобладали группы с разным социальным статусом. Однако все же небольшое преимущество имела группа трудоустроенных граждан.

3.3 Технологии социально-педагогической деятельности в системе профилактики суицидального поведения подростков

Одной из главных причин суицидальных попыток и завершённых самоубийств являются проблемы во взаимоотношениях со взрослыми и сверстниками, страх насилия, конфликты с родителями, учителями и одноклассниками, безразличие, черствость и жестокость окружающих.

В стенах школы ответственность за жизнь и здоровье ученика, за его успешную социализацию, ложится на педагогов. Чтобы работа по профилактике суицидального поведения подростков была эффективной, педагогам необходимо знать о причинах и симптомах такого поведения.

Комплекс профилактических мероприятий по выявлению суицидального поведения среди подростков способствует снижению риска суицидальных попыток.

Алгоритм оказания ребёнку социально-педагогической поддержки включает в себя два этапа:

- 1 этап – выявление детей, нуждающихся в специальной помощи;
- 2 этап – координация и осуществление профилактической и реабилитационной деятельности.

Профилактические функции в работе с обучающимися, находящимися в трудной жизненной ситуации, социальному педагогу помогает осуществлять классный руководитель. Он сообщает сведения о ребенке, о положении дел в семье, так как чаще общается с обучающимися, их родителями и лицами, их заменяющими, с другими родственниками. Классному руководителю совместно с социальным педагогом необходимо своевременно выявлять несовершеннолетних, нуждающихся в помощи, с целью организации индивидуальной профилактической работы регулярно общаться с законными представителями детей, строя свою работу на принципах доверительного, не ущемляющего достоинства общения и соблюдая принцип конфиденциальности полученной информации.

Профилактика суицида среди детей и подростков в образовательном учреждении – это целостный процесс по разрешению выделенной проблемы, который предполагает реализацию комплекса мер как научно-исследовательского, так и организационно-методического характера:

- объединение усилий всех участников образовательного процесса по созданию единой программы помощи детям;
- разработка и внедрение форм и методов работы по преодолению выявленных проблем;
- выработка рекомендаций по психолого-педагогической поддержке ребенка и оказанию помощи педагогам и родителям в решении социально-психологических проблем детства;
- обобщение деятельности различных организаций и ведомств по обучению основным приемам общения, развитию эмпатии, рефлексии, работе по преодолению страхов и барьеров, развитию умения ориентироваться в сложных ситуациях, анализировать мотивы поведения других людей в рамках различных обучающих программ;
- привлечение специалистов для организации помощи ребенку через соответствующие Центры и органы образования;
- широкое использование средств массовой информации.

Ко всем намекам на суицид следует относиться со всей серьезностью. Не может быть никаких сомнений в том, что крик о помощи нуждается в ответной реакции помогающего человека, обладающего уникальной возможностью вмешаться в кризис одиночества.

Профилактика депрессий у подростков является важной для профилактики суицидов. В профилактике депрессий у подростков важную роль играют родители. Как только у подростка отмечается сниженное настроение, и другие признаки депрессивного состояния – необходимо сразу же, немедленно, принять меры для того, чтобы помочь ребенку выйти из этого состояния.

Поскольку причинами суицидов среди подростков являются также и нарушения межличностных отношений в школе, необходимо принять меры по формированию классных коллективов, нормализации стиля общения педагогов с обучающимися, оптимизации учебной деятельности обучающихся, вовлечению обучающихся в социально-значимые виды деятельности, организации школьного самоуправления, формированию установок у детей на самореализацию в социально-одобряемых сферах жизнедеятельности (культуре, спорте, искусстве, науке и др.) [32].

Одним из направлений профилактической работы по предотвращению суицидального поведения у подростков является повышение уровня их самооценки. Такая работа помогает подростку преодолеть неуверенность в себе, побороть свои страхи, повысить самооценку, узнать свои сильные стороны.

Программа по повышению уровня самооценки подростков должна быть основана на следующих принципах:

1. Принцип ценности личности, заключающийся в самоценности каждого участника образовательного процесса.
2. Принцип приоритета личностного развития, когда обучение выступает не как самоцель, а как средство развития личности каждого ребенка.
3. Принцип структурно-динамической целостности.
4. Принцип достаточной ограниченности и адаптированности методик соответственно психологическим особенностям ребенка.
5. Принцип использования комплексности возможностей ребенка в психологическом сопровождении.
6. Принцип индивидуального и дифференцированного подхода в профилактической работе.
7. Принцип непрерывности в осуществлении профилактических мероприятий.
8. Принцип личностно-ориентированного подхода во

взаимодействии с детьми с суицидальным риском в поведение [29].

Можно определить следующие задачи, которые должны быть реализованы в данной программе:

1. Развитие интересов к себе, стремление разобраться в своих поступках, способностях.
2. Развитие чувства собственного достоинства.
3. Развитие навыков личностного общения со сверстниками и способов взаимопонимания.
4. Формирование интереса к другому человеку как к личности.
5. Обучать работать в команде.
6. Сформировать отношение к жизни как к ценности.

Данная программа рассчитана на обучающихся 10-15 лет. Занятия проводятся в групповой форме, продолжительность занятия – 45-60 минут. Каждое занятие проводится в стандартной форме и включает в себя:

- организационный момент (ритуал приветствия, разминочные упражнения);
- основная часть (настрой как подготовка к восприятию нового материала – введение нового содержания);
- подведение итогов (эмоциональное реагирование – осмысление) и ритуал прощания.

Содержание программы представлено в Приложении 1.

Взаимоотношения с обучающимися должны строиться на основе уважения, убеждения, спокойном, доброжелательном тоне общения.

Администрации школ необходимо направить пристальное внимание и установить контроль за стилем общения учителей с обучающимися в целях предотвращения случаев оскорбления, унижения, психологического и физического насилия со стороны педагогов [26].

Таким образом, современный подход к работе по профилактике суицида среди подростков характеризуется усилением традиционных психологических, педагогических, медицинских, правовых и общественных

мер воздействия с помощью использования достижений практической, возрастной и социальной психологии.

Основной акцент профилактики должен ставиться на меры первичной, превентивной профилактики, направленной на поддержание и развитие условий, способствующих сохранению физического, личностного и социального здоровья, и на предупреждение неблагоприятного воздействия на него факторов социальной и природной среды.

3.4 Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних

Современный подход к работе по профилактике суицида среди подростков характеризуется усилением традиционных психологических, педагогических, медицинских, правовых и общественных мер воздействия с помощью использования достижений практической, возрастной и социальной психологии [15].

Предупреждение побуждений к самоубийству и повторных суицидальных попыток у подростков «группы риска» относится к одной из важных задач родителей, воспитателей и социально-психологической службы. Вот некоторые формы профилактики подростковой суицидности [24]:

1. Неукоснительное соблюдение педагогической этики, требований педагогической культуры в повседневной работе каждого воспитателя или учителя.
2. Раннее выявление контингента риска на основе знания его характеристики в целях динамического наблюдения и своевременной психолого-педагогической коррекционной работы.
3. Активный патронаж семей, в которых проживают обучающиеся «группы риска», с оказанием консультативной помощи родителям и психолого-педагогической помощи детям.

4. Неразглашение факторов суицидальных случаев в школьных коллективах.

5. Рассмотрение угрозы самоубийства в качестве признака повышенного суицидального риска.

6. Усиление внимания родителей к порядку хранения лекарственных средств.

7. Проведение при необходимости тактичной консультации подростка с психологом, психотерапевтом, психиатром.

8. Формирование у обучающихся таких понятий, как «ценность человеческой жизни», «цели смысл жизни», а также индивидуальных приемов психологической защиты в сложных жизненных ситуациях.

9. Повышение стрессоустойчивости путем психологической подготовки подростка к сложным и противоречивым реалиям современной жизни, формирование готовности к преодолению ожидаемых трудностей.

10. Психологическая помощь школе, семье и подростку в целях предупреждения или ослабления действия факторов, обуславливающих возникновение психогенных реакций или декомпенсацию имеющихся у школьника нервнопсихических расстройств [7].

При разработке мер профилактики суицидов у детей и подростков нужно иметь в виду:

- граница между истинным и демонстративно-шантажным суицидальным поведением в детском и подростковом возрасте условна. целесообразно все суицидальные мысли, тенденции, попытки ребенка рассматривать как реальную угрозу его жизни и здоровью;

- чем меньше возраст больного, тем острее протекают депрессивные состояния с высокой суицидальной опасностью;

- депрессия сама по себе не содержит суицидальных тенденций. они появляются под действием конфликтных ситуаций, если не приняты адекватные меры профилактики, диагностики и лечения;

- психологические переживания часто переоцениваются подростками и

недооценивается взрослыми;

- в структуре депрессивного состояния есть симптомы, наличие которых должно насторожить окружающих ребенка взрослых;

- при депрессивных состояниях у детей и подростков всегда высок риск повторений, что требует индивидуальной профилактической работы;

- как правило, суицидальные угрозы и намерения реализуются депрессивными детьми и подростками в истинные покушения на самоубийства [9].

При проведении беседы с подростком, размышляющим о суициде, педагогам рекомендуется:

- внимательно слушать собеседника, т.к. подростки часто страдают от одиночества и невозможности излить душу;

- правильно формулировать вопросы, спокойно и доходчиво расспрашивая о сути тревожащей ситуации и о том, какая помощь необходима;

- не выражать удивления услышанным и не осуждать ребенка за любые, даже самые шокирующие высказывания;

- не спорить и не настаивать на том, что его беда ничтожна, что ему живется лучше других; высказывания «у всех есть такие же проблемы» заставляют ребенка ощущать себя еще более ненужным и бесполезным;

- постараться развеять романтически-трагедийный ореол представлений подростка о собственной смерти;

- не предлагать неоправданных утешений, но подчеркнуть временный характер проблемы;

- стремиться вселить в подростка надежду; она должна быть реалистичной и направленной на укрепление его сил и возможностей [12].

Если замечена склонность школьника к самоубийству, следующие советы помогут изменить ситуацию:

1. Внимательно выслушайте подростка, решившегося на самоубийство. Приложите все усилия, чтобы понять проблему, скрытую за

словами [17].

2. Оцените серьезность намерений и чувств ребенка. Если он уже имеет конкретный план самоубийства – ему срочно нужна помощь.

3. Оцените глубину эмоционального кризиса. Замечайте детали. Например, если человек, находившийся в состоянии депрессии, вдруг начинает проявлять бурную деятельность, - это может служить основанием для тревоги [19].

4. Внимательно отнеситесь ко всем, даже самым незначительным обидам и жалобам. Не пренебрегайте ничем из сказанного. Подросток может не давать волю чувствам, скрывая свои проблемы, но в то же время находиться в состоянии глубокой депрессии.

Ситуация проявления суицида как одного из вариантов поведения, может возникнуть у детей и подростков в сложившейся для них экстремальной ситуации. Поэтому профилактическая работа по предотвращению суицидального поведения должна проводиться с данной группой населения не периодически, а на регулярной основе [19].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Анализ психолого-педагогической научной литературы позволил заложить в основу исследования определение суицида как преднамеренного, умышленного лишения себя жизни, самоповреждения со смертельным исходом; суицидального поведения – осознанное стремление покончить с собой.

2. Суицидальное поведение является крайней формой отклоняющегося поведения личности, ее социально-психологической адаптации. Совершаются самоубийства по различным мотивам и поводам, но всегда вытекают из конфликта либо внутри личности, либо личности и окружающей среды, когда индивид не может разрешить такой конфликт иным, более позитивным путем.

3. Анализ источников показал, что суицид включен в обширную систему предметной деятельности, что суицидальное поведение является более широким понятием и помимо суицида включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления.

4. Проблема суицидального поведения одинаково остро стоит перед всеми странами. На данный момент Российская Федерация относится к группе стран с высоким и очень высоким уровнем самоубийств. На сегодняшний день в нашей стране смертность от самоубийств находится на втором месте по распространённости среди внешних причин смерти.

5. По данным Росстата за 2023 г., Приволжский федеральный округ находился на 3 месте по уровню самоубийств среди федеральных округов РФ, уступая первые места Дальневосточному и Сибирскому федеральным округам. Среди субъектов Приволжского федерального округа Пензенская область находится на 4 месте по числу суицидов (18 случаев на 100 тыс. населения). Этот показатель значительно превышает среднее значение по Приволжскому федеральному округу и в целом по России.

6. В Пензенской области за период 2020-2023 гг. наименьшее

количество зарегистрированных случаев суицидального поведения зарегистрировано в 2020 году – 126 случаев. В последующие два года количество суицидов значительно выросло (189 – в 2021 году и 193 – в 2022 году). Однако за последний год число выявленных суицидов снова снизилось, хотя и не достигло уровня 2020 года.

7. На протяжении всего исследуемого периода наибольшее количество суицидов были совершены людьми в возрастной группе 30-55 лет, то есть людьми трудоспособного возраста. Также весьма значительный процент суицидентов находились в возрастной группе 56-70 лет. У людей данных возрастных групп основными причинами самоубийств, помимо депрессии и психических расстройств, могут стать сложные отношения в семье, одиночество, проблемы на работе или ее потеря, а также наличие финансовых проблем.

8. В 2021-2023 гг. в Пензенской области были зарегистрированы случаи суицида среди детей. Процент таких суицидов в общей картине незначительный, но сам факт их наличия является тревожным сигналом, так как дети не видят для себя другого выхода из сложной ситуации. Это требует немедленного вмешательства со стороны взрослых и разработки соответствующих программ и мероприятий по обеспечению безопасности для детей и подростков.

9. Комплекс профилактических мероприятий по выявлению суицидального поведения среди подростков способствует снижению риска суицидальных попыток. Современный подход к работе по профилактике суицида среди подростков характеризуется усилением традиционных психологических, педагогических, медицинских, правовых и общественных мер воздействия с помощью использования достижений практической, возрастной и социальной психологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андронникова О. О. Основные характеристики подростков с самоповреждающим виктимным поведением // Вестник томского государственного педагогического университета. 2014. №9. С.120-126.
2. Андрюхин Н.Г. Обзор российского законодательства в сфере профилактики суицида // Психологические аспекты детского суицида: технологии профилактики: сборник материалов научно-практической конференции. Москва: АНО ЦНПРО, 2013. С. 5-12.
3. Блейхер В.М. Клиническая психопатология. Москва: Издательство Московского социального института. 2012. 512 с.
4. Бойко О.В. Мифология суицида // Журнал социологии и социальной антропологии. 2014. Том VII. №2. С.33
5. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы». URL: <https://sme58.ru>. (дата обращения: 10.01.2024).
6. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. Санкт-Петербург: Союз, 1998. 496 с.
7. Егоров, А. Ю., Игумнов, С. А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. Санкт-Петербург: Речь, 2015. 436 с
8. Ефимова О.И. Особенности социальных установок и ценностных ориентаций подростков и молодежи со склонностью к суицидальному поведению // Современные тенденции развития гуманитарных наук. Материалы Международной научно-практической конференции. Ярославль: издательство «Канцлер», 2013. С.109-120.
9. Ефимова О.И. Профилактика суицидального поведения в образовательных учреждениях России // Практическая психология образования XXI века: развитие личности в образовательном процессе. Сборник научных статей и материалов XII-ой Всероссийской научно-

практической конференции. Коломна, 2014. С.57-60.

10. Зайцева Н.В. Опыт образовательных учреждений России в профилактике детских суицидов // Психологические аспекты детского суицида: технологии профилактики: Сборник материалов международной научно-практической конференции. Москва: АНО «ЦНПРО», 2013. С. 60-63.

11. Зотов М.В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция. Санкт-Петербург, 2013. 315с.

12. Калягина Е.А., Япарова О.Г. Диагностика и профилактика суицидального поведения подростков: учебное пособие. Абакан: Изд-во Хакасского государственного университета им. Н.Ф. Катанова, 2012. 166 с.

13. Кий Н.М. Педагогическая профилактика суицидального поведения подростков: монография. Петропавловск-Камчатский: КамГУ им. В. Беринга, 2012. 219с.

14. Ковалев В.В. Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. Москва, 2011. 184 с.

15. Колосова А.А. О готовности педагога к профилактике детского суицида: опыт и экспериментальное исследование // Психолого-педагогические основания формирования ценности здоровья, культуры здорового и безопасного образа жизни в системе образования: Сборник научно-методических материалов. Москва, 2013. С.141-142.

16. Куркина О.В. Интегративный подход к пониманию феноменологии суицидального поведения подростков. Опыт социально-психологического исследования проблемы суицида // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2012. №8. С.168-172.

17. Лапицкий М.А., Ваулин С.В. Суицидальное поведение. Смоленск: СГМА МЗ РФ, 2012. 156 с.

18. Львова И.Н. Диагностика, профилактика и коррекция суицида // Научное обозрение, 2015. №2. С.129-131

19. Медико-психолого-педагогическое сопровождение в образовательном учреждении повышенного уровня. Ижевск: Изд-во

Удмуртского университета, 2014. 118 с.

20. Моховиков А.Н. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. Москва: Когито-Центр, 2001. 569 с.

21. Новикова Е.В. Профилактика суицидального поведения обучающихся. Методические рекомендации. Уфа: НИМЦ, 2016. 126с.

22. Ньюкомб Н. Развитие личности ребенка. Санкт-Петербург: Питер, 2002. 640 с.

23. Павленок П.Д. Социальная работа с лицами и группами девиантного поведения: учеб. пособие. Москва: Инфра-М, 2012. 185 с.

24. Пилягина, Г.Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения. Киев, 2014. 32 с.

25. Розанова В.А. Перспективы предикции суицидального поведения подростков // Клинико-лабораторный консилиум. 2011. №1. С.35-40.

26. Свищева И.К. Частные технологии социальной работы: учебное пособие. Белгород: ГиК, 2012. 322с.

27. Синягина Н.Ю. Детский суицид: результаты исследования // Психологические аспекты детского суицида: технологии профилактики: Сборник материалов международной научно-практической конференции. Москва: АНО «ЦНПРО», 2013. С. 90-99

28. Соколова Е.Т. Проблема суицида: Клинико-психологический ракурс // Вопросы психологии. 2006. №2. С.66

29. Сорокин П.А. Самоубийство, как общественное явление // Социс. 2013. №2. С.104-114

30. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Пензенской области. URL: <https://58.rosstat.gov.ru> (дата обращения: 17.12.2023).

31. Толстов В.Г. Профилактика и психокоррекция поведения несовершеннолетних групп риска: метод. пособие Сыктывкар: Сыктывкар.

ун-т, 2015. 203 с.

32. Турлыкова И.В. Профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних с опорой на принципы социального партнерства // Психолого-педагогические и социальные проблемы гуманизации пространства детства: Сборник научно-методических материалов. Москва: АНО «ЦНПРО», 2012. С. 239-241.

33. Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru> (дата обращения: 15.10.2023).

34. Юлдашев В.Л. Суицидальное поведение детей и подростков: социально-психологические аспекты. Уфа: БГМУ, 2010. 106 с.

35. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: Монография. Днепропетровск: Пороги, 2006. 472 с.

36. Яковлев Б.П. Аутоагрессия: современные проблемы и тенденции: учебное пособие. Ростов – на-Дону, 2006. с. 67.

Электронные ресурсы:

37. Научно-популярный психологический портал. URL: <https://5psy.ru/obrazovanie/profilaktika-suicida.html>

38. Официальный сайт ФГБОУ ВО МГППУ Сайт Детского телефона доверия ЦЭПП ФГБОУ ВО МГППУ. URL: <http://childhelpline.ru/>

39. Памятка для взрослых. Подростковый суицид. URL: <http://evrika.1class.ru/suicide/>

40. Сайт кризисного психолога. URL: <http://khasminski.ru/articles/>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1 – Содержание программы по повышению уровня самооценки подростков

№	Тема	Цель	Краткое содержание	Материал, инструменты оборудование
1	Вводное (диагностическое) занятие	Сбор информации об уровне сформированности ценностной системы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сообщение цели занятия. 2. Проведение диагностических процедур. 3. Прощание. 	Тексты опросников и бланки ответов (по количеству участников), ручки
2	Я-личность и индивидуальность	Формирование у учащихся способов познания себя.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приветствие. 2. Знакомство с принципами групповой работы. 3. Теоретический материал. 4. Игра «Визитка». 5. Упражнение «Доволен ли я собой?». 6. Упражнение «Контраргументы» 7. Рефлексия, домашнее задание (дневник). 	Лист ватмана, альбомные листы, фломастеры, образцы дневника (по количеству участников), тетрадь.
3	Мои цели как ценности	Осознание целей, дающих человеку смысл жизни, осознание своих целей и стремлений.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приветствие «Здравствуйте, ребята!». 2. Обсуждение домашнего задания. 3. Упражнение «Цели». 4. Упражнение «Мои потребности и окружающий мир». 5. Упражнение «Что было главным в жизни?». 6. Упражнение «Золотая рыбка». 7. Упражнение «Скульптор» 8. Упражнение «Ноутбук». 9. Рефлексия. 	4 листка бумаги и ручка или карандаш, блокнот (на каждого участника), бумага для записей, тетрадь.

4	Время – ценность	Развитие представлений о времени, развитие способности структурировать своё время.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приветствие. Упражнение «Коленвал». Упражнение «Чувство времени». Упражнение «Ваше представления о времени». Упражнение «Цели и дела». Упражнение «Торт» «Время». Заполнение дневника Рефлексия, домашнее задание (заполнение «Карты здоровья»). 	Два круга: один символизирует обычный день на неделе, второй - «идеальный день». (участники могут изготовить их самостоятельно); ручки, тетради, фломастеры, мел, доска, дневники.
5	Я и моё здоровье как ценность	Обучение регулированию своего психического состояния, управлению чувствами.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приветствие. Проверка домашнего задания («Карта здоровья»). Упражнение «Что я знаю и чего не знаю». Упражнение «Рекомендации себе» (написание сочинения). Упражнение «Зажим». Упражнение «Прощание со страхами» Рефлексия, заполнение дневников (цели сохранения здоровья). 	Заполненные таблицы, тетрадь, дневники, металлический таз, огнетушитель.
6	Внеклассное мероприятие, посвященное Дню психического здоровья Акция «Будь здоров!»- выпуск стенгазеты	Развитие активности и инициативы у школьников, умение преподнести свою точку зрения и понять мнение другого человека.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разделение группы участников на инициативные группы (оформители, ответственные за сбор информации). Самостоятельный сбор информации учащимися, запись интервью у сверстников и учителей (в течение недели). Оформление стенгазеты и её презентация (возможен выпуск 2 газет). 	Ватман, фломастеры, цветная бумага, газеты, журналы и др.

7	О ценностях ума и образования	Выработка умения поиска как внутренних, так и внешних ресурсов. Развитие умения планировать позитивный образ своего будущего.	1. Приветствие. Организационный момент. 2. Упражнение «Я в школе». 3. Упражнение «Умные слова». 4. Упражнение «Я сам». 5. Упражнение «На пне в лесу». 6. Работа с ноутбуком. 7. Рефлексия.	Бумага для рисования (на каждого участника), фломастеры, ватманы форматом А3 (3-4 штуки), толковые словари (3-4), карточки с ситуациями для игры № 5.
8	Творчество как ценность	Формирование авторского отношения к собственной жизни, к своему социальному и природному окружению.	1. Приветствие. 2. Упражнение «Волшебная подушка». 3. Упражнение «Дотянись до звезд». 4. Упражнение «Мой запас прочности». 5. Игра «Наблюдатель». 6. Упражнение «Рецепт счастья» 7. Рефлексия работа с дневником, домашнее задание «Личная профессиональная перспектива».	Подушка небольшая, тест к упражнению «Мой запас прочности», бумага для записей, дневники, схема для заполнения дома «Личная профессиональная перспектива».
9	Профессия как ценность	Определение предпочтительного типа будущей профессии, развитие умения планировать позитивный образ своего будущего.	1. Приветствие 2. Игра «Пришельцы» 3. Оценка и обсуждение выполнения домашнего задания. 4. Упражнение «Ловушки-капканчики». 5. Упражнение «Моя будущая профессия и окружающий мир» 6. Рефлексия.	Бумага для записей, ручки, тесты для упражнения № 5, плакат с указанием типов профессий.
10	Успех как ценность	Выработка алгоритма создания ситуации успеха. Формирование адекватной самооценки, установление гармоничных отношений между своими желаниями и возможностями.	1. Приветствие, организационный момент. 2. Ролевая игра «Хочу» и «Надо». 3. Упражнение «Ресурсы для достижения». 4. Упражнение «Гибкость». 5. Игра «Предлагаю-выбираю». 6. Упражнение «Что нас объединяет?» 7. Рефлексия.	Карточки для игры № 2, бумага для рисования, ручки, карточки для игры № 5, мяч.

11	Досуговое мероприятие-встреча с успешным человеком (спортсмен параолимпийец и т.п.)	Закрепление полученных знаний. Формирование ценностного отношения к здоровью и к успеху, понимания неограниченности потенциала человека.	1. Оформление пригласительного письма. 2. Подготовка слайдовой презентации о главном герое встречи, составление примерного перечня вопросов. 3. Проведение встречи: знакомство; демонстрация слайдовой презентации; беседа с учащимися; прощание, проводы посетителя; обсуждение впечатлений от встречи.	Медиа-проектор, электронный носитель, фотоаппарат, видеокамера.
12	Жизнь как ценность	Осознание ценности понятия «жизнь», собственных жизненных ценностей. Развитие адаптивных способностей.	1. Приветствие. 2. Упражнение «Советы в кругу» 3. Упражнение «Галактика моей жизни». 4. Упражнение «Линия жизни». 5. Работа с притчей «Мудрец и молодой человек». 6. Рефлексия, заполнение дневника.	Бумага для записей, рисования, фломастеры, дневники, ручки.
13	Досуговое мероприятие – круглый стол с представителями различных конфессий (православие, ислам, иудаизм)	Формирование представления о ценности жизни с точки зрения различных конфессий.	<ul style="list-style-type: none"> Предварительная работа: - Выборка высказываний о ценностях жизни из Библии, Талмута, Корана. Подготовка слайдовой презентации. Составление перечня примерных вопросов. План. 1. Приветствие. 2. Демонстрация слайдовой презентации. 3. Комментарии служителей культа по поводу собранной учениками информации. 4. Беседа по интересующим школьников вопросам. 5. Прощание. 6. Обсуждение прошедшего мероприятия.	Медиа-проектор, электронный носитель, фотоаппарат, видеокамера, подготовленное помещение (возможно, актовый зал).
14	Итоговое занятие	Систематизировать, обобщить полученные знания, закрепить навыки самоанализа, продолжать обучение оцениванию своих личных качеств.	Приветствие. Упражнение «Чемодан в дорогу». Упражнение «Недописанные предложения». Создание индивидуальных коллажей «Мои ценности». Рефлексия, работа с ноутбуком.	Бумага для записей, ручки, журналы, газеты, клей, фломастеры (для каждого участника занятия), ноутбуки-блокноты.

15	Семья как ценность	Осознание ценности понятия «семья». Помощь в установлении взаимопонимания с родителями.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приветствие, организационный момент. 2. Упражнение «Три имени». 3. Упражнение «Что человеку дано?». 4. Упражнение «Моя семья». 5. Игра «Магазин одной покупки». 6. Рефлексия. 	Листы бумаги (3 карточки на каждого участника), ручка, карточки для игры «Магазин одной покупки», бумага для рисования (упражнение № 4).
16	Общение как ценность	Формирование убеждения: «Другой – это ценность». Гармонизация общения.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приветствие. 2. Упражнение «Волшебная подушка». 3. Упражнение «Всеобщее внимание». 4. Упражнение «Конфликтная ли Вы личность?». 5. Ролевая игра «Преувеличение или полное изменение поведения». 6. Рефлексия, заполнение дневника. 	Небольшая подушка, тест для упражнения № 4 (по количеству участников), дневники.
17	Досуговое мероприятие – встреча с представителем службы телефона доверия.	Предоставление подросткам информации об анонимной службе помощи. Сформировать доверительное отношение к специалистам, оказывающим психологическую помощь.	<p>Предварительная работа:</p> <ul style="list-style-type: none"> • просвещение подростков (распространение памяток, вывешивание плакатов о службах экстренной помощи несовершеннолетним). • подготовка перечня примерных вопросов. <p>План:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рассказ представителя службы экстренной помощи (возможно использование слайдовой презентации). 2. Беседа с учащимися с использованием заготовленного перечня вопросов. 3. Ролевая игра «Консультирование по телефону» (в роли консультанта желающие подростки). 4. Подведение итогов, рефлексия. 	Медиа-проектор, электронный носитель, фотоаппарат, видеокамера, подготовленное помещение (возможно, актовый зал).