

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Красноярский государственный педагогический университет
им. В.П. Астафьева»**
(КГПУ им. В.П. Астафьева)
Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра специальной психологии

Крапетуз Анастасия Андреевна
МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ

Направление подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование
Направленность (профиль) образовательной программы
Психолого-педагогическая коррекция нарушения развития детей

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:

Заведующий кафедрой
доктор психол. наук, доцент Е.А. Черенева
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

28.11.2025 Е.А. Черенева
(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы
канд. психол. наук, доцент Н.Ю. Верхотурова
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

28.11.2025 Н.Ю. Верхотурова
(дата, подпись)

Научный руководитель
канд. психол. наук, доцент Н.Б. Иванова
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

28.11.2025 Н.Б. Иванова
(дата, подпись)

Обучающийся А.А. Крапетуз
(фамилия, инициалы)

28.11.2025 А.А. Крапетуз
(дата, подпись)

Красноярск, 2025

РЕФЕРАТ

Структура магистерской диссертации: выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, библиографии в количестве 99 источников, приложения. Текст работы изложен на 115 страницах и проиллюстрирован на 14 рисунках и в 14 таблицах.

Цель исследования: разработать и апробировать на практике психологическую программу профилактики суицидального поведения подростков группы риска.

Задачи:

1. Изучить психолого-педагогическую литературу по теме исследования;
2. Провести эмпирическое исследование и выявить особенности суицидального поведения подростков группы риска.
3. Разработать и апробировать программу психопрофилактики суицидального поведения подростков старшего школьного возраста, оценить ее эффективность.

Объект исследования: подростки с суицидальным поведением.

Предмет исследования: психологическая программа профилактики суицидального поведения среди подростков старшего школьного возраста.

Гипотеза исследования: мы полагаем, что реализация разработанной нами комплексной психологической программы профилактики суицидального поведения будет способствовать снижению уровня суицидальных рисков и формированию устойчивых механизмов психологической защиты у подростков старшего школьного возраста с суицидальным поведением.

Методы исследования. Для реализации целей и поставленных задач были использованы следующие методы исследования:

- теоретические (анализ психолого–педагогической литературы по проблеме исследования);
- эмпирические методы (эксперимент);
- методы количественной, качественной обработки данных и интерпретационные методы.

В психологическом исследовании применялись следующие **методики**:

1. Опросник Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности»;
2. «Шкала депрессии Бека» для подростков (BDI-A). А.Т. Бек;
3. «Опросник суицидального риска». А. Г. Шмелев, модификация Т. Н. Разуваевой.

Теоретической основой явились: труды отечественных и зарубежных ученых в области суицидального поведения. Классические работы в области психологии и философии суицидального поведения представлены трудами Фома Аквинского и Фридриха Ницше. О развитии клинико-психологического подхода говорили З. Фрейд и Ж.-Э. Эскироль. Современные теоретические концепции представлены исследованиями Томаса Брауна, Б. Л. Фредриксон, Т. Джойнера и К. Р. Снайдера, E. Stengel, H. G. Morgan, R. W. Maris, M. M. Silverman, Raposo S. и Oude Voshaar R.. Особую значимость представляют работы Beck A. в области когнитивной терапии.

Отечественная суицидология опирается на работы Амбрумовой А. Г., Шустова Д. И. и Разводовского Ю. Е.

Новизна исследования: заключается в разработке психологической программы по психологической профилактики суицидального поведения подростков.

Теоретическая значимость исследования: нами были получены более глубокие и обширные знания о суицидальном поведении среди подростков старшего школьного возраста. Представленные в работе материалы позволяют расширить, систематизировать и обобщить представления по проблеме изучения суицидального поведения подростков.

Практическая значимость исследования: представленные в эмпирической части исследования количественные данные о характерных чертах суицидального поведения подростков могут быть использованы в работе психологов и педагогов различных типов школ, реабилитационных центров помощи людям с суицидальным поведением.

База исследования: В эмпирическом исследовании суицидального поведения подростков приняли участия 10 учащихся в возрасте 14 – 15 лет (8 класс).

Этапы проведения исследования. Исследование проводилось в период с октября 2023 по октябрь 2025 года и включало в себя следующие этапы:

1. Аналитический (октябрь 2023 г. – май 2024 г.). Проводился поиск, выбор и анализ психологической и специальной литературы по проблеме исследования. Были выделены цели и задачи работы, ее теоретические и методологические основы, определены объект и предмет исследования. Написание первой главы работы.

2. Экспериментальный (сентябрь 2024 г. – апрель 2025 г.). Был проведен констатирующий эксперимент, проанализированы и описаны его результаты, на основе которых была разработана и реализована психологическая программа профилактики суицидального поведения среди подростков старшего школьного возраста. Далее был проведен контрольный этап эксперимента. Была выполнена работа по определению эффективности проведенной психологической программы профилактики суицида среди подростков старшего школьного возраста.

3. Заключительно-обобщающий (май 2025 г. – октябрь 2025 г.). Систематизировались и обобщались результаты исследовательской работы. Оформление текста работы.

Сведения об апробации результатов исследования: Результаты диссертационного исследования прошли апробацию посредством публикации научной статьи в рецензируемом сборнике материалов международной конференции.

1. Крапетуз А.А. Исследование факторов риска и предикторов суицидального поведения подростков. Актуальные проблемы психолого-педагогических исследований. // Сборник статей Международной студенческой научно-практической конференции. Нижний Тагил, 2024. – С. 225–230.

2. Крапетуз А.А. Концепции и различные подходы к определению и оценке суицидального поведения. Педагогика и психология развития личностного потенциала: современные практики // Сборник статей «Молодёжь и наука XXI века. Красноярск, электронное издание, 2024, С. 172-174.

ABSTRACT

The structure of the master's thesis: the final thesis consists of an introduction, three chapters, a conclusion, a bibliography of 99 sources, and an appendix. The text of the paper is presented on 115 pages and illustrated in 14 figures and 14 tables.

The purpose of the study: to develop and test in practice a psychological program for the prevention of suicidal behavior in adolescents at risk.

Tasks:

1. To study the psychological and pedagogical literature on the research topic;
2. To conduct an empirical study and identify the features of suicidal behavior of adolescents at risk\$
3. To develop and test a program of psychoprophylaxis of suicidal behavior of adolescents of senior school age, to evaluate its effectiveness.

The object of the study: adolescents with suicidal behavior.

Subject of the study: psychological program for the prevention of suicidal behavior among adolescents of senior school age.

Research hypothesis: we believe that the implementation of a comprehensive psychological program for the prevention of suicidal behavior developed by us will help reduce the level of suicidal risks and form stable psychological defense mechanisms among high school-age adolescents with suicidal behavior.

Research Methods Used. The following research methods were used to achieve the goals and objectives:

- theoretical (analysis of psychological and pedagogical literature on the research problem);
- empirical methods (experiment);
- methods of quantitative and qualitative data processing and interpretative methods.

The following methods were used in psychological **research**:

1. G. Eysenck's questionnaire "Self-assessment of mental states of personality";
2. The Beck Depression Scale for Adolescents (BDI-A). A.T. Beck;
3. "Suicide risk Questionnaire" by A. G. Shmelev, modified by T. N.

Razuvaeva.

The theoretical basis. The works of domestic and foreign scientists in the field of suicidal behavior. Classical works in the field of psychology and philosophy of suicidal behavior are represented by the works of Thomas Aquinas and Friedrich Nietzsche. The development of the clinical and psychological approach was discussed by Z. Freud and J.-E. Esquirol. Modern theoretical concepts are represented by the research of Thomas Brown, B. L. Fredrickson, T. Joyner and K. R. Snyder, E. Stengel, H. G. Morgan, R. W. Maris, M. M. Silverman, Raposo S. and Oude Voshaar R.. Of particular importance are the works of Beck A. in the field of cognitive therapy.

Russian suicidology is based on the work of A. G. Ambrumova, D. I. Shustov and Y. E. Razvedovsky.

Novelty of the Research: The aim is to develop a psychological program for the psychological prevention of suicidal behavior in adolescents.

Theoretical Significance of the Research: We have gained deeper and more extensive knowledge about suicidal behavior among adolescents of high school age. The materials presented in the paper make it possible to expand, systematize and summarize ideas on the problem of studying suicidal behavior in adolescents.

The practical significance of the Research: the quantitative data presented in the empirical part of the study on the characteristic features of suicidal behavior in adolescents can be used in the work of psychologists and teachers of various types of schools, rehabilitation centers for people with suicidal behavior.

Research Base. An empirical study of suicidal behavior of adolescents was conducted on the basis of the MAOU Secondary School "Pokrovsky Complex". The study involved 10 students aged 14-15 years (8th grade).

Stages of the research. The study was conducted between October 2023 and October 2025 and included the following steps:

1. Analytical (October 2023 – May 2024). A search, selection and analysis of psychological and specialized literature on the research problem was carried out. The goals and objectives of the work, its theoretical and methodological foundations, and the object and subject of the study were identified. Writing the first chapter of the work.

2. Experimental (September 2024 – April 2025). A ascertaining experiment was conducted, its results were analyzed and described, on the basis of which a psychological program for the prevention of suicidal behavior among adolescents of senior school age was developed and implemented. Next, a control stage of the experiment was conducted. Work was carried out to determine the effectiveness of the conducted psychological suicide prevention program among adolescents of senior school age.

3. Final summary (May 2025 - October 2025). The results of the research work were systematized and summarized. The design of the text of the work.

Information about the approbation of research results: The results of the dissertation research were tested through the publication of a scientific article in the peer-reviewed proceedings of the international conference.

1. Krapetuz A.A. Investigation of risk factors and predictors of suicidal behavior in adolescents. Actual problems of psychological and pedagogical research. // Collection of articles of the International Student Scientific and Practical Conference. Nizhny Tagil, 2024, pp. 225-230.

2. Krapetuz A.A. Concepts and various approaches to the definition and assessment of suicidal behavior. Pedagogy and psychology of personal potential development: modern practices // Collection of articles "Youth and science of the XXI century. Krasnoyarsk, electronic edition, 2024, pp. 172-174.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИЗУЧЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ.....	11
1.1. Понятие и этиология суицидального поведения.....	11
1.2 Особенности суицидального поведения подростков.....	20
1.3. Методы предупреждения и коррекции суицидального поведения подростков.....	37
Выводы по I главе.....	51
ГЛАВА II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ.....	55
2.1 Организация и методика проведения исследования появления суицидального поведения среди подростков.....	55
2.2 Анализ результатов констатирующего этапа эксперимента.....	57
Выводы по II главе.....	71
ГЛАВА III. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЯВЛЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.....	73
3.1 Теоретические основы формирующего эксперимента.....	73
3.2 Содержание программы психологической профилактики появления суицидального поведения подростков группы риска.....	74
3.3 Контрольный эксперимент и его анализ.....	85
Выводы по III главе.....	100
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	102
БИБЛИОГРАФИЯ.....	106
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	114

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования: в настоящее время суицидальное поведение среди подростков является серьезной и актуальной проблемой, требующей пристального внимания и глубокого исследования. Статистика показывает, что количество случаев суицида среди подростков в нашей стране в течение последних десятилетий остается высоким. Это проблема, которая затрагивает не только самих пострадавших подростков, но и их семьи, друзей, и общество в целом. Поэтому так важно не оставлять без внимания данную тему, а подробно изучить факторы, влияющие на суицидальное поведение подростков. Это позволит более эффективно разработать методы раннего выявления, помощи и профилактики.

Проблему суицидального поведения среди несовершеннолетних, характеризующийся большим числом как завершённых случаев, так и попыток самоубийства, изучали множество исследователей из различных областей науки. Фундаментальный вклад в изучение данного феномена внесли ведущие специалисты в области социологии, психологии, психиатрии и суицидологии. Среди них особое место занимают работы А. Г. Амбрумовой (1986, 1994), Ю. В. Попова (2005, 2011), В. В. Нечипоренко (2005, 2007), В. Ф. Войцеха (2008). Существенный вклад в развитие проблематики внесли и зарубежные исследователи: Л. Стоун (2014), Д. Раделофф (2015), а также Э. Чиж и К. Кинг (2015).

Подростковый возраст характеризуется значительными физиологическими и психологическими изменениями: резкие изменения в организме из-за гормональной перестройки, которые сильно сказываются на поведении. Подростки становятся раздражительными, конфликтными, с одной стороны, а с другой плаксивыми и закрытыми. Они импульсивны и потеряны. С учетом быстрого развития современных технологий и изменения

в социальной среде, подростки подвергаются новым видам стресса и давления, что также может влиять на их психическое состояние и поведение.

Анализ воздействия социальных медиа- и онлайн активности на психическое состояние и самооценку подростков также выявил возможные связи с суицидальным поведением: игры, социальные сети и смартфоны могут разрушающе влиять на психическое здоровье и спровоцировать зависимость среди подростков. Особое внимание заслуживает публичность акта суицида в СМИ и социальных сетях, моделирующего поведения у подростков.

Негативные отражения на психическом здоровье подростка были выявлены при исследовании влияния культурных стереотипов, уровня экономического развития, образцов поведения, принятых стандартов и ценностей. Важнейшее значение имеют семейные отношения: качество общения, эмоциональная поддержка и принятие ребёнка. Не мало важную роль играет школьная среда – отношения со сверстниками и учителями, успеваемость. К развитию суицидальных наклонностей также могут приводить травмирующие события: насилие, потеря близких, эмоциональное давление. Свое влияние оказывают культурные и религиозные нормы, общественные стереотипы. Все эти факторы могут действовать как вместе, так и по отдельности.

Изучение представленных факторов риска суицидального поведения у подростков имеет высокую значимость как в социальном, так и в медицинском аспекте. Понимание этих факторов позволит разработать более эффективные стратегии выявления, помощи и профилактики подростков, находящихся в «группе риска», а также позволит повысить эффективность работы специалистов в области психологии, социальной работы, психотерапии и психиатрии.

Таким образом, изучение данной темы является актуальным и важным для разработки мер по профилактике суицидального поведения среди подростков и оказанию им необходимой помощи.

Цель исследования: разработать и апробировать на практике психологическую программу профилактики суицидального поведения подростков группы риска.

Объект исследования – подростки с суицидальным поведением.

Предмет исследования – психологическая программа профилактики суицидального поведения среди подростков старшего школьного возраста.

Задачи:

1. Изучить психолого-педагогическую литературу по теме исследования;
2. Провести эмпирическое исследование и выявить особенности суицидального поведения подростков группы риска.
3. Разработать и апробировать программу психопрофилактики суицидального поведения подростков старшего школьного возраста, оценить ее эффективность.

Гипотеза исследования: мы полагаем, что реализация разработанной нами комплексной психологической программы профилактики суицидального поведения будет способствовать снижению уровня суицидальных рисков и формированию устойчивых механизмов психологической защиты у подростков старшего школьного возраста с суицидальным поведением.

Теоретической основой исследования стали труды отечественных и зарубежных ученых в области суицидального поведения. Классические работы в области психологии и философии суицидального поведения представлены трудами Фома Аквинского и Фридриха Ницше. О развитии клинико-психологического подхода говорили З. Фрейд и Ж.-Э. Эскироль. Современные теоретические концепции представлены исследованиями Томаса Брауна, Б. Л. Фредриксон, Т. Джойнера и К. Р. Снайдера, E. Stengel,

H. G. Morgan, R. W. Maris, M. M. Silverman, Raposo S. и Oude Voshaar R.. Особую значимость представляют работы Beck A. в области когнитивной терапии.

Отечественная суицидология опирается на работы Амбрумовой А. Г., Шустова Д. И. и Разводовского Ю. Е.

Методологическая база исследования сформирована на основе трудов в области психологии развития и кризисных состояний (Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., Личко А. Е., Старшенбаум Г. В., Разуваева Т. Н., Ф. Е. Василук, В. Е. Рожнов), что позволило комплексно подойти к изучению суицидального поведения подростков.

В рамках исследования были использованы такие методы, как анализ психолого-педагогической литературы. Для диагностики и выявления суицидального поведения используются различные **методы**: наблюдение, тестирование, беседа.

В процессе исследования использовались следующие **психодиагностические методики** оценки суицидального риска:

1. Опросник Г. Айзенка «Самооценка психических состояний личности» (1988) [12];
2. «Шкала депрессии Бека» для подростков (BDI-A). А.Т. Бек (1961) [43];
3. «Опросник суицидального риска». А. Г. Шмелев (1992); модификация Т. Н. Разуваевой (1993) [20].

Теоретическая значимость: во время работы над данным исследованием нами были получены более глубокие и обширные знания о суицидальном поведении среди подростков старшего школьного возраста. Представленные в работе материалы позволяют расширить, систематизировать и обобщить представления по проблеме изучения суицидального поведения подростков.

Практической значимостью исследования является то, что представленные в эмпирической части исследования количественные данные о характерных чертах суицидального поведения подростков могут быть использованы в работе психологов и педагогов различных типов школ, реабилитационных центров помощи людям с суицидальным поведением.

Этапы проведения исследования:

1. Аналитический (октябрь 2023 г. – май 2024 г.). Проводился поиск, выбор и анализ психологической и специальной литературы по проблеме исследования. Были выделены цели и задачи работы, ее теоретические и методологические основы, определены объект и предмет исследования. Написание первой главы работы.

2. Экспериментальный (сентябрь 2024 г. – апрель 2025 г.). Был проведен констатирующий эксперимент, проанализированы и описаны его результаты, на основе которых была разработана и реализована психологическая программа профилактики суицидального поведения среди подростков старшего школьного возраста. Далее был проведен контрольный этап эксперимента. Была выполнена работа по определению эффективности проведенной психологической программы профилактики суицида среди подростков старшего школьного возраста.

3. Заключительно-обобщающий (май 2025 г. – октябрь 2025 г.). Систематизировались и обобщались результаты исследовательской работы. Оформление текста работы.

Апробация магистерской диссертации:

Результаты диссертационного исследования прошли апробацию посредством публикации научной статьи в рецензируемом сборнике материалов международной конференции.

1. Крапетуз А.А. Исследование факторов риска и предикторов суицидального поведения подростков. Актуальные проблемы психолого-педагогических исследований. // Сборник статей Международной

студенческой научно-практической конференции. Нижний Тагил, 2024. – С. 225–230.

2. Крапетуз А.А. Концепции и различные подходы к определению и оценке суицидального поведения. Педагогика и психология развития личностного потенциала: современные практики // Сборник статей «Молодёжь и наука XXI века. Красноярск, электронное издание, 2024, С. 172-174.

Структура магистерской диссертации: выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, библиографии в количестве 99 источников, приложения. Текст работы изложен на 115 страницах и проиллюстрирован на 14 рисунках и в 14 таблицах.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИЗУЧЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ

1.1. Понятие и этиология суицидального поведения

Проблема суицидального поведения и актов преднамеренного лишения себя в жизни занимала умы философов, социологов, психологов и психиатров за несколько веков до нашего времени. Томас Браун, Фома Аквинский, Фридрих Ницше, Ж.-Э. Эскироль, З. Фрейд, E. Stengel, H. G. Morgan, R. W. Maris и другие ученые от периода нового времени до конца 20-го века посвятили не один труд теме самоубийства.

Анализируя литературу, сложно сказать, когда и кто первый стал использовать термин «суицид». Но все же большинство ученых склоняются к тому, что история термина «суицид» берёт своё начало в 1641 году, когда английский врач и философ Томас Браун впервые использовал его в своём философском трактате «Религия врача» (*Religio Medici*). Примечательно, что данное произведение не затрагивало напрямую вопросы психологии самоубийства – автор размышлял о религии, алхимии и астрологии. Благодаря этому упоминанию термин получил широкое распространение и уже в 1656 году был включён в авторитетный английский словарь «*Blount's Glossographia*». Спустя почти век, в 1762 году, понятие вошло в словарь Французской академии. В России аналогичный термин – «самоубийство» – появился значительно позже. Первое документальное упоминание датируется 1704 годом и содержится в «Лексиконе треязычном», составленном наставником славяно-греко-латинской школы Ф. П. Орловым [68].

Несмотря на появление термина «суицид» в ученом сообществе использовался он довольно редко. Вместо него говорили «самоуничтожение», что вызывало общественное осуждение в сторону совершившего акт суицида из-за значительного влияния религии на жизнь людей. Изменения начались примерно только в конце 19-го века, когда в мире начался переход к

индустриализации и стала активно развиваться наука, которая должна была дать ответы на все интересующие людей вопросы. На данном этапе сформировалось новое мнение о суициде и о самих самоубийствах. Теперь лишение себя в жизни рассматривалось с разных сторон, а не только как грех. Многие ученые склонялись к мнению о том, что самоубийство это следствие развития психических расстройств или негативного влияния социальных аспектов.

Французский психиатр Ж.-Э. Эскироль в своих работах высказывал мнение о том, что самоубийство человек совершает из-за наличия у него психических расстройств, влияние которых нарушает нормальное течение реакций в организме. З.Фрейд определял самоубийство, как «убийство наоборот» [93]. Ж. Лакан рассматривал суицид, как переизбыток накопившейся агрессии без возможности выплеснуть ее на кого-то извне, поэтому единственным выходом становится самоуничтожение [60].

Значительный прорыв в понимании феномена самоубийства произошел в 1988 году, когда были определены операциональные критерии для его диагностики. Основными показателями стали: наступление летального исхода вследствие самоповреждения, факт совершения самоповреждающих действий и наличие реального намерения лишить себя жизни. На базе этих критериев сформировалось определение суицида как смерти, наступившей в результате умышленного причинения себе вреда. Установление данных критериев позволило исследователям осознать неоднородность феномена суицидального поведения и разработать дополнительные классификационные признаки. Они базируются на двух ключевых концепциях: самоповреждения (добровольного нанесения себе телесных повреждений) и намеренности (прямых или косвенных доказательств осознанного решения о самоубийстве). Современные исследования в области суицидологии значительно расширили понимание данного феномена, особое внимание уделяя превентивным мерам и раннему выявлению суицидальных тенденций. Важным открытием стало

понимание того, что суицидальное поведение часто является результатом комплексного взаимодействия психологических, социальных и биологических факторов.

Несмотря на общие фундаментальные основы, авторы по-разному рассматривали данный феномен на основе различных категорий суицидентов. Так, были разработаны десятки отличающиеся друг от друга классификаций суицидального поведения [68].

Наиболее целостной представляется классификация 2007 года, собранная М. М. Silverman. В ней автор выделяет несколько категорий: суицидальные мысли, суицидальное поведение, суицидальная коммуникация), внутри которых раскрываются различные типы данных, проявляющиеся, в той или иной степени. Это помогает лучше оценить риск суицида индивида.

Суицидальное поведение также внесено в классификацию МКБ-10 и представлено несколькими блоками. Это «Внешние причины заболеваемости и смертности» (V01–Y98) и «Преднамеренное самоповреждение» (X60–X84). Второй блок наиболее нам интересен, т.к. содержит в себе множество причин как преднамеренного самоповреждения, так и сами суицидальные попытки.

Представленные выше классификации не отражают всей картины исследований феномена суицида. Множество ученых из разных сфер параллельно (и позднее) с разработкой классификаций создавали концепции, определяли механизмы появления и протекания суицидального поведения.

Так, в процессе развития суицидологии значительный вклад в понимание механизмов суицидального поведения внесли исследования Б. Л. Фредриксона (2001) и Т. Джойнера (2002). Учёные сосредоточились на изучении роли позитивных эмоций в формировании суицидальных наклонностей, что позволило расширить представления о психологических факторах, влияющих на развитие такого поведения [27]. В. Л. Fredrickson описал концепцию расширения и построения благоприятных эмоций, которая

влияет на возникновение суицидальных попыток, как акта нормальной реакции на проживание негативных, разрушающих эмоций. Такая реакция носит адаптивный характер. Для решения проблемы преодоления тяжёлых эмоциональных состояний, специалисты разработали специальную обучающую программу. Её цель – научить человека испытывать позитивные эмоции и сформировать устойчивую систему защиты от стресса. Программа построена на создании замкнутого цикла: позитивные мысли порождают конструктивные действия, которые, в свою очередь, приводят к положительным эмоциям. Этот механизм создаёт самоподдерживающуюся цепочку, помогающую справляться с негативными переживаниями.

Концепция надежды, разработанная К. Р. Снайдером в 1994 году, раскрывает ключевые аспекты формирования этого психологического феномена и его значение в развитии личности [68]. Согласно автору, процесс возникновения надежды начинается с планирования деятельности и постановки целей, постепенно перерастая в уверенность и веру в возможность достижения желаемого. Данная концепция подчёркивает значимость позитивных ожиданий относительно будущего и их роль в становлении надежды как личностной характеристики. Снайдер отмечает двойственную природу надежды: она может выступать как устойчивая черта характера, так и временное состояние, что демонстрирует её динамический характер. Особую ценность представляет положение о том, что надежду можно развивать и тренировать. Это открытие стало основой для создания терапевтических подходов к работе с суицидальным поведением, где развитие навыков формирования надежды выступает в качестве проактивного защитного механизма. Данный подход получил развитие в исследованиях П. К. Грювал и Дж. Э. Портер (2007).

В современной психиатрии продолжает быть устойчивым утверждение о связи суицидального поведения с аффективными расстройствами. Наблюдается, что расстройства настроения, особенно при наличии

тревожных симптомов на ранних стадиях заболевания, увеличивают риск суицида (Himmelhoch J. M., 1987; Maris R. W., 2002; Hawton K., 2003), и несмотря на улучшение состояния, суицидальные наклонности могут сохраняться на протяжении всего заболевания, даже при ослаблении симптомов. (Fawcett J., 1990) [68].

В зависимости от вида психического заболевания характеристики суицидального поведения видоизменяются. Характеристики суицидального поведения существенно различаются в зависимости от типа психического расстройства. У пациентов с заболеваниями шизофренического спектра суицидальные действия обычно обусловлены комплексом тяжёлых переживаний, включающим чувство безысходности, эмоциональное истощение, страх распада личности, отчаяние и неудовлетворённость результатами лечения.

Исследователи отмечают определённую закономерность в возникновении суицидальных действий у таких пациентов. В период ремиссии или при депрессивном настроении риск самоубийства возрастает. В острой фазе болезни суицидальное поведение чаще всего связано с проявлениями депрессивно-параноидного и параноидного синдромов. Эти особенности были подробно изучены специалистами в области психиатрии и суицидологии.

В качестве суицидоопасных диагнозов также выделяют тревожные расстройства (Raposo S., 2014; Oude Voshaar R., 2015); расстройства пищевого поведения (Fen- nig S., Hadas A., 2010; Zerwas S., 2015) адаптационные расстройства и реакции на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство (Амбрумова А. Г., 1983; Madsen T., 2014), злоупотребление психоактивными веществами (Шустов Д. И., 2004; Разводовский Ю. Е., 2008; Cherpitel C. J., 2004) [68]. Эти взаимосвязи были подтверждены многочисленными исследованиями специалистов в области психиатрии. Однако важно отметить, что уже в конце XIX века было сформировано

понимание: суицидальное поведение не всегда напрямую связано с наличием психического заболевания и не зависит исключительно от тяжести патологии. Это открытие существенно расширило представления о природе суицидальных тенденций и их детерминантах.

В отечественной психологической науке особое место занимает концепция суицидального поведения, разработанная А. Г. Амбрумовой в 1978 году [1]. В основе её теории лежит представление о том, что суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации личности, которая развивается на фоне микросоциального конфликта. Проведённое автором статистическое исследование позволило выявить интересную закономерность в структуре лиц, склонных к суицидальному поведению. Согласно полученным данным, среди них 20% составляют пациенты с диагностированными психическими заболеваниями. Значительно большую группу – 65% – представляют люди с различными формами лёгких психических нарушений, включая акцентуации характера и пограничные расстройства. Примечательно, что 15% от общего числа лиц с суицидальным поведением составляют психически здоровые люди, что подчёркивает многогранность данного феномена и сложность его понимания исключительно через призму психиатрического подхода.

Суицидальное поведение, согласно данной концепции, представляет собой особую форму поведенческой реакции человека на стрессовые ситуации, которая может проявляться как при сохранении психической нормы, так и на фоне различных заболеваний [1]. При этом у всех людей с суицидальными тенденциями, независимо от их диагноза, можно обнаружить признаки социально-психологической дезадаптации. Эта реакция не является изолированным явлением, а представляет собой сложный многоуровневый процесс, включающий различные стадии развития суицидальных намерений. В её основе часто лежат глубинные психологические конфликты,

неспособность адекватно справляться с жизненными трудностями и отсутствие эффективных механизмов психологической защиты.

Современные исследования дополняют эту концепцию, показывая, что социально-психологическая дезадаптация проявляется через нарушение межличностных отношений, проблемы с самовосприятием, трудности в профессиональной реализации и неспособность адаптироваться к изменениям. Особую роль в формировании суицидального поведения играют когнитивные искажения, эмоциональная нестабильность, отсутствие социальной поддержки и травматический опыт прошлого. Важно понимать, что наличие суицидальных тенденций не всегда приводит к реализации суицидального акта. Своевременная психологическая помощь, создание поддерживающей среды и развитие навыков совладания со стрессом могут существенно снизить риск. Современные подходы к профилактике акцентируют внимание на необходимости комплексного воздействия, включающего индивидуальную работу с личностью и работу с социальным окружением человека [8].

Следует отметить, что, несмотря на полноту изложенных в концепции взглядов относительно дезадаптации личности и роли конфликта в формировании суицидальных тенденций, она всё же не полностью учитывает биологические аспекты суицидального поведения, которые в рамках современного биопсихосоциального подхода являются ключевыми. Современные исследования показывают, что генетическая предрасположенность, нейрохимические особенности и гормональный фон играют существенную роль в формировании суицидального поведения. Например, исследования уровня серотонина и других нейромедиаторов часто демонстрируют существенные отклонения у лиц с суицидальными тенденциями.

В связи с этим Л. Н. Юрьева в 2006 году выдвинула гипотезу о том, что стрессовые факторы, связанные с личной жизнью и проявляющиеся через

различные конфликты, не являются прямой причиной суицидальных действий [46]. По её мнению, такие стрессоры носят преимущественно внешний и случайный характер, не являясь непосредственным звеном в цепи причинно-следственных связей, приводящих к суицидальному поведению. Значительный вклад в развитие представлений о суицидальном поведении внесла интегративная модель, предложенная Б. С. Положием в 2015 году. Данная модель строится на двух основополагающих принципах:

1. Суицидальное поведение развивается последовательно, проходя определённые этапы с характерной для каждого из них динамикой.
2. На каждом этапе развития суицидального процесса действуют специфические группы факторов, которые определяют его дальнейшее течение и исход.

Такой подход позволяет более глубоко понять механизмы формирования суицидального поведения и разработать эффективные стратегии его предупреждения.

В результате множества психологических исследований были выявлены индивидуально-психологические особенности, предрасполагающие к истинному суицидальному поведению. Эти особенности включают дисфункциональные установки и убеждения (Beck A., 1987), негативный атрибутивный стиль (Seligman M. и др., 1979), недостаточный уровень развития способности к решению проблем (Linehan M. и др., 1987), склонность к переживанию безысходности (Abramson L. и др., 1989) и пессимизм (MacLeod A. K. и др., 1993) [68].

Современные исследования в области психологии и психиатрии демонстрируют, что хронический стресс запускает сложный механизм негативных психологических процессов, формирующих замкнутый цикл деструктивного поведения. В условиях длительного стресса у человека постепенно развивается комплекс взаимосвязанных нарушений, включающий когнитивные искажения, такие как постоянное усиление негативных

мыслительных паттернов, катастрофизация событий и туннельное мышление. Параллельно развиваются эмоциональные нарушения: углубление депрессивных переживаний, нарастание тревожности и потеря эмоциональной чувствительности [13].

Поведенческие изменения проявляются в социальной изоляции, снижении активности и утрате интереса к ранее значимым занятиям, а перцептивные искажения выражаются в восприятии проблем как неразрешимых и гипертрофированном внимании к негативным аспектам жизни. По мере развития этого процесса происходит постепенное накопление изменений в различных сферах психики, достигающих критического порога, особенно значимым из которых является нарушение системы психологической защиты и снижение толерантности к стрессу.

В результате формируется состояние суицидальной настроенности, характеризующееся глубоким чувством безысходности, доминированием мысли о самоубийстве как единственном решении, утратой надежды на позитивные изменения, ослаблением инстинкта самосохранения и снижением ценности собственной жизни. Важно отметить, что этот процесс не является необратимым. Современные методы психологической помощи позволяют прервать деструктивный цикл на различных этапах его развития.

Несмотря на отсутствие единой теории суицидального поведения, современные исследования позволяют выявить важные взаимосвязи между суицидальным поведением и различными факторами – социальными, биологическими и психологическими. Это даёт возможность формировать практические рекомендации, разрабатывать эффективные превентивные меры и создавать стратегии своевременной помощи людям из группы риска.

Такой комплексный подход значительно повышает шансы на своевременное выявление суицидальных тенденций и оказание необходимой помощи, что является ключевым фактором в предотвращении трагических последствий.

Таким образом, можно сделать вывод, что изучение суицидального поведения прошло длительный путь развития от философских концепций до современных научных исследований. Проблема изучалась с разных позиций: психологической, психиатрической и социально-психологической. В ходе исследований были выявлены ключевые механизмы суицидального поведения. Определены основные факторы риска: дисфункциональные установки, негативное мышление, проблемы в решении жизненных задач и склонность к безысходности. Современные исследования показали взаимосвязь суицидального поведения с социальными, биологическими и психологическими факторами. Несмотря на отсутствие единой теории, накопленные знания позволяют разрабатывать эффективные меры профилактики и оказывать своевременную помощь людям из группы риска. Сформировались основные подходы к изучению проблемы: психологический (З. Фрейд, А. Бек), клинико-психиатрический, социально-психологический (А. Г. Амбрумова) и биопсихосоциальный. Все они создают теоретическую базу для разработки программ профилактики и психологической помощи. Такое многоаспектное изучение суицидального поведения позволило создать основу для практической работы по предотвращению суицидальных проявлений в современном обществе.

1.2 Особенности суицидального поведения подростков

Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения имеется увеличение общего количества самоубийств в мире до 1,5 млн случаев в год к 2020 году, при этом около 20% из них приходились на подростковый возраст.

В структуре смертности данной возрастной группы суицидальное поведение занимает третье место, уступая лишь травмам, а также инфекционным и онкологическим заболеваниям. Эти данные подчёркивают

острую необходимость усиления профилактических мер и развития системы психологической поддержки молодого поколения [55].

Анализ ситуации с суицидами в России демонстрирует неоднозначную динамику. Как отмечает Положий Б.С. (2011), наблюдается рост количества попыток самоубийства среди подростков. Тем не менее, с 2012 по 2019 год зафиксировано снижение количества попыток и завершённых суицидов в 1,3 раза. Однако, несмотря на эту положительную тенденцию, Россия по-прежнему остаётся среди лидеров по частоте суицидов среди детей и подростков.

Наиболее тревожная обстановка, как указывают Положий Б.С. и Панченко Е.А. (2012), фиксируется в Уральском, Дальневосточном и Сибирском федеральных округах. При этом отдельные регионы демонстрируют критические показатели суицидальной активности. Лидерами по количеству детских и подростковых суицидов являются Республика Тыва, Республика Бурятия и Республика Саха (Якутия). В этих субъектах Российской Федерации показатели значительно превышают среднероссийские: уровень детского самоубийства превышает общероссийский показатель в 4–4,5 раза, а подросткового – в 4–6 раз.

Масштабность проблемы подтверждается статистическими данными: ежегодно около 39 000 несовершеннолетних принимают решение о самоубийстве. Эти цифры подчёркивают необходимость усиления профилактических мер и совершенствования системы психологической помощи подросткам в России.

Для анализа эпидемиологических данных о суицидальном поведении молодежи могут использоваться несколько источников, включая официальную статистику смертности, литературу по психологической посмертной аутопсии и эпидемиологические исследования о распространенности самоубийств [56].

– В каждом государстве существует система регистрации смертей, которая включает в себя статистику по причинам смерти. Эти данные могут служить основным источником информации о числе завершённых самоубийств. Однако в разных странах существует разная степень точности и достоверности регистрации. Некоторые случаи могут быть неправильно классифицированы, что приводит к занижению или завышению статистики.

– Психологическая посмертная аутопсия – это метод исследования, при котором исследуются факторы, которые могли привести к суицидальному поведению у умерших, включая анализ их жизненной истории, психического состояния, социальных условий и других факторов. Этот метод может предоставить ценную информацию о мотивах и обстоятельствах, предшествующих суициду. Однако он требует высококвалифицированных специалистов и может быть ограничен в доступности.

– Проведение опросов и анкетирования населения позволяет получить данные о попытках суицида, факторах риска и общей распространенности суицидального поведения среди молодежи. Однако такие исследования также имеют ограничения, связанные с возможным нежеланием респондентов открыто говорить о своих мыслях и чувствах относительно суицида.

Важно отметить, что ни один из указанных источников не является абсолютно надежным. В разных странах могут отсутствовать стандарты в классификации причин смерти, что приводит к большому количеству таинственных или неопределённых случаев, часто обозначаемых как «смерть от неизвестных причин».

Также проблемой является отсутствие учета неудачных попыток суицида, что может создавать искажённое представление о реальном масштабе проблемы. Даже в тех случаях, когда внимание уделяется попыткам суицида, многие молодые люди могут бояться сообщить об этом из-за стигматизации и непонимания проблемы со стороны общества. В результате,

для адекватной оценки масштабов суицидального поведения среди молодежи необходимо использовать сочетание разных методов и источников данных, а также постоянно обновлять и пересматривать подходы к регистрации и учету случаев суицида и попыток самоубийства.

В соответствии с критериями ВОЗ, уровень суицидов характеризуется как низкий при индексе 0–10 на 100 тыс. населения, средний – до 20 на 100 тыс. населения, высокий – более 20 на 100 тыс. населения. Индексы завершенных суицидов в возрастной группе 5–14 лет достаточно низки (от 0,5–2,5 на 100 000 в зависимости от страны или региона), однако среди молодежи (14–25 лет) они уже значительно выше (5,0–28,0 на 100 000). В России эта цифра равна 25.1 [55].

Распространенность других форм суицидального поведения, таких как суицидальные тенденции и попытки, значительно менее освещена в научной литературе, а статистические данные по этим вопросам еще более противоречивы и занижены. Проблема суицидальных попыток среди молодежи является особенно актуальной. Согласно данным В. Ф. Войцеха (2018), соотношение завершенных самоубийств к суицидальным попыткам в подростковом возрасте составляет приблизительно от 1:70 до 1:100.

Статистика суицидов среди подростков показывает тревожные тенденции, указывая на высокую распространенность суицидального поведения в этой возрастной группе. Увеличение числа случаев самоубийств связано с множеством факторов, включая социальные, экономические и психологические стрессоры. Эти факторы способствуют развитию аутодеструктивного поведения и становятся причиной роста суицидальных настроений.

Учитывая высокую распространенность суицидального поведения у подростков, ряд исследователей выдвинули свои идеи о причинах появления такого поведения [63].

Исследования, проведённые Brent D. и Melhem N., показали существенную роль семейного анамнеза в формировании суицидального поведения подростков. Установлено, что наличие суицидов или суицидальных попыток среди родителей и братьев/сестёр повышает риск развития аналогичного поведения у подростка в 2–6 раз. При этом важно отметить определённые закономерности в связи между различными формами самоповреждающего поведения. Согласно данным Cox L. и соавторов (2012), несуйцидальные самоповреждения действительно могут выступать фактором риска развития суицидальных попыток. Однако существует чёткое разграничение: семейная история суицидального поведения не оказывает влияния на риск возникновения несуйцидальных самоповреждений. Более того, исследования Cox L. (2012) и Geulayov G. (2014) подтверждают отсутствие прямой связи между семейной предрасположенностью к несуйцидальным самоповреждениям и риском развития суицидального поведения. Это указывает на то, что различные формы самоповреждающего поведения имеют разные механизмы развития и требуют дифференцированного подхода в профилактике и лечении.

Научные исследования подтверждают существование генетических механизмов передачи суицидальной предрасположенности. Это подтверждается тем, что у прямых родственников людей, совершивших суицид, наблюдается повышенный уровень суицидальной активности. Примечательно, что подобная зависимость отсутствует у лиц, которые были усыновлены или удочерены и воспитывались в других семьях [83].

Значительный интерес представляют результаты близнецовых исследований, которые демонстрируют более высокую вероятность развития суицидального поведения у монозиготных близнецов по сравнению с дизиготными. Масштабное исследование, включившее 14 440 пациентов, поступивших в больницы из-за суицидальных попыток, и контрольную группу из 144 400 человек, выявило определённые закономерности. В 8%

случаев была обнаружена связь суицидальных попыток с семейной историей суицидального поведения, а в 13% – с наличием в семье психических расстройств (Mittendorfer-Rutz E. и соавторы, 2012). Дальнейшие исследования в области близнецовой генетики (Brent D., Melhem N., 2018) показали существенные показатели наследуемости суицидальной предрасположенности: 17% в случае суицидальных попыток и значительно более высокие показатели – от 30% до 55% – при оценке наличия суицидальных мыслей и попыток. Эти данные свидетельствуют о существенной роли генетического фактора в формировании суицидального поведения.

Семейное окружение является ключевым фактором в формировании конфликтной среды в подростковом возрасте. Негативное воздействие семьи может проявляться в двух противоположных, но одинаково деструктивных формах. Первая форма связана с чрезмерным контролем, который препятствует естественному процессу сепарации подростка от родителей. Вторая проявляется в отсутствии необходимой поддержки, что может выражаться как в формальном аспекте (гипоопека и безнадзорность), так и в реальной социальной депривации – например, у воспитанников детских домов. В обоих случаях нарушается гармоничное развитие личности подростка, что создаёт предпосылки для формирования конфликтных паттернов поведения и затрудняет его социальную адаптацию [22].

Психическая патология остаётся одним из ключевых факторов риска суицидального поведения, активно изучаемых в современной литературе.

Исследования показывают, что значительная часть молодых людей, демонстрирующих суицидальные тенденции, страдает различными психическими расстройствами, включая депрессивные состояния и формирующиеся расстройства личности. Однако существует парадоксальная закономерность: не все подростки с тяжёлой депрессией проявляют суицидальные наклонности, в то время как молодые люди с лёгкой или

умеренной формой депрессивных расстройств могут демонстрировать выраженные суицидальные тенденции. Это противоречие подчёркивает сложность взаимосвязи между психическими расстройствами и суицидальным поведением. Важную роль в формировании суицидального риска играет психическая уязвимость подростков, их предрасположенность к депрессивным реакциям. Особенно значимы реактивные депрессии, которые часто возникают у молодых людей. Причины таких реакций нередко кажутся взрослым незначительными, но для подростков они имеют огромное значение. Эти причины могут быть как индивидуальными, так и связанными с особенностями подростковой субкультуры.

Особого внимания заслуживает склонность подростков к подражательному поведению, которая может провоцировать импульсивные суицидальные действия (Краснов В. Н., 2011). Это делает крайне важным своевременное выявление и коррекцию депрессивных состояний в подростковой среде, а также разработку эффективных профилактических мер.

Исследование взаимосвязи между психопатологией и суицидальным поведением в подростковом возрасте требует комплексного анализа механизмов адаптации к стрессовым ситуациям и специфики эмоциональной регуляции при различных психических расстройствах. Важно понимать, что для определённой категории подростков суицидальное поведение может выступать своеобразным механизмом преодоления дистресса, непосредственно связанного с психопатологической симптоматикой.

Такой комплексный подход позволяет более глубоко понять механизмы, приводящие к суицидальному поведению, и разработать эффективные стратегии профилактики и помощи.

Исследования В.Т. Кондрашенко показывают многофакторную природу суицидальных действий у подростков. Согласно полученным данным, 10% случаев связаны с психотическими расстройствами, 15% обусловлены

невротическими состояниями, а 1% приходится на тяжёлые соматические заболевания. Значительную долю составляют социально-психологические причины: 12% связаны со сложными семейными ситуациями, 18% обусловлены проблемами в романтических отношениях, 15% вызваны трудностями самореализации в референтной группе. Кроме того, 7% случаев связаны со страхом ответственности за совершённые действия, 8% обусловлены дидактогией (негативными последствиями обучения), 5% связаны с употреблением алкоголя и наркотических веществ. При этом в 9% случаев причины остаются неопределёнными. Эти данные наглядно демонстрируют широкий спектр факторов, провоцирующих суицидальные наклонности среди подростков, где наибольшую роль играют именно социально-психологические аспекты, что подчёркивает необходимость комплексного подхода к профилактике и своевременной психологической помощи в подростковой среде [68].

Анализ представленных данных позволяет сделать вывод о комплексной природе рассматриваемых состояний.

Такая многофакторность подчёркивает необходимость углублённого изучения клинико-динамических характеристик расстройств аффективного спектра у детей и подростков.

В последние годы значительно возросло внимание исследователей к изучению формирования суицидального поведения в детском и подростковом возрасте, с особым акцентом на гендерные различия в паттернах такого поведения. Современные исследования показывают, что механизмы развития суицидальных тенденций у юношей и девушек существенно различаются, что требует дифференцированного подхода к профилактике и вмешательству.

Анализ научных данных демонстрирует, что суицидальное поведение в подростковом периоде характеризуется отчётливыми гендерными особенностями. У девушек чаще наблюдаются попытки самоповреждения как способ выражения эмоционального дистресса, преобладание пассивных

суицидальных мыслей, более высокая частота сообщений о суицидальных намерениях и склонность к использованию менее летальных методов. У юношей, напротив, отмечаются более высокий риск реализации суицидальных действий, использование более агрессивных и летальных методов, склонность к сокрытию суицидальных намерений, а также связь суицидального поведения с внешними стрессорами [68].

Исследования возрастной динамики показывают, что риск суицидального поведения возрастает в период пубертата, когда происходят значительные физиологические и психологические изменения. Особенно критичным является возраст 15–19 лет, когда наблюдается пик суицидальной активности.

Современные исследования, включая работу D.K. Boeninger и соавторов (2010), выявили важные закономерности: суицидальные мысли появляются раньше суицидальных действий, существует прямая связь между суицидальными мыслями и попытками, раннее выявление суицидальных тенденций позволяет предотвратить их эскалацию, а важную роль играют социальные факторы и поддержка окружения [34].

Это говорит о необходимости дифференцированного подхода к профилактике и коррекции суицидального поведения с учётом гендерных особенностей и специфики проявления различных форм суицидального поведения у юношей и девушек.

В 2015 году на базе Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева были подведены итоги пятилетнего исследования суицидального поведения подростков, исследование проводилось под руководством А.А. Пичикова и имело следующие характеристики: дизайн исследования носил открытый сравнительный проспективный характер с параллельными независимыми мужской и женской группами, общее количество участников составило 89 подростков в возрасте 14-17 лет, гендерный состав включал 42 юношей и 47

девушек, средний возраст участников составил $15,6 \pm 1,1$ года, важным методологическим аспектом исследования стало строгое соблюдение критериев включения участников, основным условием было соответствие суицидальных действий определению «суицидальная попытка», принятому рабочей группой ВОЗ (Bille-Brahe U. и соавторы, 1998), особого внимания заслуживает методологическая строгость исследования, из выборки были исключены подростки с аутоагрессивным поведением, не имевшим целью лишение себя жизни, такой подход позволил сфокусироваться на изучении именно тех суицидальных действий, которые представляли реальную угрозу жизни, что существенно повысило достоверность полученных результатов и способствовало более глубокому пониманию факторов, влияющих на суицидальное поведение в подростковом возрасте.

В современном исследовании суицидального поведения у подростков применяется комплексный методологический подход, включающий несколько ключевых направлений. Диагностический инструментарий охватывает широкий спектр методов. Социально-демографический анализ позволяет оценить влияние социальных факторов на формирование суицидальных тенденций. Клинико-анамнестическое исследование даёт возможность выявить предысторию психического здоровья и значимые события в жизни подростка. Психопатологическая диагностика помогает определить наличие и характер психических расстройств. Экспериментально-психологическое обследование включает применение специализированных суицидологических шкал и методик [39]. Особое место в исследовательском процессе занимает использование стандартизированных инструментов оценки, среди которых шкалы оценки суицидального риска, методики исследования личностных особенностей, тесты на выявление депрессивных состояний и инструменты оценки социальной адаптации [45].

Полученные в ходе исследования данные подвергаются многофакторному анализу, включающему сравнительный анализ с

результатами предыдущих исследований, статистическую обработку информации, построение прогностических моделей и выявление значимых корреляций между различными показателями. На основе проведённого анализа разрабатываются прогностические модели, позволяющие выявлять группы повышенного риска, определять ключевые факторы риска, оценивать вероятность развития суицидального поведения и формировать индивидуальные стратегии профилактики. Созданная методология не только способствует раннему выявлению суицидальных тенденций, но и служит основой для разработки целевых программ профилактики, индивидуальных планов вмешательства, стратегий комплексной поддержки и алгоритмов работы с подростками группы риска. Такой комплексный подход позволяет своевременно оказывать необходимую помощь и предотвращать развитие суицидального поведения на ранних стадиях его формирования.

Современные исследования фокусируются на анализе социально-демографических факторов, определяющих вероятность развития суицидального поведения, среди которых выделяются половозрастные характеристики и культурные особенности личности, степень её социальной адаптации и успешности в обществе, включая образовательный уровень, профессиональную занятость, материальное положение и общий жизненный уровень, значительное влияние оказывают семейные факторы и система социальной поддержки, в том числе структура семьи, её целостность и функциональность [73]. Особую значимость приобретает сексуальная самоидентификация подростков и их сексуальная ориентация, поскольку эти аспекты напрямую связаны с уровнем социальной интеграции и зависят от отношения общества к их предпочтениям, немаловажную роль играют религиозные взгляды и конфессиональная принадлежность подростков, способные оказывать защитное воздействие даже при возникновении антивитаальных настроений и суицидальных мыслей, кроме того,

существенным фактором риска выступает доступность средств для совершения суицидальных действий

Существует мнение, что выбор способа суицида у подростков в значительной мере зависит от его доступности. Например, исследования показали, что в Северной Финляндии, где в домах чаще встречаются охотничьи ружья, подростки применяют огнестрельное оружие для суицида в три раза чаще, чем в Южной Финляндии, где эта доступность значительно ниже. При этом следует отметить, что на другие виды суицида такая закономерность не наблюдалась (Lahti A. и др., 2014). Это свидетельствует о том, что наличие определённых средств может оказывать прямое влияние на выбор способа суицида и подтверждает важность доступности как фактора риска в контексте суицидального поведения среди подростков [68].

Согласно данным многочисленных отечественных и зарубежных исследований (Buhnick-Atzil O., 2014; Marsanic V., 2014), подавляющее большинство суицидальных попыток (71,9% от общего числа обследованных) зафиксировано среди подростков, получающих общее образование (как основное до 9 класса, так и среднее 10-11 классы), а также начальное и среднее профессиональное образование, при этом самая высокая частота суицидальных попыток выявлена среди учащихся средних специальных учебных заведений – профессионально-технических лицеев и колледжей (40,4%), второе место по количеству попыток занимают подростки, не занятые ни учебой, ни работой (19,1%), в то время как среди студентов высших учебных заведений суицидальные попытки отмечались значительно реже – всего в 9% случаев [73].

Социальные факторы играют ключевую роль в формировании суицидального поведения у подростков. Недостаточный уровень образования и отсутствие занятости создают неблагоприятный фон, который способствует развитию целого ряда негативных процессов. Прежде всего, это приводит к снижению социального статуса подростка в обществе, что усугубляется

формированием замкнутых групп по принципу общности проблем. Такие группы часто становятся источником деструктивного влияния, способствуя дальнейшей социальной изоляции и углублению психологической дезадаптации [77]. Исследования показывают, что изначальная социальная неуспешность часто взаимосвязана с определёнными личностными особенностями, которые затрудняют адаптацию в условиях конкурентной среды. К таким особенностям относятся: низкая стрессоустойчивость, трудности в построении межличностных отношений, недостаточное развитие навыков самоконтроля и проблемы с эмоциональной регуляцией. Эти характеристики, в свою очередь, препятствуют успешной социализации личности и формированию здоровых механизмов взаимодействия с окружающим миром.

Существенное воздействие на формирование девиантного поведения, в том числе саморазрушительного и суицидального, оказывают неадекватные методы воспитания и контроля в родительской семье [46]. Согласно классификации А.Е. Личко (1977), выделяют следующие основные формы семейного воспитания:

1. Гипопротекция. Родители не проявляют искреннего интереса к жизни ребёнка, его переживаниям и увлечениям, а в крайних случаях игнорируют даже базовые потребности в питании и одежде.
2. Доминирующая гиперпротекция характеризуется избыточной опекой и тотальным контролем каждого действия подростка.
3. Потворствующая гиперопека наблюдается в семьях, где ребёнок становится «кумиром». Здесь отсутствует жёсткий контроль, однако присутствует чрезмерное покровительство: ребёнка оберегают от любых трудностей, идеализируют его способности и освобождают от обязанностей.
4. Эмоциональное отвержение. В тяжёлых случаях такое отвержение сопровождается чрезмерными наказаниями или психологическим насилием.

5. Повышенная моральная ответственность возникает, когда родители возлагают на ребёнка нереалистичные ожидания, пытаясь через его достижения воплотить собственные несбывшиеся мечты и амбиции.

В исследованиях А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко подробно рассматриваются мотивы суицидальных попыток [3]. Мотивы суицидального поведения представляют собой личностные побуждения, формирующие желание добровольного ухода из жизни и определяющие суицидальную направленность поведения подростка. Эти мотивы характеризуются многообразием и включают следующие ключевые аспекты: чувство безысходности, эмоциональная боль, стремление избежать страданий, социальная изоляция, отсутствие поддержки и понимания со стороны окружающих, давление со стороны сверстников или семьи.

Понимание данных мотивов критически важно для создания эффективных стратегий профилактики и интервенции, направленных на поддержку подростков и снижение риска суицидального поведения.

Статистический анализ суицидальных мотивов у подростков показал, что доминирующими являются мотивы призыва (44,9%) и протеста (34,8%), что указывает на использование суицидального поведения как механизма привлечения внимания к личным проблемам и формы протеста против существующих обстоятельств, при этом менее распространенными оказались мотивы избегания (11,3%), самонаказания (6,7%) и отказа от жизни (2,3%), при этом выявлены статистически значимые гендерные различия в распределении мотивов, так у девушек реже встречались мотивы избегания (12,8%) и самонаказания (10,6%), а мотив отказа от жизни полностью отсутствовал, в то время как у юношей мотив самонаказания встречался редко (2,4%), но был зафиксирован мотив отказа от жизни (4,8%), что не характерно для девушек-подростков [3].

Постсуицидальный период представляет собой сложный многофакторный процесс, требующий детального изучения и

профессионального сопровождения. Разработанная типология данного периода позволяет систематизировать и анализировать различные аспекты, влияющие на состояние человека после совершения суицидальной попытки [68]. В формировании постсуицидального периода участвуют множество взаимосвязанных компонентов. Первостепенное значение имеет изначальная конфликтная ситуация, послужившая толчком к попытке суицида. Не менее важным фактором выступает сам акт самоповреждения, а также обстоятельства, при которых произошла попытка и последующее проведение реанимационных мероприятий. Особое внимание уделяется возникающим соматическим осложнениям, которые могут существенно влиять на психологическое состояние человека. После попытки суицида формируется новая жизненная ситуация, восприятие которой человеком играет критическую роль в дальнейшем восстановлении. Индивидуальное осмысление произошедшего, отношение к случившемуся и понимание последствий попытки становятся ключевыми факторами в процессе реабилитации.

Важными являются вопросы актуальности суицидогенного конфликта, то есть сохранилась ли конфликтная ситуация, из-за которой произошла попытка, или же она была разрешена. Также следует проанализировать степень фиксированности суицидальных тенденций и установить, насколько устойчиво суицидальное поведение и есть ли у человека намерения причинить себе вред. Важным аспектом является анализ отношения суицидента к совершённой попытке, включая наличие раскаяния или оправдания собственных действий [49]. На основе ретроспективной оценки были выделены четыре типа постсуицидального периода, каждый из которых характеризуется определёнными критериями:

1. Критический тип диагностируется при утрате актуальности суицидогенного конфликта, что обусловлено «обрывающим» эффектом попытки и отсутствием дальнейших суицидальных проявлений.

2. Манипулятивный тип определяется при благоприятных изменениях ситуации, когда выраженность суицидальных проявлений снижается, однако активность сохраняется в случае нереализации рентных установок.

3. Аналитический тип выявляется при сохранении актуальности суицидогенного конфликта, но отсутствии суицидальных проявлений, сопровождающихся сожалением о совершённом и критическим отношением к попытке, при этом сохраняется риск рецидива.

4. Суицидально фиксированный тип устанавливается при сохранении или диссимуляции суицидогенного конфликта, наличии суицидальных проявлений и положительной трактовке совершённой попытки, что характеризуется высокой вероятностью рецидива.

Данная типология позволяет оценить уровень рисков и определить необходимый объём психологической поддержки для подростков, переживших суицидальные попытки.

Наиболее часто у подростков выявлялись манипулятивный и критический постсуицид, которые составили соответственно 39,3 % и 32,6 % от общего числа наблюдений. Реже встречались аналитический тип постсуицида, составивший 15,7 %, и суицидально фиксированный тип, который составил 12,4 %. Анализ по гендерному признаку показал, что среди девушек манипулятивный постсуицид встречался достоверно чаще, чем у юношей: 48,9 % против 28,6 %. Аналогично, аналитический постсуицид также имел более высокую частоту у девушек – 23,4 %, по сравнению с 7,1 % у юношей. В то же время критический постсуицид оказался более характерным для юношей, которые проявляли его в 47,6 % случаев, тогда как среди девушек этот тип встречался достоверно реже – всего в 19,2 %.

Исследования В. А. Тихоненко и Г. А. Амбрумовой внесли значительный вклад в понимание механизмов рецидива суицидального поведения у подростков [3]. Учёные провели масштабное исследование, в

рамках которого осуществлялось наблюдение за состоянием подростков в течение полутора лет после совершённой ими суицидальной попытки.

Суицидальное поведение представляет собой комплексный феномен, включающий как внутренние, так и внешние формы психических проявлений, связанных с мыслями о самоуничтожении. К внутренним формам относятся суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции, включающие замыслы и намерения [68]. Внешние формы проявляются в виде суицидальных попыток и завершённых случаев суицида. Понимание различных уровней суицидального поведения критически важно для своевременной диагностики и разработки эффективных методов интервенции. Это позволяет специалистам своевременно выявлять риски и оказывать необходимую помощь людям, находящимся в группе риска.

Анализ частоты рецидивов суицидального поведения в течение полутора лет после первой попытки показал следующие результаты: 18% подростков совершили повторную суицидальную попытку. При этом 27% опрошенных признались в наличии пассивных суицидальных мыслей, а 19,1% испытывали суицидальные тенденции, включающие замыслы и намерения. Важно отметить, что у 35,9% подростков не было выявлено ни внутренних, ни внешних форм суицидального поведения. Этот факт подчёркивает необходимость пристального внимания к психическому здоровью подростков и важность профилактических мероприятий для снижения риска суицидального поведения.

Подводя итог необходимо обратить внимание на то, что рассматриваемая группа подростков характеризуется явными признаками неблагополучия как в психологическом, так и в социальном плане, что делает полную экстраполяцию полученных результатов на всю подростковую популяцию некорректной. Тем не менее, исследования суицидального поведения как специфической поведенческой реакции позволяют

использовать собранные данные в качестве фундамента для последующих научных работ. Результаты исследований могут стать основой для разработки методологических подходов к изучению аутоагрессивного поведения не только среди подростков, но и в более широких социальных группах, что открывает перспективы для дальнейшего развития профилактических и интервенционных стратегий в этой области.

Таким образом, можно сделать вывод, что анализ проблемы суицидального поведения среди подростков показывает серьёзность ситуации в современном мире. Статистика свидетельствует о значительном количестве самоубийств, причём существенная часть из них приходится на молодёжь. Это требует немедленного внимания и активных действий со стороны общества и специалистов. Исследования показывают, что на склонность к суицидальному поведению влияет множество факторов: от социальных условий до психологических особенностей личности. Особенно важно отметить роль семейного окружения и эмоционального состояния подростков. Современная наука использует комплексный подход к изучению проблемы, что позволяет лучше понимать механизмы формирования суицидальных наклонностей. Выявлено, что различные группы подростков имеют неодинаковую предрасположенность к подобным действиям. Всё это подчёркивает необходимость усиления профилактических мер и совершенствования системы психологической поддержки молодёжи. Важно развивать программы, направленные на укрепление психического здоровья подростков, обучение их навыкам справляться со стрессом и решать жизненные проблемы конструктивными способами. Проблема требует объединённых усилий специалистов разных направлений для создания эффективной системы предупреждения суицидального поведения среди молодёжи.

1.3. Методы предупреждения и коррекции суицидального поведения подростков

Подростковый возраст представляет собой особый период развития, требующий отдельного рассмотрения в контексте суицидального поведения. Специфика возрастных характеристик, проявляющихся как в самих суицидальных действиях, так и в предрасполагающих к ним психологических и психопатологических состояниях, определяет необходимость выделения подростковой суицидальной активности в отдельное направление исследований и практической работы [53]. Данная особенность обусловлена несколькими ключевыми факторами. Во-первых, диагностические подходы к выявлению суицидальных проявлений у подростков существенно отличаются от методов, применяемых в старших возрастных группах. Это связано с особенностями подросткового периода развития, включая формирование личности и самосознания, специфику эмоциональной сферы, особенности межличностных отношений и специфику социальной адаптации.

Суицидологическая диагностика представляет собой многокомпонентное исследование, включающее анализ суицидальных проявлений в динамике (мысли, переживания, тенденции, действия), изучение личностных особенностей, оценку средовых факторов и анализ клинических показателей. При обследовании конкретного случая специалист проводит комплексную оценку степени социальной дезадаптации, характера и остроты конфликтных ситуаций, личностной позиции и ценностных ориентиров, уровня социализации и поведенческих установок, особенностей межличностных контактов, защитных механизмов личности, устойчивости к стрессовым ситуациям, толерантности к эмоциональным нагрузкам, социально-демографического статуса и ролевого поведения в различных социальных контекстах [68]. Особое внимание уделяется анализу мотивов, как способствующих, так и препятствующих суицидальному поведению. На

основе многофакторного анализа формируется интегральная оценка суицидального риска, которая становится ключевым прогностическим показателем.

Результаты диагностики определяют дальнейшую стратегию работы с пациентом, включая выбор направлений лечебно-коррекционных мероприятий, разработку индивидуальных программ вмешательства, формирование комплекса профилактических мер и определение оптимальных форм психологической поддержки. Важно отметить, что эффективность работы с подростками, склонными к суицидальному поведению, во многом зависит от своевременности вмешательства и комплексности применяемых подходов, учитывающих возрастные и индивидуальные особенности развития личности. При этом необходимо учитывать динамику изменений в психическом состоянии подростка и корректировать стратегию работы в соответствии с полученными данными мониторинга [53].

Статистика показывает, что суицидальное поведение у детей до 13 лет встречается сравнительно редко. Однако в возрасте 14–15 лет отмечается значительный рост суицидальной активности, который достигает максимума в период 16–19 лет. Такая динамика обусловлена тем, что в младшем возрасте суицидальные проявления чаще всего связаны не с психическими заболеваниями, а с личностными реакциями, выражающими протест или оппозицию [68]. В подростковом же периоде существенное влияние на формирование суицидального поведения оказывают различные психические расстройства, в частности аффективные и личностные нарушения. Для адекватной оценки суицидального риска у детей и подростков необходим комплексный подход, включающий как клиническое наблюдение, так и применение специальных психодиагностических инструментов.

Важно отметить, что на сегодняшний день не существует единого универсального метода диагностики суицидального риска среди детей и подростков. В практической работе специалисты используют различные

тестовые методики, опросники и анкеты, которые в комплексе позволяют получить наиболее полную картину состояния обследуемого.

Раннее выявление пресуицидальных состояний у подростков является критически важным компонентом современной психиатрической практики. Комплексный клинико-психологический скрининг представляет собой многоступенчатую систему оценки, направленную на своевременное обнаружение суицидального потенциала и определение степени его выраженности. В процессе скрининга специалисты уделяют особое внимание выявлению индивидуальных факторов риска, которые могут как усиливать, так и ослаблять вероятность реализации суицидальных намерений. Это позволяет создать максимально полную картину психологического состояния подростка и разработать эффективную стратегию помощи. Информация, полученная в ходе скринингового обследования, становится фундаментом для построения комплексной системы помощи. На её основе формируется индивидуальный план лечения [81].

При ранней диагностике суицидального поведения у подростков необходимо принимать во внимание следующие ключевые особенности:

1. Неадекватная оценка последствий аутоагрессии, что затрудняет разграничение истинных суицидальных попыток и демонстративно-шантажного поведения;
2. Демонстративный характер суицидальных действий, когда подростки открыто заявляют о своих намерениях ради привлечения внимания;
3. Поверхностность мотивов, которые могут казаться взрослым незначительными, что осложняет своевременное выявление суицидальных тенденций;
4. Отсутствие прямой связи между суицидальными попытками и психопатологической симптоматикой, особенно с депрессивными состояниями;

5. Связь с девиантным поведением: прогулами, конфликтами в семье, злоупотреблением психоактивными веществами, побегами из дома и правонарушениями;
6. Романтизация темы смерти, подверженность влиянию имитационных и кластерных суицидов;
7. Кратковременность конфликтов, провоцирующих суицидальное поведение, часто бытового или личностного характера;
8. Неоднозначность мотивов, где преобладают протест и призыв при слабом желании смерти;
9. Преобладание аффективного компонента в механизме суицидального поведения;
10. Несоответствие между серьезностью мотивов и тяжестью суицидальной попытки;
11. Гендерные различия: у девушек чаще встречается аффективное поведение, у юношей – биологические факторы, более высокая частота депрессий, личностных расстройств, повторных попыток и истинных суицидов.

Учитывая эти особенности, можно улучшить диагностику и интервенцию в случаях суицидального поведения у подростков.

Ранняя диагностика пресуицидальных состояний у подростков в психиатрической практике основывается на нескольких ключевых методах: [79].

– Целенаправленный расспрос (клиническое интервью): Этот этап включает детальное выяснение мыслей, чувств и поведения подростка, а также возможные суицидальные намерения.

– Опрос родителей, близких и друзей: Сбор информации от значимых людей в жизни подростка, чтобы оценить его состояние и возможные признаки суицидального поведения.

- Наблюдение за пациентом в психиатрическом стационаре: В условиях стационара медицинский персонал может более эффективно отслеживать изменения в состоянии пациента и выявлять потенциальные риски.

- Применение специализированных опросников: Использование валидных инструментов для более точной оценки суицидального риска и психологического состояния подростка.

- Соматическое обследование и применение лабораторных и инструментальных методов исследований: Включает телесный осмотр на наличие следов самоповреждений, а также методы, такие как ЭЭГ и МРТ для выявления органических нарушений, а также токсикологические тесты крови или мочи на наличие наркотических средств.

Комплексный подход, объединяющий эти методы, способствует более точной и быстрой диагностике пресуицидальных состояний, что является критически важным для назначения адекватного лечения и профилактических мер.

Рассматривая суицидальное поведение у подростков через призму концепции А. Г. Амбрумовой, следует акцентировать внимание на патопсихологическом исследовании, основываясь на нескольких ключевых компонентах: когнитивный компонент, эмоциональный компонент, поведенческий компонент [1].

В процессе обследования подростка с суицидальными тенденциями важно соблюдать несколько общих принципов:

- Создание безопасной и доверительной атмосферы для общения.
- Систематичность и комплексность подхода к оценке, учитывающая все три вышеупомянутых компонента.
- Проведение опросов и бесед с родителями и значимыми другими, чтобы получить полное представление о состоянии подростка.

- Использование валидных методов исследования для получения объективных данных о состоянии психики и поведения.
- Регулярный мониторинг изменений в поведении и эмоциональном состоянии подростка.

Следует помнить, что суицидальное поведение – это сложный многофакторный процесс, и подход к диагностике и интервенции должен быть многогранным и индивидуализированным.

Таким образом, мы можем сделать ключевой вывод о том, что ключевым элементом диагностики является комплексный подход, позволяющий оценить различные аспекты психологического состояния человека: от личностных особенностей до социальных факторов. В процессе обследования специалисты анализируют динамику суицидальных проявлений, оценивают степень социальной адаптации, исследуют систему ценностей и поведенческие установки личности.

В сфере профилактики суицидального поведения существует ряд серьёзных проблем. Статистические данные показывают существенные пробелы в системе выявления и помощи людям с суицидальным поведением.

В России отмечается крайне низкая обращаемость за специализированной помощью: только 5% людей с суицидальными наклонностями обращаются к психиатрам или психотерапевтам. Большинство предпочитает обращаться к врачам общей практики в поликлиниках, при этом суицидальная симптоматика выявляется лишь у 5% из обратившихся (данные Положий Б. С., 2010) [68].

Анализ международных исследований демонстрирует серьёзность проблемы своевременного выявления суицидального риска. Согласно данным J. M. Williams и L. R. Pollock, около 30% людей, совершивших суицид или попытку самоубийства, обращались за медико-психологической помощью в течение последнего месяца. При этом их суицидальные переживания

остались незамеченными специалистами, что указывает на существенные пробелы в существующей системе диагностики и профилактики.

Ключевыми препятствиями для своевременного выявления и оказания необходимой помощи выступают социальные барьеры, включающие табуированность темы суицида в обществе, стигматизацию людей с суицидальными наклонностями, а также чувства стыда и вины, испытываемые как самими людьми, так и их близкими [80]. Особую озабоченность вызывает неравномерность распределения специализированной помощи по территории страны. Централизованные суицидологические службы преимущественно сконцентрированы в крупных городах, в то время как статистика показывает рост числа суицидов в небольших населённых пунктах. В малых городах подобные службы либо отсутствуют вовсе, либо работают в ограниченном режиме, что создаёт критическую ситуацию в системе профилактики.

Важным направлением работы становится повышение осведомлённости населения о проблеме суицидального поведения, развитие навыков раннего распознавания тревожных сигналов, а также формирование толерантного отношения к людям, испытывающим психологические проблемы данного рода. Необходимо также усилить подготовку специалистов здравоохранения в области выявления суицидального риска и оказания первой помощи. Особое внимание стоит уделить развитию дистанционных форм психологической помощи, создание горячих линий и онлайн-сервисов поддержки, что особенно актуально для отдалённых регионов с недостаточным количеством профильных специалистов. Только комплексный подход, объединяющий усилия медицинских работников, социальных служб, образовательных учреждений и общественности, может обеспечить эффективную профилактику суицидального поведения [80]. Для решения данной проблемы необходимо комплексное воздействие на все уровни системы здравоохранения и общества. Требуется разработка новых

организационных подходов к профилактике суицидального поведения, преодоление существующих социальных барьеров и создание эффективной системы профилактики на всех уровнях.

Согласно исследованиям отечественных специалистов (Положий Б. С., Панченко Е. А., 2012), система профилактики суицидального поведения включает четыре взаимосвязанных уровня: универсальный, селективный, антикризисный и индикативный. Все они направлены на предупреждение суицидальных действий, но имеют разные целевые группы и методы работы [68].

В. Ф. Войцех выделяет пять категорий мероприятий по профилактике суицидов: специализированные психиатрические, общемедицинские, социальные, информационно-обучающие и информационно-корректирующие:

- Специализированные психиатрические мероприятия направлены на изменение личностных установок и повышение психологической защищенности, а также активизацию антисуицидальных факторов через психологическую коррекцию.

- Общемедицинские/лечебные мероприятия направлены на устранение соматических последствий после суицидальной попытки, уделяя внимание физическому состоянию пострадавших.

- Социальные мероприятия акцентируют внимание на изменении социального статуса и улучшении социально-экономических условий жизни потенциальных суицидентов, что может снизить уровень стресса и улучшить общее благополучие.

- Информационно-обучающие программы сосредоточены на распространении знаний об особенностях и причинах суицидального поведения, а также обучении студентов медицинских вузов и врачей с такими ситуациями.

– Информационно-корректирующие мероприятия направлены на формирование здорового образа жизни, распространение информации о существующих службах поддержки, таких как телефоны доверия и кабинеты психологической помощи.

Разработанный В. Ф. Войцехом комплексный подход к профилактике суицидов представляет собой многоаспектную стратегию, объединяющую различные направления работы: психиатрическое, медицинское, социальное и образовательное. Важным этапом развития системы превенции суицидального поведения стал Приказ Минздрава № 148 от 6 мая 1998 года, который утвердил трёхуровневую систему помощи людям в кризисных состояниях: служба «Телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи, кризисный стационар [68].

Несмотря на относительно быструю реализацию этой системы в отдельных регионах, её эффективность ограничивалась недостаточным уровнем постоянного межведомственного взаимодействия. На сегодняшний день наиболее результативным компонентом остаётся служба «Телефон доверия», которая демонстрирует устойчивые показатели работы и востребованность среди населения.

Результаты работы суицидологических служб в разных регионах России за последние годы свидетельствуют о низкой их эффективности. Это связано с отсутствием систематического учета суицидальных попыток, зависимостью от обращений граждан за помощью и недостаточной анализом завершённых суицидов. Эти проблемы делают трудным проведение исследований среди «групп риска» и планирование соответствующих профилактических мероприятий.

Повышение эффективности профилактической работы требует систематического контроля за достоверностью информации, распространяемой через различные каналы СМИ – печатные издания, телевидение, радио и интернет-ресурсы. Согласно рекомендациям Всемирной

организации здравоохранения 2013 года, медиа-политика в сфере профилактики суицидов должна быть направлена на освещение успешных случаев преодоления психосоциальных кризисов при своевременном обращении за профессиональной помощью, на информирование общественности о существующей связи между суицидальным поведением и психическими расстройствами, а также на предоставление данных о доступных ресурсах кризисной поддержки. Особое внимание следует уделять описанию настораживающих признаков суицидального поведения, развенчанию распространённых мифов о суициде и предоставлению практических рекомендаций по взаимодействию с людьми в кризисной ситуации с привлечением экспертного мнения специалистов. Такой комплексный подход к работе со СМИ позволит повысить качество информационного сопровождения профилактических мероприятий и сформировать более ответственное отношение общества к проблеме суицидального поведения [92].

Крайне важно соблюдать баланс при освещении суицидальных случаев в СМИ: недопустимо чрезмерное внимание к самоубийствам известных людей или трансляция подобных сюжетов в телесериалах. Необходимо избегать размещения информации о суициде на первых полосах, использования таких тем в заголовках новостей, детального описания личности суицидента, способов и мест совершения самоубийства. Следует исключить сенсационный или романтизированный подход к подаче подобных материалов, а также избегать психологического оправдания суицидальных действий, особенно в случаях смерти знаменитостей, подростков или двойных самоубийств.

Бесконтрольный доступ к информации о способах самоубийств и романтизация суицидального поведения через различные медиаформаты создают серьёзную угрозу психическому здоровью подростка.

В ответ на растущую обеспокоенность общества и специалистов в 2012 году был принят Федеральный закон № 139-ФЗ, направленный на противодействие распространению опасной информации в интернете. В рамках этого закона был создан «Единый реестр доменных имён и адресов страниц сайтов», позволяющий выявлять и блокировать ресурсы, содержащие материалы о способах совершения самоубийств и призывы к ним. Несмотря на эффективность принятых мер и значительное сокращение явно деструктивного контента, злоумышленники постоянно адаптируются к новым условиям, находя обходные пути для распространения опасной информации. Современные технологии пропаганды суицидального поведения становятся всё более изощрёнными и скрытыми.

Особую тревогу вызывает использование популярных форматов контента, таких как мемы, телеграм-чаты, флуды, которые маскируют суицидальные призывы под развлекательный или философский контент. Социальные сети и мессенджеры становятся площадкой для распространения потенциально опасной информации, использующей психологические манипуляции и механизмы социального влияния. Проблема усугубляется тем, что молодёжь часто воспринимает такой контент как безобидный юмор или проявление индивидуальности, не осознавая его деструктивную природу. При этом многие платформы социальных медиа не всегда способны своевременно выявлять и удалять подобный контент из-за его маскировочного характера [68].

Для эффективного противодействия суицидальным тенденциям требуется привлечение широкого круга специалистов: психиатров, педагогов-психологов и социальных работников. Дифференцированный подход позволит своевременно выявлять суицидоопасные состояния на ранних стадиях, что способствует снижению частоты первичных и повторных суицидальных действий. Комплексная междисциплинарная работа специалистов обеспечивает всестороннюю помощь людям в кризисной

ситуации и способствует улучшению общего психического здоровья населения.

При освещении вопросов суицида и его профилактики среди подростков в школьной среде психологам важно соблюдать ряд правил подачи информации, чтобы не усугублять ситуацию и не способствовать распространению суицидального поведения: [72].

- Избегайте романтизации суицида: Не представляйте суицид как таинственный поступок людей, которые кажутся «здоровыми» или «успешными». Это может создать ложное представление о том, что суицид является оправданным решением.

- Не описывайте суицид как решение проблем: Необходимо подчеркнуть, что суицид не является разумным или приемлемым выходом из трудной ситуации.

- Избегайте героизации: Не изображайте суицид как героический или романтический акт. Это может побуждать подростков рассматривать его как способ привлечения внимания или выражения эмоций.

- Не используйте изображения жертв: Удалите фотографии жертв, их близких и места суицида. Это поможет предотвратить чрезмерную идентификацию и травматизацию других.

- Не давайте подробностей: Избегайте точного описания способов и мест суицидальных действий. Подробности могут вызвать подражание или повысить интерес к теме.

- Не ищите виноватых: Избегание обвинений и поиска виновных в случаях суицида важно, так как это может стать психологической защитой для тех, кто переживает потерю. Лучше сосредоточиться на идеи поддержки и понимания.

Следуя этим принципам, можно создать более безопасную и поддерживающую атмосферу для обсуждения тяжёлых тем и помочь в предотвращении суицида среди подростков.

Ключевую роль в профилактике суицидов среди подростков играет оптимизация межличностных отношений в школьной среде. Эффективная коммуникация, поддержка и вовлеченность учащихся в школьную жизнь могут значительно снизить риск возникновения проблем с психическим здоровьем [86]. Рассмотрим основные меры, способствующие улучшению межличностных отношений в школе:

- Формирование классных коллективов: создание дружеской и поддерживающей атмосферы в классе, где ученики могут открыто выражать свои мысли и чувства, а также учиться друг у друга.
- Нормализация стиля общения: учителя должны применять доброжелательный и уважительный тон в общении с учениками, показывая, что их мнения и чувства имеют значение.
- Оптимизация учебной деятельности: занятия должны быть интересными и вовлекающими, что поможет удерживать внимание подростков и развивать у них желание учиться.
- Социально-значимые виды деятельности: вовлечение учащихся в проекты, мероприятия, волонтерскую деятельность, которые помогают развивать социальные навыки и создавать чувство общности и принадлежности к группе.
- Школьное самоуправление: предоставление учащимся возможностей участвовать в принятии решений, касающихся их жизни в школе, что способствует развитию ответственности и лидерских качеств.
- Поддержка самореализации: формирование у учащихся установки на успех в различных сферах, таких как культура, спорт, искусство и наука. Это помогает повысить самооценку и уверенность в себе.
- Контроль и поддержка: регулярное наблюдение за поведением учащихся, оценка их социальных взаимодействий и вовремя вмешательство в случае возникновения проблем.

- Обучение эмпатии: помощь учащимся в развитии навыков сопереживания и поддержки друг друга, что может значительно улучшить обстановку в классе.

- Регулярные коммуникации с родителями: совместная работа с родителями для поддержки учащихся и понимания их потребностей, а также информирование о важных аспектах жизни детей в школе.

Также важно, чтобы администрация школ следила за стилем общения учителей с учениками, исключая случаи оскорблений и унижения. Учителя должны проходить обучение по эффективным методам управления классом и развитию навыков коммуникации [74].

Таким образом, анализ существующей системы профилактики суицидального поведения выявляет ряд существенных проблем, требующих немедленного решения. Ключевой проблемой является крайне низкая обращаемость за специализированной помощью. Современная система профилактики нуждается в существенном совершенствовании. Необходимо развивать различные формы психологической помощи, включая дистанционные сервисы и горячие линии, особенно в отдалённых регионах. Важным направлением становится повышение осведомлённости населения о проблеме и формирование толерантного отношения к людям, испытывающим психологические трудности. Требуется усиление подготовки специалистов в области выявления суицидального риска и оказания первой помощи. Эффективное противодействие суицидальным тенденциям возможно только при комплексном взаимодействии медицинских работников, социальных служб, образовательных учреждений и общественности. Дифференцированный подход к работе с различными группами риска и междисциплинарное взаимодействие специалистов способны обеспечить своевременное выявление кризисных состояний и оказать эффективную помощь людям, находящимся в трудной жизненной ситуации.

Выводы по I главе

1. Несмотря на отсутствие универсальной теории суицидального поведения, накопленные знания дают возможность выявить ключевые взаимосвязи с различными факторами и сформировать практические рекомендации для специалистов по всему миру. Современные подходы рассматривают суицидальное поведение как непрерывный процесс, имеющий свою динамику развития и этапность процессов, на каждом из которых действуют группы факторов, влияющие на тот или иной аспект жизни человека.

2. Анализ статистических данных о суицидальном поведении среди детей и подростков демонстрирует напряженную ситуацию. За последние десятилетия наблюдается значительный рост числа самоубийств в данной возрастной группе. Оттого проблема суицидального поведения среди детей и подростков требует комплексного подхода к её решению: что включает в себя необходимость совершенствования системы регистрации случаев суицидального поведения, развитие профилактических программ и усиление мер по раннему выявлению паттернов суицидального поведения. На данный момент крайне актуально развивать и укреплять междисциплинарные взаимодействия специалистов для своевременного оказания помощи подросткам, находящимся в группе риска.

Анализ причин суицидального поведения у подростков показал, что его формирование определяется комплексом взаимосвязанных факторов. Среди ключевых факторов выделяются: генетическая предрасположенность, особенности семейного окружения, наличие психических расстройств, уровень развития эмоциональной саморегуляции и специфика копинг-поведения. Многофакторность и взаимосвязанность этих причин подчёркивают необходимость применения комплексного подхода к профилактике и выявлению факторов риска. Особую значимость приобретает

дальнейшее изучение клинико-динамических характеристик психических расстройств, что позволит совершенствовать методы диагностики и разрабатывать более эффективные стратегии психотерапии. Такой подход к пониманию суицидального поведения требует системного взаимодействия специалистов различных профилей для своевременного выявления и коррекции кризисных состояний у подростков.

Результатом исследований суицидального поведения у детей и подростков стало выделение ряда ключевых закономерностей и факторов риска. Так, например, в формировании суицидального поведения определенную роль играют гендерные различия, социально-демографические факторы, семейные факторы (состав и климат внутри семьи). Не мало важно выделить мотивы суицидального поведения, которые являются крайне разнообразными: мотив призыва к помощи, мотив протеста, мотив избегания. мотив самонаказания и мотив отказа от жизни. Полученные данные подчёркивают необходимость комплексного подхода к профилактике суицидального поведения.

3. В процессе диагностика суицидального поведения у подростков специалисты анализируют целый комплекс факторов: личностные особенности подростка, условия его жизни и клинические признаки возможных расстройств. Для этого используются различные методы: клиническое интервью, беседы с родителями или законными представителями, наблюдение в условиях стационара, специализированные опросники и соматическое обследование. При проведении психопатологического исследования специалисты обращают внимание на три основных компонента: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. Важно помнить, что в современном мире не существует универсального метода оценки суицидального риска, специалисты применяют комплексный подход, сочетая различные диагностические инструменты. Это позволяет

точно определить уровень риска и разработать эффективную стратегию помощи, включающую терапевтические и профилактические меры.

Диагностика суицидального поведения у подростков осуществляется при помощи целого комплекса специализированных методик, каждая из которых направлена на оценку различных факторов риска. Самыми распространёнными являются «Опросник суицидального риска» в модификации Т. Н. Разуваевой, «Модифицированный опросник Айзенка», специализированные методики Кучера – Костюкевича, Горской, Королёвой, Погодина, а также Колумбийская «Шкала оценки суицидального риска» и «Шкала суицидальных мыслей» Бека. Диагностика проводится комплексно, методики применяются совместно. Такой подход к диагностике даёт возможность более точно выявить уровень суицидальных намерений, оценить эмоциональное состояние подростка, определить факторы риска и проследить динамику изменений.

В современной России профилактика суицидального поведения сталкивается с серьёзными проблемами: крайне низкий процент обращений за специализированной помощью и недостаточная выявляемость суицидальных тенденций при обращениях к врачам общей практики. При этом около 30% людей, совершивших суицид или попытку самоубийства, обращались за помощью в течение месяца до трагического события, но их состояние не было вовремя диагностировано. Это говорит о том, что эффективность работы суицидологических служб остаётся низкой из-за отсутствия систематического учёта суицидальных попыток и недостаточного анализа завершённых суицидов. Для повышения эффективности превентивных мер необходимо усилить межведомственное взаимодействие, улучшить систему учёта и анализа данных, а также обеспечить доступность специализированной помощи во всех регионах страны. Особое внимание при работе с подростками стоит уделить формированию у них здоровых механизмов преодоления стрессовых ситуаций.

Таким образом, суицидальное поведение у детей и подростков формируется под влиянием множества факторов, при этом в России система профилактики сталкивается с серьёзными проблемами: низким уровнем обращений за помощью и недостаточной выявляемостью паттернов суицидального поведения среди подростков. Чтобы это изменить необходим комплексный междисциплинарный подход для улучшения учёта данных и повышения доступности специализированной помощи.

ГЛАВА II. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

2.1 Организация и методика проведения исследования появления суицидального поведения среди подростков

Целью эмпирического исследования апробирование на практике программу профилактики суицидального поведения подростков группы риска.

В исследовании суицидального поведения подростков приняли участие 10 учащихся 14-15 лет (8 класс).

В процессе исследования мы использовали исключительно экспериментальную группу, поскольку изучаемые психологические процессы имеют четкие критерии отбора и не предполагают сравнения с контрольной группой. Цель исследования направлена на углубленное изучение внутренних закономерностей и механизмов, которые могут быть искажены при сравнении с контрольной группой, не обладающей исследуемыми характеристиками. Таким образом, использование единственной экспериментальной группы является методологически обоснованным решением. Такой подход позволяет получить наиболее достоверные данные о базовых паттернах и структурных особенностях.

Исследование проводилось индивидуально с каждым ребенком. На исследование уходило в среднем 40 минут. При анализе полученных данных мы ориентировались на нормативные критерии к каждой методике.

Комплектование выборки для проведения эксперимента проводилось на основании следующих критериев:

- Соответствие возрастных параметров методикам (дети 14 - 15 лет)
- Обучение в одной классной параллели (учащиеся 8-х классов);

– Выделение в «группу риска» после прохождения Социально-психологическое тестирование (СПТ).

Исследование реализовывалось с использованием следующих психодиагностических методик:

1. «Самооценка психических состояний личности». Г. Ю. Айзенк (1968); адаптирована А. Г. Шмелёвым (1988) [12];
2. «Шкала депрессии Бека» для подростков (BDI-A). А.Т. Бек (1961) [43];
3. «Опросник суицидального риска». А. Г. Шмелев (1992); модификация Т. Н. Разуваевой (1993) [20].

Каждая из выбранных нами диагностических методик направлена на выявление специфических показателей, позволяющих обнаружить признаки суицидального поведения у подростков. (См. Приложение 1)

Методика «Самооценка психических состояний личности» (1988) [12]

Автор методики: Г. Ю. Айзенк, адаптирована А. Г. Шмелёвым.

Цель: определить уровень выраженности психических состояний личности по следующим параметрам: тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность.

Испытуемому предоставляется перечень характеристик различных психологических состояний. Для каждого утверждения необходимо выбрать один из трёх вариантов оценки.

Методика «Шкала депрессии Бека» для подростков (BDI-A)» (1961) [43]

Автор методики: А.Т. Бек.

Цель: выявить депрессивные состояния у подростка.

Испытуемому необходимо внимательно ознакомиться с утверждениями в каждой тематической группе и выбрать среди них единственное высказывание, которое наиболее точно отражает его эмоциональное состояние. Рядом с выбранным утверждением следует поставить отметку в виде галочки.

Методика «Опросник суицидального риска» (1993 [20])

Авторы методики: А. Г. Шмелев (1992); модификация Т. Н. Разуваевой.

Цель: диагностика суицидального риска и выявление уровня сформированности суицидальных намерений.

В процессе заполнения испытуемому необходимо ответить на 29 утверждений, используя знаки «+» (согласие) или «-» (несогласие).

Таким образом, подобранные нами методики актуальны для изучения суицидального поведения подростков, а также являются наиболее подходящими для нашего исследования. Они послужили основой для изучения выбранной нами проблемы и помогли выявить уровень суицидального поведения среди обучающихся МАОУ СШ «Комплекс Покровский».

2.2 Анализ результатов констатирующего этапа эксперимента

С помощью методики «Самооценка психических состояний личности» под авторством Г. Ю. Айзенка в адаптации А. Г. Шмелёва нам удалось выявить ряд психологических особенностей, способствующих формированию суицидального поведения, что позволило нам дать комплексную оценку следующих параметров: тревожность, фрустрация, агрессия, ригидность. Анализ полученных данных позволяет составить общую картину склонности к суицидальному поведению.

Учащиеся продемонстрировали заинтересованность: они внимательно слушали инструкции, выполняли задания и не отвлекались на посторонние раздражители.

Таким образом, полученные нами результаты о психологических особенностях, способствующих формированию суицидального поведения у подростков представлены в Таблице 1, 2, 3, 4, 5.

Таблица 1. Результаты диагностики по параметру «Тревожность»
исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний
личности»

Класс	8 класс	
	Абсолютное значение	Проценты (%)
Уровень		
Высокий	7	70
Средний	3	30
Низкий	0	0

Результаты проведенного исследования позволили сформировать картину уровня тревожности среди подростков и определить пороговые значения возникновения тревожных реакций.

высокую тревожность. Подобная тревожность может существенно мешать успешной адаптации в социуме, снижать способность к обучению.

Средний уровень был выявлен у 30% (3) учащихся. Такой уровень тревожности говорит нам о достаточной мотивации к деятельности среди, способности поддерживать бдительность, но появлению неких препятствий в социальной адаптации.

Низкий уровень тревожности не был продемонстрирован 0% (ни одним учащимся). Низкий уровень тревожности характеризуется эмоциональной устойчивостью, обеспечивает высокую социальную адаптивность, способствует успешной учебной деятельности.

Для наглядности описанные ранее данные отражены на Рисунке 1.

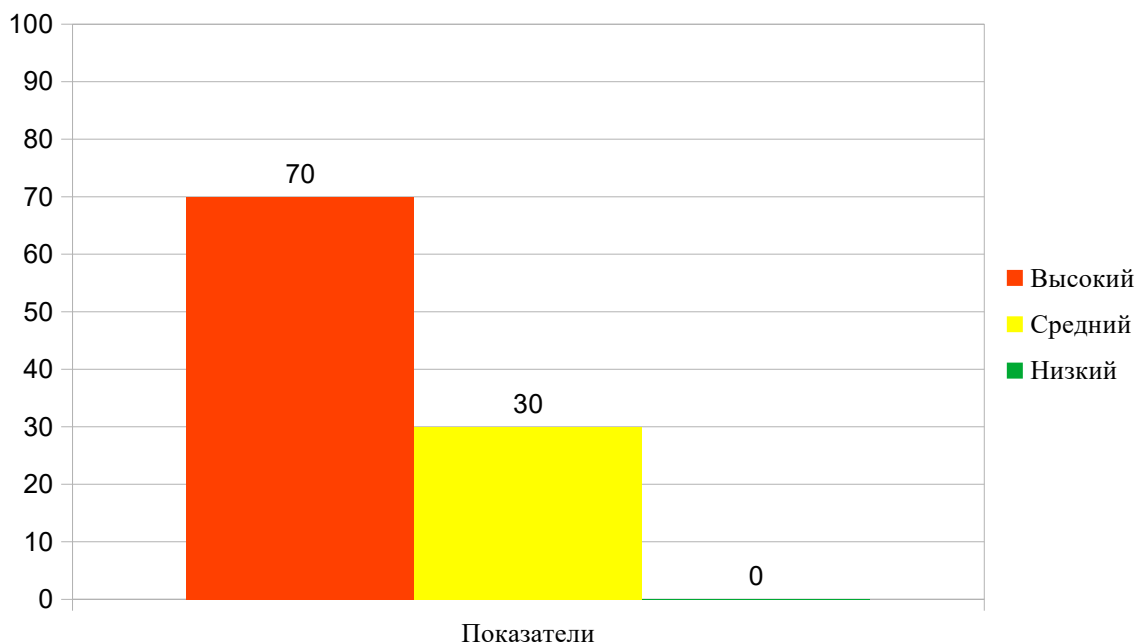


Рисунок 1. Результаты диагностики по параметру «Тревожность» исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности» Г.Ю. Айзека

Далее представлены сравнительные результаты по параметру «Фрустрация». Они отражены в Таблице 2.

Таблица 2. Результаты диагностики по параметру «Фрустрация» исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности»

Класс	8 класс	
	Абсолютное значение	Проценты (%)
Уровень		
Высокий	4	40
Средний	4	40
Низкий	2	20

Результаты диагностики показали следующую картину уровня психоэмоционального напряжения, возникающего, когда подросток сталкивается с препятствиями на пути к достижению важных целей.

Согласно полученным данным, нам стало известно, что 40% испытуемых (4 человек) продемонстрировали высокую степень

фрустрированности, что характеризуется эмоциональной устойчивостью и способностью эффективно справляться с трудностями.

Средний уровень был выявлен у 40% (4 учащихся). Такие показатели уровня фрустрации может выражаться целом ряде негативных переживаний: от разочарования и гнева до подавленности и апатии. На физиологическом уровне это характеризуется мышечном напряжением и повышенной утомляемостью.

Низкий уровень фрустрации был определен у 20% (2 человека). Это говорит о их высокой способности справляться с неудачами, успешно адаптироваться к изменяющимся условиям. Такие навыки особенно важны в условиях динамичной образовательной среды, где требуется быстрая адаптация к новым требованиям и методам обучения.

Для наглядности описанные ранее данные отражены на Рисунке 2.

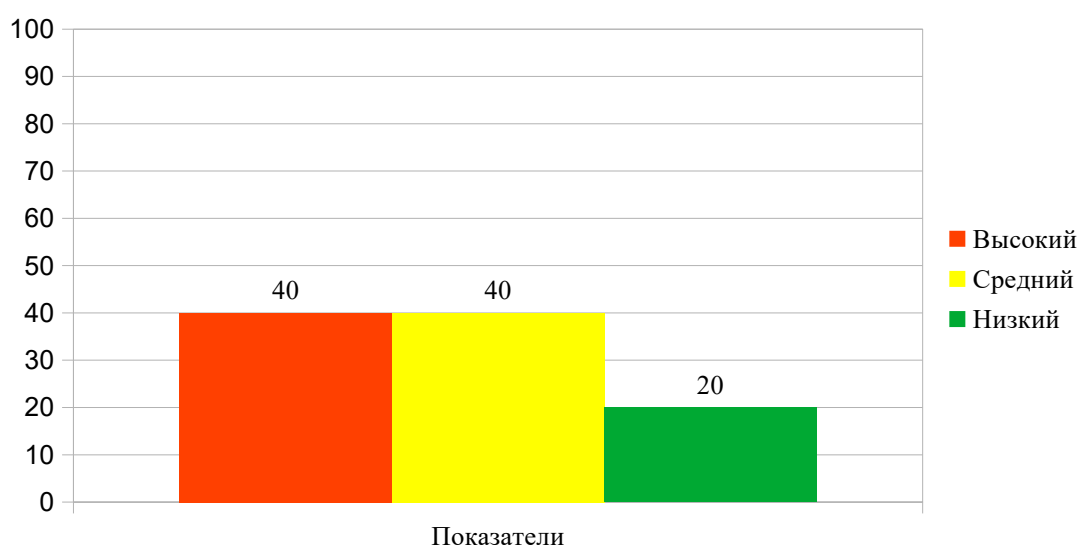


Рисунок 2. Результаты диагностики по параметру «Фрустрация» исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности» Г.Ю.

Айзека

Следующий показатель – агрессивность. Это устойчивая характеристика, отражающая предрасположенность к поведению, целью которого является причинение вреда окружающим, либо такое поведение воспринимается как враждебное с точки зрения социальных норм.

Все полученные результаты после прохождения учащимися методики представлены в Таблицы 3.

Таблица 3. Результаты диагностики по параметру «Агрессивность» исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности»

Класс	8 класс	
	Абсолютное значение	Проценты (%)
Уровень		
Высокий	2	20
Средний	3	30
Низкий	5	50

На основании собранных данных нами была определена картина уровня проявления агрессивных тенденций среди участников исследования.

После анализа данных мы выяснили, что 20% испытуемых (2 человека) демонстрируют ярко выраженную степень агрессивного поведения. Подобные результаты могут свидетельствовать о наличии устойчивых паттернов агрессивного реагирования на внешние раздражители.

Согласно результатам исследования, средний уровень агрессивности был диагностирован у 30% испытуемых (3 человека). Для данной группы характерно наличие ситуативной агрессии, которая проявляется преимущественно в ответ на провоцирующие факторы. Подростки демонстрируют способность к эмоциональной саморегуляции, однако в стрессовых ситуациях могут проявлять раздражительность.

У 50 % учащихся (5 человек) был продемонстрирован низкий уровень агрессивного поведения. Данный уровень развития агрессии является оптимальным показателем для данной возрастной группы. Данный результат свидетельствует о сформированности навыков конструктивного взаимодействия и способности управлять импульсивными реакциями в конфликтных ситуациях.

Для наглядности представленные нами данные отражены на Рисунке 3.

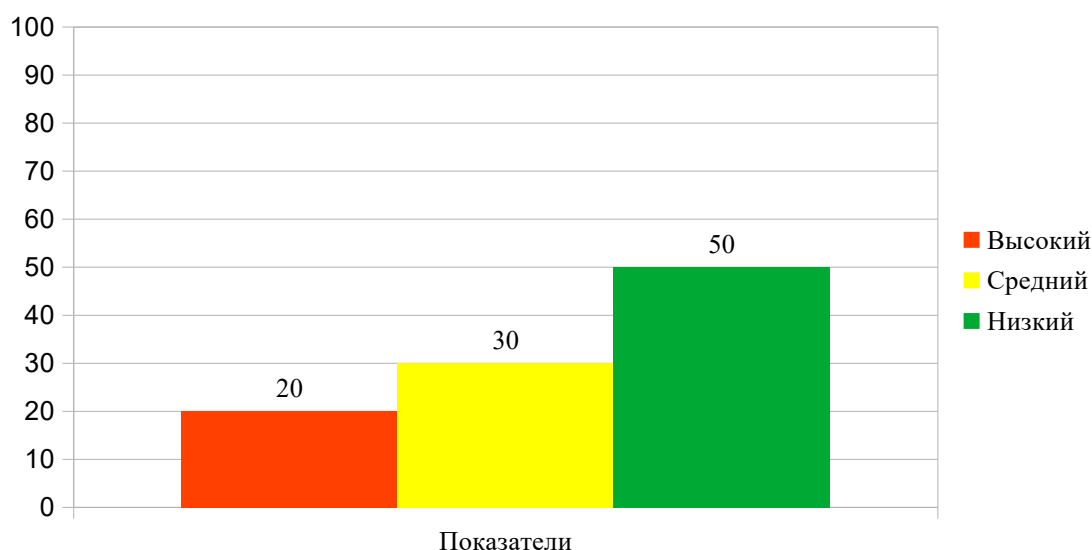


Рисунок 3. Результаты диагностики по параметру «Агрессивность» исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности» Г.Ю. Айзека

Результаты диагностики заключительного параметра методики «Ригидность» описаны ниже в Таблице 4.

Таблица 4. Результаты диагностики по параметру «Ригидность» исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности»

Класс	8 класс	
	Абсолютное значение	Проценты (%)
Уровень		
Высокий	4	40
Средний	5	50
Низкий	1	10

Комплексный анализ данных исследования позволил нам сделать вывод, о степени способности/неспособности подростка менять свой подход к решению задач или поведение в целом.

По результатам проведённого анализа установлено, что 40% испытуемых (4 человека из исследуемой группы) демонстрируют ярко выраженную степень ригидности. Полученные результаты свидетельствуют о значительной доле подростков в данной исследуемой группе с выраженными трудностями адаптации к изменяющимся условиям и неспособностью гибко перестраивать своё поведение и мышление.

Средний уровень ригидности поведения и жизненных установок был выявлен у 50% испытуемых (5 человек). Описанные выше результаты среднего уровня показывают, что данные учащиеся имеют сложности в корректировке своего поведения в меняющихся условиях, они характеризуются стойкой инертностью заданных установок и стереотипностью мыслительных процессов.

У 10 % учащихся (1 человек) был выявлен низкий уровень ригидности, что свидетельствует о высокой способности данного испытуемого к адаптации к новым, быстро изменяющимся условиям и способности эффективно реагировать на динамично меняющиеся условия окружающей среды, что является положительным показателем психологической гибкости личности.

В процессе проведения диагностики подростки демонстрировали высокий уровень вовлечённости: они внимательно слушали инструкцию, честно выполняли все необходимые действия. При возникновении вопросов подростки не стеснялись обращаться за разъяснениями к специалистам, что свидетельствует об их заинтересованности в результатах тестирования и готовности к открытому диалогу.

Для наглядности представленные нами данные отражены на Рисунке 4.

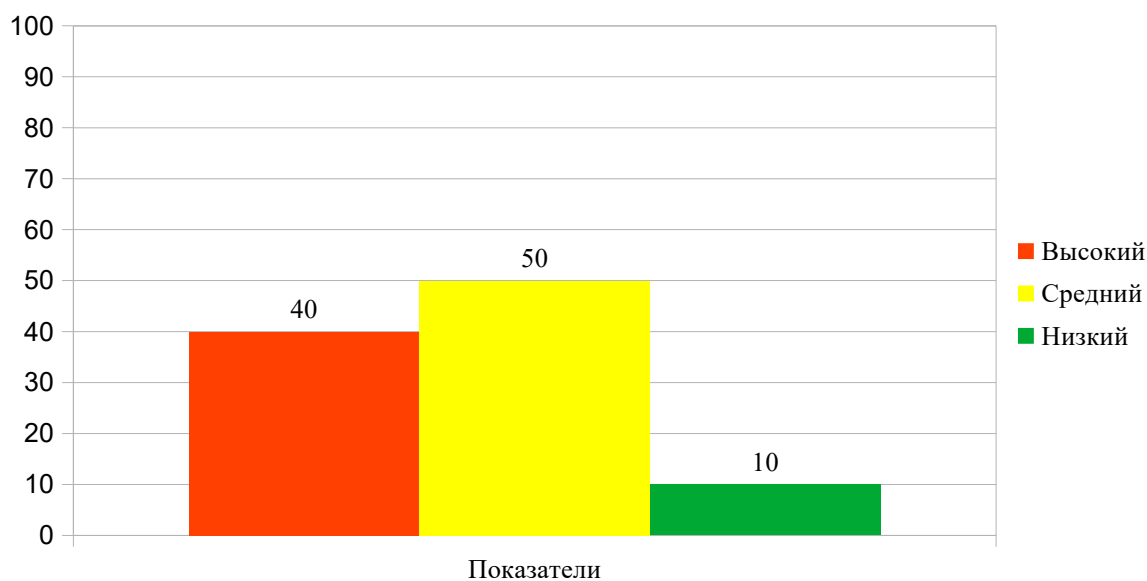


Рисунок 4. Результаты диагностики по параметру «Ригидность» исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности» Г.Ю.

Айзека

Обобщив все полученные показатели и проведя их систематизацию, мы представили итоговые результаты в виде среднего арифметического в Таблице 5., где АЗ – абсолютное значение, а % - проценты.

Таблица 5. Результаты диагностики по выявлению психологических особенностей, способствующих формированию суицидального поведения исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности»

Класс	8 класс	
	Абсолютное значение	Проценты (%)
Уровень		
Высокий	4,25	42,5
Средний	3,75	37,5
Низкий	2	20

Для наглядности представленные нами данные отражены на Рисунке 5.

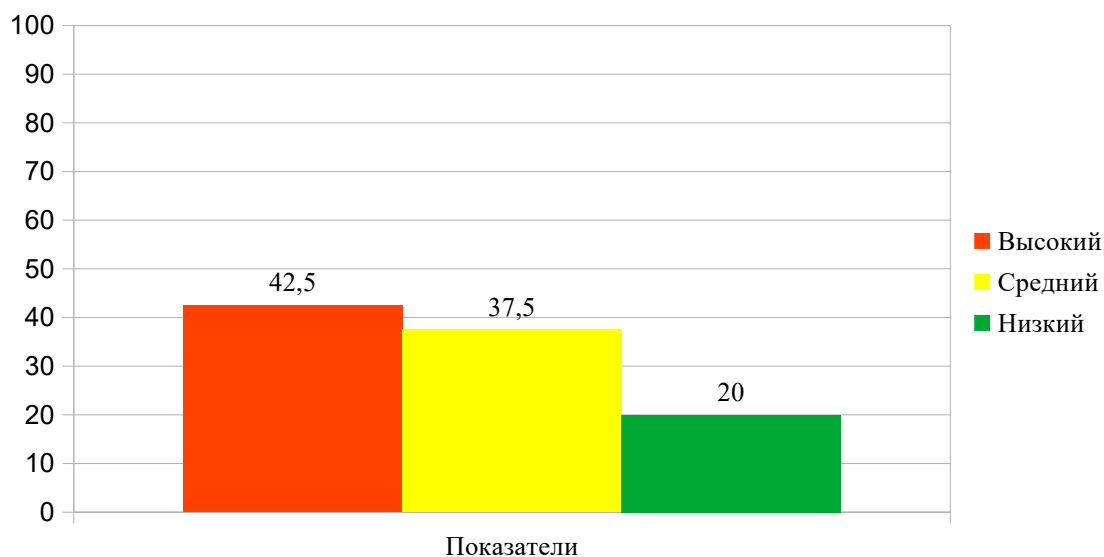


Рисунок 5. Результаты диагностики по выявлению психологических особенностей, способствующих формированию суицидального поведения исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности»

Комплексный анализ всех полученных данных позволяет сделать выводы о психологическом состоянии исследуемой группы подростков. Математическая обработка результатов показала, что преобладающими являются показатели с высоким и средним уровнями по всем исследуемым параметрам, что формирует определенную тревожную тенденцию. Данные результаты свидетельствует о наличии у большинства подростков характерных психологических особенностей, которые могут способствовать формированию суицидальных поведенческих паттернов.

Далее рассмотрим и проведем анализ результатов исследования по данной методике «Шкала депрессии Бека» для подростков (BDI-A)», автора А.Т. Бека.

Анализ результатов применения методики «Шкала депрессии Бека» для подростков (BDI-A) позволил нам провести качественную оценку степени выраженности депрессивных состояний подростков в исследуемой группе. В процессе проведения методики трудностей не возникало: учащиеся

внимательно слушали инструкцию, качественно выполняли все, что от них требовали специалисты.

По итогу исследования, полученные нами сравнительные результаты о степени выраженности депрессивного состояния у подростков представлены в Таблице 6.

Таблица 6. Результаты диагностики изучения степени выраженности депрессивного состояния подростков исследуемой группы методикой «Шкала депрессии Бека» для подростков (BDI-A)»

Класс	8 класс	
Уровень	Абсолютное значение	Проценты (%)
Удовлетворительное эмоциональное состояние	2	20
Легкая депрессия	6	60
Умеренная депрессия	2	20
Тяжелая депрессия	0	0

Результаты проведенного исследования показали следующую картину распределения степени выраженности депрессивного состояния у подростков исследуемой группы:

Согласно полученным данным, нам стало известно, что 20% испытуемых (2 человека) продемонстрировали удовлетворительное эмоциональное состояние. Это говорит о благоприятном эмоциональном фоне и способностью бороться с трудностями.

У 60% испытуемых (6 человек) была выявлена лёгкая депрессия, которая характеризуется периодическими перепадами настроения и снижением эмоциональной активности. Данный уровень депрессивных проявлений, согласно клинко-психологическим критериям, не достигает степени клинического расстройства, однако указывает на наличие субклинических эмоциональных нарушений, требующих внимания и профилактической работы.

У 20% учащихся (2 человека) была диагностирована депрессия умеренного типа, которая характеризуется более выраженными проявлениями эмоционального дискомфорта. Данное состояние сопровождается рядом дополнительных симптомов: потерей интереса к привычным занятиям, социальной замкнутостью и избеганием общения со сверстниками. Наблюдается снижение успеваемости и мотивации к учебной деятельности, что существенно влияет на качество образовательного процесса. В эмоциональном плане подростки демонстрируют повышенную раздражительность, тревожность и чувство безысходности. Физические проявления депрессии выражаются в нарушениях сна и аппетита, а также в частых жалобах на головные боли и общую слабость.

Среди обследованных школьников было выявлено 0% (ни одного случая) тяжелой депрессии. Тяжелая депрессия характеризуется глубокой эмоциональной подавленностью, утратой интереса к жизни и серьезными нарушениями психосоциального функционирования. Отсутствие подобных случаев в исследуемой группе свидетельствует о относительно благоприятном психологическом климате и достаточной эмоциональной устойчивости учащихся.

В процессе проведения подростки демонстрировали высокий уровень вовлечённости в процесс диагностики: они внимательно изучали инструкцию, честно выполняли все необходимые действия и при возникновении вопросов обращались за пояснениями. А также высоких показателей качества полученных данных позволил достичь комплексный подход к организации исследовательской работы, включающий профессиональное сопровождение всех этапов тестирования и создание доверительной атмосферы.

Для наглядности описанные ранее данные отражены на Рисунке 6.

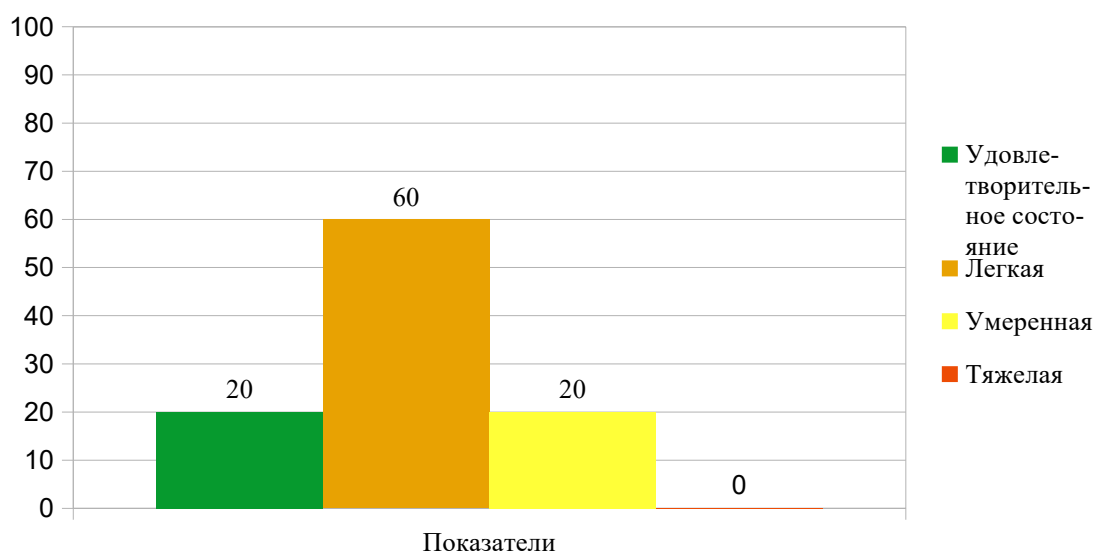


Рисунок 6. Результаты диагностики изучения степени выраженности депрессивного состояния у подростков исследуемой группы методикой «Шкала депрессии Бека» для подростков (BDI-A)» А.Т. Бека

Используя методику «Опросник суицидального риска» А. Г. Шмелева в модификации Т. Н. Разуваевой, мы выяснили, что уровень суицидальных намерений у подростков в исследуемой группе. В процессе проведения методики трудностей не возникало: учащиеся внимательно слушали инструкцию, выполняли все требующиеся от них действия.

В ходе исследования уровня суицидальных намерений среди подростков мы проводили комплексную оценку ряда показателей: демонстративность, аффективность, уникальность, несостоятельность, социальный пессимизм, слом культурных барьеров, максимализм, временная перспектив и антисуицидальный фактор. Системный анализ которых позволил нам достоверно определить общий уровень суицидальных намерений испытуемых.

Сравнительные результаты, полученные в ходе изучения уровня суицидальных намерений у подростков по данным показателям отражены в Таблице 7.

Таблица 7. Результаты диагностики изучения уровня развития суицидальных намерений подростков исследуемой группы методикой «Опросник суицидального риска»

Класс	8 класс	
	Абсолютное значение	Проценты (%)
Уровень		
Высокий	1	10
Средний	5	50
Низкий	4	40

Результаты проведенного исследования показали следующую картину распределения уровней суицидальных намерений среди учащихся 8-х классов:

В ходе данного исследования среди обследованных школьников было выявлено 10% случая высокого уровня развития суицидального поведения (1 человек).

Средний уровень развития суицидальных намерений показали 50% (5 человек).

Данные указанных двух уровней показывают критическую ситуацию, поскольку большинство детей группы имеют высокий и средний уровень суицидального риска свидетельствует о серьезных проблемах в психологическом состоянии ребёнка. В связи с этим необходимо предпринять экстренные меры и организовать системную профилактическую работу.

В ходе данного исследования, нам стало известно, что 40% испытуемых (4 человека) продемонстрировали низкий уровень развития суицидальных намерений. Для таких показателей характерно отсутствие устойчивых суицидальных мыслей и намерений, а также наличие эффективных механизмов психологической защиты и адаптации.

Во время исследования учащиеся проявляли высокую степень концентрации внимания, не отвлекались на посторонние факторы. Они демонстрировали заинтересованность в прохождении опросника, активно задавали вопросы по поводу значения незнакомых слов и уточняли

формулировки заданий в случаях возникновения затруднений с пониманием текста. Такое поведение свидетельствует о серьезном отношении испытуемых к исследованию и достоверности полученных нами результатов.

Для наглядности эти данные отражены на Рисунке 7.

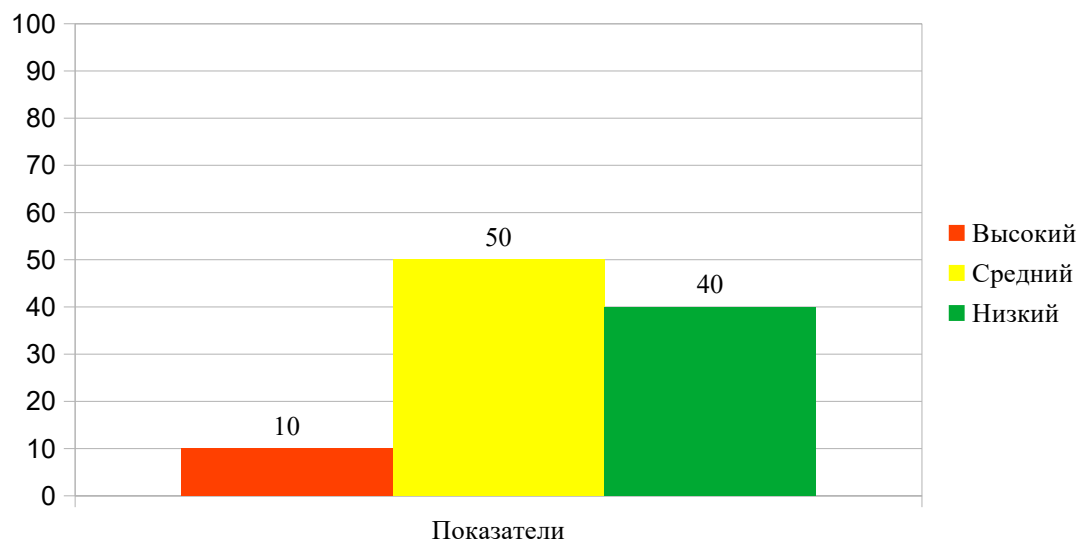


Рисунок 7. Результаты диагностики развития суицидальных намерений у подростков исследуемой группы методикой «Опросник суицидального риска» А. Г. Шмелева в модификации Т. Н. Разуваевой

Анализ результатов исследования показал наличие серьезных психологических проблем в обследованной группе подростков. Наиболее тревожным является наличие устойчивого эмоционального напряжения и повышенной тревожности среди учащихся.

Выявлено широкое распространение депрессивных состояний различной степени выраженности. Наблюдается тенденция к снижению общего эмоционального фона и утрате интереса к привычной деятельности. Особую озабоченность вызывает наличие склонности к деструктивному поведению, включая суицидальные проявления, у значительной части подростков. Также отмечается нарушение механизмов эмоциональной регуляции и снижение устойчивости к стрессовым факторам. Нарушены естественные механизмы психологической защиты, наблюдается тенденция к накоплению негативных эмоциональных переживаний.

Таким образом полученные результаты подчеркивают необходимость организации целенаправленной профилактической психологической работы по развитию адаптивных механизмов поведения, эмоциональной устойчивости и навыков конструктивного разрешения конфликтных ситуаций в данной группе подростков.

Выводы по II главе

Исследование преддикторов суицидального поведения у подростков производилось на базе МАОУ СШ «Комплекс Покровский». В исследовании приняли участие 10 учащихся 14-15 лет (8 класс). Исследовательская группа была сформирована на основе проводимого Социально-психологического тестирования (СПТ), которое способствует обнаружению и определению учащихся, находящихся в «группе риска».

1. По результатам проведения методики «Самооценка психических состояний личности» по четырем параметрам: тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность мы получили следующие данные:

Нами была отмечена ярко выраженная тревожность, которая существенно влияет на эмоциональное состояние группы и ограничивает их адаптационные способности. Значительное количество испытуемых демонстрирует повышенную фрустрацию, что свидетельствует о проблемах в преодолении жизненных трудностей и недостаточной устойчивости к неудачам. Позитивным моментом является относительно благополучная ситуация с агрессивностью – большинство испытуемых демонстрирует нормальные показатели, что указывает на достаточный уровень социальной адаптации. Выделяется высокий уровень ригидности значительной части испытуемых, что проявляется в трудностях адаптации к изменениям и недостаточной гибкости поведенческих реакций.

По окончании проведения методики «Шкала депрессии Бека» для подростков (BDI-A)» в исследуемой группе, мы выяснили, что лишь незначительная часть испытуемых демонстрирует удовлетворительное эмоциональное состояние, тогда как большинство показывает различные проявления депрессивных состояний – от легких до умеренных форм.

По результатам диагностики исследуемой группы по методике «Опросник суицидального риска» нам стало известно, что результаты диагностики суицидального риска в исследуемой группе показали неоднозначную картину. Полностью отсутствуют случаи высокого уровня суицидального поведения, что можно расценивать как положительный фактор. При этом значительная часть группы демонстрирует средний уровень развития суицидальных намерений, что требует особого внимания специалистов. Лишь меньшая часть подростков показала низкий уровень суицидального риска, свидетельствующий об относительной психологической устойчивости.

Полученные результаты диагностики свидетельствуют о том, что в группе преобладают признаки эмоциональной нестабильности, выраженной тревожности и депрессивных состояний различной степени тяжести.

2. Исходя из всего сказанного выше, мы делаем вывод о том, что анализ полученных нами данных демонстрирует острую необходимость разработки и апробации комплексной системы профилактических мер в работе с исследуемой группой подростков. Особую актуальность приобретает организация целенаправленной работы по предотвращению суицидального поведения и укреплению психологического здоровья учащихся. Реализация комплексной системы профилактических мер позволит существенно снизить риски дезадаптивного поведения, предотвратить развитие суицидальных тенденций и способствовать гармоничному развитию личности подростка.

ГЛАВА III. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПОЯВЛЕНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

3.1 Теоретические основы формирующего эксперимента

В профессиональной деятельности психолога основополагающую роль играют принципы психологической профилактики, которые формируют методологическую базу исследования и практической работы. Данные принципы выступают в качестве нормативных регуляторов, определяющих стратегию и тактику проведения диагностической и профилактической работы, а также обеспечивающих защиту прав и интересов всех участников психологического процесса.

Профилактическая деятельность базируется на системе взаимосвязанных принципов:

- Принцип системности учитывает целостность и взаимосвязь всех компонентов профилактического воздействия.
- Принцип развития направлен на стимулирование позитивных изменений личности и её потенциала.
- Принцип индивидуальности предполагает учет уникальных особенностей каждого индивида. Особое значение имеет принцип непрерывности, обеспечивающий регулярность профилактических мероприятий.

Соблюдение данных принципов обеспечивает методологическую корректность исследования, достоверность получаемых результатов и эффективность профилактических мероприятий. Их реализация способствует повышению качества психологической помощи, обеспечивает профессиональную этичность работы психолога и создает прочную основу для развития психологической службы в целом.

В науке также определяют и множество методов профилактики. Основным методом профилактики появления суицидального поведения у подростков мы выбрали психологический тренинг.

Психологический тренинг выступает одним из наиболее эффективных методов профилактики суицидального поведения среди подростков, поскольку направлен на формирование адаптивного поведения и развитие личностных ресурсов в критический период.

Основные цели тренинговой работы заключаются в создании благоприятных психологических условий для полноценного развития личности, формировании устойчивой положительной самооценки, развитии навыков саморегуляции и стрессоустойчивости, а также в формировании жизнеутверждающих установок и коммуникативных навыков.

В процессе проведения тренинга применяются разнообразные методы работы: групповые дискуссии по актуальным проблемам, ролевые игры для отработки конфликтных ситуаций, арт-терапевтические техники, упражнения на развитие коммуникативных навыков и медитативные практики для снятия психомоторного напряжения.

В процессе занятий особое внимание уделяется развитию личностных ресурсов подростков, формированию навыков самопомощи и взаимопомощи, а также созданию поддерживающей среды, что позволяет не только предотвратить развитие суицидального поведения, но и способствует гармоничному развитию личности подростка.

3.2 Содержание программы психологической профилактики появления суицидального поведения подростков группы риска

В результате изучения методической литературы по проблеме исследования и результатам констатирующего эксперимента, нами была

составлена «Программа психологической профилактики появления суицидального поведения у подростков группы риска».

Пояснительная записка

Актуальность: в настоящее время проблема суицидального поведения среди подростков стоит особенно остро. Статистика показывает тревожную тенденцию роста количества попыток суицида среди молодежи. Подростки группы риска особенно уязвимы к стрессовым факторам и негативным влияниям. Подростки, входящие в «группу риска» часто имеют деструктивные семейные взаимоотношения, проблемы в учебе, отсутствие устойчивых интересов и хобби, нередко они переживают тяжелую утрату или подвергаются (подвергались) насилию.

Данная программа психологической профилактики направлена на формирование устойчивых механизмов психологической защиты и развитие жизнестойкости у подростков группы риска. В ходе реализации программы происходит укрепление личностных ресурсов, формирование адаптивных способов реагирования на стрессовые ситуации и развитие навыков конструктивного решения проблем.

Каждое занятие включает вводную часть с упражнениями на создание доверительной атмосферы и снижение эмоционального напряжения, основную часть, посвященную развитию личностных качеств и социальных навыков, а также заключительную часть, включающую рефлекссию и закрепление полученных навыков.

Программа построена по принципу цикличности, что обеспечивает постепенное закрепление формируемых навыков и устойчивых позитивных изменений в поведении подростков.

Цель: организация комплексной профилактической работы по предупреждению суицидальных действий среди подростков.

Задачи:

1. Формирование навыков саморегуляции и стрессоустойчивости;

2. Оптимизация межличностных отношений в школьной среде;
3. Создание условий для формирования позитивного образа «Я»;
4. Развитие коммуникативных навыков и умений конструктивного разрешения конфликтов;
5. Организация профилактической работы с родителями.

Данная программа разработана для подростков группы риска, находящихся в возрасте 14-15 лет, имеющих признаки эмоциональной нестабильности, тревожности и депрессивных состояний, а также демонстрирующих различные формы суицидального поведения.

Условия и формы организации реализации программы:

Данная программа рассчитана на 21 занятие с детьми, продолжительностью 40 минут и 3 консультаций/бесед с родителями. Периодичность проведения занятий – два раза в неделю, последнее занятие на 4-ой неделе каждого месяца отведено на работу с родителями. Срок проведения программы – 3 месяца. Форма проведения занятий с детьми – групповая.

Методы и техники:

В программе психологической профилактики использованы следующие методы и техники работы с подростками группы риска:

- Арт-терапевтические методы – направлены на развитие самовыражения, снижение тревожности и формирование позитивного самовосприятия;
- Телесно-ориентированная терапия – включает дыхательные техники и метод прогрессивной мышечной релаксации для снятия психоэмоционального напряжения;
- Ролевые игры – помогают отработать навыки решения конфликтных ситуаций и повысить социальную компетентность;
- Психогимнастика – направлена на развитие эмоционального интеллекта и улучшение межличностного восприятия.

Применение данных методов и техник позволит снизить уровень тревожности и депрессивных состояний, развить навыки саморегуляции и стрессоустойчивости, сформировать позитивные жизненные установки, повысить уровень самопринятия и уверенности в себе.

Основные направления работы с подростками группы риска:

- Развитие эмоционально-волевой сферы;
- Работа с личностными установками;
- Развитие коммуникативных навыков;
- Развитие навыков социализации;
- Профилактика кризисных состояний;
- Гармонизация семейных отношений.

Структура занятия:

- Ритуал приветствия – начальный этап, который задаёт тон всему занятию. Он способствует созданию доверительной атмосферы в группе, помогает определить эмоциональное состояние участников и настроить их на продуктивную работу.

- Разминка – снятие накопившегося физического и эмоционального напряжения, поддержание оптимального уровня активности участников. Проводится в начале второй половины занятия.

- Основная часть занятия – комплекс специально подобранных упражнений. Все задания направлены на достижение поставленных психологических целей и решение конкретных задач.

- Рефлексия – завершающий момент, в котором учащиеся анализируют свой эмоциональный опыт (что понравилось/не понравилось) и фиксируют содержательные моменты (какие упражнения запомнились, какие знания получены).

- Ритуал прощания – финальный этап занятия, направленный на гармоничное завершение работы. Данный этап способствует укреплению

позитивных взаимоотношений между участниками и создаёт основу для дальнейшего продуктивного взаимодействия.

В Таблице 8 представлено тематическое планирование программы психологической профилактики появления суицидального поведения у подростков группы риска».

Таблица 8. Тематическое планирование занятий

Блок 1. Работа с детьми			
№ занятия	Цель занятия	Содержание	Время занятия
1	Вступительное занятие: знакомство с детьми, создание доверительной атмосферы в группе.	Ритуал приветствия; Упражнение «Круг дружбы» Упражнение «Мой мир» Разминка «Путешествие» Упражнение «Зеркало» Упражнение «Безопасность» Ритуал прощания.	40 минут
2	«Карта чувств: учимся понимать свои эмоции»	Ритуал приветствия; Упражнение «Радуга настроения» Практика «Карта дня» Разминка «Танец эмоций» Упражнение «Эмоциональный дневник» Ритуал прощания.	40 минут
3	«Цвета эмоций: работа с чувствами»	Ритуал приветствия; Упражнение «Мои эмоции» Упражнение «Мой эмоциональный портрет» Разминка «Эмоциональный микс» Упражнение «Эмоциональный словарь» Практика «Остров спокойствия» Ритуал прощания.	40 минут

Продолжение Таблицы 8

4	«Мое настроение. Три хороших дела: как поднять настроение»	Ритуал приветствия; Упражнение «Мой день в красках» Практика «Три радости дня» Упражнение «Доброе дело дня» Разминка «Танцуй со мной» Упражнение «Подарок себе» Упражнение «Делай добрые дела, забудь о зле» Ритуал прощания.	40 минут
5	«Мои сильные стороны: что я умею»	Ритуал приветствия; Упражнение «Зеркало талантов» Упражнение «Галерея успехов» Упражнение «Кто я?» Разминка «Энергичный круг и овалы» Практика «Командный проект» Ритуал прощания.	40 минут
6	«Зеркало позитивных утверждений»	Ритуал приветствия; Упражнение «Зеркало уверенности» Упражнение «Я могу!» Упражнение «Мой талисман» Разминка «Энергия дня» Практика «Передача света» Ритуал прощания.	40 минут
7	«Общение без ссор: правила дружелюбного диалога»	Ритуал приветствия; Упражнение «Я слушаю» Упражнение «Мост понимания» Упражнение «Договор о дружбе с другом» Разминка «Передай эмоцию» Практика «Границы» Ритуал прощания.	40 минут

Продолжение Таблицы 8

8	«Решаем проблему вместе: учимся прощать и идти дальше»	Ритуал приветствия; Упражнение «Что такое прощение?» Практика «Мои обиды» Упражнение «Письмо обиды» Разминка «Цепь поддержки» Упражнение «Мой путь к прощению» Упражнение «Вместе за руки возьмемся, кругом пройдем и помолчим» Упражнение «Извлечь урок» Ритуал прощания.	40 минут
9	«Что такое дружба? Учимся быть хорошим другом»	Ритуал приветствия; Упражнение «Кодекс друга» Упражнение «Я и мой друг» Упражнение «Поделись радостью» Разминка «Зеркало чувств и эмоций» Упражнение «Поделись улыбкою своей» Практика «Помощь рядом» Ритуал прощания.	40 минут
10	Мосты, а не стены: как находить компромисс»	Ритуал приветствия; Упражнение «Что такое компромисс?» Упражнение «Два мнения» Упражнение «Активное слушание» Разминка «Командный мост» Упражнение «Вместе сильнее» Упражнение «Ролевые ситуации» Ритуал прощания.	40 минут

Продолжение Таблицы 8

11	«Вредные привычки: как сказать нет»	Ритуал приветствия; Упражнение «Мои привычки» Упражнение «Ловушки привычки» Разминка «Вперёд к цели» Практика «Стоп-кран» Ритуал прощания.	40 минут
12	«Здоровый образ жизни: мой выбор»	Ритуал приветствия; Упражнение «Моё здоровье» Упражнение «Мой день» Упражнение «Пирамида питания» Разминка «Движение – жизнь» Упражнение «Виды активности» Упражнение «Сон и бодрость» Ритуал прощания.	40 минут
13	«Моя семья – моя опора. Анализ семейных ценностей»	Ритуал приветствия; Упражнение «Ценности семьи» Упражнение «Календарь праздников» Упражнение «Семейные ситуации» Разминка «Вместе весело» Практика «Портрет семьи» Ритуал прощания.	40 минут
14	«Как говорить с родителями»	Ритуал приветствия; Упражнение «Роли в семье» Упражнение «Понимаем друг друга» Упражнение «Семейные ситуации» Разминка «Играем все вместе разом» Упражнение «Компромисс в семье» Практика «Диалог с близкими» Ритуал прощания.	40 минут

Продолжение Таблицы 8

15	Мои семейные традиции: что делает нашу семью особенной»	Ритуал приветствия; Упражнение «История семьи» Упражнение «Календарь праздников» Упражнение «Мой вклад» Разминка «Объятия» Практика «Мастерская традиций» Ритуал прощания.	40 минут
16	«Где искать поддержку: друзья, родители, учителя»	Ритуал приветствия; Упражнение «Что такое поддержка?» Упражнение «Семья – моя крепость» Упражнение «Настоящий друг в беде не бросит» Разминка «Команда» Упражнение «Роль учителя» Упражнение «План действий» Ритуал прощания.	40 минут
17	«Кто рядом, когда трудно? Узнаем о людях, которые могут помочь»	Ритуал приветствия; Упражнение «Когда бывает трудно» Упражнение «Семья – первая поддержка» Разминка «Команда поддержки» Упражнение «Настоящий друг в беде» Упражнение «Кто помогает в школе?» Упражнение «Телефон доверия» Упражнение «Мой круг помощи. Кому звонить?» Ритуал прощания.	40 минут

Продолжение Таблицы 8

18	«Понимаем свои чувства: что делать, если плохо?»	Ритуал приветствия; Упражнение «Почему грустно?» Практика «Островок спокойствия» Разминка «Антистресс» Упражнение «Я понимаю себя» Упражнение «Мой путь к эмоциям» Ритуал прощания.	40 минут
19	«Как не бояться просить о помощи? Советы и упражнения»	Ритуал приветствия; Упражнение «Страхи и барьеры» Упражнение «Карта поддержки» Разминка «Уверенный голос» Упражнение «Позитивный сценарий» Упражнение «Личный план» Ритуал прощания.	40 минут
20	«Что сказать, если трудно начать разговор о своих проблемах?»	Ритуал приветствия; Упражнение «Почему важно говорить» Упражнение «Первые шаги» Упражнение «Мои проблемы словами» Разминка «Сила группы» Практика «Правильные вопросы» Ритуал прощания.	40 минут
21	«План действий: кто и как может помочь в трудной ситуации»	Ритуал приветствия; Упражнение «Мои тревоги» Упражнение «Как поговорить с родными» Упражнение «Карта помощи» Разминка «Команда поддержки» Практика «Индивидуальный план» Ритуал прощания.	40 минут

Продолжение Таблицы 8

Блок 2. Работа с родителями			
22	Консультативная работа с родителями: беседа «Роль семейного воспитания в формировании личности подростка»	Вводная часть – приветствие Теоретический блок - особенности подросткового возраста, роль семейного воспитания Практический блок - анализ семейных отношений, построение здоровой коммуникации с подростком, стратегии поддержки Заключительный блок - рефлексия встречи	30 минут
23	Консультативная работа с родителями: профилактическая беседа «Семейные конфликты»	Вводная часть – приветствие Теоретический блок – природа конфликтов, влияние конфликтов на семью Практический блок - стратегии разрешения конфликтов, навыки эффективного общения Заключительный блок - рефлексия встречи	30 минут
24	Консультативная работа с родителями: беседа «Вовлечение ребенка в социальные активности для развития коммуникативных навыков»	Вводная часть – приветствие Теоретический блок – роль социальных активностей Практический блок - стратегии вовлечения, формы социального взаимодействия, работа с конкретными направлениями Заключительный блок - рефлексия встречи	30 минут

Ожидаемые результаты:

1. Формирование умения осознанно управлять собственными эмоциями в стрессовых ситуациях;
2. Развитие эмпатии и навыков конструктивного взаимодействия;
3. Развитие адекватной самооценки и повышение уровня самоуважения;
4. Формирование способности выражать мысли и чувства без агрессии;
5. Укрепление доверительных отношений в семье, минимизация конфликтов в детско-родительских отношениях.

3.3 Контрольный эксперимент и его анализ

Целью контрольного этапа нашего исследования является определение эффективности программы психологической профилактики суицидального поведения среди подростков группы риска. Для того, чтобы определить эффективность проведенной нами профилактической работы было осуществлено повторное психодиагностическое исследование. На данном этапе исследования применялись те же методики диагностики, что и на первоначальном этапе работы. Нами был проведен анализ и сравнение результатов контрольного этапа диагностики.

Результаты повторного психодиагностического исследования контрольного эксперимента по методике «Самооценка психических состояний личности» под авторством Г. Ю. Айзенка в адаптации А. Г. Шмелёва представлены в Таблице 9, 10, 11, 12, 13.

Таблица 9. Сравнительные результаты по параметру «Тревожность»
исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний
личности», контрольный эксперимент

Класс	8 класс			
	Констатирующий эксперимент (А3)	Констатирующий эксперимент (%)	Контрольный эксперимент (А3)	Контрольный эксперимент (%)
Высокий	7	70	0	0
Средний	3	30	4	40
Низкий	0	0	6	60

Результаты проведенного исследования позволили сформировать картину уровня тревожности среди подростков и определить пороговые значения возникновения тревожных реакций.

Согласно полученным данным, нам стало известно, что 0% (ни один испытуемый) продемонстрировали высокую тревожность. Это говорит о позитивных изменениях в психоэмоциональном состоянии испытуемых, так как при диагностике на констатирующем этапе эксперимента показатели были равны 70% (7 человек). В сравнении с предыдущими данными наблюдается положительная динамика, свидетельствующее о росте эмоциональной устойчивости и снижении уровня стрессовых реакций. Участники демонстрируют более адекватное восприятие потенциально стрессовых ситуаций и эффективную адаптацию к текущим условиям деятельности.

По результатам диагностики тревожности у 40% испытуемых (4 человека) был обнаружен средний уровень тревожности. По сравнению с исходными данными результаты показывают положительную динамику, но определённые трудности в процессе социальной адаптации по-прежнему сохраняются. Несмотря на то, что мы видим увеличение численных показателей (на начальном этапе средний уровень был обнаружен у 30% (3

человека)), мы все же говорим, о возросшей способности у подростков сохранять самообладание в стрессовых ситуациях, так как мы сравниваем показатели в совокупности, а низкий уровень на втором этапе демонстрируют гораздо большее количество учащихся, чем на первом.

Низкий уровень тревожности уже демонстрируют 60% (6 человек), что значительно превышает результаты предыдущего этапа, на котором показатели равнялись 0% (ни одного человека). Такой рост доли участников с низким уровнем тревожности свидетельствует о положительной динамике в эмоциональном состоянии испытуемых.

Важно отметить, что данные результатов демонстрирует преимущественно благоприятную картину с преобладанием низких показателей, что указывает на то, что наша программа профилактики была эффективна при работе с данной характеристикой.

Для наглядности описанные ранее данные отражены на Рисунке 9.

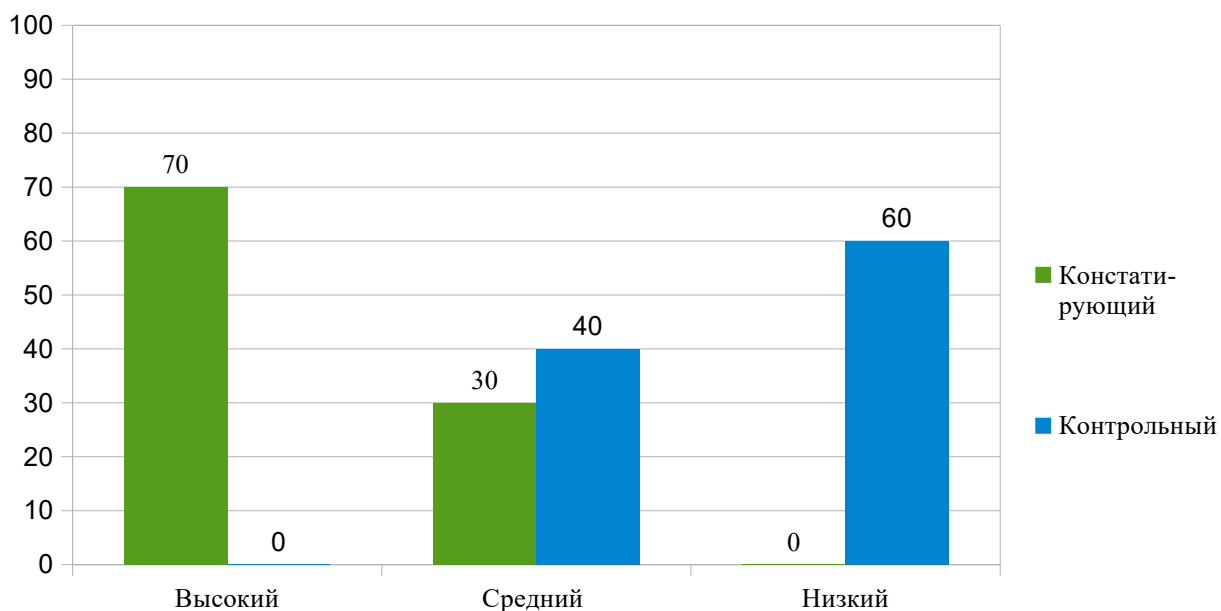


Рисунок 9. Сравнительные результаты по параметру «Тревожность» исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности» Г.Ю. Айзека, контрольный эксперимент

Далее представлены сравнительные результаты по параметру «Фрустрация». Они отражены в Таблице 10.

Таблица 10. Сравнительные результаты по параметру «Фрустрация» исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности», контрольный эксперимент

Класс Уровень	8 класс			
	Констатирующий эксперимент (А3)	Констатирующий эксперимент (%)	Контрольный эксперимент (А3)	Контрольный эксперимент (%)
Высокий	4	40	0	0
Средний	4	40	4	40
Низкий	2	20	6	60

Результаты проведенного исследования показали следующую картину уровня фрустрации.

Согласно полученным данным, нам стало известно, что у 0% (ни у одного испытуемого) было диагностировано высокой степени фрустрированности. В отличие от результатов первого этапа, где показатели были равны 40% (4 человека), сейчас наблюдается снижение уровня эмоционального напряжения – испытуемые демонстрируют заметно возросшую способность справляться со стрессовыми ситуациями. Эти улучшения свидетельствуют о повышении стрессоустойчивости участников и формировании более эффективных механизмов эмоциональной регуляции, что позволяет говорить о положительной динамике в общем психоэмоциональном фоне группы.

Средний уровень был выявлен у 40% (4 учащихся). На втором этапе эксперимента заметна положительная динамика у испытуемых, несмотря на неизменное состояние числовых показателей (на первом этапе средний уровень был продемонстрирован 40% (4 человек)): если на предыдущем этапе для них были типичны разнообразные негативные реакции – от вспышек гнева и раздражения до состояний подавленности и апатии, – то сейчас выраженность этих проявлений существенно снизилась.

60% (6 человек) демонстрирует низкий уровень фрустрации, так, у испытуемых отмечается положительная динамика по сравнению с предыдущими результатами: 20% (2 человека). На первом этапе наблюдались определённые сложности в преодолении трудностей, то сейчас участники демонстрируют заметно более эффективные механизмы совладания со стрессовыми ситуациями.

Для наглядности описанные ранее данные отражены на Рисунке 10.

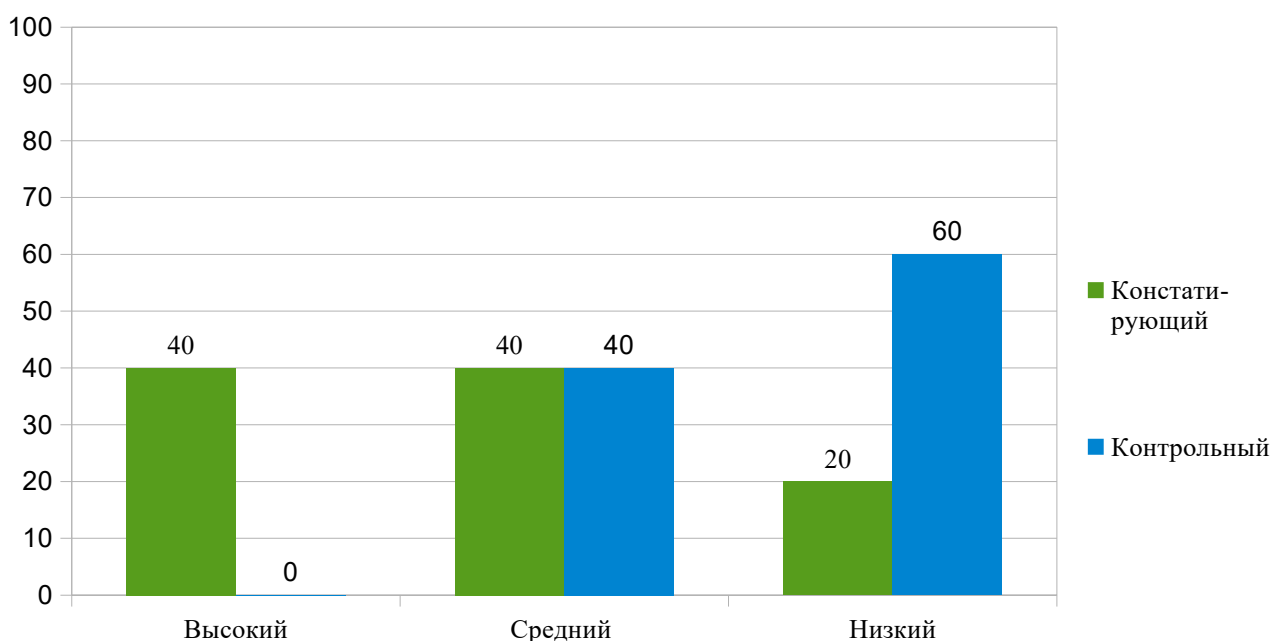


Рисунок 10. Сравнительные результаты по параметру «Фрустрация» исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности» Г.Ю. Айзека, контрольный эксперимент

Следующий показатель, который был нами рассмотрен это - агрессивность.

Все полученные результаты после прохождения учащимися методики представлены в Таблицы 11.

Таблица 11. Сравнительные результаты по параметру «Агрессивность» исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности», контрольный эксперимент

Класс	8 класс			
	Констатирующий эксперимент (А3)	Констатирующий эксперимент (%)	Контрольный эксперимент (А3)	Контрольный эксперимент (%)
Высокий	2	20	0	0
Средний	3	30	3	30
Низкий	5	50	7	70

На основании собранных данных нами была определена картина уровня проявления агрессии среди учащихся исследуемой группы.

После анализа данных мы выяснили, что 0% (ни один учащийся) демонстрируют ярко выраженную степень агрессивного поведения. На втором этапе эксперимента выявлена положительная динамика, так как на первом этапе данный уровень наблюдался у 20% (2 испытуемых). Произошло снижение количества конфликтных ситуаций и рост способности к самоконтролю в эмоционально напряжённых ситуациях.

Согласно результатам исследования, средний уровень агрессивности был диагностирован у 30% (3 испытуемых). Несмотря на то что изначально средний уровень фиксировался также у 30 % испытуемых (3 человека), общий анализ данных позволяет утверждать, подростки стали лучше контролировать свои эмоции. Это подтверждается тем, что на втором этапе количество учащихся с низким уровнем агрессии превысило показатели первого этапа.

Низкий уровень агрессивного поведения показали 70% (7 человек), когда на первом этапе их было 50% (5 человек) что свидетельствует о положительной динамике, что если у большинства испытуемых ранее отмечались определённые сложности в управлении эмоциями и выстраивании коммуникативных связей, то сейчас испытуемые

демонстрируют устойчивые навыки контроля над эмоциональными реакциями.

Для наглядности представленные нами данные отражены на Рисунке 11.

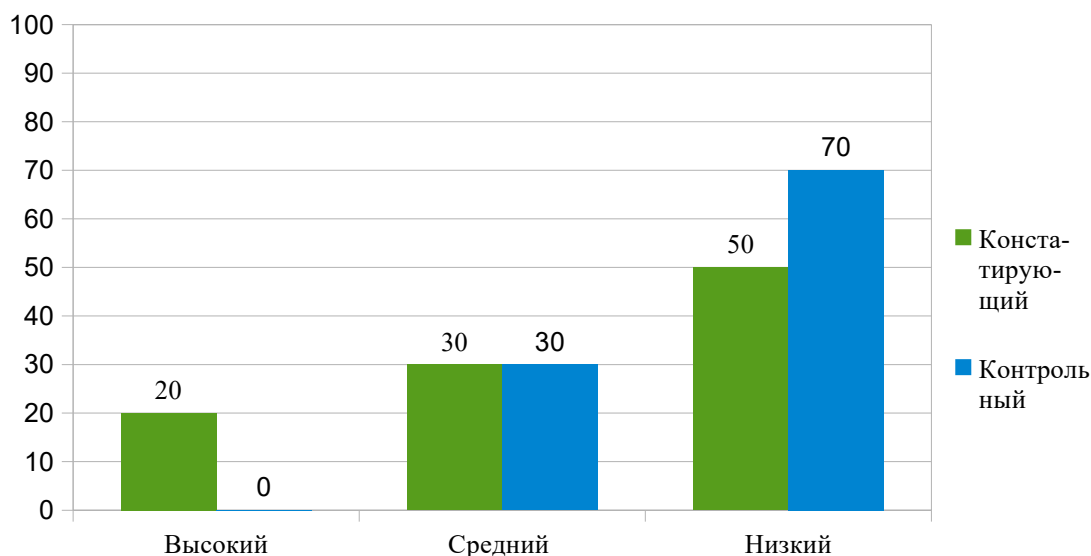


Рисунок 11. Сравнительные результаты по параметру «Агрессивность» исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности» Г.Ю. Айзека, контрольный эксперимент

Результаты диагностики заключительного параметра методики «Ригидность» описаны ниже в Таблице 12.

Таблица 12. Сравнительные результаты по параметру «Ригидность» исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности», контрольный эксперимент

Класс	8 класс			
	Констатирующий эксперимент (А3)	Констатирующий эксперимент (%)	Контрольный эксперимент (А3)	Контрольный эксперимент (%)
Высокий	4	40	0	0
Средний	5	50	6	60
Низкий	1	10	4	40

Комплексный анализ данных исследования позволил нам сделать вывод о степени ригидности процессов подростков.

По результатам проведённого анализа установлено, что 0% испытуемых (ни одного человека из исследуемой группы). На втором этапе эксперимента выявлена отчётливая положительная динамика: если на начальном этапе наблюдалось 40% с данным уровнем (4 испытуемых) и отмечалась выраженная ригидность, то сейчас большинство участников демонстрируют существенно возросшую гибкость мышления и поведенческих реакций.

Значительное число испытуемых 60% (6 человек) демонстрирует средний уровень ригидности. Несмотря на то, что исходные показали среднего уровня ригидности равнялись 50 % (5 человек), на втором этапе резко выросло число учащихся с низким уровнем – это подтверждает положительную динамику. Поэтому сравнительный анализ данных демонстрирует, что большинство участников стали значительно гибче реагировать на изменения – они быстрее перестраивают поведение, проявляют большую открытость к новым подходам и реже прибегают к шаблонным решениям.

Оставшееся часть группы 40% (4 человека) показывает низкий уровень ригидности, в то время как на первом этапе было 10% (1 человек), данные позитивная динамика убедительно свидетельствуют о развитии адаптивных способностей и совершенствовании механизмов психологической гибкости.

Для наглядности представленные нами данные отражены на Рисунке 12.

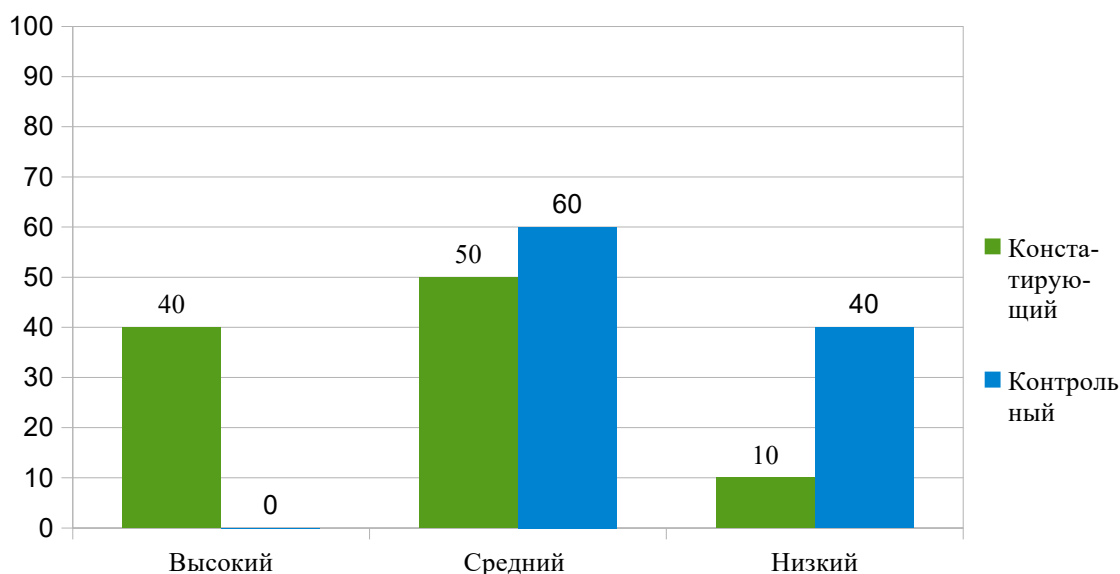


Рисунок 12. Сравнительные результаты по параметру «Ригидность» исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности» Г.Ю. Айзека, контрольный эксперимент

Проведённый анализ и систематизация всех диагностических показателей позволили сформировать обобщённую картину результатов исследования. Они представлены в Таблице 13.

Таблица 13. Сравнительные результаты по выявлению психологических особенностей, способствующих формированию суицидального поведения исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности», контрольный эксперимент

Класс Уровень	8 класс			
	Констатирующий эксперимент (А3)	Констатирующий эксперимент (%)	Контрольный эксперимент (А3)	Контрольный эксперимент (%)
Высокий	4,25	42,5	0	0
Средний	3,75	37,5	4,25	42,5
Низкий	2	20	5,75	57,5

Для наглядности представленные нами данные отражены на Рисунке 13.

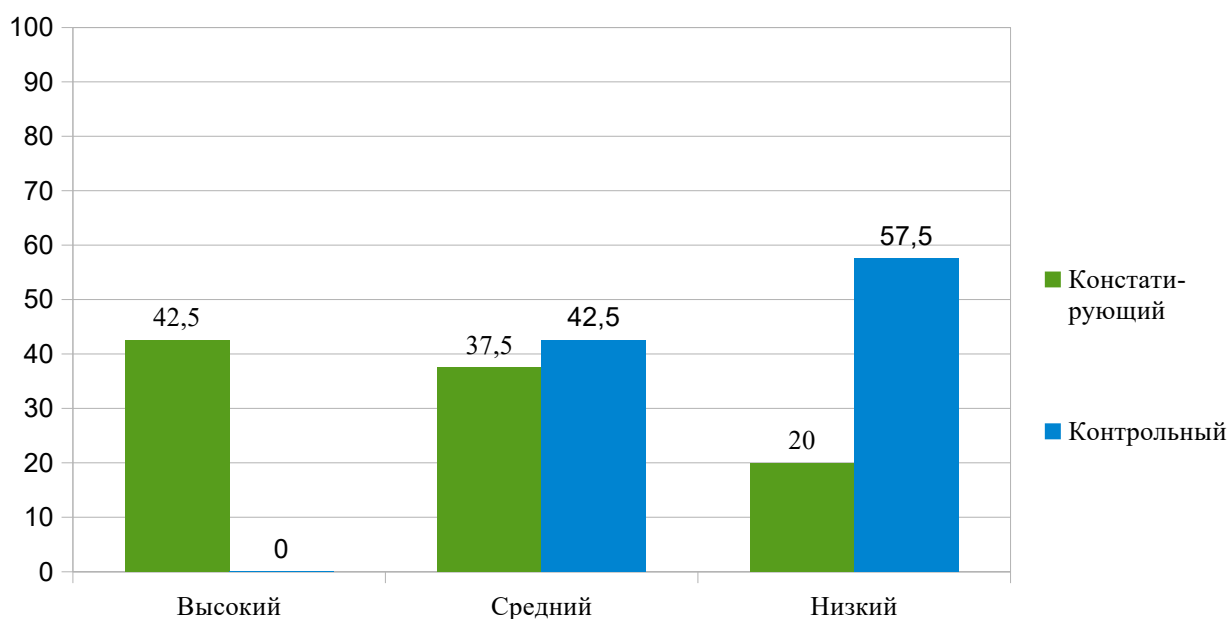


Рисунок 13. Сравнительные результаты по выявлению психологических особенностей, способствующих формированию суицидального поведения исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности», контрольный эксперимент

Сравнительные результаты по выявлению психологических особенностей, способствующих формированию суицидального поведения исследуемой группы методикой «Самооценка психических состояний личности» также показывают положительную динамику.

Если на первом этапе высокий уровень показывали 42,5% учащихся, то сейчас показатели снизились до 0%. Средний уровень на втором этапе имеет показатель 42,5% – это больше, чем на первом этапе, но совокупная оценка показателей позволяет констатировать улучшение динамики, так как низкий уровень показывают 57,5%, при первичных 20%. Все это говорит нам об улучшении эмоциональных состояний учащихся исследуемой группы.

В процессе диагностики подростки ответственно подошли к тестированию: внимательно слушали инструкции, честно отвечали на вопросы и активно задавали уточняющие вопросы. Большинство участников

серьёзно отнеслись к выполнению заданий, не торопились с ответами. Анализ полученных данных позволил сформировать целостное представление о психологическом состоянии исследуемой группы подростков. Проведённая статистическая обработка выявила положительную динамику.

Представим результаты эмпирического исследования, осуществлённого с применением методики «Шкала депрессии Бека» для подростков (BDI-A), автором которой является А. Т. Бек. Анализ результатов применения методики позволил нам провести качественную оценку степени выраженности депрессивных состояний подростков в исследуемой группе.

По итогу исследования полученные нами сравнительные результаты о степени выраженности депрессивного состояния подростков представлены в Таблице 14.

Таблица 14. Сравнительные результаты изучения степени выраженности депрессивного состояния подростков исследуемой группы методикой «Шкала депрессии Бека» для подростков (BDI-A)», контрольный эксперимент

Класс Уровень	8 класс			
	Констатирующий эксперимент (А3)	Констатирующий эксперимент (%)	Контрольный эксперимент (А3)	Контрольный эксперимент (%)
Удовлетворительное эмоциональное состояние	2	20	5	50
Легкая депрессия	6	60	5	50
Умеренная депрессия	2	20	0	0
Тяжелая депрессия	0	0	0	0

По результатам исследования выявлено следующее распределение уровней депрессивных состояний среди подростков:

В группе из 10 испытуемых 50% (5 человек) в отличие от результатов предыдущего этапа, где показатели равнялись 20% (2 человека), сейчас

показывают стабильно удовлетворительное эмоциональное состояние без признаков депрессии. Сравнительный анализ данных свидетельствует о положительной динамике.

У второй половины 50% (5 человек) диагностирована лёгкая депрессия. На предыдущем этапе у 60% (6 человек) участников была лёгкая депрессия, это говорит о положительной динамике. В частности, у данной группы сократилась частота перепадов настроения, повысился общий уровень эмоциональной активности, а также улучшилась способность поддерживать стабильный психоэмоциональный фон.

Случаев умеренной и тяжёлой депрессии в исследуемой группе не выявлено 0% (0 человек). На констатирующем этапе эксперимента умеренная депрессия была обнаружена у 20% (2 человека), тяжелой 0% (ни одного испытуемого). Такие результаты свидетельствуют о положительной динамике в формировании устойчивого психоэмоционального фона и подтверждают эффективность проведённых коррекционных мероприятий.

Во время проведения диагностики участники проявили активную позицию и серьёзное отношение к исследованию. Они тщательно изучали инструкции, добросовестно выполняли все задания и не стеснялись обращаться за разъяснениями при возникновении вопросов. Такое ответственное отношение к процессу тестирования позволило получить достоверные и качественные данные.

Для наглядности описанные ранее данные отражены на Рисунке 14.

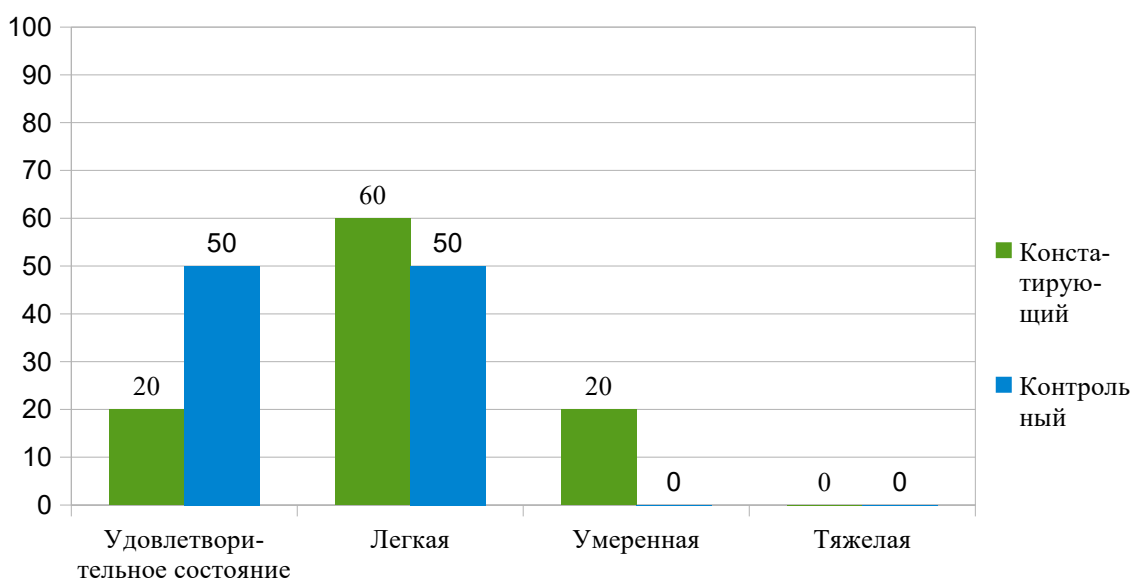


Рисунок 14. Сравнительные результаты изучения степени выраженности депрессивного состояния подростков исследуемой группы методикой «Шкала депрессии Бека» для подростков (BDI-A)» А.Т. Бека, контрольный эксперимент

Используя методику «Опросник суицидального риска» А. Г. Шмелева в модификации Т. Н. Разуваевой, мы изучили, что уровень суицидальных намерений у подростков в исследуемой группе. В процессе проведения методики трудностей не возникало: учащиеся внимательно слушали инструкцию, выполняли все требующиеся от них действия.

В ходе исследования уровня суицидальных намерений среди подростков мы проводили комплексную оценку ряда показателей: демонстративность, аффективность, уникальность, несостоятельность, социальный пессимизм, слом культурных барьеров, максимализм, временная перспектив и антисуицидальный фактор. Системный анализ которых позволил нам достоверно определить общий уровень суицидальных намерений испытуемых.

Сравнительные результаты, полученные в ходе изучения уровня суицидальных намерений у подростков по данным показателям отражены в Таблице 15.

Таблица 15. Сравнительные результаты изучения уровня развития суицидальных намерений подростков исследуемой группы методикой «Опросник суицидального риска», контрольный эксперимент

Класс	8 класс			
	Констатирующий эксперимент (А3)	Констатирующий эксперимент (%)	Контрольный эксперимент (А3)	Контрольный эксперимент (%)
Высокий	1	10	0	0
Средний	5	50	3	30
Низкий	4	40	7	70

По результатам исследования уровня суицидальных намерений среди учащихся 8-х классов получены следующие данные: среди обследованных школьников выявлено 0% (ни одного случая) высокого уровня суицидального поведения. На втором этапе эксперимента отмечена положительная динамика в психологическом состоянии группы, так как на первом этапе данный показатель равнялся 10% (1 учащийся), это говорит о положительной динамике в профилактике суицидального поведения.

Средний уровень развития суицидальных намерений зафиксирован у 30% учащихся (3 человека). Несмотря на то что на втором этапе исследования средний уровень суицидальных намерений зафиксирован у 30 % учащихся (3 человека) – против 50 % на первом этапе, – совокупный анализ демонстрирует положительную динамику. В частности, отмечено заметное снижение выраженности тревожных симптомов, постепенное восстановление уровня психологической устойчивости и уменьшение вероятности деструктивных проявлений.

На контрольном этапе низкий уровень продемонстрировали 70% испытуемых (7 человек), когда на первом 40% (4 человека). Данный результат, свидетельствующий о снижении рисков деструктивного поведения,

можно расценивать как положительная динамику развития психологического благополучия исследуемой группы.

Несмотря на преобладание благоприятной картины в целом, наличие подростков со средним уровнем суицидального риска требует особого внимания и проведения целенаправленных профилактических мероприятий. Важно отметить, что отсутствие случаев высокого уровня суицидального поведения можно рассматривать как относительно позитивный фактор, однако присутствие некоторого числа подростков со средним уровнем риска указывает на продолжение комплексной профилактической работы.

Для наглядности эти данные отражены на Рисунке 15.

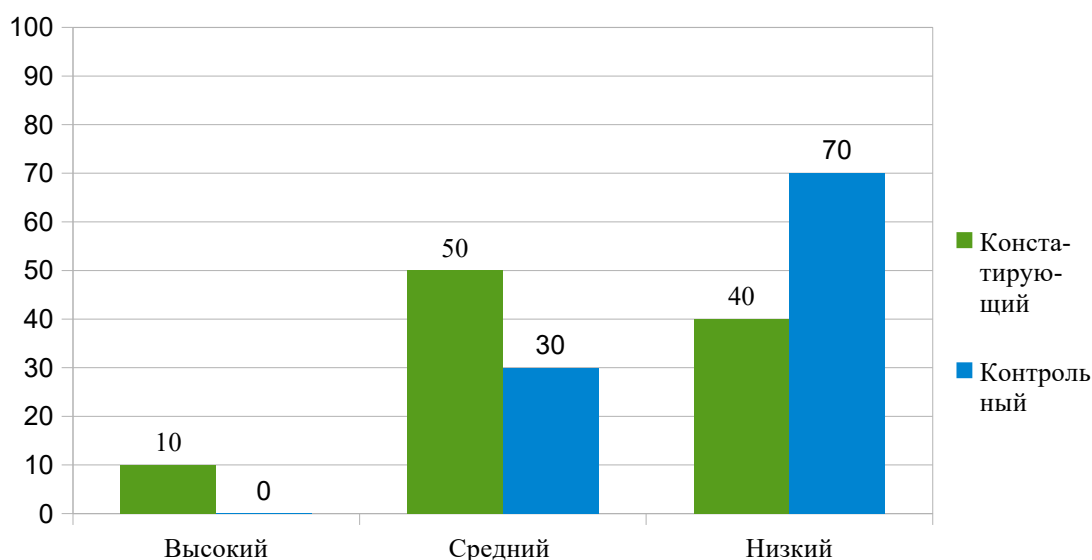


Рисунок 15. Сравнительные результаты изучения уровня развития суицидальных намерений у подростков исследуемой группы методикой «Опросник суицидального риска» А. Г. Шмелева в модификации Т. Н.

Разуваевой, контрольный эксперимент

Проведённый анализ результатов повторной диагностики позволил зафиксировать существенные позитивные изменения в психологическом состоянии обследованной группы подростков после реализации профилактической программы. Наблюдается значительное снижение показателей эмоционального напряжения и тревожности, что свидетельствует об эффективности применённых коррекционных мероприятий.

Результаты показывают, что у подростков значительно снизилась склонность к деструктивному поведению, включая суицидальные проявления. Улучшились механизмы эмоциональной регуляции и повышение устойчивости к стрессовым факторам. Наблюдается положительная динамика в переработке негативных эмоциональных переживаний.

Выводы по III главе

В результате проведенного исследования были получены значимые выводы по всем аспектам работы.

1. Теоретический анализ принципов психологической профилактики позволил определить методологическую базу исследования. Установлено, что системный подход, принцип развития и индивидуальности, а также непрерывность профилактической работы обеспечивают эффективность мероприятий по предотвращению суицидального поведения.

2. Нами была описана психологическая программа профилактики суицидального поведения среди подростков. Главными направлениями данной программы являются развитие эмоционально-волевой сферы, работа с личностными установками, развитие коммуникативных навыков, развитие навыков социализации, профилактика кризисных состояний, гармонизация семейных отношений. Основными методами работы, используемыми нами, стали арт-терапия, телесно-ориентированные техники и ролевые игры, способствовало формированию у подростков устойчивых механизмов психологической защиты и развитию жизнестойкости.

3. Анализ результатов контрольного этапа эксперимента демонстрирует положительную динамику по всем исследуемым параметрам. По методике «Самооценка психических состояний личности». Г. Ю. Айзенка наблюдается положительная динамика – снижение уровня тревожности, фрустрации, агрессивности и ригидности среди участников экспериментальной группы.

Анализ результатов методики «Шкала депрессии Бека» для подростков (BDI-A) показал благоприятную динамику в снижении степени выраженности депрессивных состояний подростков в исследуемой группе. После проведения на контрольном этапе методики «Опросник суицидального риска». А. Г. Шмелев в модификации Т. Н. Разуваевой, мы можем говорить об отсутствии случаев высокого уровня суицидальных намерений в исследуемой группе, что свидетельствует об эффективности реализованной программы.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что результаты второго этапа эксперимента подтверждают эффективность программы психологической профилактики суицидального поведения среди подростков. По сравнению с констатирующим этапом у участников снизился уровень суицидальных намерений, повысилась эмоциональная саморегуляция и адаптивность. Таким образом, программа продемонстрировала результативность как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе.

Практическая значимость исследования подтверждается тем, что позволяет рекомендовать разработанную программу для внедрения в практику работы с подростками группы риска в образовательных учреждениях и психологических службах. Дальнейшее развитие профилактической работы должно быть направлено на укрепление достигнутых результатов и расширение спектра применяемых методов психологической помощи. Она демонстрирует эффективность в формировании психологической устойчивости подростков и укреплении семейных взаимоотношений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования было установлено, что суицидальное поведение представляет собой сложный феномен, в формировании которого участвуют психологические, социальные и биологические факторы.

В процессе работы были последовательно решены все поставленные задачи, что позволило достичь цели работы – разработать и апробировать эффективную программу психопрофилактики суицидального поведения среди подростков старшего школьного возраста.

Был осуществлён комплексный анализ психолого-педагогической литературы, в результате которого удалось систематизировать современные представления о природе и механизмах суицидального поведения подростков, выделить ключевые теоретические подходы к пониманию данного феномена в возрастной психологии, определить основные формы проявления, факторы риска суицидального поведения у старших подростков, а также обосновать необходимость комплексной психопрофилактической работы с этой возрастной группой.

Было проведено эмпирическое исследование, позволившее выявить специфические особенности суицидального поведения в группе подростков старшего школьного возраста. На базе которого мы разработали комплексную программу психопрофилактики. Констатирующий этап эксперимента показал, что до реализации программы значительная часть подростков демонстрировала высокие показатели суицидального поведения.

По методике «Самооценка психических состояний личности» под авторством Г. Ю. Айзенка в адаптации А. Г. Шмелёва нам удалось выяснить, что по параметру тревожность подростки исследуемой группы показали следующие результаты: 70% испытуемых продемонстрировали высокую тревожность, средний уровень был выявлен у 30% учащихся, низкий уровень был продемонстрирован у 0%. По параметру фрустрация: 40% испытуемых

(продemonстрировали высокий уровень, средний уровень показали также 40% обучающихся, низкий уровень фрустрации был определен у 20%. Параметр агрессия представлен следующими результатами: 20% испытуемых (2 человека) высокую степень агрессии, средний уровень диагностирован у 30% испытуемых, у 50 % учащихся низкий уровень. Ригидность высокого уровня была диагностирована у 40% испытуемых, средний уровень ригидности был выявлен у 50% испытуемых, у 10 % учащихся низкий уровень. Таким образом сравнительные результаты по всем параметрам методики «Самооценка психических состояний личности» представлены, как: высокий уровень выявлен у 42,5%, средний у 37,5%, а низкий уровень у 20%.

Анализ результатов исследования по методике «Шкала депрессии Бека» для подростков (BDI-A)», автора А.Т. Бека на констатирующем этапе представлен следующими данными: 20% испытуемых продемонстрировали удовлетворительное эмоциональное состояние, у 60% испытуемых выявлена лёгкая депрессия, у 20% учащихся была диагностирована депрессия умеренного типа, у 0% была выявлена тяжёлая депрессия.

Используя методику «Опросник суицидального риска» А. Г. Шмелева в модификации Т. Н. Разуваевой, мы выяснили уровень суицидальных намерений у подростков в исследуемой группе на констатирующем этапе: было выявлено 10% высокого уровня, средний уровень показали 50%, 40% испытуемых продемонстрировали низкий уровень развития суицидальных намерений.

Таким образом после проведения констатирующего этапа наблюдались склонности к деструктивному поведению, включая суицидальные проявления, у значительной части подростков. Также отмечались нарушения механизмов эмоциональной регуляции и снижение устойчивости к стрессовым факторам.

В дальнейшем нами была создана психопрофилактическая программа которая длилась 3 месяца и содержала комплекс специальных упражнений. Их задачами были: снижение тревожности и симптомов депрессии, развитие саморегуляции и стрессоустойчивости, формирование положительной «Я» позиции, а также повышения уверенности в себе. После окончания программы был проведён контрольный этап эксперимента с целью анализа её эффективности.

На контрольном этапе эксперимента по методике «Самооценка психических состояний личности» под авторством Г. Ю. Айзенка нами были получены следующие результаты по параметру тревожность: 0% испытуемых имеют высокую тревожность, 40% учащихся демонстрируют средний уровень, низкий уровень у 60% испытуемых. По параметру фрустрация: 0% испытуемых продемонстрировали высокий уровень, средний уровень у 40% обучающихся, низкий уровень фрустрации был выявлен у 60%. Параметр агрессия представлен следующими результатами: у 0% испытуемых наблюдается высокая степень агрессии, средний уровень 30% испытуемых, у 70 % учащихся низкий уровень. Ригидность высокого уровня была диагностирована у 0% испытуемых, средний уровень был выявлен у 60%, у 40% учащихся наблюдается низкий уровень. Анализ сравнительных результатов всех параметров методики «Самооценка психических состояний личности» показал, что высокий уровень выявлен у 0%, средний у 42,5%, а низкий уровень у 57,5%. Таким образом, в ходе повторной диагностики на контрольном этапе отмечена положительная динамика.

Результаты контрольного исследования методикой «Шкала депрессии Бека» для подростков (BDI-A)», автора А.Т. Бека представлены, как: 50% испытуемых продемонстрировали удовлетворительное эмоциональное состояние, у 5% испытуемых выявлена лёгкая депрессия, у 0% учащихся была диагностирована депрессия умеренного типа, у 0% была выявлена тяжелая депрессия. Так, можно сделать вывод, что по итогам контрольного

этапа повторной диагностики наблюдается положительная динамика в результатах методики.

Проведение методики «Опросник суицидального риска» А. Г. Шмелева в модификации Т. Н. Разуваевой на контрольном этапе показали следующие результаты: у 0% учащихся был выявлен высокий уровень, средний уровень показали 30% испытуемых, 70% продемонстрировали низкий уровень развития суицидальных намерений. Проведённая на контрольном этапе повторная диагностика подтвердила наличие положительной динамики.

Согласно полученным данным, мы можем сделать вывод, что результаты исследуемой группы показывают благоприятную динамику. По результатам повторной диагностики зафиксированы позитивные изменения в психологическом состоянии подростков после завершения профилактической программы. Так, снизились показатели тревожности и эмоционального напряжения; уменьшилась склонность к деструктивному поведению; улучшились механизмы эмоциональной регуляции; повысилась устойчивость к стрессовым факторам.

Наблюдаемые эффективные преобразования убедительно демонстрируют, что разработанная нами программа психопрофилактики продемонстрировала высокую эффективность в снижении суицидального риска и формировании адаптивных копинг-стратегий.

На основании проведённого исследования можно утверждать, что выдвинутая гипотеза подтвердилась, а поставленные задачи были реализованы в полном объёме.

Дальнейшие перспективы исследования связаны с углубленным изучением клинико-динамических характеристик расстройств аффективного спектра у детей и подростков.

Таким образом, проведенное исследование внесло существенный вклад в понимание природы суицидального поведения подростков и разработку

более специализированных программ профилактики с учетом индивидуальных особенностей подростков группы риска.

Цель и задачи выполнены в полном объеме.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Амбрумова А. Г. Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации. – М., 2014.
2. Амбрумова А. Г., Бородин С. В., Михлин А. С. Предупреждение самоубийств. – Психологический журнал, 1981, № 4, с. 101 –111.
3. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. – М., 2022.
4. Аптикиева Л. Р., Аптикиев А. Х. Профилактика суицидального поведения несовершеннолетних: методические рекомендации для педагогов и психологов. Оренбург: ОГПУ, 2018.
5. Бадмаева В. Д. Последствия психической депривации в подростковом возрасте. – М.: Изд-во МГППУ, 2020.
6. Бадмаева В. Д. Психологические особенности подростков с суицидальным поведением: дис. ... канд. психол. наук. М., 2021.
7. Бадмаева В. Д. Факторы риска суицидального поведения в подростковом возрасте. – Вопросы психологии, 2006, № 5, с. 46 –51.
8. Банников Г. С., Вихристюк О. В., Федунина Н. Ю. и др. Раннее выявление факторов риска суицидального поведения у несовершеннолетних: методическое пособие. М.: МГППУ, 2022.
9. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2023.
10. Бехтель Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем у подростков. – М.: Медицина, 2013.
11. Бовина И. Б. Социально-психологические аспекты суицидального поведения. – Социальная психология и общество, 2012, № 3, с. 5 –15.
12. Борисов И. В. Диагностика и экзистенциальная психотерапия суицидального поведения / И. В. Борисов, Е. Б. Любов // Медицинская

психология в России : электронный научный журнал. — 2013. — № 2 (19). — URL:<http://medpsy.ru/> (дата обращения: 17.09.2024).

13. Вассерман Д. Эпидемиология суицида. – Суицидология, 2020, № 1, с. 3 –10.

14. Вассерман Д., Рюттер М. Профилактика суицида: руководство для специалистов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023.

15. Вассерман Д., Рюттер М. Суицидальное поведение у детей и подростков: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023.

16. Вихристюк О. В., Банников Г. С. Профилактика суицидального поведения подростков в системе образования: методические рекомендации. М.: МГППУ, 2024.

17. Войскунский А. Е. Интернет-зависимость в подростковой среде. – Вопросы психологии, 2025, № 2, с. 93 –100.

18. Войскунский А. Е. Психология и Интернет. – М.: Акрополь, 2020.

19. Выготский Л. С. Психология развития ребёнка. – М.: Эксмо, 2018.

20. Диагностика отклоняющегося поведения. Выпуск 1. Психологическая диагностика самоповреждающего и суицидального поведения: учебно-методическое пособие / Н. А. Добровидова, М. Ю. Горохова, И. Л. Матасова, Е. Н. Устюжанинова, М. А. Шаталина. — Самара : Самарский филиал ГАОУ ВО МГПУ, 2022. — URL:https://samara.mgpu.ru/files/library_elektron/psih_ped/Diagnostika_1.pdf (дата обращения: 17.09.2024).

21. Горьковая И. А. Психологические аспекты суицидального поведения подростков. – СПб.: Речь, 2005.

22. Горьковая И. А. Семейные факторы суицидального риска у подростков. – Психологическая наука и образование, 2007, № 4, с. 67 –74.

23. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее. М.: Когито-Центр, 2021. С. 275 –357.

24. Дмитриева Т. Б., Положий Б. С. Этнокультуральная психиатрия. – Журнал неврологии и психиатрии, 2022, № 8, с. 8 –13.
25. Егоров А. Ю. Нехимические зависимости. – Вопросы наркологии, 2020, № 3, с. 20 –30.
26. Ефремов В. С. Основы суицидологии. – Психиатрия и психофармакотерапия, 2023, № 1, с. 12 –18.
27. Захаров А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. – М.: Каро, 2006.
28. Змановская Е. В. Девиантология: психология отклоняющегося поведения. – М.: Академия, 2006.
29. Иванов Н. Я., Личко А. Е. Диагностика суицидального поведения у подростков. – Л., 2015.
30. Игумнов С. А. Клиническая психотерапия детей и подростков. – Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2005, № 2, с. 55 –62.
31. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная литература, 1996.
32. Каплан Г. И. Современные подходы к суицидологии. – Обзорение психиатрии и медицинской психологии, 2023, № 4, с. 5 –14.
33. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. Т. 1 –2. – М.: Медицина, 1994.
34. Клейберг Ю. А. Девиантное поведение в подростковой субкультуре. – Социологические исследования, 2023, № 6, с. 89 –94.
35. Клейберг Ю. А. Социальная психология девиантного поведения. – М.: ТЦ Сфера, 2024.
36. Кляйн М. Развитие в психоанализе. М.: Академический проект, 2021.
37. Конвенция о правах ребёнка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989). – М., 2000.

38. Кондратьев М. Ю. Подростковая агрессия: социально-психологический аспект // Психологическая наука и образование. 2021. № 2. С. 45 –52.
39. Кондрашенко В. Т. Девиантное поведение у подростков. – Минск: Амалфея, 2020.
40. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Психосоциальная аддиктология. – Новосибирск: Олсиб, 2021.
41. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра. – М.: Практическая медицина, 2011.
42. Кулаков С. А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков // Вопросы наркологии. 2020. № 4. С. 67 –74.
43. Кучер А.А. Костюкович В.П. Выявление суицидального риска у детей //Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2001 - № 4.
44. Линдемманн Э. Клиника острого горя // Психология эмоций: тексты. М.: МГУ, 2017. С. 212 –220.
45. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – СПб.: Речь, 2010.
46. Личко А. Е., Иванов Н. Я. Подростковая психиатрия: суицидальные тенденции // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1985. № 12. С. 1792 –1797.
47. Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. – М.: Смысл, 2020.
48. Макушина О. П. Психологические факторы риска суицидального поведения в подростковом возрасте: дис. ... канд. психол. наук. М., 2023.
49. Макушина О. П. Психологические факторы суицидального риска у подростков // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. 2022. № 3. С. 58 –66.

50. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации: справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2006.
51. Менделевич В. Д. Девиантное поведение: классификация и характеристика // Психиатрия и психофармакотерапия. 2023. № 5. С. 182 – 186.
52. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения. – СПб.: Речь, 2025.
53. Методические рекомендации (памятка) психологам образовательных учреждений по выявлению и предупреждению суицидального поведения среди несовершеннолетних. М.: МГППУ, 2013.
54. Методические рекомендации Министерства здравоохранения РФ «Профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних» (утв. 2020 г.).
55. Методические рекомендации по профилактике суицидального поведения обучающихся / под ред. О. В. Вихристюк. М.: МГППУ, 2017.
56. Михайлова О. Ф. Семейные детерминанты суицидального поведения подростков: дис. ... канд. психол. наук. М., 2017.
57. Михайлова О. Ф. Семейные факторы суицидального поведения подростков // Психологическая наука и образование. 2018. № 1. С. 72 – 79.
58. Моховиков А. Н. Суицидология: прошлое и настоящее. – М.: Когито-Центр, 2021.
59. Нечипоренко В. В. Суицидальное поведение: клинико-психологические аспекты // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2016. № 2. С. 14 – 19.
60. Нечипоренко В. В., Шамрей В. К. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики. – СПб.: ВМедА, 2007.
61. Овчаренко В. И. Психоаналитический глоссарий. – Минск: Вышэйшая школа, 2004.

62. Овчаренко Л. И. Психологические механизмы суицидального поведения // Российский психиатрический журнал. 2024. № 4. С. 34 –39.
63. Овчаренко Л. И. Психологические механизмы формирования суицидального поведения у подростков: дис. ... канд. психол. наук. М., 2025.
64. Подосинников С. А. Профилактика суицидального поведения подростков: методические рекомендации. Астрахань: ИРО, 2017.
65. Попов Ю. В. Клинические аспекты суицидального поведения // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. № 3. С. 5 –11.
66. Попов Ю. В., Вид В. Д. Современная клиническая психиатрия. – М.: Экспертное бюро-М, 2007.
67. Попов Ю. В., Пичиков А. А. Суицидальное поведение у подростков / Ю. В. Попов, А. А. Пичиков. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. – 366 с.
68. Приказ Минздрава России от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
69. Прихожан А. М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. – СПб.: Питер, 2017.
70. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: возрастные особенности // Психологический журнал. 2024. № 6. С. 86 –95.
71. Профилактика суицидального поведения: методические рекомендации для специалистов образовательных организаций / под ред. Ю. С. Шведчиковой, Д. Г. Орловой. Пермь: Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, 2022.
72. Пурич-Пейякович Й., Дуньич Д. Й. Самоубийство подростков. – М.: Феникс, 2020.
73. Раттер М. Помощь трудным детям. – М.: Апрель-Пресс, 2015.
74. Раттер М. Психопатология детского возраста // Вопросы психологии. 2016. № 5. С. 112 –121.

75. Реан А. А. Агрессивность и её проявления в подростковом возрасте // Вопросы психологии. 2021. № 4. С. 45 –52.
76. Реан А. А. Психология подростка. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2003.
77. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст: проблемы становления личности. – М.: Мир, 2024.
78. Ромек В. Г. Кризисная психотерапия: принципы и методы // Психологическая наука и образование. 2024. № 3. С. 54 –61.
79. Ромек В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2025.
80. Руководство по предупреждению суицида среди подростков: для школьных психологов и педагогов / под ред. А. Н. Моховикова. М.: Когито-Центр, 2019.
81. Савенко Ю. С. Введение в психопатологию. – М.: Независимая фирма «Класс», 2022.
82. Савенко Ю. С. Психопатологические аспекты суицидального поведения // Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2021. № 1. С. 23 –28.
83. Соколова Е. Т. Самооценка и её роль в формировании суицидальных тенденций // Психологический журнал. 1995. № 4. С. 65 –73.
84. Соколова Е. Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. – М.: МГУ, 2019.
85. Старшенбаум Г. В. Психотерапия кризисных состояний у подростков // Психиатрия и психофармакотерапия. 2024. № 6. С. 256 –261.
86. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М.: Когито-Центр, 2025.
87. Суицидальное поведение несовершеннолетних: профилактические аспекты: методические рекомендации Министерства здравоохранения РФ. М., 2 prepared by the Ministry of Health of the Russian Federation, 2020.

88. Тарабрина Н. В. Посттравматическое стрессовое расстройство у подростков // Психологический журнал. 2017. № 2. С. 78 –87.
89. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса. – М.: Институт психологии РАН, 2019.
90. Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации».
91. Федеральный закон от 29.12.2010 № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию».
92. Фурманов И. А. Агрессивное поведение подростков. – Минск: БГУ, 2014.
93. Фурманов И. А. Психологические особенности агрессивного поведения подростков // Вопросы психологии. 2015. № 1. С. 32 –40.
94. Хоментаскас Г. Т. Семья глазами ребёнка. – М.: Педагогика, 2019.
95. Хоментаскас Г. Т. Семья как фактор формирования личности ребёнка // Вопросы психологии. 2018. № 5. С. 75 –83.
96. Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков // Психологическая наука и образование. 2025. № 2. С. 88 –96.
97. Freud, S. Mourning and Melancholia // The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud / ed. by J. Strachey. – London: The Hogarth Press, 2017. – Vol. 14. – P. 243 –258.
98. Fromm, E. The Anatomy of Human Destructiveness. London: Pimlico, 2016.
99. Jung, C. G. The Archetypes and the Collective Unconscious // The Collected Works of C. G. Jung. – Vol. 9, Part 1. – Princeton: Princeton University Press, 2021. – pp. 3 –43.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

Опросник Г.Айзенка «Самооценка психических состояний личности»

Опросник самооценки психических состояний предназначен для диагностики уровня выраженности таких состояний как тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность. Опросник представляет собой перечень из 40 утверждений, которые испытуемый должен оценить относительно себя по трихотомической шкале (варианты ответов: «Подходит», «Не совсем», «Совсем не подходит»). При этом утверждения сгруппированы в 4 шкалы: тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность.

Инструкция: прочитайте внимательно вопрос и выберите ответ под каждым вопросом, который подходит вам больше всего. Нет правильных и неправильных ответов.

Бланк вопросов

Вопросы опросника	Подходит	Не совсем	Совсем не подходит
1. Часто я не уверен в своих силах	2	1	0
2. Нередко мне кажется безысходным положение, из которого можно было бы найти выход	2	1	0
3. Я часто оставляю за собой последнее слово	2	1	0
4. Мне трудно менять свои привычки	2	1	0
5. Я часто из-за пустяков краснею	2	1	0
6. Неприятности меня сильно расстраивают, и я падаю духом	2	1	0
7. Нередко в разговоре я перебиваю собеседника	2	1	0
8. Я с трудом переключаюсь с одного дела на другое	2	1	0

Продолжение Приложения 1

9. Я часто просыпаюсь ночью	2	1	0
10. При крупных неприятностях я виню только себя	2	1	0
11. Меня легко рассердить	2	1	0
12. Я очень осторожен по отношению к переменам в своей жизни	2	1	0
13. Я легко впадаю в уныние	2	1	0
14. Несчастья и неудачи меня ничему не учат	2	1	0
15. Мне приходится часто делать замечания другим	2	1	0
16. В споре меня трудно переубедить	2	1	0
17. Меня волнуют даже воображаемые неприятности	2	1	0
18. Я часто отказываюсь от борьбы, считая ее бесполезной	2	1	0
19. Я хочу быть авторитетом для окружающих	2	1	0
20. Нередко у меня не выходят из головы мысли, от которых следовало бы избавиться	2	1	0
21. Меня пугают трудности, с которыми мне придется встретиться в жизни	2	1	0
22. Нередко я чувствую себя беззащитным	2	1	0
23. В любом деле я не довольствуюсь малым, а хочу добиться максимального успеха	2	1	0
24. Я легко сближаюсь с людьми	2	1	0
25. Я часто копаюсь в своих недостатках	2	1	0
27. Мне трудно сдерживать себя, когда я сержусь	2	1	0
28. Я сильно переживаю, если в моей жизни что-то неожиданно меняется	2	1	0

Продолжение Приложения 1

29. Меня легко убедить	2	1	0
30. Я чувствую растерянность, когда у меня возникают трудности	2	1	0
31. Я предпочитаю руководить, а не подчиняться	2	1	0
32. Нередко я проявляю упрямство	2	1	0
33. В трудные минуты я иногда веду себя по-детски	2	1	0
34. В трудные минуты жизни иногда веду себя по-детски, хочу, чтобы меня пожалели	2	1	0
35. У меня резкая, грубоватая жестикуляция	2	1	0
36. Я неохотно иду на риск	2	1	0
37. Я с трудом переношу время ожидания	2	1	0
38. Я думаю, что никогда не смогу исправить свои недостатки	2	1	0
39. Я мстителен	2	1	0
40. Меня расстраивают даже незначительные нарушения моих планов	2	1	0

Подсчет и обработка результатов.

Ключ:

1. Шкала тревожности: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37.
2. Шкала фрустрации: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38.
3. Шкала агрессии: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39.
4. Шкала ригидности: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40.

При обработке результатов подсчитывается количество ответов «1» и «2», совпадающих с ключом. Ответы по каждой шкале суммируются. Средний балл по каждой шкале – «8 - 14». Превышение его свидетельствует о преобладании исследуемого качества в структуре личности.

Продолжение Приложения 1

Характеристики, которые исследуются в опроснике, имеют следующие определения:

- личностная тревожность - склонность индивида к переживанию тревоги, порогом возникновения реакции тревоги;
- фрустрация - психическое состояние характеризующаяся низким, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствующее достижению цели;
- агрессия – повышенная психологическая активность, стремление к лидерству путем применения силы по отношению к другим людям;
- ригидность – затрудненность в изменении намеченной субъектом деятельности в условиях, объективно требующих ее перестройки.

Наиболее информативными показателями риска можно считать личностную тревожность и фрустрацию, но надо заметить, что лишь на основании этого теста нельзя сделать достоверные выводы о наличии риска совершения суицида.

Методика «Шкала депрессии Бека» для подростков (BDI-A)»

Инструкция: «В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них.

Бланк вопросов

- | |
|---|
| <p>1.
 0 Мне не грустно.
 1 Мне грустно или тоскливо.
 2 Мне все время тоскливо или грустно, и я ничего не могу с собой поделать
 3 Мне так грустно или печально, что я не могу этого вынести</p> |
|---|

Продолжение Приложения 1

<p>2.</p> <p>0 Я смотрю в будущее без особого разочарования.</p> <p>1 Я испытываю разочарование в будущем.</p> <p>2 Я чувствую, что мне нечего ждать впереди.</p> <p>3 Я чувствую, что будущее безнадежно и поворота к лучшему быть не может.</p>
<p>3.</p> <p>0 Я не чувствую себя неудачником.</p> <p>1 Я чувствую, что неудачи случались у меня чаще, чем у других людей.</p> <p>2 Когда оглядываюсь на свою жизнь, я вижу лишь цепь неудач.</p> <p>3 Я чувствую, что потерпел неудачу как личность (родители)</p>
<p>4.</p> <p>0 У меня не потерял интерес к другим людям.</p> <p>1 Я меньше, чем бывало, интересуюсь другими людьми.</p> <p>2 У меня потерял почти весь интерес к другим людям и почти нет никаких чувств к ним.</p> <p>3 У меня потерял всякий интерес к другим людям, и они меня совершенно не заботят.</p>
<p>5.</p> <p>0 Я принимаю решения примерно так же легко, как всегда.</p> <p>1 Я пытаюсь отсрочить принятые решения.</p> <p>2 Принятие решений представляет для меня огромную трудность.</p> <p>3 Я больше совсем не могу принимать решения.</p>
<p>6.</p> <p>0 Я не чувствую, что выгляжу сколько-нибудь хуже, чем обычно.</p> <p>1 Меня беспокоит то, что я выгляжу непривлекательно.</p> <p>2 Я чувствую, что в моем внешнем виде происходят пост</p> <p>3 Я чувствую, что выгляжу гадко и отталкивающе.</p>
<p>7.</p> <p>0 Я не испытываю никакой особенной неудовлетворенности.</p> <p>1 Ничто не радует меня так, как раньше.</p> <p>2 Ничто больше не дает мне удовлетворения.</p> <p>3 Меня не удовлетворяет всё.</p>
<p>8.</p> <p>0 Я не чувствую никакой особенной вины.</p> <p>1 Большую часть времени я чувствую себя скверным и ничтожным.</p> <p>2 У меня довольно сильное чувство вины.</p> <p>3 Я чувствую себя очень скверным и никчемным</p>
<p>9.</p> <p>0 Я могу работать примерно так же хорошо, как и раньше.</p> <p>1 Мне нужно делать дополнительные усилия, чтобы что-то сделать.</p> <p>2 Я с трудом заставляю себя сделать что-либо.</p> <p>3 Я не могу выполнять никакую работу.</p>

Продолжение Приложения 1

10. 0 Я не испытываю разочарования в себе. 1 Я разочарован в себе. 2 У меня отвращение к себе. 3 Я ненавижу себя.
11. 0 У меня нет никаких мыслей о самоповреждении. 1 Я чувствую, что мне было бы лучше умереть. 2 У меня есть определенные планы совершения самоубийства. 3 Я покончу с собой при первой возможности.
12. 0 Я устаю ничуть не больше, чем обычно. 1 Я устаю быстрее, чем раньше. 2 Я устаю от любого занятия. 3 Я устал чем бы то ни было заниматься.
13. 0 Мой аппетит не хуже, чем обычно. 1 Мой аппетит не так хорош, как бывало. 2 Мой аппетит теперь гораздо хуже. 3 У меня совсем нет аппетита.

Обработка и интерпретация результатов:

– До 9 баллов удовлетворительное эмоциональное состояние - 4 балла,

– От 10 до 19 баллов легкая депрессия - 3 балла

– От 19 до 22 баллов умеренная депрессия - 2 балла

– Более 23 баллов тяжелая депрессия - 1 балл

Уровень депрессии в 19 баллов считается клиническим нарушением; уровень выше 24 баллов указывает на необходимость терапии - возможно с применением антидепрессантов. Целью лечения должно быть достижение уровня депрессии ниже 10 баллов.

Опросник суицидального риска в модификации Т.Н. Разуваевой

Предназначен для диагностики суицидального риска, выявления уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения попыток самоубийства.

Продолжение Приложения 1

Инструкция: Вам будет предложено оценить 29 утверждений. Если Вы, читая утверждение, соглашаетесь с ним, то поставьте знак «+» в соответствующей графе регистрационного бланка. Если не соглашаетесь – поставьте знак «-».

Бланк вопросов

1.	Вы всё чувствуете острее, чем большинство людей.
2.	Вас часто одолевают мрачные мысли.
3.	Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4.	В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5.	Вам определённо не везёт в жизни.
6.	Работать (учиться) Вам стало труднее, чем раньше.
7.	Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.
8.	Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9.	Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10.	Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11.	Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем вы ожидали.
12.	Вы считаете себя обречённым человеком.
13.	Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14.	У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15.	Человек, который водит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16.	В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что всё кончено.
17.	Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18.	Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.

Продолжение Приложения 1

19.	В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваше решение и даже изменить его.
20.	Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21.	Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.
22.	Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23.	Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже очень плохое.
24.	Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
25.	Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путём.
26.	Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьёзные планы.
27.	Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.
28.	Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.
29.	Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

Ключ

По каждой шкале подсчитывается сумма положительных ответов. Полученный балл умножается на коэффициент. Делается вывод о наличии/отсутствии факторов суицидального риска и степени их выраженности. Чем ближе значение фактора к максимально возможной его величине, тем более он выражен.

Шкала	Номера суждений	Коэффициент	МАХ значение фактора
1. Демонстративность	12,14,20,22,27	1,2	6

Продолжение Приложения 1

2. Аффективность	1,10,20,23,28,29	1,1	6,6
3. Уникальность	1,12,14,22,27	1,2	6
4. Несостоятельность	2,3,6,7,21	1,5	7,5
5. Социальный пессимизм	5,11,13,15,22,25	1	6
6. Слом культурных барьеров	8,9,18	2,3	6,9
7. Максимализм	4,16	3,2	6,4
8. Временная перспектива	2,3,12,24,26,27	1,1	6,6
9. Антисуицидальный фактор	17,19	3,2	6,4

Интерпретация

1. Демонстративность. Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемое из внешней позиции порой как «шантаж», «истероидное выпячивание трудностей», демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как «крик о помощи». Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной ригидностью, когда «диалог с миром» может зайти очень далеко.

2. Аффективность. Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте – аффективная блокада интеллекта.

3. Уникальность. Восприятие себя, ситуации и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид. Тесно связана с феноменом «непроницаемости» для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой опыт.

Продолжение Приложение 1

4. Несостоятельность. Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности,

«выключенности» из мира. Данная шкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога – «Я плох».

5. Социальный пессимизм. Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Социальный пессимизм тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. Наблюдается экстрапунитивность по формуле внутреннего монолога – «Вы все недостойны меня».

6. Слом культурных барьеров. Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. В крайнем варианте – инверсия ценности смерти и жизни. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам это может говорить только об «экзистенции смерти». Одна из возможных внутренних причин культа смерти – доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самодеятельность: «Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования».

7. Максимализм. Инфантильный максимализм ценностных установок. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в

Продолжение Приложения 1

какой-то одной жизненной сфере. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах.

8. Временная перспектива. Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.

9. Антисуицидальный фактор. Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снимает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. В определенном смысле это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы.