

НУБІП України

НУБІП України

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

НУБІП України

10.04 – КМР. 939“С” 2021.06.14. 15 ПЗ

ЗАЙЦЕВ ІГОР ВАСИЛЬОВИЧ

2021 р.

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ
Гуманітарно-педагогічний факультет

УДК 364:616.89-008.441.44

ПОГОДЖЕНО
Декан факультету
Гуманітарно-педагогічний
Савицька І.М.

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ
Завідувач кафедри
соціальної роботи та реабілітації
Сопівник І.В.

“ ” 2021 р. “ ” 2021 р.

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему
**ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ
СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ**

Спеціальність 231 «Соціальна робота»
Освітня програма «Соціальна робота»

Орієнтація освітньої програми – ~~освітньо-професійна~~

Гарант освітньої програми
Доктор педагогічних наук, професор

Тарасенко Р.О.

Керівник магістерської кваліфікаційної роботи
Доктор педагогічних наук, професор

Міхеева О.Ю.
Виконав Зайцев І.В.

КИЇВ – 2021

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ
Гуманітарно-педагогічний факультет

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри соціальної
роботи та реабілітації

Сопівник І.В.

(підпис)

(ПІБ)

« » _____ 2020 р.

ЗАВДАННЯ
ДО ВИКОНАННЯ МАГІСТЕРСЬКОЇ РОБОТИ
Зайцеву Ігорю Васильовичу
Спеціальність 231 «Соціальна робота»
Освітня програма «Соціальна робота»
Орієнтація освітньої програми – освітньо-професійна

Тема магістерської роботи «**ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА
СУЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДИ**»,
затверджена наказом від «14» червня 2021 р. № 443 «З»

Термін подання завершеної роботи на кафедру «15» листопада 2021 р.

Вихідні дані до магістерської роботи: наукові розробки вітчизняних і зарубіжних учених, матеріали періодичних видань; навчальна та довідкова література з теми дослідження.

Перелік питань, що підлягають дослідженню:

- 1) Розкрити соціально-психологічні наслідки впливу на людину надзвичайних ситуацій.
- 2) Узагальнити вітчизняний і зарубіжний досвід соціальної роботи із постраждалими внаслідок екологічних надзвичайних ситуацій.
- 3) Вивчити прояви агресивної поведінки в умовах надзвичайних ситуацій.
- 4) Обґрунтувати програму підготовки фахівців до соціальної роботи із постраждалими внаслідок екологічних надзвичайних ситуацій

Дати видачі завдання «09» вересня 2020р.

Керівник магістерської роботи
Завдання прийняв до виконання

Міхесва О. Ю.

Зайцев І.В.

НУБІП України

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СУЇЦИДУ ЯК СКЛАДНОГО СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ЯВИЩА

1.1. Сутність понять «суїцидальна поведінка», «суїцид»

1.2. Філософсько-антропологічний, соціологічний та психологічний аспекти вивчення суїцидальної активності.....

Висновки до першого розділу

РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ЗОВНІШНІХ І ВНУТРІШНІХ ДЕТЕРМІНАНТ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Типологія соціальних чинників суїцидальної поведінки

2.2. Психологічні передумови виникнення суїцидального наміру

2.3. Етапи розгортання суїциду як складного процесу

Висновки до другого розділу.....

РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ СХИЛЬНОСТЕЙ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

3.1. Методичні рекомендації щодо роботи з особами, схильними до суїцидальної поведінки.....

3.2. В'ясування відношення студентів ВНЗ до проблеми самогубства, як соціально-психологічного феномену

Висновки до третього розділу

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ДОДАТКИ.....

НУБІП України

НУБІП України

ВСТУП

Суїцид, суїцидальна поведінка існує стільки ж, скільки існує людство.

Численні випадки зафіксовані в історичних джерелах усіх народів. Суїцид є поширеною темою в легендах, віруваннях, мистецьких творах, а в наш час, і ЗМІ. Рідко можна зустріти людину, яка б хоч раз не задумувалась над цим.

За даними ВООЗ, щороку в світі більше мільйона осіб гине, наклавши на себе руки, суїцидальних спроб в декілька разів більше. Немалу частку нещасних випадків також можна віднести до суїцидальної поведінки, суїциду.

В різних народів, соціальних груп ставлення до суїциду неоднозначне, проте важливу роль відіграють: віросповідання, етнопсихологічні особливості, соціальне середовище і т.п.

Актуальність теми дослідження.

Численними дослідженнями доказано, що причиною більшості спроб самогубства, особливо серед молоді, є прагнення змінити своє становище, змінити хоч щось, а не смерть сама по собі. “Я не хочу жити”, проте має бути “Я не хочу/не можу жити саме так”. Часто суїцидні настрої є нетривалими і зумовлені психологічним і фізичним перенапруженням, слабкістю особи. Тож вчасна кваліфікована допомога може убезпечити суспільство від трагічної події.

Важливо зазначити, що Україна відноситься до груп країн з високим рівнем суїцидальної активності, в яких профілактична робота державним і громадським сектором є недостатньою, а бо неефективною. Погіршують становище негативні, ризиковані явища в економіці, політиці та інших сферах суспільного життя. Фрустрація, педагогічна занедбаність, втрата почуття безпеки та ін. Породжує ріст ризикованої, девіантної поведінки серед усіх груп населення.

Аналіз останніх досліджень з теми. Проблематикою суїциду займалися видатні вітчизняні і зарубіжні науковці. Соціологічні аспекти самогубства розкриті в працях Е. Дюркгейма, психологічні особливості суїцидальної

поведінки є предметом досліджували З. Фройд, К. Юнг, К. Хорні, К. Меннінгер, В. Бехтєреєв, А. Амбрумова, В. Москалець та ін.

Об'єкт дослідження: Суїцидальна поведінка студентської молоді як соціально-психологічне явище.

Предмет дослідження: Особливості суїцидальної поведінки в молодіжному середовищі.

Мета дослідження – дослідження основних чинників суїцидальної поведінки і методів, технологій її профілактики.

Завдання:

1. Розкрити сутність поняття «суїцид», «суїцидальна поведінка».
2. Описати особливості поведінки особистості, схильної до суїцидальної поведінки.
3. Охарактеризувати методи профілактики суїцидальної поведінки.
4. Провести емпіричне дослідження на визначення відношення студентів ВНЗ до суїцидальної поведінки, як соціально-психологічного явища

Відповідно до поставлених завдань у магістерській роботі були використані такі **методи дослідження:** теоретичні – синтез, аналіз, узагальнення при розкритті сутності поняття «суїцидальна поведінка», «суїцид», методів і технологій профілактики суїцидальної поведінки; емпіричні – опитування, анкетування – для визначення, виявлення ризиків суїцидальної поведінки; методи математичної статистики – для опрацювання результатів експериментальної роботи.

Структура і обсяг роботи.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СУЇЦИДУ ЯК СКЛАДНОГО СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ЯВИЩА

1.1 Сутність понять «суїцидальна поведінка», «суїцид»

Суїцид (лат. sui – себе і caedere – вбивати) — 1) свідоме позбавлення себе життя, саморуйнівна форма поведінки, [65, с. 13] 2) навмисне самоушкодження зі смертельним фіналом [59, с. 8].

Суїцид – смерть суб'єкта, яка настала внаслідок навмисного заподіяння шкоди своєму здоров'ю. Самогубство – це усвідомлений акт, добровільна смерть.

На сьогоднішній день, суїцид розглядається як складна соціально-психологічна проблема, на яку впливає чимало факторів, до числа яких відносяться: (дез-)адаптивність, рівень стресостійкості, потяг до саморуйнівної поведінки, соціально-економічний стан, тощо.

Детермінантами суїцидальної поведінки виступає сукупність факторів, які є причиною пресуїцидального стану, який пов'язаний зі зміною психічного стану особистості, і настає раніше, ніж сама суїцидальна поведінка і суїцид.

Суїцидальна поведінка, на відміну від суїциду (самогубства), поняття більш широке, що включає в себе будь-які внутрішні чи зовнішні форми психічних актів, які визначаються та спрямовуються уявленнями про позбавлення себе життя.

До внутрішніх форм належать: антивітальні переживання, пасивні суїцидальні думки, суїцидальні задуми, суїцидальні наміри;

до зовнішніх:

- суїцидальні прояви, суїцидальні спроби, парасуїциди та завершені суїциди. Зазначені форми внутрішньої поведінки, з одного боку, відображають відмінність у структурі суїцидальних феноменів, а з іншого – є етапами формування суїциду, до якого належать:

- антивітальні переживання (заперечення життя без чітких уявлень про власну смерть);

- пасивні суїцидальні думки (характеризуються уявленнями, фантазіями на тему своєї смерті, проте без конкретизації щодо позбавлення себе життя);

- суїцидальні задуми (активізація прояву суїцидальності (тенденція до самогубства), що супроводжується афективною напруженістю; розроблення планів реалізації суїциду; обмірковування способів, часу й місця, що свідчить про серйозність намірів і ризик здійснення завершеного суїциду);

- суїцидальні наміри (відрізняються прийняттям рішення про самогубство, що передбачає приєднання вольового компонента, який призводить до переходу внутрішньої поведінки в зовнішню та безпосереднього здійснення задуму).

Суїцидальні прояви як зовнішні форми поведінки представлені відповідними висловлюваннями, натяками, деякими вчинками (нехарактерні усамітнення чи ейфоричність, неадекватність подарунків), що, однак, не супроводжуються певними діями, спрямованими на позбавлення себе життя.

До суїцидальних спроб належать усі суїцидальні акти, які не завершилися смертю з причини, що не залежить від суїцидента (наприклад, утручання інших осіб, обривання мотузки, своєчасно проведені реанімаційні заходи та ін.). На відміну від справжніх спроб також виокремлюють удавані, демонстративні, спрямовані на досягнення певного соціального ефекту (а не на самознищення), щодо яких застосовують поняття «парасуїциди». Завершений суїцид означає, що відповідні дії призвели до загибелі суб'єкта.

Поняття «суїцидальний ризик» означає схильність людини до вчинення дій, спрямованих на власне знищення; потенційну готовність учинити самогубство.

Водночас термін «суїцидент» застосовують до людини, яка вчинила самогубство чи здійснила спробу самогубства.

Таким чином, сучасна суїцидологія має свій теоретичний і термінологічний апарат, який передбачає медико-психологічний аналіз проблеми суїцидів на індивідуальному та соціальному рівнях. Однак проблема суїцидів як у світовій, так і вітчизняній практиці, на жаль, ще далека від свого вирішення, вона вимагає постійної систематизації та узагальнення даних з

урахованням конкретних соціально-економічних, регіональних, культурно-історичних і медико-психологічних умов.

Виділяють декілька основних періодів у скоєнні суїциду:

I період – досуїцидальний період. Характеризується появою відчуттів самотності, туги, аналізом нереалізованих мрій, втрата інтересу до життя, формування ангедонії (зворотній стан, коли втрачається здатність отримувати задоволення від життя, втрата мотивації, відсутність почуття насолоди від звичайних активностей).

II період – пресуїцидальний. У цьому періоді відбувається зміна змісту психічного життя, формуються антивітальні переживання та суїцидальна ідеяція, що включає: пасивні суїцидальні думки (уявлення смерті, але без власної участі - «а що, якщо мене зіб'є машина», «що буде, якщо я помру уві сні?»; суїцидальні задумки (обмірковує шляхи та методи самогубства, планує, як лишити себе життя); суїцидальні наміри (активний процес здійснення запланованого, тобто приєднання до замислів волевого компоненту).

За тривалістю пресуїцидів їх класифікують на гострий та хронічний. Гострий пресуїцид триває декілька хвилин – суїцидальні задумки та наміри виникають одразу, без пасивних суїцидальних думок та антивітальних переживань. Хронічний пресуїцид може тривати місяцями та включає до себе всі вищезазначені симптоми. Якщо пресуїцидальний період довготривалий, то зростає вірогідність впливу антисуїцидальних факторів, що може запобігти суїциду.

Також пресуїциди розподіляють на афективно-напружений та афективно-редукований типи. Для афективно - напруженого типу характерна поведінка із виразною емоціональністю, ідеаторно-моторна розгальмованість, виразна ажитація. Афективно - редукований тип пресуїциду зустрічається у пацієнтів з астеничними та гіпотимними рисами та характеризується більшою тривалістю, низькою інтенсивністю емоцій. Така модель поведінки визначається як «холодні самогубства негативного балансу».

III період – реалізація суїцидальних задумів. За даними ВОЗ існує безліч способів самогубства, деякі будуть розібрані далі. У цьому періоді виділяють

дві фази: зворотню (коли людина самотійно або під впливом інших людей припиняє спробу самогубства) та незворотню.

IV період – постсуїцидальний. У перші дні після спроби самогубства відбувається переоцінка цінностей та формування відношення до того, що сталося із людиною. Також дуже важливими є емоційні переживання, що стосуються реакції на спробу самогубства та пов'язаних із цим наслідків.

Виділяють найближчий постсуїцид (перший тиждень після самогубства), ранній (від тижня до місяця після суїциду) та пізній постсуїцид (наступні 4-5 місяців). У цей період дуже важливо не пропустити появу депресивної

симптоматику або можливу трансформацію психічного стану, під дією соматоневрологічних наслідків, що пов'язані зі скоєним суїцидом (наприклад розвиток астеничного синдрому або змінення динаміки вже існуючого психічного розладу). Варто встановити чи актуальним є для пацієнта внутрішній конфлікт, що призвів до суїциду та звернути увагу на характер та наявність суїцидальних тенденцій.

Виділяють наступні варіанти постсуїцидального періоду:

– Суїцидально-фіксований – коли конфлікт, що призвів до самогубства залишається актуальним для людини. У бесіді людина висловлює позитивне відношення до своєї спроби самогубства, та ризик повторного суїциду у таких пацієнтів дуже високий;

– Аналітичний варіант – пацієнт критично ставиться до спроби самогубства, кається у здійсненому. Але при цьому суїцидогенний конфлікт залишається актуальним, та наявний ризик повторення спроби самогубства; 12

– Маніпулятивний варіант – зустрічається у випадках, коли суїцид виконувався із метою шантажування або провокації. Якщо спроба самогубства призвела до вирішення конфліктної ситуації, то виразність суїцидальних проявів суттєво зменшується. А якщо мета суїциду не досягнута та відбувається збереження конфліктної ситуації, суїцидальна активність також зберігається.

Такі пацієнти потребують психотерапевтичного лікування з подальшою зміною стереотипів поведінки та формуванням негативного відношення до самогубства;

– Критичний варіант – повна відсутність суїцидального конфлікту та суїцидальних проявів. Ризик повторного скоєння суїциду у таких пацієнтів є мінімальним, лікування полягає у проведенні раціональної психотерапії.

1.2. Філософсько-антропологічний, соціологічний та психологічний аспекти вивчення суїцидальної активності

У різні часи люди по-різному намагалися виправдати або визначити причини самогубства. Починаючи з XIX ст. вчені різноманітних “гуманітарних” наук всього світу намагалися дати чітке визначення суїциду, типологію, мотиви, фактори та особливості суїцидальної поведінки різних категорій (діти, військові, психічно хворі і т.д.). Тема суїциду, суїцидальної поведінки та форм і методів запобігання їй – багатогранна, тож існує багато теорій щодо цього. За Фрейдом, наприклад, в людини існує два види потягів: один – інстинкт життя, другий – потяг до смерті, руйнування та агресії. Він наголошував на те, що самогубство є дійсним запереченням життя, і той, хто заперечує – бажає смерті. Проте, суїцид, як і вбивство, не має бути виправданим і має бути попередженням. [2, розділ 1.] Карен Хорні, одна з найкращих учениць З. Фрейда, вважала, що суїцид може виникнути внаслідок глибоко укорінених почуттів неповноцінності, тривоги, залежності, невідповідності стандартам і очікуванням суспільства. Отже, перш за все дітям, необхідно забезпечити такі умови зростання, які не привели б до катастрофічних особистих і групових реакцій. [2, розділ 1.]

Медики були одними з перших, хто намагався дати пояснення природі суїциду. Вони дотримувалися ідеї, що всі самогубці – душевнохворі, помішані. Основою цієї теорії був французький психіатр Етьєн Ескіроль. Проводилися серйозні патологоанатомічні дослідження з ціллю знайти причину самогубства в тілі людини, тобто пов'язати душевну діяльність і фізіологічну. Попри всі старання знайти відповідність між суїцидними імпульсами зі станом тканин і органів тіла, практичних аргументів не знайшлося. У 80-х роках XIX ст. петербурзький психіатр І.П. Лебедев провів обстеження у стаціонарних умовах групи осіб віком до 20-ти років, які посягали на самогубство. У роботі з пацієнтами вчений застосовував метод клінічного

спостереження (названий автором «психолого-аналітичним»). Він вважав, що всебічне вивчення особистості суїцидента протягом тривалого часу допоможе виявити справжню причину аутоагресивної поведінки і намітити шляхи

вирішення профілактичних завдань. Однак більшість обстежених І.П. Лебедев

відносив до недиференційованої у клінічному відношенні категорії таких, що вироджуються, а суїциди у таких осіб дорівнював розладу свідомості при патологічному афекті. У цьому плані дослідник поділяв думку деяких своїх сучасників про те, що самогубство є різновидом психозу. Велику увагу

проблемі самогубства приділяли представники антропологічної школи Л.І.

Крюков, П.М. Минаков, І.І. Нейдіт. Вони пов'язували схильність до суїцидальної поведінки з певними змінами в будові черепа самогубців, що чинять механічний вплив на мозок. На думку цих авторів, саме такі своєрідні

«дефекти будови» впливають на функції мозку, порушуючи його діяльність, що зрештою і призводить до самогубства [9, с. 9 – 12]

Після багатьох років безуспішних дослідів концепцію патологоанатомів про біологічні аномалії самогубців було відкинуто як помилкову. Багато вчених вважали, що суїцидальні думки можуть виникнути у будь-якої людини, і в залежності від обставин вона може реалізувати свій намір.

Важливе місце в період дослідження суїцидальної поведінки посідає психолого-педагогічний підхід. Представники багатьох напрямів висували різні гіпотези про природу аутоагресії, особливості суїцидентів, прагнучи зрозуміти механізм прийняття суїцидального рішення. Ще на початку ХХ ст.

В.М. Бехтерев вказував на те, що для розуміння природи самогубства ми повинні використовувати методи різних наукових дисциплін: статистичний, клінічний, судово-медичний і т.п., застосовуючи їх у комплексі. [9, с. 14] В той

же період над цим питанням працювали І.А. Сікорський, Б. Краєвський, А.М. Острогорський, вони наголошували на тому, що стан “душевної

розгубленості”, втрата інтересу до життя більше пов'язані з психосоціальними характеристиками: вік, виховання, темперамент, наслідування. Ці науковці, та подібні їм, одні з перших, хто окреслив завдання суспільства щодо профілактики суїцидальної поведінки і суїциду. Було визначено, що обов'язком

кожного громадянина має стати морально-етичне виховання підрастаючого покоління, взаємоповага, співчуття і розуміння, зменшення страждань інших, а особливо осіб, схильних до аутоагресивної поведінки, кожен повинен бути готовий надати ближньому “термінову психологічну підтримку” [9, с. 14-16]

Засновником радянської суїцидології вважають А.Г. Амбрумову. Відповідно до її концепції, в основі будь-яких суїцидальних проявів лежить соціально-психологічна дезадаптація особистості в умовах мікросоціального конфлікту [14, с. 43]

А.М. Позизовський :

Досвід купірування кризових станів у суїцидентів прийомом когнітивної психотерапії відобразив в одній із своїх робіт “Прийоми когнітивної терапії спрямовані на психокорекцію неадаптивних когнітивних шаблонів мислення”

На думку автора, когнітивна психотерапія кризових станів спрямована на психологічну корекцію зазначених порушень, а в остаточному підсумку – на модифікацію неадаптивної когнітивної організації індивіда [14, с. 46]

Оригінальний вид психотерапевтичної допомоги був розроблений В.П. Ларичевим і названий аксіопсихотерапією (АПТ). Метою АПТ є досягнення лікувального ефекту шляхом спрямованої зміни в системі індивідуальних значень і цінностей пацієнта. [14, с. 47]

Методики індивідуалізованого психокорекційного підходу, що базуються на даних експериментально-психологічного обстеження, спробувала розробити Е.Ю. Собчик. Психологічна корекція, як вважає автор, є складним процесом і проводиться поетапно з різним ступенем розгортання залежно від поставлених завдань. Кінцевою метою психокорекційної роботи є глибинна внутрішньоособистісна перебудова, формування у пацієнта стійкої адекватної самооцінки та позитивних перспектив [14, с. 47]

Вивченню психологічних факторів ризику аутоагресивної поведінки серед студентів присвячено статтю І.М. Соколової. У цій роботі відбито результати досліджень впливу індивідуально-психологічних особливостей особистості на суїцидальну активність і ступінь зрілості студентів перших років навчання чоловічої і жіночої статі. Використовуючи метод СМДО (скорочений

варіант MMPI), опитувальники «Визначення суїцидального ризику» і «Оцінка самостворення смерті», автор аналізує профіль особистості, визначає наявність суїцидальних думок і намірів у студентів, а також власне ставлення до смерті.

[14, с. 49]

Одним із видів психотерапевтичної допомоги особам з ознаками аутоагресії є діяльність соціально-психологічної служби «Телефон Довіри». Результати багаторічної роботи, проведеної телефонною службою, відбито у Т.А. Малофєєвої, А.Г. Амбрумової. На думку авторів, цей вид психологічної допомоги є найбільш демократичним. Переваги психотерапії по телефону значною мірою обумовлені особливостями телефонного зв'язку як засобу спілкування. [14, с. 48]

Итання групової психотерапії у суїцидологічній практиці присвячено роботу Г.В. Старшенбаума «Групова психотерапія пацієнтів із суїцидонебезпечними реакціями». Звернення до цього методу, на думку дослідника, обумовлене тим, що у процесі роботи у багатьох суїцидентів виявляється виражена тенденція до взаємодопомоги. Це послужило підставою для створення кризових груп. У ході подальшого вивчення цього виду допомоги були виявлені і досліджені численні переваги групової кризової терапії (ГКТ) перед індивідуальною. ГКТ є високоспецифічною формою кризової терапії, що задовольняє підвищену потребу дезадаптованої особистості у психологічній підтримці і практичній допомозі з боку оточуючих. [14, с. 48]

Практичний інтерес. являють результати досліджень І.В. Полякової, Л.Г. Смолинського, А.М. Познізовського, А.Б. Ордянської, пов'язані з вивченням аутоагресії при афективних реакціях у психічно здорових осіб, акцентуованих особистостей, а також у людей із психічними захворюваннями. [14, с. 50]

Зайнятість людини, її професія, відіграють значну роль в потенційному самогубстві. Наприклад, специфіка роботи лікарів, адвокатів, військових, може викликати тяжкі психоемоційні навантаження, та провокувати людину на суїцид.

Співвідношення чоловіків і жінок, які скоюють завершений суїцид, становить 4:1, у середньому віці, проте кількість суїцидальних спроб у жінок значно вища, приблизно 1:4. Відношення до самогубства у протилежних статей

різне, чоловіки більш схильні до прийняття радикальних рішень, а жінки таким чином намагаються звернути на себе увагу або “кричати” на допомогу.

Важливим чинником збереження життя людини, є сім'я, проте залишається високим рівень самогубств серед молодих пар (18-24 роки), які поквапились з одруженням, вступили в шлюб внаслідок небажаних обставин.

У овдовілих до 35 років також великий ризик суїциду через різку зміну емоційного життя людини, та фактом, що вона залишилась одна з труднощами і

відповідальністю. Особливо небезпечним є перший рік після трагедії. Схожа ситуація спостерігається і серед розлучених пар. Розлучення нерідко означає втрату дому, дітей, друзів, прощання з надіями, обіцянками і мріями.

Частота самогубств у самотніх після 35 років стає суттєво вищою, ніж у інших. Велику роль у цьому відіграють діти: вони дають змогу відчувати себе потрібним, надають значення подальшому життю батьків. Неодружена особа може відчувати себе позбавленою близьких, що піклуються про неї, і майбутнє погрожує ще більшою самотністю, соціальною занедбаністю. До початку ХХ

ст., суїцидальну поведінку оцінювали виключно як індивідуальний поведінковий акт. Соціологічна наука намагалася проникнути в таємницю аутоагресивної поведінки беручи до уваги такі фактори, як національність, релігія, соціальний стан та інше. В ході досліджень вчені довели, що деякі

явища повторюються досить часто і знаходяться у зв'язку із зовнішніми факторами. Деякі підходи для розуміння зв'язку суспільних подій і дій окремого індивіда запропонував Е. Дюркгейм. Автор говорить про те, що “... у кожній соціальній групі існує специфічна схильність до самогубства, не

пояснюється ні фізико-органічною будовою індивідів, ні фізичною природою навколишнього середовища. Згідно з цим, ця схильність повинна залежати від причин і являє собою колективне явище...”. За думкою Дюркгейма, рівень самогубств залежить від ступеня згуртованості таких соціальних інститутів, як шлюб, родина, професійні та інші організації, також велику роль має міцність

культурних і моральних норм, що впливає на поведінку людей. Автор наголошував на тому, що в країнах, де потреби людей постійно зростають і не обмежуються суворими моральними рамками, фрустрація, розчарування, пресиченість життям часто призводять до суїцидальної розв'язки. В той же час, значно меншим є ризик суїцидальної поведінки та суїциду в суспільстві, в якому кожен громадянин вважає своїм обов'язком підкорятися і слідувати традиційним моральним й етичним нормам.

Висновок до першого розділу

1. Суїцид (лат. sui – себе і caedere – вбивати) — 1) навмисне позбавлення себе життя, саморуйнівна форма поведінки; 2) навмисне самошкодження зі смертельним фіналом. Суїцид — це смерть суб'єкта, яка з різних причин є результатом усвідомленого вчинку самого самогубця. Самогубство — це усвідомлена добровільна смерть, яка притаманна тільки представникам людського роду. З позицій сучасних вітчизняних і зарубіжних концепцій суїцид розглядається як складна психологічна та соціальна проблема, на яку впливають як зовнішні фактори складного соціального та природного середовища, так і внутрішні чинники: психологічна адаптивність, рівень стресостійкості, агресивність, потяг до самодеструкції тощо. Виникнення суїцидальних задумів може розвиватися за трьома варіантами: імпульсивним, розгорнутим, змішаним. Науковці виділяють істинний, афективний та демонстративний суїцид.

2. Впродовж тривалої історії розвитку цивілізації феномен суїциду залишався однією із найскладніших і найнепізнаних проблем. Розповіді про випадки добровільного відходу від життя були знайдені в міфології Стародавніх Греції, Китаю, Японії, Слов'янських народів. В Японській культурі суїцид носив ритуальний характер, до нього ставилися із солідарністю та повагою. В ісламі, навпаки, самогубство було одним із найтяжчих гріхів і заборонялося Кораном. В християнстві чітке ставлення до суїциду сформувалося не одразу. Першим із Отців Церкви самоубийство засудив Августин Блаженний в IV столітті. Він вважав, що суїцид — це зло, яке виключає можливість покаяння і порушує заповідь — Не вбий. Здійснити

самогубство можна тільки у випадку, коли сам Бог дає вказівку на це. Пізніше католицький теолог Фома Аквінський (1225-127) висвітлив три постулати про самогубство:

1) суїцид — це порушення закону природи, згідно якого все, що існує в природі повинне підтримувати власне буття і любити себе;

2) суїцид — це порушення закону моралі, адже суїцид порушує установлене суспільне життя, внаслідок добровільної смерті самогубця,

3) суїцид — це порушення Закону Божого, за яким тільки сам Бог може забрати людське життя.

3. Самогубство є складною психологічною та соціальною проблемою, актом, на який впливають психологічні та соціальні, філософські та історичні, біологічні та географічні, геокосмічні та інші чинники. Багатогранність даного явища зумовлюють його дослідження із загальнопсихологічної, патопсихологічної, психопатологічної, соціальнопсихологічної, психодіагностичної, психокорекційної, психолого-педагогічної, психолого-вікової позицій.

Основні теоретичні принципи суїцидальної поведінки в психології були закладені школою З. Фрейда, яка зосереджувала увагу на внутрішньому психічному джерелі феномена суїциду та внутрішній активності суб'єкта. В когнітивних теоріях суїцидальної поведінки вказано, що на самогубство впливають як внутрішні, так і зовнішні несприятливі чинники.

Когнітивні руйнування характеризуються намаганням особи звільнитися від відчуття власної недосконалості, неповноцінності шляхом використання психологічних механізмів захисту, відмови від життєвих ідеалів, мрій, ідей та цілей, спотворення часових меж та раціонального розв'язку існуючих проблем.

Видатний французький соціолог Еміль Дюркгейм не розглядав суїцид як психологічну проблему, а шукав причини таких дій у соціумі та суспільному житті. Вчений вважав, що основним чинником суїцидальних дій виступає соціальний фактор. Саме суспільні проблеми, порушення соціальних зв'язків є істинними причинами появи антивitalних вчинків. Еміль Дюркгейм здійснив

класифікацію суїциду і виокремив такі його типи: егоїстичний, альтруїстичний, аномічний та фаталістичний

Вивчення питання суїциду і суїцидальної поведінки потребує мультидисциплінарного підходу.

РОЗДІЛ ІІ. ДОСЛІДЖЕННЯ ЗОВНІШНІХ І ВНУТРІШНІХ ДЕТЕРМІНАНТ СУІЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Типологія соціальних чинників суїцидальної поведінки

Еміль Дюркгейм, досліджуючи самогубства, показав, як економічні умови, сімейний стан, расова або релігійна приналежність призводять до психоемоційної напруженості в різних життєвих ситуаціях. Суїцид є відзеркаленням погляду індивіда не лише на себе, а й на ставлення його до суспільства. Знання різних соціальних чинників, що сприяють самогубству, може бути корисне для оцінки суїцидального ризику людини.

Економічні умови

Говорять, суїцид є розкішшю багатих людей. Це твердження слід визнати помилковим. У представників всіх класів і соціальних прошарків економічні проблеми породжують відчуття безнадії і відчаю. Суїциденти часто зустрічаються в підозрілих місцях, районах помешкання національних меншин або серед літніх людей, які переважно живуть на невеликі пенсії чи добродійні пожертвування.

Під час економічної депресії частота суїцидів зростає як серед бідних, так і серед багатих людей. Проте ті, хто займають вищі посади, важче реагують на згубність зміни добробуту. Так, у період депресії 1930—1943 рр. найвищий рівень самогубств простежували серед багатих американців. Багатство, що було найбільш високим показником їхнього життєвого успіху, було втрачене. Відчуття їх добробуту зокрема перебувало на фундаменті значної купівельної спроможності. Коли вона істотно знизилася, то була поставлена під питання і піддалася вітальній загрозі компетентність та ідентичність особи.

Менш багаті американці також страждають від економічної кризи. Підвищення частоти самогубств у цих обставинах підвищується серед фермерів США. Із втратою ферми слабшає соціальна структура сім'ї, що вимушена вести новий, часто незвичний спосіб життя. Якщо рівень безробіття серед населення низький і країна процвітає, то рівень самогубств знижується. Економічні негаразди, удосконалення технології виробництва і втрата роботи призводять до значних психологічних зрушень особи.

Зайнятість

Зайнятість людини або її професійна приналежність безумовно, відіграють значну роль у можливому самогубстві. Співробітники Орегонського університету досліджували смертельні суїциди в цьому штаті протягом 11 років. Вони виявили, що суїциди серед лікарів, стоматологів і адвокатів траплялися в 3 рази частіше, ніж у непрофесійних клерків.

Кількість суїцидів серед лікарів у США становить від 28 до 40, а в загальній популяції — 12,3 на 100 тисяч. Встановлено, що лікарі піддаються щонайменше удвічі більшому суїцидальному ризику, ніж решта населення країни. У 1987 році у статті, опублікованій у «Журналі Американської медичної асоціації», наведений факт про те, що самогубства жінок-лікарів у 4 рази вірогідніші, ніж серед інших представниць жіночої статі. Цей показник приблизно такий самий, як і в лікарів-чоловіків. Вернер Саймон стверджує, що до найбільшого суїцидального ризику схильні анестезіологи, офтальмологи і особливо психіатри.

Стать

Хоча кількість самогубств серед жінок зростає, проте частота самогубств у чоловіків вища. «В даний час стало ясно, що думка про зменшення відмінностей між статями і прогноз, що жінки незабаром здійснюватимуть суїциди з такою ж або навіть вищою частотою, що і чоловіки, є нічим не підтвердженою гіпотезою» (Джон Макінтош. «Суїцид і поведінка, загрозлива життю», 1986). Нині співвідношення чоловіків і жінок, які завершують своє

життя самогубством, становить 4:1. У міру старіння (у віці 65–85 років) воно зростає від 4 до 6–9 чоловічих самогубств на кожне жіноче.

Жінки становлять — 3/4 з тих, хто здійснює спроби самогубства у віці від 15 до 40 років. 3/4 — завершених самогубства припадає на частку чоловіків.

Пояснення цього факту полягає в методах самогубства: жінок зазвичай більше цікавить питання про те, що відбудеться з їхнім тілом після смерті. Більшість чоловіків частіше здійснює суїцид шляхом повішення, використання вогнепальної зброї або стрибків із висоти. Переважна більшість жінок майже завжди використовувала пасивні засоби саморуйнування, наприклад, снодійні

препарати, отруту або газ. Отруєння барбітуратами менше змінює зовнішність, ніж вогнепальне поранення в голову. Багато судових експертів вважають, оскільки жінки більше дізнаються про летальні можливості певних отрут, вони виявляють більшу цікавість до таких насильницьких методів, як повішення або застосування вогнепальної зброї.

Сімейний стан

Дослідники обґрунтовано стверджують, що серед сімейних пар суїцид є рідкісним явищем. Проте є один прикметний виняток — молодята. Рівень суїцидів серед них у віці до 24 років набагато вищий, ніж для їхніх самотніх однолітків. Цей виняток стає особливо драматичним для осіб молодше 20 років. Передусім для тих хлопців, які поквапилися одружитися, для кого шлюб став несприятливим; щоб піти від небажаного батьківського оточення або через неминучу вагітність партнерки. Уже в XIX ст. Дюркгейм відзначав, що ранній шлюб «надає обтяжливий вплив на самогубство». Після 24 років співвідношення суїцидів змінюється на користь сімейних людей.

Рівень самогубств до 35 років вищий у овдовілих, ніж у неодружених людей. Втрата чоловіка або дружини не лише змінює емоційне життя людини, яка залишилася в живих, а й залишає її наодинці з труднощами і відповідальністю. Овдовілі люди схильні до особливо високого суїцидального ризику протягом першого року після сімейної трагедії.

Частота самогубств серед самотніх людей після 35 років стає вищою, ніж у овдовілих. Важливу роль у цьому відіграють діти: вони дають можливість відчувати себе потрібним, надають значення подальшому існуванню батьків. На

відміну від цього, неодружена людина часто відчуває себе позбавленою близьких, які піклуються про неї. Положення посилюється і тим, що майбутнє загрожує для неї ще більшою самотністю, соціальною ізоляцією і занедбаністю.

Частота самогубств серед розведених пар у 4—5 разів перевищує її порівняно з одруженими. Тому розлучення можна уподібнити різновиду смерті.

Він означає не лише втрату друга, помічника по будинку, кухаря і прачки, тесляра і слюсаря, батька чи матері. Крім того, через розлучення людина може

позбутися дому, дітей або втратити друзів. Розлучення, крім всього іншого, призводить до втрати для людини ставлення «Ми», адже залишається лише

«Я». Розлучення майже завжди означає прощання з надіями, обіцянками і мріями.

Причинами суїциду серед молоді можуть бути і шкільні проблеми, пов'язані з перевантаженням, неуспішністю, конфліктами із вчителями або однолітками. Нерідко причинами суїцидів є і конфліктні відносини з батьками.

Більше 40 % людей, які здійснювали самогубства, страждали психічними захворюваннями.

Не дивлячись на всі ці причини, головним, хто вирішує питання вибору між життям і смертю, є сама людина. Лише від сили її особи залежить вибір між пристосуванням до життєвих ситуацій і самогубством через тих, хто травмує її психіку.

Виникнення суїцидальної поведінки молоді особи також слід розглядати, як прояв соціально дезадаптації.

Соціально дезадаптація — порушення процесу активного пристосування індивіда до умов соціального середовища засобами взаємодії і спілкування за

хорошого або недостатньо розвиненого уявлення людини про себе і свої соціальні зв'язки та міжособистісні контакти. Кризовий стан молоді особи є

прояв соціально-психологічної дезадаптації. Під кризовим станом слід розуміти тимчасову ситуаційно або внутрішньо обумовлену дезінтеграцію особистості.

Криза виникає при неможливості подолання перешкод у досягненні життєво важливих цілей, способом сформованим на основі попереднього індивідуального досвіду. На рівні феноменології криза визначається, як гострий емоційний стан, що характеризується психічною напругою, тривогою, порушенням когнітивної та поведінкової активності. Кризовий стан характеризується сильними негативними емоціями, почуттям невизначеності, тривогою, аж до дезорганізації, фіксації на психотравмуючій ситуації, переживаннями неспроможності, безпорадності, самотності, безнадійності, а також песимістичною оцінкою власної особистості, труднощами в плануванні своєї діяльності.

Деадаптація виникає, як в особистісній, так і в соціальній сфері. Пусковим механізмом у соціально-психологічній деадаптації, як правило, є різка зміна умов життя, середовища, наявність стійкої психотравмуючої ситуації. Разом з тим, чимале значення мають ті особливості в індивідуальному розвитку людини, які не дозволяють їй виробити адекватні новим умовам форми поведінки та діяльності. З позицій онтогенетичного підходу до дослідження механізмів деадаптації, особливе значення набувають вікові кризи, які є переломними моментами в житті людини, коли відбувається різка зміна в соціальному розвитку, що спричиняє необхідність реконструкції звичного способу адаптивної поведінки.

Таким чином, в рамках поняття «криза – деадаптації» ми можемо казати про суїцидонебезпечний стан, про соціально-психологічну деадаптацію, що є наслідком психологічної кризи [15]. Залежно від соціального інституту, де відбулася деадаптація говорять про сімейну, групову та шкільну деадаптацію. Деадаптація часто перешкоджає роботі та навчанню. У цьому випадку спостерігаються тривога, депресія, стомлюваність, зниження продуктивності в діяльності та погіршення в стосунках з оточуючими людьми. А ці чинники є складові у процесі формування суїцидальних ідей. Розглядаючи соціальний аспект деадаптації, у контексті його природи та ступеня виразності С.А. Белічева виділяє патогенну, психосоціальну та соціальну деадаптацію [16]. В рамках проблеми яку ми розглядаємо, нас цікавлять перші два типи. Патогенна

дезадаптація спричиняється патологіями психічного розвитку та нервово-психічними захворюваннями функціонального та органічного походження. Іншими словами це вид дезадаптації характерний для молоді з

дизонтогенетичним розвитком і прикордонними розладами. Частими проявами непристосованості в цих випадках виступають гострі афективні та патохарактерологічні реакції, що проявляються в активних і пасивних формах реагування на впливи середовища у вигляді агресивних, аутоагресивних, імпульсивних, демонстративних та ін. реакцій [17]. Психосоціальна

дезадаптація пов'язана із індивідуальнотипологічними та статевовіковими особливості організму, які обумовлюють важковиховуваність та вразливість учня.

Даний вид дезадаптації може мати стійкий чи тимчасовий характер. Стійкість обумовлюється акцентуаціями характеру, індивідуальними особливостями емоційно-вольового компонента, такими як індиферентність інтересів і низька пізнавальна активність, зниження емпатійності, дефіциту вольової та афективної сфер.

Тимчасові форми викликані психофізичними статевовіковими особливостями, які яскраво проявляються в кризовий підлітковий період розвитку. У групі основних передумов необхідно назвати нерівномірність психічного та психосексуального розвитку (затримка або випередження); окремі психогенні стани.

Психосоціальна дезадаптація проявляється в характерологічних реакціях, відносно короткочасних, ситуативно обумовлених і психологічно зрозумілих порушеннях поведінки, які проявляються в конкретних ситуаціях, не виходять за рамки даного мікросередовища і не супроводжуються розладами психофізіологічних функцій. Таким чином, суїцидальну поведінку у можна розглядати, як прояв дезадаптації та і крайній прояв психологічної кризи.

Навіть благополучна родина не може запобігти розчаруванням, які пов'язані із значущою групою. Отже мотивом суїцидальної поведінки можуть стати проблеми у сфері спілкування. Передумовою виникнення у студента думок про беззмістовність життя чи про малоцінність його існування в спільноті може

стати учбовий заклад: грубе, нетактовне ставлення вчителів; авторитарний стиль керування; жорстокість та несправедливість; нездорова психологічна атмосфера в учбовому колективі; знущання однолітків; не цікаве шкільне,

університетське життя. Саме ці аспекти можуть створити такі умови, коли людина відчуває себе «чужим серед своїх», самотнім і незрозумілим одноліткам та дорослим. Таким чином, соціальні умови предсуїцидальної поведінки особи складаються із сімейних факторів (найближче оточення) та факторів середовища (близьке оточення, як то навчальний заклад, група однолітків тощо). Всі ці фактори взаємодіють між собою, і антисуїцидальні установки одного з них можуть знизити суїцидогенність в інших сферах.

2.2. Психологічні передумови виникнення суїцидального наміру

Здійснення самогубства відбувається в особливо критичних випадках, екстремальних ситуаціях, коли людина впевнена, що не хоче більше жити, і здійснює відповідний деструктивний акт. Взаємодія особистості і середовища в таких випадках відіграє неабияку роль. Суїцидальна поведінка зумовлена цією взаємодією, численними контактами і зв'язками, в яких вона перебуває. У процесі спілкування та життєдіяльності людина засвоює суспільні норми та цінності, статуси та ролі, установки та моделі поведінки. Але водночас у взаємодії з іншими проявляються агресивність та імпульсивність, конфліктність, депресивність, неадекватність та девіантні форми поведінки. Такі особливості особистості найбільше загострюються в ситуації соціальної напруженості та екстремальних умовах.

Причинами виникнення соціальної напруженості є:

- 1) фізіологічна дезадаптація певних груп суспільства до труднощів. Наприклад, неможливість пристосуватися до різкого підвищення цін на товари і послуги без зниження рівня життя;
- 2) психофізіологічна дезадаптація людей, яка знаходить вираження в появі неусвідомлених масових психічних станів за період пристосування до певних соціальних труднощів і змін;
- 3) соціально-психологічна дезадаптація, яка виражена в існуванні в суспільстві усвідомлених конфліктних відношень конкретних груп населення

до труднощів (підвищена політизація, міграція, злочинність, страйки і мітинги тощо).
Адаптаційний синдром – це певна сукупність реакцій організму, функцією яких є захист від сильних і тривалих негативних впливів.

Депресія і стрес, як одні із форм прояву соціальної напруженості, в деяких випадках, за збігом несприятливих обставин можуть стати передумовами суїцидальної поведінки. Людина, котра знаходиться в депресивному стані проявляє по відношенню до інших негативізм, для неї характерними є негативний емоційний фон, загальна пасивність поведінки.

Чинники соціальної напруженості підсилюють депресивний настрій індивіда, який виникає під дією захисних компенсаторних механізмів і характеризує адаптацію за рахунок виснаження. Людина втрачає соціальну опірність і неадекватно оцінює події, які з нею трапляються: погане перебільшує, хороше, навпаки, зводить до мінімуму. Особа, яка переживає депресію, по-інакшому оцінює і пояснює власні невдачі, які, на її думку, зумовлені стійкими, глобальними і внутрішніми чинниками.

Негативно та дестабілізує на психічний світ особистості діють соціальна напруженість, екстремальна ситуація і соціальний стрес.

Під соціальним стресом розуміють стани людини, які виникають під дією екстремальних впливів.

Ситуація соціальної напруженості може зумовити появу стресу, який негативно впливає на особистість, може її дезорганізувати та спровокувати суїцидальну поведінку. Відтак, соціальні, політичні, економічні, культурні та інші зміни в соціумі спричиняють появу стресових станів будь-якого члена даного суспільства. Соціально-психологічні та індивідуально-психологічні особливості людини впливають на її реакцію на стресогенні події. Можуть виникнути як легкі дезадаптаційні прояви, так і тяжкі складні особистісні автодеструкції, суїцид.

Відомим є те, що багато людей, які переживали певний стрес, після припинення дії стресогенних чинників, повертаються до нормального ритму життя, у звичайний для них стан. Але на інших людей вплив негативних подій,

які травмують особистість, триває значно довше. Такі люди знаходяться під впливом посттравматичного стресу, що значно ускладнює їх пристосування до нормальних умов життя, породжує різноманітні деструктивні форми поведінки, синдром посттравматичних стресових розладів. Дуже складною у даній ситуації є проблема невизначеного відкладення появи посттравматичного синдрому, що не дає можливості своєчасно надати необхідну психологічну допомогу. Значущість певної ситуації для конкретної людини, визначає логіку і форми її поведінки в даній ситуації і при наявних обставинах.

Самогубство як реакція на складну ситуацію буває різним за динамікою.

В одних випадках суїцидальні настрої та поведінка виникають відразу після впливів стресогенного чинника, в інших – суїцидальні задуми розгортаються в часі. Вплив одного стресогенного чинника доповнюється впливом інших, стресори накопичуються і виникає бажання заповдіяти собі смерть. В такому випадку суїцид – це позбавлення себе нестерпних негативних переживань, результат посттравматичних стресових розладів особистості.

Вчені різних країн досліджуючи посттравматичний синдром, обґрунтували критеріальні групи, за якими можна його діагностувати. Сьогодні такі критеріальні групи найчастіше використовують при вивченні посттравматичних стресових розладів воєнної етіології. Також їх застосовують при вивченні інших травмуючи психіку людини ситуацій: смерть близьких, втрату «значущих», важка хвороба тощо. До таких критеріальних груп відносять:

- наявність в історії хвороби людини такої події, котра існує поза межами типового людського досвіду. Впливи даної ситуації є травмуючим чинником для більшої кількості людей;

- неодноразове переживання емоцій, які пов'язані із стресовою ситуацією після закінчення такої ситуації. Людину переслідують тривожні спогади, думки і переживання з минулого;

- прагнення індивіда завжди уникати будь-які події, котрі можуть нагадати про пережитий стрес. Людина акцентує увагу на самому факті травми, а на всі інші чинники не зважає. Вона втрачає інтерес до спілкування, взаємодії

з іншими, хоча раніше це займало важливе значення в житті, стає відчуженою та автономною;

- стійкі симптоми, які з'явилися після пережитої травми і характеризують високу збудливість особистості. В людини виникають проблеми зі сном, сконцентруванням уваги, пам'яттю тощо

З психологічного погляду всі індивідуальні причини вчинення самогубств можна згрупувати так: викликані набуттям чого-небудь, спричинені втратою чого-небудь, змінами; міжособистісні проблеми, конфліктні проблеми (особа стоїть перед вибором, коли існують дві чи більше альтернатив) [7, с. 266]. О.

Діденко згрупував усі причини вчинення самогубств у три класи: «певні особливості особистості (емоційно чутливий, вразливий, тривожний, з почуттям провини, невпевненістю в собі, хворобливою залежністю від

громадської думки тощо); певні біографічні дані (наявність спроб самогубства серед родичів, недоліки виховання, що виявляються в надмірній жорстокості, уседозволеності тощо); певні особливості актуальної ситуації (ситуація невизначеності, неможливості впливати на перебіг подій, тенденція погіршення ситуації, яка оцінюється як безвихідна, тощо)» [11, с. 155]. Важливою

причиною, яку виправдовують багато дослідників, є невиліковна хвороба, страх за життя втратити власне «я», перетворитися на рослину, побоювання болю та смерті. Таке самогубство заперечувати важко, а осуджувати неможливо.

Існує також думка, за якою у своїй смерті винен сам суїцидент, який просто виявився слабким, нездатним подолати проблеми, боротися з життєвими негараздами, сприймати поразки, нещастя тощо. Тут можна говорити не тільки про особливу віктимність самогубця, а й про жорстокість цих висловлювань, адже не всі люди психологічно готові витримати складні життєві випробування.

Іноді головною причиною вчинення самогубств стає деморалізація – джерело дистресу – психічна некомпетентність у нескладній ситуації. Суїцид виникає разом із відчуттям відсутності прийнятної шляхи для гідного існування. Від неможливості розкритися, реалізуватися, незагребування суспільством потенціалу індивіда виходять суїцидальні вчинки багатьох молодих людей та осіб середнього віку. Самогубство виникає тоді, коли

людина втрачає ініціативу, перспективу, інтерес до життя (тобто мотив, що сприяє позитивній орієнтації в житті, рефлекс виживання). Стриманість і помірність завжди високо цінувалися, проте, занадто затиснуті, вони часто шукають виходів у самоагресії. Утрата інтересу жити, дійсно, небезпечна для особистості. Його слід у будь-який спосіб поновлювати, як слушно зазначає А.

Лаврін [13, с. 118].

На індивідуальному рівні до самогубства призводять різні види конфліктів (відповідно до їх учасників): внутрішньоособистісний, міжособистісний, внутрішньогруповий, міжгруповий.

Безпосередньою причиною конкретного самогубства є прагнення особистості задовольнити свої інтереси і потреби на користь чи на шкоду інтересам і потребам інших людей, суспільства залежно від того, до якого типу, за Е. Дюркгеймом, належить самогубство – альтруїстичного, аномічного чи егоїстичного. Гостре почуття власної відповідальності людини за те, що коїться в її родині, суспільстві та державі, може підштовхнути її до суїциду. Вибір поведінки залежить від моральної сутності людини, її ціннісних орієнтацій, які являють собою соціально зумовлену систему ставлення особистості до явищ та подій оточуючого соціального середовища.

На думку Л. Васильченко [12, с. 20–21], усі причини вчинення самогубства можна поділити на внутрішні і зовнішні. Часто навіть самій людині важко зрозуміти, які причини штовхають її на вчинення суїциду. Іноді причинами помилково вважають мотиви, які лежать на поверхні.

Суїциди поділяються на істинні, приховані та демонстративні.

Істинні суїциди у деяких випадках можуть бути спонтанними. Найчастіше за все їм передують міркування про смерть; втрата сенсу життя, депресивний стан чи просте пригнічення.

Прихованим суїцидом вважається поведінка, пов'язана з підвищеним ризиком, що частіше за все призводить до нібито «випадкової» смерті. Серед багатьох варіантів особливо частими є ризикове керування автомобілем, зловживання алкоголем та наркотиками.

Демонстративну суїцидальну спробу здійснює людина, яка вважає за необхідне комусь щось довести чи досягти певної мети, роблячи вигляд, що готова покінчити із собою. Іноді демонстраційні суїциди закінчуються смертю.

На сьогодні найповніша класифікація суїцидів за способами смерті налічує до 30 таких позицій, але судово-медичні підходи до встановлення способу смерті при самогубстві виділяють головні: падіння з висоти, повішення, вогнестрільні ушкодження, ушкодження гострими предметами, електричним струмом, отруєння, залізничні травми, утоплення та ін. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) констатує 803 способи вчинення самогубства.

Поряд із причинами психологи зазначають десять основних мотивів суїцидальної поведінки:

1) переживання образи, самотності, відчуженості, неможливості бути зрозумілим;

2) реальна або уявна втрата батьківської любові, нерозділене кохання (кохання без взаємності), ревності;

3) переживання, пов'язані зі смертю одного з батьків, розлученням батьків;

4) почуття провини, сорому, образи, незадоволеність собою;

5) страх перед ганьбою, глузуванням, приниженням;

6) страх перед покаранням;

7) любовні невдачі, сексуальні ексцеси, вагітність;

8) почуття помсти, погроз, шантажу;

9) бажання привернути до себе увагу, викликати жаль, співчуття;

10) співчуття або наслідування приятелів, героїв книг, кінофільмів («ефект Вертера»). Щодо останнього мотиву психологи давно помітили пряму залежність між кількістю самогубств, які демонструють телебачення та інші ЗМІ, і реальною кількістю самогубств серед молоді в суспільстві [21, с. 60–61].

У час бурхливого розвитку ЗМІ, комп'ютерних ігор із поширеними у них некрофілією, садомазохістським смакуванням смерті, у тому числі й суїцидальної, ці тенденції поглиблюються. Нині вважається доведеним, що повідомлення про самогубства або їх зображення, що висвітлюються у ЗМІ,

мають негативний ефект і можуть провокувати суїцидальні дії, особливо у дітей і підлітків. Англійський учений К. Хоутон вивчав наслідки показу в популярному щотижневому серіалі епізоду, де герой гине через передозування парацетамолом. Протягом першого тижня після показу епізоду кількість спроб самоотруєння зростає, водночас випадки самоотруєння парацетамолом простежувалися частіше, ніж випадки самоотруєння іншими речовинами.

Узагальнюючи результати проведених у різних країнах досліджень, К. Хоутон дійшов висновку про те, що повідомлення або демонстрація самогубств у ЗМІ призводять до збільшення і загальної кількості суїцидів, і кількості випадків використання окремих способів самогубства [18, с. 63].

2.3. Етапи вчинення суїциду як складного процесу

У результаті проведених досліджень визначено, що суїцидальна поведінка, наскільки б швидко вона не розгорталася, завжди має постійні компоненти своєї динаміки. Схему, що ілюструє механізм розвитку суїцидальної поведінки, запропоновану Е. Дюркгеймом, наведено на рис. 1

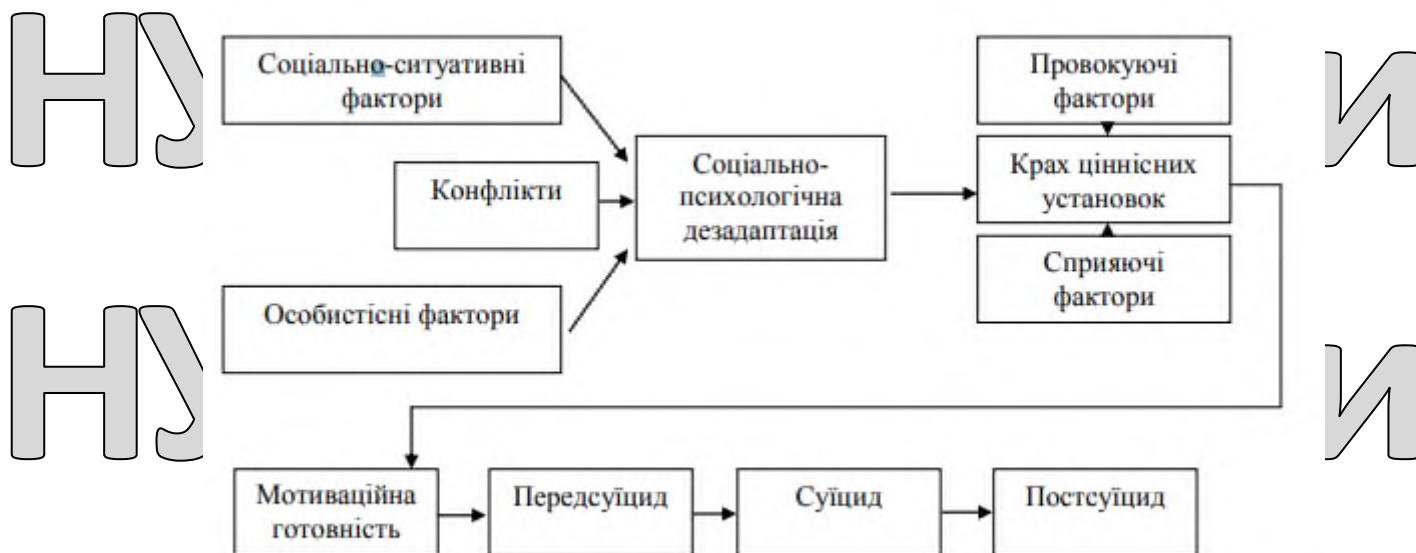


Рис. 1 – Механізми розвитку суїцидальної поведінки (за Е. Дюркгеймом)

Самогубству передуює передсуїцид. Він включає дві фази: переддиспозиційну і власне суїцидальну.

Переддиспозиційна фаза характеризується виключно високою активністю, пошуком шляхів для виходу з критичної ситуації. Ця фаза також має свою внутрішню динаміку.

Спочатку зусилля та увага людини тривалий час сконцентровані на вирішенні ситуації, що склалася. Однак будь-які заходи не дають бажаного результату, що призводить до зниження самооцінки, з'являється відчуття безсилля, зростає емоційна напруженість, що може виявлятися в різких коливаннях настрою (спалахи агресії стосовно себе чи оточення чергуються зі станом емоційної пригніченості, пошуком співчуття та порозуміння). Починають виникати думки про відсутність реальних, прийнятних можливостей для вирішення актуальної ситуації, труднощі суб'єктивно сприймаються як «нездоланні».

На такому фоні виникає «звуження свідомості» (так зване «тунельне бачення проблеми»), увага концентрується лише на негативних аспектах ситуації. Унаслідок цього людина нездатна об'єктивно сприймати існуючий перебіг подій, побачити реальні шляхи вирішення наявної проблеми.

Довготривалі, але невдалі спроби реально вирішити або змінити психотравмуючу ситуацію призводять до стану емоційного пригнічення, фізичного та психічного виснаження, усі ресурси вичерпуються. Психологічна,

емоційна напруженість обтяжується зростанням тривоги щодо можливого негативного розвитку подій. Сприйняття перспектив має песимістичне забарвлення (наприклад, «Нічого позитивного в житті вже не може відбутися»).

Загострюється відчуття безпорадності перед труднощами, «опускаються руки».

Перебіг часу здається зміненим, відбувається його болісне уповільнення, у людини виникає відчуття того, що страждання ніколи не закінчатся. Виникає чітке усвідомлення нестерпності ситуації, з'являються думки на кшталт: «Я більше не можу (не буду) цього терпіти», «Не хочу цього чути та бачити».

Суїцидальна фаза передсуїциду починається після подальшого поглиблення дезадаптації суїцидента, якщо до цього він не знайшов варіанти виходу з кризи і не отримав належної допомоги та підтримки. Ця фаза характеризується тим, що в людини виникають суїцидальні думки, а пізніше – й обдумування способу суїциду.

З'являється відчуття внутрішньої порожнечі та безглуздість існування (наприклад, «Жити не варто», «Втомився(-лася) від такого життя»). Починають виникати недиференційовані думки про смерть, людина розмірковує про відсутність цінності життя. При цьому виразних уявлень про власну смерть немає, але існує чітке заперечення сенсу життя. З'являються нестійкі (спочатку досить дифузні) суїцидальні думки (наприклад, «Хочу втекти туди, де мене всі залишать у спокої», «Хочу заснути та не прокинутися»).

Згодом починають формуватися пасивні суїцидальні думки, які відображають внутрішню готовність людини до суїциду. Цей етап характеризується фантазуванням на тему своєї можливої смерті, однак не на тему позбавлення себе життя. Виникають уявлення з приводу того, «Як буде добре, коли мене не буде», «Добре було б померти». Згодом з'являються стійкі суїцидальні думки (на кшталт «Я із собою зроблю що-небудь», «Хочу вмерти, щоб цього не бачити»).

Характерні особливості поведінки людини в переддиспозиційний період. На початку періоду в людини виникає гостра потреба до встановлення неформального контакту, теплих дружніх взаємин, потреба у співчутті, емоційній підтримці («пошук опори»), бажання поділитися своїми

переживаннями. Тому, зазвичай, спочатку вона виявляє активність у пошуках допомоги серед близького оточення (у сім'ї, друзів, колективі тощо). Згодом зовнішні прояви активності у встановленні контактів помітно знижуються, хоча

потреба допомоги залишається високою. Суб'єктивно власне життя сприймається людиною ретроспективно, спостерігається певна відстороненість щодо подій, які відбуваються. Іноколи все попереднє життя сприймається як нескінченна низка провалів і невдач.

Слід зазначити, що суїцидальна фаза передсуїциду триває до замаху на своє життя. Сам суїцид теж динамічний процес, що складається з трьох етапів.

I. Етап суїцидальних тенденцій. Суїцидальні тенденції є прямими або непрямими ознаками, що свідчать про зниження цінності власного життя, втрати його сенсу або небажання жити. Вони виявляються в думках, намірах, почуттях або погрозах.

Поступово пасивні суїцидальні думки набувають руйнівного спрямування, що призводить до пошуку конкретних шляхів їх реалізації. З'являються суїцидальні задуми: відбувається розроблення плану самогубства, обираються місце й час дії, детально обмірковуються шляхи, спосіб здійснення суїциду, вишукуються способи впливу на оточення (написання передсмертної записки, відправлення СМС-повідомлень, листів, телефонні дзвінки значущим особам тощо).

Далі відбувається формування суїцидальних намірів (прийняття рішення про самогубство, безпосереднє самоспонування до суїцидальних дій).

Небезпечність суїцидальних тенденцій полягає в тому, що вони можуть призвести до завершеного суїциду.

II. Етап суїцидальних дій починається, коли тенденції переходять у конкретні вчинки, наслідком чого виступає самогубство чи спроба його скоєння (як результат уявлень людини про неможливість існування в наявній ситуації).

Фактично йдеться про підготовку до суїциду. Намір покінчити із собою розвивається протягом тривалого часу (підготовка до суїциду може тривати від декількох днів до декількох років). Суїцидент довго аналізує причини й можливі наслідки самогубства, розглядає різні способи та оцінює їх

ефективність, планує найбільш надійний сценарій. Зазвичай прийняття рішення про здійснення самогубства сприяє ще якась додаткова психотравма або інколи навіть незначна подія (попитовк), яка ще більше переконує людину у трагічності її існування, неминучості особистої катастрофи. Як правило, ситуація доходить до краю терпіння, наступні події часто відбуваються за принципом «останньої краплі».

Безпосередньо перед актом самогубства в суїцидента може виявитися так звана термінальна поведінка – людина «впорядковує справи» (складає заповіт, віддає борги, просить вибачення, робить прощальні подарунки друзям, закриває рахунок у банку, проводить у квартирі генеральне прибирання тощо).

Характерними особливостями поведінки людини в суїцидальному періоді є замкнутість, намагання побути на самоті, або повна відчуженість, ізоляція, втрата зацікавленості до навколишнього світу, неадекватні дії та висловлювання. Також мають місце й інші форми поведінки, такі як: обачливість, рішуність, холоднокривність, агресивність, у багатьох випадках спостерігається розлад сну та апетиту, підвищена втомпованість, почуття безсилля, зниження працездатності.

Якщо самогубство незавершене, то до загальної схеми розвитку суїцидальної поведінки додається ще один етап - постсуїцид.

III. Етап постсуїцидальної кризи триває від моменту здійснення суїцидальної спроби до повного зникнення суїцидальних тенденцій, іноді характеризується циклічністю прояву. Цей етап охоплює стан психічної кризи суїцидента, ознаки якого (соматичні, психічні чи психопатологічні) та їх вираженість можуть бути різними. У людини деякий час спостерігається збереження суїцидальних думок та намірів, виявляється пасивна «згода на смерть». Важливо пам'ятати, що в тих людей, які вже здійснили суїцидальні спроби, ризик їх повторення суттєво зростає.

Отже, суїцидальна поведінка – це завжди динамічний процес, що складається з певних часових періодів суїцидальної активності з характерними формами її проявів. Загальний механізм розвитку суїцидальної поведінки передбачає послідовну зміну передсуїциду (з його передиспозиційною та

суїцидальною фазами) суїцидом (що складається з етапів суїцидальних тенденцій та суїцидальних дій), а в разі незавершеного самогубства має місце ще один етап – постсуїцид. Додаючи до цієї схеми фактори соціальної ситуації

та індивідуально-психологічних особливостей особистості, можна отримати

найбільш цілісну модель, а саме: суїцидальний процес розгортається в часі на

фоні біологічних схильностей під впливом соціальних й особистісних стресорів

в умовах захисних факторів здебільшого соціального порядку [19]. Варто

зазначити, що сьогодні переважає погляд на суїцидальну поведінку як на

деякий процес, що посилюється з часом (за несприятливого перебігу).

Висновок до другого розділу

Суїцидальна поведінка з'являється і розвивається внаслідок одночасного впливу декількох детермінант

Однією з причин є зміни, порушення в роботі головного мозку. Як у випадку з клінічною депресією, нейробиологічні процеси мозку вносять свою корективи в поведінці особи.

Важливо зазначити, що визначальна роль в формуванні суїцидальності належить факторам соціально-психологічного середовища. Суспільство, в

якому існує індивід диктує правила, норми, цінності, звичаї. Дисбаланс,

невідповідність особистісного і суспільного, дезадаптація, як наслідок, можуть

стати причинами відхилень у поведінці. Для більш повного аналізу

суїцидальної поведінки розглядаються індивідуальні і соціальні чинники

ризиків, що впливають на поведінку індивіда і спрямованість його поведінки.

Негативно і дестабілізуючи впливають на особу стрес, втома, фрустрація,

соціальний статус, рівень саморегуляції, самоаналізу, самоактуалізації і

реалізації особистісного потенціалу у відповідності з власним

світосприйняттям і суспільством, в якому він(вона) існує.

Важливим є дослідження і визначення спільних рис суїцидальної поведінки, акту суїциду (у відповідності з сучасними реаліями)

РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУІЦИДАЛЬНИХ СХИЛЬНОСТЕЙ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

3.1. Методичні рекомендації щодо роботи з особами, схильними до суїцидальної поведінки

Профілактика суїцидальної поведінки - це система заходів, спрямованих на попередження різних проявів суїцидальної поведінки, в тому числі і суїцидальних дій, а також попередження повторних суїцидальних актів.

Класифікація видів профілактики суїцидальної поведінки.

1. За змістом: - спеціалізовані психіатричні (власне суїцидологічні): медикаментозні і психотерапевтичні методи впливу, спрямовані на лікування психічних і поведінкових розладів, Потенційований суїцидогенез, і на профілактику формування та попередження суїцидальної активності; - психологічні - психокорекційні програми, спрямовані на формування антисуїцидальних копінг-стратегій поведінки, зміна особистісних установок, самооцінки, рівня домагань, на формування «антисуїцидальних бар'єру»;

- загальномедичні - лікувальні заходи, спрямовані на усунення соматоневрологічних наслідків суїцидальної спроби і на профілактику інвалідності;

- соціальні - зміна соціально-економічного статусу потенційних і реальних суїцидентів;

- інформаційно-освітні - інформування всіх груп населення про необхідність і способи зміцнення психічного здоров'я, освітні програми з діагностики суїцидонебезпечних станів та невідкладні заходи щодо його запобігання.

2. За послідовністю:

- первинна профілактика - попередження суїцидальних дій серед усіх категорій населення;

- вторинна профілактика - запобігання рецидиву суїцидальної поведінки;

- третинна профілактика - запобігання інвалідизуючих наслідків суїциду і повторення суїцидальних спроб, запобігання рецидиву аутоагресивної поведінки серед близького оточення. Найбільш значущими превентивними заходами у профілактиці суїцидів є формування здорового способу життя серед усіх шарів населення, звернення належної уваги на розвиток особистості. Дуже

важливим є створення інформаційних та освітніх програм, що будуть спрямованими на навчання продуктивних поведінкових стратегій в кризових ситуаціях. На державному рівні повинно здійснюватися обмеження доступу до речовин і засобів самогубства.

Компоненти профілактичної роботи.

Освітній компонент.

Специфічний аспект – мати уявлення про наслідки, до яких приводять ті або інші девіантні відхилення в поведінці і як вони можуть вплинути на життя і долю людини. Мета: навчити молоду людину розуміти й усвідомлювати, що відбувається з людиною (з будь-ким, можливо, і не з ним самим) при тих або інших способах девіантного реагування на проблемні ситуації.

Неспецифічний аспект – знання про себе, розуміння своїх відчуттів, емоцій, можливі способи роботи з ними, турбота про себе. Мета: формування розвинутої концепції самосвідомості у молодій людині.

Психологічний компонент – корекція певних психологічних особливостей особистості, що сприяють прояву девіантних відхилень у поведінці, створення сприятливого довірчого клімату в колективі, психологічна адаптація школярів групи ризику та ін. Робота з почуттями вини, страху, невпевненості в собі, проблемами відповідальності, прийняття рішень.

Мета: психологічна підтримка дитини. Формування адекватної самооцінки, навичок прийняття рішень, вміння сказати «ні», постояти за себе, визначати і нести відповідальність за себе, свої дії та свій вибір.

Соціальний компонент – допомога в соціальній адаптації дитини до умов навколишнього соціуму, оволодіння навичками спілкування, здорового способу життя.

Мета: формування соціальних навичок, необхідних для здорового способу життя і комфортного існування в навколишній соціальній дійсності.

Умови, які сприяють реалізації цієї мети:

– розробка і розвиток високо функціональних стратегій поведінки і мобілізація особистісних ресурсів школярів;

– відкрите, довірче спілкування і сприйняття інформації, творча атмосфера роботи;

– цілеспрямований розвиток наявного особистісного потенціалу, який сприятиме формуванню здорового стилю життя і високоефективної поведінки;

– формування позитивної Я-концепції (самооцінки, ставлення до себе, своїх можливостей і недоліків); власної системи цінностей, мети і установок;

– наявність здатності робити самостійний вибір, контролювати свою поведінку і життя, вирішувати прості та складні життєві проблеми, уміння оцінювати ту або іншу ситуацію і свої можливості, контролювати її;

– уміння спілкуватися з оточуючими, розуміти їх поведінку і перспективи, співпереживати та надавати психологічну й соціальну підтримку;

– розвиток стратегій і навичок поведінки, що веде до здоров'я: прийняття рішення та подолання життєвих проблем, оцінки соціальної ситуації і

прийняття відповідальності за власну поведінку в ній, відстоювання та захист меж свого персонального простору; захисту свого «Я», використання

альтернативних поведінкових реакцій, безконфліктне та ефективне спілкування (Ковальчук М. А. 2013).

Методи впливу на девіантну поведінку особи:

Методи стимулювання мотивації зміни поведінки. Робота з мотивацією починається з перших хвилин консультування. Важливим питанням є те, чому дитина звернулася за допомогою. На даному етапі будуть доречні прямі

питання: «Що ти хочеш отримати від нашої співпраці?», «Чим я можу допомогти тобі?». Також можливе використання прийому розкриття намірів за допомогою уточнюючих гіпотез: «Ти звернувся за допомогою, тому що хочеш заспокоїти близьких?».

Методи корекції емоційних станів.

Існують два основні способи корекції негативних емоційних станів:

– зменшення їх сили, наприклад, за методикою систематичної десенсибілізації. Десенсибілізація слугує для зниження негативної напруженості, тривожності та боязні страхітливих образів, об'єктів або подій.

Техніка десенсибілізації полягає в повторному проживанні лякаючої події на тілесному плані, щоб стерти, витіснити негативне переживання;

– вироблення альтернативних реакцій, наприклад, за допомогою тренінгу релаксації або упевненості. Реакції, не сумісні з тривогою: асертивні реакції (відкритий прийнятний вираз емоцій щодо іншої людини); реакції релаксації; дихальні реакції; змагальні моторні реакції; приємні емоційні реакції, що виникають в різних життєвих ситуаціях (бесіда); усне або рольове програвання конфліктної ситуації.

Метод систематичної десенсибілізації – метод систематичного поступового зменшення сензитивності (тобто чутливості) індивіда до предметів, подій або людей, що викликають тривожність. Варіант методики – емотивна уява. Тут використовується образ улюбленого героя дитини, її кумира або значущої людини. В цьому образі дитина поступово стикається з ситуаціями і долає їх. Можуть поєднуватися з ігровою терапією, творчим самовираженням (малювання, театралізація), тілесною терапією.

Методи саморегуляції:

Ментальна релаксація часто використовується після м'язової релаксації.

Вона має на меті уявити конкретну спокійну, приємну сцену. Важливо пояснити клієнтам, що мета навчання релаксації – це розвиток уміння досягати стану, що характеризується емоційним спокоєм.

Метод формування стратегії самоконтролю. Для цього підлітка спочатку навчають самоспостереженню за власною поведінкою. Самоспостереження часто здійснюється у формі щоденника.

Когнітивне нереструктурування:

– звернення уваги на суперечності в думках або розповіді підлітка:
– ідентифікація і корекція дисфункціональних думок. Наприклад, депресія і хімічна залежність часто супроводжуються такими негативними переконаннями, як: «Я погана (поганий)», «Мене не можна любити», «Я не можу зацікавити людей», «У мене нічого не виходить», «Я повинна всім

сподобатися». При цьому факти і оцінки оточуючих нерідко суперечать думкам підлітка, але ігноруються ним.

НУБІП УКРАЇНИ

Методи придушення небажаної поведінки.

Варіанти покарання:

– Тайм-аут рекомендують використовувати при роботі з агресивними або надмірно рухливими дітьми. При цьому дитину просто видаляють з ситуації, в якій негативна поведінка може отримати підкріплення.

– Методика негативних наслідків має на увазі перш за все позбавлення дитини підкріплюючих стимулів тоді, коли вона демонструє небажану поведінку. Підкріплюючими стимулами можуть бути: улюблені заняття, вільний час, подарунки, солодощі, схвалення і увага оточуючих, успіх.

– Метод негативних реакцій – засудження (особливо групове), вираз гніву.

– Демонстрація авersiveної (української неприємної) події. При використуванні названих методик слід мати на увазі, що покарання ефективне, якщо воно: зрозуміле дитині та неодмінно поєднується з позитивним підкріпленням альтернативних реакцій.

Методи формування позитивної поведінки. Підкріплення можна здійснювати безпосередньо (за допомогою реальних підкріплюючих стимулів) або побічно (за допомогою символів, жестів). Крім того, підкріплення може бути опосередкованим, коли діти спостерігають за моделями – людьми, які одержують нагороду за бажану поведінку. Формування бажаної поведінки може здійснюватися у формі активного соціального навчання адаптивним поведінковим реакціям .

Інтерактивні форми профілактичної роботи:

– Робота з афоризмами. Методика роботи з афоризмами: обговорити в групі всі вислови про протиправну поведінку відомих мислителів минулого і наших сучасників; вибрати три вислови, які найбільш сподобалися, і пояснити

НУБІП УКРАЇНИ

свій вибір; відібрати вислови, з якими не згодні або не зовсім згодні та прокоментувати їх; який вислів викликав найбільші розбіжності і чому?

– Дебати.

– Соціально-педагогічні і психологічні ігри. Гра є імітацією реальної діяльності (трудової, пізнавальної, комунікативної і т.д.) і спрямована на засвоєння в штучних умовах соціальних відносин і суспільно-корисних норм поведінки.

– Колаж – спосіб створення нових ілюстрацій з фрагментів журналів, газет, реклам, буклетів, календарів. Сприяє формуванню авторських умінь і навичок; виробленню навичок індивідуальної та колективної (групової) роботи, партнерства; створенню умов для розкриття індивідуальних здібностей, розвитку особистої і групової активності, ініціативи; створенню сприятливої творчої та морально-психічної атмосфери в навчальному колективі.

– Соціально-значущі проекти – комплексна дослідницька форма позааудиторної діяльності, учасники якої демонструють і захищають прогноз (проект) про майбутнє якого-небудь явища.

– Соціально-педагогічний і психологічний тренінг (Фурманов І. А. и др. 2011).

Програми з первинної профілактики повинні бути диференційованими і враховувати вікову, гендерну, професійну, релігійну, етнокультурну та іншу специфіку групи осіб, з якими проводяться превентивні втручання.

На сьогодні дослідниками та практиками накопичено значний досвід застосування загальнонаукових і спеціальних методів виявлення ознак суїцидальної поведінки. До таких методів належать: *спостереження, бесіда, біографічний метод, аналіз документів, аналіз результатів і продуктів діяльності, експертне опитування, психодіагностичне обстеження* та низка інших. Більшість зазначених методів досить повно і детально описано в спеціальній науковій літературі, а тому немає потреби акцентувати увагу на цьому. Розглянемо лише деякі ключові позиції, пов'язані зі специфікою питання, що розглядається.

Основу роботи щодо виявлення осіб, схильних до суїцидальної поведінки, становить вивчення та аналіз документів особової справи, що передбачає ретельне ознайомлення з характеристикою, довідкою про сімейний

стан, перевірки відомостей про стан здоров'я. Особливої уваги заслуговують

особи, які мали родичів з нервово-психічними захворюваннями або зі спробами суїциду чи самі їх здійснювали; схильні до глибокої депресії, перенесли

захворювання або травми головного мозку, відрізняються слабким здоров'ям, мали відстрочки від служби в армії, часто змінювали місця проживання,

навчання і служби, виховувалися в сім'ях, у яких переважали конфлікти,

несприятливі взаємини, мали документально зафіксовані випадки девіантної поведінки (вживання алкоголю та наркотиків, незадовільна успішність у школі, втечі з дому, перебування на обліку в психоневрологічному або наркологічному

диспансері, дитячій кімнаті міліції, інспекції у справах неповнолітніх, наявність судимості) тощо.

З метою подальшого виявлення ознак суїцидальної поведінки проводиться індивідуальна бесіда, упродовж якої одночасно здійснюється спостереження. Попередньо складається спеціальний план бесіди, у якому

визначаються теми для обговорення та формулюються орієнтовні питання. У

процесі бесіди та спостереження за поведінкою особи відмічаються несприятливі характерні прояви (виражена невпевненість, тривожність, пустотливість, нісенітні дії і сльозливість, замкнутість, помисливість,

недовірливість злостивість, дефекти мовлення, моторики, зовнішності, слабкий

фізичний розвиток тощо), з'ясовуються проблемні питання, що потребують уточнення.

Особлива важливість такого заходу визначається тим, що здійснювана при цьому активна взаємодія фахівців різних служб (психологів, психіатрів, працівників кадрового апарату) дає змогу вирішувати триєдине завдання:

- 1) своєчасно виявляти осіб з латентною патологією;
- 2) визначати їх схильність до різних форм деструктивної поведінки;
- 3) прогнозувати професійну успішність у конкретних видах діяльності.

Головним завданням спільної роботи фахівців різних служб є своєчасна

діагностика або розпізнавання ознак суїцидального ризику (потенційної готовності людини вчинити самогубство).

Зважаючи на зазначене вище та на думку низки авторів, для його визначення доцільно використовувати, насамперед, аналіз двох факторів: суїцидогенних і антисуїцидальних.

До суїцидогенних факторів належать:

- вчинення кримінальних правопорушень;
- зафіксовані випадки девіантної поведінки;
- зниження або втрата соціальних орієнтацій;
- наявність суїцидальних спроб у минулому;
- зловживання наркотиками чи алкогольними напоями;
- схильність до ризикованих справ або фінансових операцій;
- фінансово-економічні негаразди;

- затяжні службові конфлікти;

- розлучення або напружені взаємини у сім'ї;

- нестійкість до психоемоційних навантажень і екстремальних умов несення служби;

- емоційні порушення і психотравмуючі переживання (наприклад, депресія, зневіра, різке зниження активності);

- підвищена агресивність, вразливість;

- схильність до конфліктного вирішення проблем;

- несприятливі умови сімейного виховання (надмірна опіка, втечі з дому, неповна сім'я);

- наявність родичів із нервово-психічними захворюваннями;

- хронічні або прогресуючі соматичні захворювання;

- наявність психічної патології;

- неадекватна самооцінка;

- слабкість особистісного психологічного захисту;

- недовладність навичок конструктивного вирішення проблем.

До антисуїцидальних факторів особистості належать:

- стійкі емоційні прихильності до близьких;

- виражене батьківське піклування та сильне почуття обов'язку, гіпервідповідальність;

- концентрація уваги на стані власного здоров'я;

- побоювання фізичного страждання;

- залежність від суспільної думки та бажання уникнути суду з боку оточення;

- наявність довгострокових цілей, творчих і життєвих планів.

Водночас необхідно зважати на те, що більшість із вищеназваних факторів досить умовні та змінюються із часом. Тому зафіксована в конкретної

особи схильність до суїцидальної поведінки (так само як і її відсутність) не може автоматично проєктуватися на її майбутнє, та вимагає подальшого ретельного систематичного контролю і спостереження.

Заслуговує на особливу увагу діагностика стану високого суїцидального ризику на підставі виявлення ознак суїцидальної поведінки, що сигналізують про велику ймовірність учинення самогубства:

1) замикання у собі (глибокі й тривалі відокремлення; замкнутість, людина цурається близьких, друзів і товаришів);

2) примхливість, вередливість (щоденні емоційні коливання настрою між збудженням і спадом);

3) агресивність (роздратування, спалахи гніву, люті, жорстокості до оточуючих - нерідко як заклик суїцидента звернути на нього увагу, допомогти йому);

4) виражена імпульсивність у поведінці;

5) прояви пригнічуючого відчуття провини (сорому, образи, сильного страху);

6) виражене фізичне або психічне страждання (больовий синдром, «душевний біль»);

7) порушення апетиту (відсутність його чи, навпаки, ненормально підвищений апетит тісно пов'язані з саморуїнливими думками та є критерієм потенційної небезпеки);

8) стан депресії (глибокий емоційний спад, що супроводжується зниженням самооцінки, втратою здатності відчувати радість, негативними судженнями, песимістичністю, тугою, втратою інтересу до життя, загальмованістю, пасивністю);

9) психологічна травма, факт недавньої (наявної) кризи або втрати (кожна людина має свій індивідуальний емоційний поріг, до зламу якого може призвести або значне емоційне потрясіння, або низка дрібних психотравмуючих переживань, які поступово накопичуються: розставання з рідними, звичним укладом життя, нова обстановка, зіткнення зі значними фізичними та моральними навантаженнями, розлучення батьків, смерть або нещастя з ким-небудь із близьких та ін.);

10) емоційно-когнітивна фіксація на кризовій ситуації, об'єкті втрати;

11) раптові, несподівані зміни в поведінці (активність, багатомовність, веселість і безтурботність у стриманої та замкненої людини чи пасивність, байдужість до спілкування і до життя в енергійної);

12) роздавання подарунків оточенню (часто люди, які планують суїцид, попередньо роздають близьким і друзям свої речі);

13) відсутність соціально-психологічної підтримки;

14) високий рівень безнадії у висловлюваннях;

15) стійкі думки про смерть, фантазії, невербальні «знаки», прямі чи непрямі висловлювання про самошкодження або самогубство, загрози (будь-яке висловлювання щодо прагнення піти з життя повинно сприйматися серйозно, як пряме попередження про самогубство, що готується);

16) небажання приймати допомогу;

17) активна попередня підготовка (збирання ліків, зберігання отруйних речовин, бойових патронів, малюнки з траурною символікою та хрестами, часті розмови про потойбічне життя, про суїцид як про легку смерть, відвідування кладовищ тощо).

Що стосується відбору діагностично значимого психологічного інструментарію для виявлення осіб, схильних до крайніх видів деструктивної

поведінки (зокрема до суїциду), то, як показує практика, така інформативність притаманна:

1) методикам, безпосередньо спрямованим на визначення ризику суїцидальності:

- методика визначення ступеня ризику скоєння суїциду (карта ризику суїцидальності);

- тест «Суїцидальна мотивація»;

- тест «Протисуїцидальна мотивація»;

- методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій («СР-45»);

2) методикам загального характеру, що опосередковано свідчать про ознаки суїцидальної поведінки:

- комплексні особистісні опитувальники (16 PF тест Р. Кеттелла; MMPI та його модифікації, зокрема російськомовна версія СМІЛ, адаптована Л.М. Собчик);

- проєктивні методики: «Неіснуюча тварина», «Будинок Дерево Людина», колірний тест Люшера, метод портретних виборів Сонді, Тематичний апперцептивний тест (ТАТ);

- шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна; - шкала депресії Бека; - шкала безнадійності;

- методика діагностики психоемоційного вигорання Бойка;

- опитувальник соціально-психологічної адаптації особистості Роджерса і Даймонда;

- методика «Діагностика психологічної безпеки особистості» (автор І.І. Приходько);

- опитувальник «Самопочуття, активність, настрої» (САН);

- багатовимірний опитувальник дослідження самоствавлення (МІС);

- опитувальник рівня суб'єктивного контролю (УСК);

- методика визначення мотивації споживання алкоголю (МПА) та деякі інші.

У зв'язку з недостатньою прогностичністю наявних методик, нині триває активний пошук методичних підходів, при використанні яких можна подолати

недоліки традиційних методів оцінки суїцидального ризику. Таким чином, з огляду на наведені вище суїцидогенні та антисуїцидальні фактори й на підставі аналізу результатів бесіди та вивчення документів, а також інтерпретації психологічного профілю особистості за показниками психодіагностичного тестування, можна зробити висновок про наявність ризику суїцидальної поведінки, а також ступеня його виразності та, відповідно, розробити програму необхідних профілактичних заходів для попередження, корекції та надання спеціалізованої допомоги.

При цьому необхідно пам'ятати, що основними критеріями лікування та профілактики самогубств є **формування антисуїцидальних факторів особистості**, що в подальшому перешкоджатимуть розвитку суїцидальної поведінки або реалізації суїцидальних дій.

Десять кроків із запобігання самогубства у навчальному закладі

Якщо ви виявили дитину із ознаками суїцидальної поведінки:

Крок 1-й: Повідомити органи управління освітою та обласний науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи.

Крок 2-й: Практичному психологу (у разі його відсутності соціальному педагогу) спільно з класним керівником створити безпечну, особистісно-орієнтовану і довірливу ситуацію навколо дитини і розпочати постійний щоденний контакт з дитиною (спілкування з використанням запитань «Що трапилося?, Я помітив, що у тебе щось відбувається негарзд, Які проблеми тебе турбують – я хочу тобі допомогти, Що у тебе на душі? Що тебе турбує? Твоя душа болить?» тощо). Знайдіть час слухати про все, що буде говорити дитина. Якщо вона замкнулася – знайдіть ключик до неї, але не чиніть тиску на дитину.

Крок 3-й: Переможіть страх над собою і поговоріть з дитиною, чи думала вона про смерть, як давно і які були її фантазії, думки, плани.

Крок 4-й: Спробуйте визначити ту складну кризову ситуацію, яка спричинила думки про власну смерть.

Крок 5-й: З'ясуйте, чи є в родині підлітка дорослий, якого він поважає і любить, який є авторитетом або соціально близькою людиною. Знайдіть її і залучіть до постійної підтримки на певний час.

Крок 6-й: Практичному психологу, на основі своїх робочих даних, описати «Психологічний портрет учня» та спільно з індивідуальною карткою подати для експертного прогностичного висновку в обласний науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи по факту виявлення ознак суїцидальної поведінки.

Крок 7-й: У випадку наявних випадків суїцидів у родині, попередніх суїцидальних спроб, вживання наркотиків і інших токсичних речовин, наявних психоматичних або депресивних розладів особистості, патології психічного розладу – обґрунтовано і толерантно рекомендувати батькам звернутися до психіатра, або психотерапевта, або психоневролога.

Крок 8-й: Практичному психологу організувати щоденне постійне підтримуюче спілкування з дитиною, вчителями та сім'єю. Розробити індивідуальну програму психологічної допомоги та формування захисних антисуїцидальних факторів. У випадку відсутності відповідних вмій і навичок у працівника психологічної служби – його обов'язок знайти кваліфікованого фахівця і залучити до роботи аж до повного зникнення суїцидальних ознак в поведінці.

Крок 9-й: Виявити фактори ризику у сім'ї та навчальному закладі для конкретної дитини. Розробити рекомендації для педагогів та родини – як організувати підтримуюче спілкування з дитиною та що змінити у взаємовідносинах «дорослий – дитина».

Крок 10-й: Організувати психопротективну роботу у школі за 7-ми компонентною схемою (вказана вище). Затвердити план дій наказом по навчальному закладу.

У випадку завершеного суїциду організувати системну групову роботу (40 годин) з класом, де навчалася дитина, для уникнення ефекту Вергера – наслідування суїцидальної поведінки у проблемних ситуаціях.

Самогубство або суїцид є найтрагічнішим проявом девіантної поведінки (поведінки з відхиленням від прийнятих у суспільстві правових або моральних норм). У таких випадках людям, які опинилися поряд, варто бути особливо пильними, проникливими, делікатними та послідовними в своїх діях.

НУБІП Україні

НУБІП Україні

НУБІП Україні

НУБІП Україні

НУБІП Україні

НУБІП Україні

3.2 В'ясування відношення студентів ВНЗ до проблеми самогубства, як соціально-психологічного феномену

У листі Міністерства народної освіти України № 1/9-241 від 27.06.2001 р.

«Про профілактику суїцидальної поведінки серед дітей та підлітків» вказується, що «характерними для мотивації підліткових самогубств є превалювання почуттів безнадії та безпорадності, підвищена чутливість до образи власної гідності, максималізм в оцінках подій і людей, невміння передбачати справжні наслідки своїх учинків». Значна частина молоді відчуває депресію, самотність, невпевненість у завтрашньому дні, має проблеми у стосунках із дорослими та однолітками. Властива періоду становлення особистості самотовпевненість у поєднанні зі згаданими рисами породжує відчуття безвиході, фатальності конфлікту, загострює переживання відчаю та самотності. При такому внутрішньому стані навіть незначний стрес може призвести до суїциду дитини або підлітка. Можна визначити такі фактори ризику для тих, у кого є схильність до суїциду:

- сімейні проблеми;
- попередні спроби самогубства;
- суїцидальні загрози (прямі й замасковані);
- суїциди чи суїцидальні спроби у родині;
- алкоголізм;
- вживання наркотиків і токсичних препаратів;
- афективні розлади (особливо — важкі депресії);
- хронічні або невиліковні захворювання;
- тяжкі втрати (наприклад, смерть близької людини).

До соціально-психологічних факторів ризику, які можуть сприяти виникненню суїцидальних проявів у підлітків та молоді, належать:

- серйозні проблеми у сім'ї;
- відсутність контакту з однолітками;
- смерть коханої або значущої людини;
- розрив стосунків з коханою людиною;
- міжособистісні конфлікти або втрата значущих відносин;

• проблеми з дисципліною або законом;
• тиск групи однолітків, передусім пов'язаний із наслідуванням самоушкоджувальної поведінки інших;

• тривале перебування у ролі жертви або «цапа відбувайла»;

• розчарування оцінками у школі чи інституті, невдачі у навчанні;
• високі вимоги до підсумкових результатів навчальної діяльності (іспитів);

• проблеми із працевлаштуванням і скрутне економічне становище, фінансові проблеми;

• небажана вагітність, аборт і його наслідки (у дівчат);
• зараження СНІДом або хворобами, що передаються статевим шляхом;

• серйозні тілесні недуги;

• надзвичайні зовнішні ситуації і катастрофи.

Якщо конкретизувати негативні сімейні чинники, які впливають на суїцидальність підлітків і юнаків, то до них належать:

• психічні відхилення у батьків, особливо афективні (депресії та інші душевні захворювання);

• зловживання алкоголем, наркоманія або інші види анти-суспільної поведінки у сім'ї;
• сімейна історія суїцидів або суїцидальних спроб членів сім'ї;

• насилля у сім'ї (особливо фізичне і сексуальне);

• брак батьківської уваги і турботи, погані стосунки між членами сім'ї і нездатність продуктивного обговорення сімейних проблем;

• часті сварки між батьками, постійне емоційне напруження і високий рівень агресивності у сім'ї;

• розлучення батьків, ситуації, коли один із батьків йде з родини або помирає;

• часті переїзди, зміна місця проживання сім'ї;
• надто низькі або високі очікування батьків щодо дітей;
• надмірна авторитарність батьків;

• брак у батьків часу й уваги до становища дітей, нездатність до виявлення прояву дистресу і негативного впливу довколишньої дійсності.

Психологи вважають, що деякі риси особистості юної людини також можуть бути пов'язані із суїцидальною поведінкою, зокрема:

- нестабільність настрою або його надмірна мінливість;
- агресивна поведінка, злостивість;
- антисоціальна поведінка;
- схильність до демонстративної поведінки;
- високий ступінь імпульсивності, схильність до необдуманого ризику;

- дратівливість;
- ригідність мислення;
- погана здатність до подолання проблем і труднощів (у школі, ПТНЗ, ВНЗ, серед однолітків);

- нездатність до реальної оцінки дійсності;
- тенденція «жити у світі ілюзій та фантазій»;
- ідеї переоцінки власної особистості, що змінюються переживаннями нікчемності;

- почуття розчарування, яке надто легко виникає;
- надмірна пригніченість, особливо при несуттєвих недугах або невдачах;
- надмірна самовпевненість;

- почуття приниження або страху, що приховуються за проявами домінування, відторгнення або демонстративної поведінки щодо друзів-однолітків або дорослих;
- проблеми з визначенням сексуальної орієнтації;
- складні неоднозначні стосунки з дорослими, зокрема з батьками.

Шкільний психолог В. Сидяхіна вважає, що мотивами суїцидальної поведінки школяра можуть бути:

- проблеми в навчальному закладі;
- втрата близької, коханої людини;

ревності, любовні невдачі, сексуальний протест, вагітність;
переживання, образи;
самотність, відчуженість;

- неможливість бути зрозумілим, почутим;
- почуття провини, сорому, невдоволення собою;

страх покарання, тортур;
почуття помсти, протесту, загрози;

- бажання привернути до себе увагу, викликати співчуття;
- втеча від наслідків поганого вчинку або складної життєвої ситуації.

Вона зазначає, що це лише загальні мотиви, а конкретні у кожній ситуації можуть бути настільки різними, що їх важко перерахувати.

ЗАХИСНІ АНТИСУЇЦИДАЛЬНІ ФАКТОРИ

За спостереженнями спеціалістів, існують обставини, які захищають учнівську молодь від суїцидальної поведінки. Вони поділяються на культурні й соціодемографічні, сімейні й особистісні.

Культурні й соціодемографічні фактори:

- участь у громадській діяльності (спортивні змагання і події, клуби, товариства тощо);

- добрі, врівноважені стосунки з однолітками у навчальному закладі;
- хороші стосунки з учителями та іншими дорослими;
- підтримка близьких людей.

Захисні фактори сім'ї:

- розвинуті навички спілкування в сім'ї, добрі, щирі стосунки між усіма членами родини;
- підтримка сім'ї.

Особистісні захисні фактори:

- добрі навички спілкування, уміння спілкуватися з однолітками і дорослими;

- впевненість у собі, своїх силах, переконаність у здатності до досягнення життєвих цілей;

• уміння шукати і звертатися по допомогу при виникненні труднощів, приміром, у школі та ПТНЗ, ВНЗ;

• прагнення радитися з дорослими при прийнятті важливих рішень;

• відкритість до думок і досвіду інших людей;

• відкритість до усього нового, здатність засвоювати нові знання.

До антисуїцидальних чинників належать усі фактори розвитку гармонійної, духовної, нормальної особистості. Однак серед них слід виділити ті, що протистоять суїцидальним тенденціям безпосередньо, створюють особливий імунітет, запас протисуїцидної міцності особистості. До них спеціалісти відносять:

• формування сенсу життя, життєвої перспективи, міцних зв'язків із близькими, сім'єю, суспільством, природою, адаптованість, інтегрованість у суспільство;

• такі риси особистості, що сприяють її спілкуванню з людьми (щирість, доброзиньливість, взаєморозуміння, емпатійність, підтримка, приязнь тощо);

• віра в Бога, в божественні цінності Всесвіту і Вічності;

• підвищення значущості особистості у кризових ситуаціях, відповідно до поглядів О. Бондаренка;

• інтелектуальний опір смерті в усіх її видах, зокрема і самогубству;

• піднесення цінності людини як вершини неперервного еволюційно-історичного процесу і носія генетичного і культурного багатства людства і Всесвіту;

• піднесення цінності особистості як суб'єкта і об'єкта, центру культурно-історичного процесу;

• підвищення цінності життєвого шляху людини як невід'ємної складової еволюційно-історичного поступу людства.

В. Силахіна звертає увагу на низку обставин, які допомагають людині вистояти у важкій для неї ситуації, не дозволяють здійснити фатальний самовбивчий крок.

Так, людина повинна мати активну життєву позицію, впевненість у тому, що вона відповідальна за свою долю, вірити в те, що все, що відбувається, — це результат її вільного вибору. Якщо людина сприймає інших рівними собі, тобто

їй не властиве **почуття неповноцінності**, якщо реалістично сприймає оточення, його ставлення до себе, то вона стає стійкою до різних ситуацій, депресії і гнучкіше долає стани психологічної кризи.

У особи, крім обов'язків, має бути ще й «віддушнина» у житті — спорт, хобі тощо — все, що не дозволяє напосідати чорним думкам.

Важливо також мати не одну мету в житті, а кілька — щоб несподівані перешкоди не затягнули учня у тенета відчаю. Він повинен мати й інші «замінні» інтереси, на які можна переключатися за будь-яких життєвих невдач.

Школа, сім'я мають не тільки навчати, але й виховувати, формувати особистість, прищеплювати йому повагу до людської особистості, здатність до співпереживання і співчуття, розвивати каяття за скоєне, здатність до самоконтролю, до дотримання моральних норм у людських стосунках, формувати адекватну самооцінку. Додамо, що дуже важливе усвідомлення молоддю цінності власної особистості, її недоторканості для будь-кого, зокрема і для себе.

У попередженні суїцидів вирішальну роль відіграє ступінь довіри між підлітком і дорослим. У людини має бути можливість поділитися з кимось із дорослих чи однолітків своїми проблемами, сумнівами, тривогами — тоді кризова ситуація не зайде у глухий кут, і її можна буде подолати.

Якщо у студента немає довірчих стосунків із батьками, то у його оточенні має бути хоча б одна людина, з якою можна було б поділитися своїми переживаннями.

Ще однією важливою умовою попередження суїциду є здатність особи самостійно розв'язувати свої проблеми, а не обходити їх — цього їх слід вчити змалку.

Тема: «Ставлення до проблеми самогубства, як до соціального-психологічного явища»

Шановний учасник опитування, просимо вас відповісти на представлені нижче питання. Опитування має анонімний характер, і отримані дані будуть використані тільки в узагальненому вигляді.

1. Як часто Ви замислювалися над сенсом свого життя?

А. Постійно

Б. Часто

В. Іноді

Г. Ніколи

2. Що Ви думаєте про суїцид, як соціальне явище?

А. До самогубства більш схильні люди з неврівноваженою психікою

Б. Це явище, якого можна уникнути, якщо знайти сенс. у житті

В. Інше (напишіть свій варіант)

3. Самогубство у суспільстві — це:

А. Бажане явище

Б. Небажане, але допустиме

В. Недопустиме взагалі

4. Що, на Вашу думку, спонукає молоду людину покінчити з життям

А. Незадоволеність своїм життям

Б. Нерозділене кохання

В. Невиліковна хвороба

Г. Відсутність роботи

Д. Відсутність сенсу життя

Е. Інше (напишіть свій варіант)

5. Хто має більший вплив щодо профілактики самогубств у молодіжному

середовищі?

А. Сім'я

Б. Друг (-зі)

В. Громадські організації

Г. Соціальні служби
Д. Інше (напишіть свій варіант)
6. Що змінило б Ваше ставлення до самогубства?

А. Релігійні переконання

Б. Військовий обов'язок

В. Важко відповісти

Г. Інше (напишіть свій варіант)

7. Ваше віросповідання може запобігти необдуманим рішенням у Вашому

житті?

А. Так

Б. Ні

В. Важко сказати

8. Ваша стать?

А. Жіноча

Б. Чоловіча

9. Ваш вік?

А. 15—17

Б. 17—20

В. Більше 20-ти

10. За якою спеціальністю Ви навчаєтесь? Напишіть.

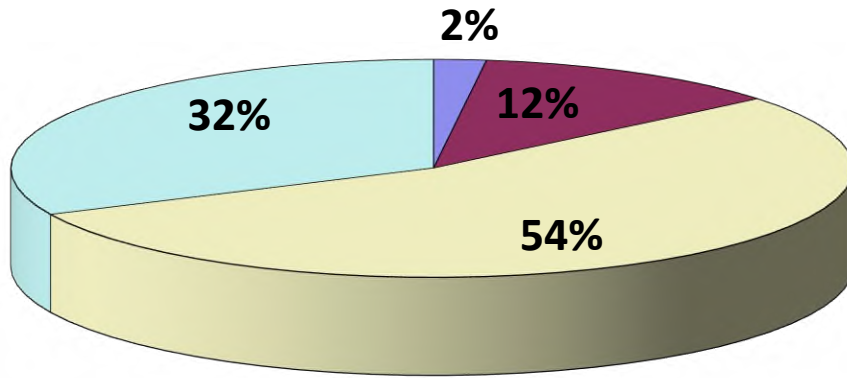
Тема: «Результати соціологічних досліджень»

НУ

Діаграма №1

Як часто Ви замислювалися над сенсом свого життя?

НУ



- Постійно
- Часто
- Іноді
- Ніколи

НУ ДІП І УКРАЇНИ

НУ БІП УКРАЇНИ

НУ БІП УКРАЇНИ

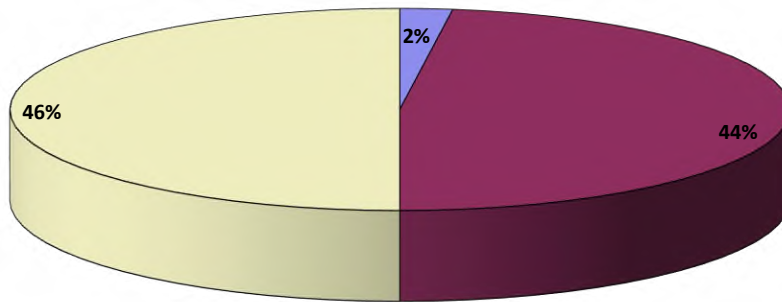
НУ БІП УКРАЇНИ

НУ БІП УКРАЇНИ

НУ

Діаграма №2

Що Ви думаєте про суїцид, як соціальне явище?



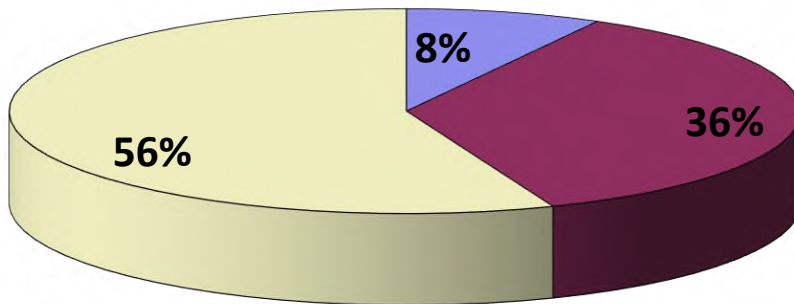
- До самогубства більш схильні люди з невірноваженою психікою
- Б. Це явище, якого можна уникнути, якщо знайти сенс у житті
- В. Інше

НУ

НУ

Діаграма №3

Самогубство у суспільстві - це:



- Бажане явище
- Небажане, але допустиме
- Недопустиме взагалі

Н

Н

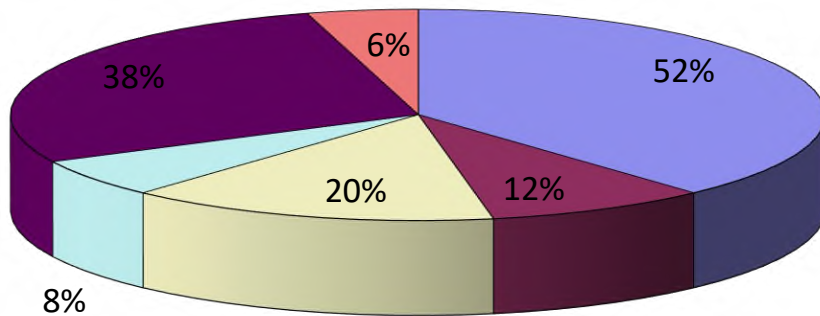
НУБІП України

НУБІП України

НУ

Діаграма №4

Що, на Вашу думку, спонукає молоду людину покінчити з
ЖИТТЯМ



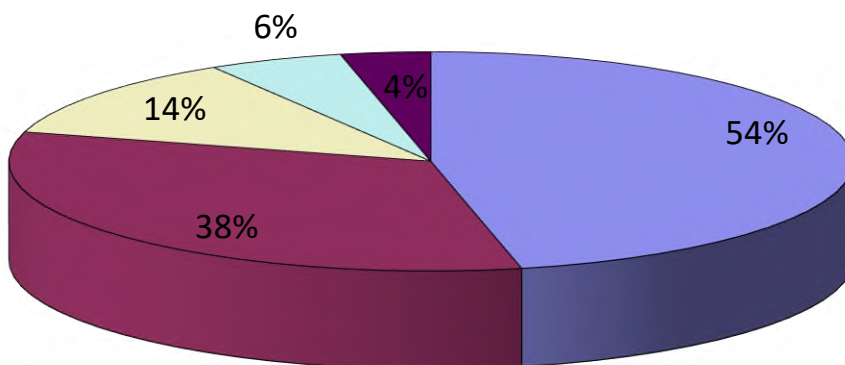
- Незадоволеність своїм життям
- Нерозділене кохання
- Невиліковна хвороба
- Відсутність роботи
- Відсутність сенсу життя
- Інше

НУ

НУ

Діаграма №5

Хто має більший вплив щодо профілактики самогубств у
молодіжному середовищі?



- Сім'я
- Друг (-зі)
- Громадські організації
- Соціальні служби
- Інше

НУ

НУ

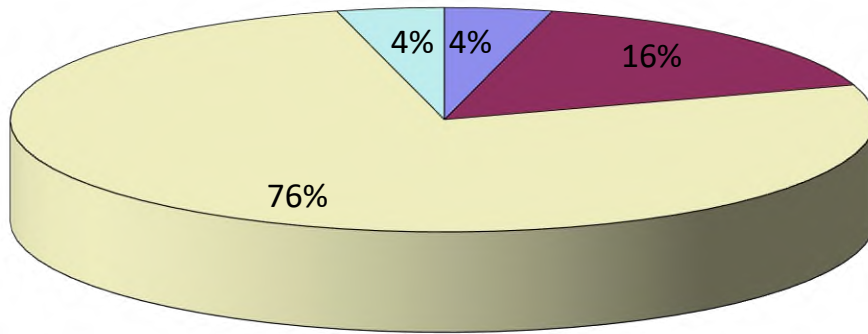
НУБІП України

НУБІП України

НУ

Діаграма №6

Що змінило б Ваше ставлення до самогубства?



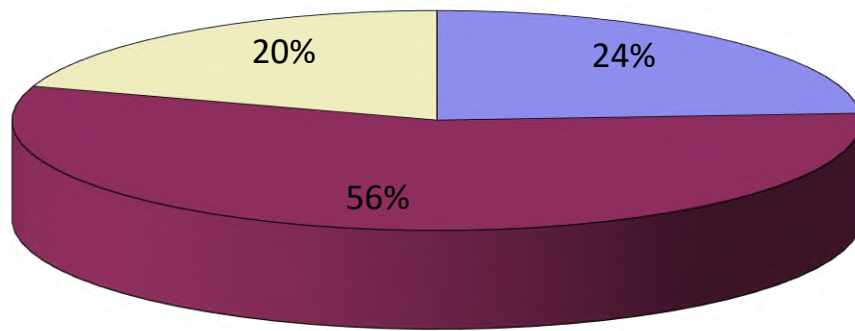
- Релігійні переконання
- Військовий обов'язок
- Важко відповісти
- Інше

НУ

НУ

Діаграма №7

Ваше віросповідання може запобігти необдуманим рішенням у Вашому житті?



- Так
- Ні
- Важко сказати

НУ

НУ

НУБІП України

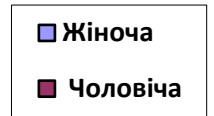
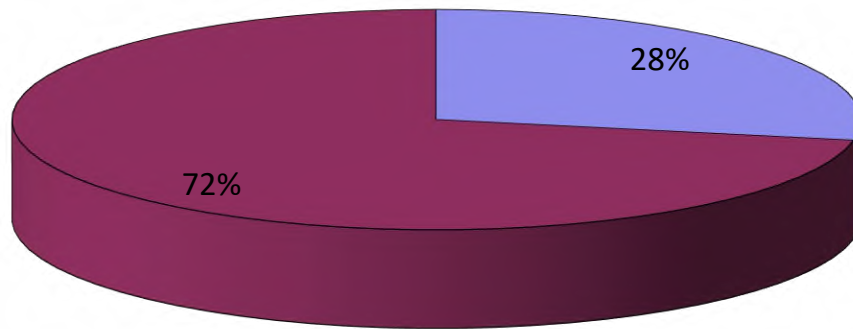
НУБІП України

НУ

Діаграма №9

Ваша стать?

НУ

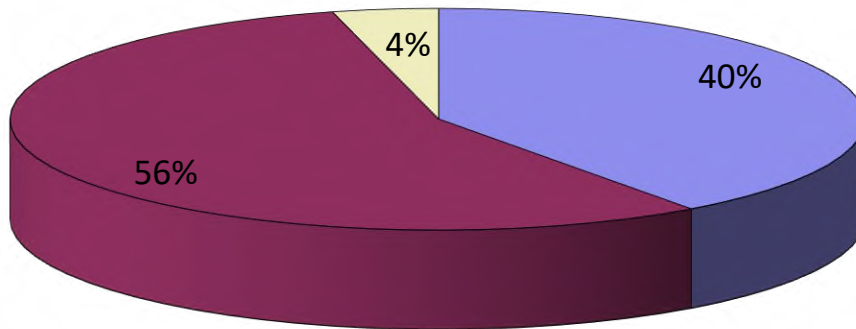


НУ

Діаграма №9

Ваш вік?

НУ



НУ

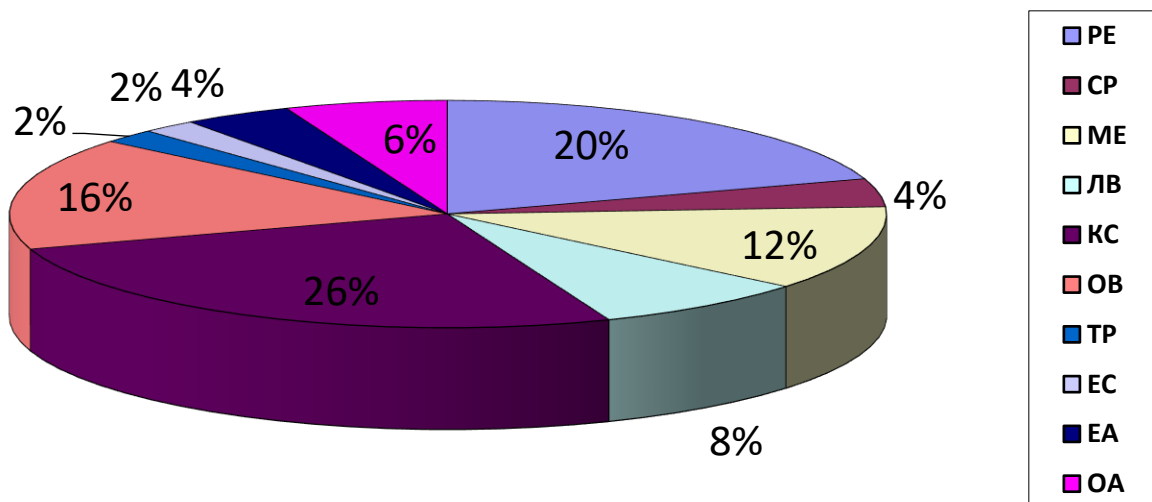
НУБІП України

НУБІП України

НУ

Діаграма №10

За якою спеціальністю Ви навчаєтесь?



НУ

НУВІІІ УКРАЇНИ

Висновок

За даними соціологічного опитування, 54%(В) і 32%(Г) студентів-учасників анкетування, не відчують постійного психоемоційного напруження, пов'язаного із роздумами про сенс життя. Більше половини опитуваних вважають, що основною причиною суїцидальної поведінки молодшої людини є незадоволеність своїм життям — 52%, на другому місці — відсутність сенсу життя — 38%. Щодо профілактики суїцидальної поведінки, суїциду: 54% і 38% студентів вважає, що дієву допомогу надає сім'я і друг(-зи).

НУВІІІ УКРАЇНИ

Різні люди по-різному адаптуються до негативних змін у соціумі (сфера стосунків з протилежною статтю, сфера навчання, сімейні стосунки): вступають в боротьбу з тими, кого вони вважають противниками; просять допомоги; намагаються уникнути травмуючих впливів" звинувачують себе в тому, що сталося; "опускають руки" та ін. Визначальним чинником вибору конкретної моделі поведінки є позиція особистості, визначення та оцінка нею характеру змін. Нерідко такій позиції властиві амбівалентність, суперечливість, лабільність (лат. Labilis – нестійкий; мінлива невизначеність).

НУВІІІ УКРАЇНИ

Суїцидонебезпечною вважають позицію суб'єкта, щодо змін у ситуації, яку він тлумачить як безвихідну, безнадійну, програшну".

НУВІІІ УКРАЇНИ

Кожна людина, не дивлячись на повсякденну заклопотаність мріє про щастя, і звісно, що у кожної людини своє уявлення про нього, але чи задумувались ми що таке щастя?

Щаслива людина, це людина, яка має сенс свого життя і впевнено крокує до нього, долаючи всі можливі перешкоди на своєму шляху. Але що робити, якщо постають такі перешкоди, які на перший погляд неможливо подолати, коли здається, що все, чого ти досягав було марним. Такі переломні моменти можуть траплятися в різні періоди життя людини, проте нас зараз цікавить саме юнацький вік, адже він є найскладнішим та найсуперечливішим періодом особистісного становлення.

Саме в цей період змінюється соціальний статус дитини, розширюються та в деякій мірі переорієнтовуються контакти, відбувається відносне звільнення від батьківської опіки, і головне – формується новий світогляд, а з ним приходять нові цілі, ідеали, уявлення; починає шукати себе в цьому світі, намагається зрозуміти свою соціальну призначеність, а його внутрішній світ постійно ускладнюється і вимагає все більшої приватності.

Основними методами профілактики самогубств є контроль психологічного стану осіб, використання модифікованих варіантів психодрам, індивідуальної психологічної роботи, роботи із сім'єю, педагогічним колективом.

Висновок

З початку XIX ст. головними теоретичними напрямками дослідження суїцидальної поведінки була система “індивід — соціум”; паралельно з цим у світі розвивалися медико-біологічні, психолого-педагогічні, морально-правові теорії. Основа частка досліджень в сфері суїцидальної поведінки припадає на території Західної Європи (Швейцарія, Франція, Німеччина, Нідерланди) і США. На цих засадах створювалися нові підходи і методи дослідження суїцидальної поведінки, які в подальшому ставали основою для вдосконалення

методів її запобігання. Наприклад, у сучасній суїцидології науці все більшого визнання набуває думка, що суїцид є складним біоемоційним феноменом, результатом впливу на індивіда різних психологічних і соціальних факторів. Соціально-психологічний та епідеміологічний аналіз причин суїцидальної поведінки містить у собі достатньо автономних аспектів розгляду. Суїцид як форма поведінки людини привертає увагу своєю неприродністю. В.Н. Огірнович називає цей феномен "страшною біологічною катастрофою, від якої інстинкт самозбереження не може врятувати". Тож вивчення суїцидальної поведінки, і по сьогодні, потребує ретельної уваги всього світу.

Розвиток сучасного суспільства характеризується прискореними темпами змін, появою нових чинників і тенденцій, що впливають на суїцидальну поведінку; зумовлює відхід від культурних і релігійних традицій і цінностей, і відповідно вимагають удосконалення існуючих заходів протидії і розробці нових. Сьогодні в багатьох розвинутих країнах існують соціальні програми з проведення превентивно-профілактичної роботи, удосконалюється медикаментозна, морально-правова, психологічна і соціальна допомога громадянам. Профілактика самогубств має бути різноплановою. Розрізняють первинну, вторинну та третинну профілактику самогубств. Первинна профілактика має на меті зменшення кількості нових самогубств. Вторинна профілактика має сприяти зменшенню вірогідності здійснення суїцидальних спроб тими особами, які вже здійснили спробу піти з життя і перебувають у зоні підвищеного ризику. Третинна профілактика спрямована на зменшення кількості спроб самогубства, які виникають у відповідь на завершену/незавершену спробу самогубства, що має місце у тій, чи іншій місцевості.

Виділяють п'ять основних напрямків профілактичної роботи, які можуть призвести до зменшення кількості суїцидів:

1. Просвітницькі та навчальні програми для широких верств населення та спеціалістів емоційної практики;
2. Широке впровадження скринінг-методів задля виявлення осіб, що перебувають у групах підвищеного ризику;

3. Покращання результатів лікування осіб з психічними розладами;

4. Обмеження доступу до засобів реалізації самогубств;

5. Розроблення політики щодо висвітлення проблеми у засобах масової

інформації. Просвітницькі компанії для населення мають на меті покращити розпізнавання ступеня суїцидального ризику і факторів ризику самогубства.

Треба також домагатися знизити рівень стигматизації психічно хворих та самогубців. Обмеження доступу до засобів реалізації самогубств є важливим щодо профілактики суїцидальної поведінки. Також, засоби масової інформації мають неоднозначний вплив на профілактику самогубств. Вони можуть

виконувати просвітницьку місію, а можуть підвищувати ступінь суїцидального ризику, прикрашаючи самогубства, або подаючи їх як універсальний засіб вирішення усіх проблем. Велику турботу викликає Інтернет, де існують чати, на яких пропонуються інструкції щодо використання тих чи інших способів самогубства. Особливу увагу під час проведення просвітницької роботи слід звернути на молодь.

При будь-якій підозрі про плани на самогубство необхідно вести дуже обережну роботу з особою. Не варто боятися задати в довірливій бесіді питання, які опосередковано з'ясовують наміри, які-небудь плани. В запропонувати роз'яснювальну бесіду, в якій можна порадити звернутися до психолога, психотерапевта, тому що в цьому питанні потребується робота спеціаліста. Доцільним може бути і сумісне (педагог і учень) звернення до відповідного спеціаліста, тому що індивід може самостійно не дійти до фахівця.

Навіть така «диспетчерська» роль приносить свої результати. По-перше, це вже акт уваги та участі, який дуже важливий для страждаючого у стані психічного ускладнення. Він помічає, що ним цікавляться, він небайдужий людям і йому хочуть допомогти. По-друге, часто, молоді люди не мають досвіду глибокого самоаналізу та погано уявляють, що з ними відбувається, що з ним робити та куди звернутися. При цьому сама бесіда може містити елементи усвідомлення: що є його страждання, як воно протікає, з ким трапляється, які неочачливі дії здійснюють люди в цих обставинах, хто допомагає при таких станах, у чому виявляється психологічна допомога, що з

цим буде робити спеціаліст. Нерідко наївність і звуження поглядів настільки великі, що вони вважають свої проблеми рідкісними, унікальними та невилковними. Пояснивши, що це трапляється з багатьма, що допомога можлива, що вона дає позитивні результати, педагог зробить неоціниму послугу.

Учню треба пояснити, що звернення до психолога не означає, що він хворіє, бо психолог – не лікар, він займається здоровими людьми. Навести зразки поведінки європейців та американців: там люди консультуються з психологом у кожній складній або відповідальній ситуації життєвого вибору.

Підлітки самі бачать такі приклади в західних фільмах та можуть прийняти це за еталон поведінки. Таким чином, участь педагога має досить оглядові межі та може принести помітні вагомні результати. Можна лише вкласти в таку роботу певну кількість щирого співчуття та душевного тепла.

За відсутності ускладнень у суїцидента, дієву допомогу надають індивідуальні та групові заняття з використанням різних терапевтичних підходів. Необхідною залишається просвітницька діяльність з питань суїцидальної поведінки серед батьків, викладачів і близького оточення.

Профілактика суїциду в підлітковому-юнацькому середовищі вимагає участі дорослих та його соціального оточення, їх вміння вислухати і допомогти в скрутний для нього час. Допомога повинна проявлятися не в звинуваченні індивіда в зв'язку його поведінкою, зі сторони дорослих, а в підтримці, та пошуку альтернативних виходів.

Увага до проявів нетипової поведінки допоможе виявити можливі порушення, а в подальшому навіть зберегти життя.

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

ДОДАТКИ

Додаток А

Побудова превентивної бесіди з особою з ознаками пресуїцидальної поведінки

Превентивну бесіду може проводити не тільки психолог, але й куратор групи, староста, інша відповідальна особа, якій потрібно чітко притримуватися зазначених нижче рекомендацій. Коли у людини горе, душевний розлад, розчарування, вона, як правило, шукає співчуття в оточуючих, прагне «виговорити» свої неприємності. Те, що було висловлено вголос, як би відбивається від щодини в слові, при цьому нерідко полегшується і саме переживання, тому якщо співрозмовник знаходиться в емоційно-пригніченому стані і його поведінка здалася Вам суїцидонебезпечною, невідкладно запросіть його на бесіду. Запрошення на бесіду необхідно зробити обов'язково особисто, бажано віч-на-віч. Ні в якому разі не викликати до себе через третіх осіб. Місцем бесіди може бути службовий кабінет, але краще провести її у менш «формальному» місці. Головне – відсутність сторонніх. Ніхто не повинен переривати розмови, скільки б вона не тривала. Під час бесіди будьте гранично уважним, гранично зацікавленим співрозмовником. Покажіть, що важливіше за що бесіду для вас зараз нічого немає. Бесіду бажано призначати у зручний для співробітника час. Ваша допомога виявиться більш ефективною, якщо бесіда буде побудована відповідно до певних принципів і складатися з декількох послідовних етапів, кожен з яких має свою специфічну задачу.

Початковий етап бесіди.

Головна задача цього етапу полягає у встановленні емоційного контакту з військовослужбовцем, якого запрошено на бесіду. Необхідно переконати співрозмовника в тому, що його проблеми будуть зрозумілі, що ви щиро поділяєте його турботи і труднощі.

На першому етапі тільки уважне, терпляче вислуховування, без сумніву і критики. Уточніть також відомості про близьких людей, так як саме вони часто є резервними джерелами допомоги та підтримки.

Другий етап бесіди.

У ході другого етапу встановлюється послідовність подій, в результаті яких склалася конфліктна ситуація, з'ясовується, що вплинуло на душевний стан співрозмовника. Один з найбільш істотних моментів цього етапу – зняття

відчуття безвихідності ситуації. Постарайтеся переконати його в тому, що хоча

ви, як і він вважаєте ситуацію дуже серйозною і значущою, але подібні ситуації

виникають і в інших людей та стан справ можна виправити. На завершення

цього етапу бесіди доцільно використовувати прийом «визначення конфлікту»,

тобто висловити чітке формулювання ситуації, пережитої людиною.

Третій етап бесіди.

Цей етап є спільним плануванням діяльності з подолання кризової ситуації. Слід мати на увазі, що ймовірність реалізації запланованих дій буде вищою в тих випадках, коли в плануванні ваш співрозмовник грає провідну

роль. Якщо він відчуває труднощі, запропонуйте певний варіант поведінки,

можливі способи вирішення ситуації, які можуть привести до виходу з

психологічної кризи. Подолання психотравмуючої ситуації розбивається на

більш дрібні, окремі завдання, які можна розв'язати, і для найближчих завдань

пропонується декілька можливих варіантів рішень. Підсумком цього етапу

бесіди повинен стати конструктивний план поведінки, спрямований на

подолання несприятливих обставин. Якщо мали місце суїцидальні

висловлювання треба постаратися переконати співрозмовника відкласти

настільки крайній захід «на потім», запропонувати вжити ще якісь заходи або

дочекатися певних подій, які повинні настати в недалекому майбутньому.

Досвід показує, що така тактика більш ефективна, ніж пряма «відмова» від

спроби самогубства або осуд подібної спроби.

Завершальний етап бесіди.

Цей етап остаточного формулювання рішення, активної психологічної підтримки та надання людині впевненості у своїх силах і можливостях. План

дій повинен бути виражений гранично ясно, послідовно і коротко. Якщо в ході

бесіди ваш співрозмовник невпевнено пропонував варіанти вирішення кризової

ситуації, песимістично оцінював майбутнє, активно висловлював суїцидальні

думки, то необхідно невідкладно направляти його до лікувальної установи.

Бажано, щоб він відвідав фахівця-психіатра. Однак не можна допускати ніяких дій всупереч бажанню особи. Будь-яка інформація, повідомлена вам у ході бесіди, не може бути передана без його згоди будь-кому, а тим більше стати предметом обговорення в колективі. Необхідно відзначити, що вже період латентного пресуїциду вимагає не тільки соціальних заходів та роботи психолога, але і лікувальних заходів, таких як фармакотерапія і психотерапія. Тому, вже з цього етапу психолог повинен працювати спільно з лікарем-фахівцем. В маніфестний період пресуїциду показана госпіталізація або амбулаторна терапія із наглядом, а в гострий пресуїцид – термінова госпіталізація.

У бесіді з суїцидальною людиною:

- Не показуйте, що вас шокують її висловлювання.

- Не сперечайтесь і не намагайтесь її переконати. Не приводьте аргументи про моральну неприйнятність самогубства і про те, який біль воно спричинить другим людям – це лише посилить почуття провини.

- Не намагайтесь аналізувати мотиви людини. «Вам зараз погано лише тому, що ...»

- Не намагайтесь шокувати людину, ставити під сумнів її слова або кидати виклик: «Ну і добре, так і зроби!»; «Зроби це прямо зараз!» (Це допомагає тільки в кінофільмах!).

Основні рекомендації з організації роботи після проведеної розмови та консультації з психологом або психіатром:

- поставтеся до всіх висловлювань вашого співрозмовника дуже серйозно;

- продумайте план надання реальної допомоги;

- враховуючи підвищену ймовірність неадекватних дій, створіть для нього на якийсь період більш спокійні умови;

- не залишайте без контролю та уваги; ставте нескладні завдання, успішне виконання яких сприятиме підвищенню самооцінки особистості.

ДОДАТОК Б

Багаторівневий особистісний опитувальник „АДАПТИВНІСТЬ”
(МЛО-АМ)

Оцінити адаптаційні можливості людини можна через оцінку психологічних характеристик, що є найбільш значущими для регуляції

психічної діяльності і процесу адаптації. Ці характеристики складають особистісний адаптаційний потенціал. Для його оцінки використовується багаторівневий особистісний опитувальник „Адаптивність”.

У різноманітних екстремальних ситуаціях найбільш ефективною й адекватною є поведінка та діяльність людей, які мають певні психологічні

характеристики:

- Нервово-психічна стійкість, рівень розвитку якої забезпечує толерантність до стресу.

- Самооцінка особистості, що є ядром саморегуляції і визначає адекватність сприйняття умов дійсності та своїх можливостей.

- Відчуття соціальної підтримки, що зумовлює відчуття особистої значущості для оточуючих.

- Особливості побудови контакту з оточуючими (характеризується конфліктність особистості).

- Досвід соціального спілкування, який виявляє потребу у спілкуванні та можливість побудови контактів.

- Моральна нормативність особистості, що характеризує міру орієнтації на існуючі у суспільстві норми і правила поведінки.

- Орієнтація на дотримання вимог колективу.

Опитувальник „Адаптивність” має такі шкали:

- „достовірність” (Д);

- „адаптивні здібності” (АЗ);

- „нервово-психічна стійкість” (НПС);

- „комунікативні особливості” (КО);

- „моральна нормативність” (МН).

Інструкція: Прочитайте твердження і дайте відповідь „так” або „ні”.

Твердження

1. Я буваю сердитим.
2. Зазвичай вранці я прокидаюся з відчуттям свіжості і відпочинку.
3. Тепер я приблизно так само працездатний, як завжди.
4. Доля однозначно несправедлива до мене.

5. Запори у мене бувають дуже рідко.
6. Часом мені дуже хотілося б покинути свій дім.
7. Часом у мене бувають напади сміху або плачу, з якими я не можу

справитися.

8. Мені здається, що мене ніхто не розуміє.
9. Вважаю, що якщо хтось зробив мені зло, то я повинен відповісти йому тим же.

10. Інколи мені в голову приходять такі нехороші думки, що краще про них нікому не розповідати.

11. Мені буває важко зосередитися на якійсь задачі чи роботі.
12. У мене бувають часто дивні і незвичайні переживання.
13. У мене не було неприємностей через мою поведінку.
14. В дитинстві я деякий час здійснював дрібні крадіжки.

15. Трапляється, що у мене з'являється бажання трошити та ламати все довкола.

16. Бувало, що я цілими днями чи тижнями не міг нічого робити, тому що ніяк не міг заставити себе взятися за роботу.

17. Мій сон переривчастий і неспокійний.

18. Моя сім'я не схвалює ту роботу, яку я вибрав.
19. Траплялися випадки, коли я не дотримувався обіцянок.

20. Голова у мене болить часто.

21. Раз у тиждень чи частіше я без будь-якої видимої причини раптом відчуваю жар у всьому тілі.

22. Було б добре якби майже всі закони скасували.

23. Стан мого здоров'я майже такий самий, як у більшості моїх знайомих (не гірший).

24. Зустрічаючи на вулиці своїх знайомих чи шкільних друзів, з якими я давно не бачився, я частіше проходжу повз них, якщо вони не починають говорити зі мною першими.

25. Більшості людей, які мене знають, я подобаюся.

26. Я людина комунікабельна.

27. Інколи я так наполягаю на своєму, що люди втрачають терпіння.

28. Більшу частину часу настрій у мене пригнічений.

29. Тепер мені важко сподіватися на те, що чогось досягну у житті.

30. У мене мало впевненості в собі.

31. Інколи я кажу неправду.

32. Зазвичай я вважаю, що життя – цінна штука.

33. Я вважаю, що більшість людей здатні збрехати, щоб просунутися по службі.

34. Я із задоволенням беру участь у зборах та інших громадських заходах.

35. Я сварюся з членами своєї сім'ї дуже рідко.

36. Інколи я відчуваю сильне бажання порушити правила пристойної поведінки чи комусь нашкодити.

37. Найважча боротьба для мене – це боротьба з самим собою.

38. М'язові судоми чи посмікування у мене трапляються вкрай рідко (чи майже не трапляються).

39. Я досить байдужий до того, що зі мною буде.

40. Інколи, коли я себе недобре почуваю, я буваю дратівливим.

41. Часто у мене таке відчуття, ніби я зробив щось не те чи навіть щось погане.

42. Деякі люди настільки люблять наказувати, що мене так і тягне робити все навпаки, навіть якщо я знаю, що вони праві.

43. Я часто вважаю себе зобов'язаним відстоювати те, що сприймаю як справедливе.

44. Моє мовлення тепер таке ж, як і завжди (ні швидше, ні сповільненіше, немає ні хрипоти, ні невиразності).

45. Я вважаю, що моє сімейне життя таке ж хороше, як і у більшості моїх знайомих.

46. Мене жахливо зачіпає, коли мене критикують чи сварять.

47. Інколи у мене буває відчуття, що я просто повинен нанести пошкодження собі чи комусь іншому.

48. Моя поведінка значною мірою визначається звичаями тих, хто мене оточує.

49. В дитинстві у мене була компанія, де всі намагалися стояти один за одного.

50. Інколи мене так і підбурює в ким-небудь затіяти бійку.

51. Траплялося, що я говорив про речі, на яких не знаюся.

52. Зазвичай я засипаю спокійно і мене не тривожать ніякі думки.

53. Останні декілька років я відчуваю себе добре.

54. У мене ніколи не було ні нападів, ні судом.

55. Тепер моя маса постійна (я не худну і не гладнаю).

56. Я вважаю, що мене часто карають несправедливо.

57. Я легко плачу.

58. Я мало втомлююся.

59. Я був би досить спокійним, якби у когось з моєї сім'ї були неприємності через порушення закону.

60. З моїм розумом коїться щось недобре.

61. Щоб приховати свою сором'язливість, мені доводиться витратити багато зусиль.

62. Напади запаморочення у мене трапляються дуже рідко (або зовсім не трапляються).

63. Мене хвилюють сексуальні питання.

64. Мені важко підтримувати розмову з людьми, з яким я щойно познайомився.

65. Коли я намагаюся щось зробити, часто помічаю, що у мене тремтять руки.

66. Руки у мене такі ж спритні і вправні, як і раніше.

67. Більшу частину часу я відчуваю слабкість.

68. Інколи, коли я знічений, я дуже нітнїю, і мене це дуже дратує.

69. Трапляється, що я відкладаю на завтра те, що міг би зробити сьогодні.

70. Думаю, що я людина приречена.

71. Траплялися випадки, що мені було важко втриматися, щоб що-небудь не потягнути у когось чи десь, наприклад у магазині.

72. Я зловживав спиртними напоями.

73. Я часто за щось тривожуся.

74. Мені хотілося би бути членом декількох гуртків чи товариств.

75. Я рідко задихаюся і у мене не буває сильного серцебиття.

76. Все своє життя я суворо дотримуюся принципів, заснованих на відчутті обов'язку.

77. Траплялося, що я перешкоджав чи чинив наперекір людям просто через принцип, а не тому, що справа була справді важливою.

78. Якщо мені не загрожує штраф і машини поїзизу немає, я можу перейти вулицю там, де мені хочеться, а не там, де передбачено правилами.

79. Я завжди був незалежним і вільним від контролю з боку сім'ї.

80. У мене були періоди такого сильного занепокоєння, що я навіть не міг всидіти на місці.

81. Часто мої вчинки неправильно тлумачилися.

82. Мої батьки і (чи) інші члени моєї сім'ї чіпляються до мене більше, ніж треба.

83. Хтось керує моїми думками.

84. Люди байдужі до того, що з тобою трапиться.

85. Мені подобається бути у компанії, де всі жартують один над одним.

86. У школі я засвоював матеріал повільніше, ніж інші.

87. Я цілком упевнений у собі.

88. Нікому не довіряти – так найбільш безпечно.

89. Раз у тиждень чи частіше я буваю дуже збудженим і схвильованим.

90. Коли я знаходжуся у компанії, мені важко знайти потрібну тему для розмови.

91. Мені легко заставити інших людей боятися себе, й інколи я роблю це заради забави.

92. В грі я люблю вигравати.

93. Нерозумно осуджувати людину, яка обманула того, хто сам дозволяє себе обманювати.

94. Хтось намагається впливати на мої думки.

95. Я щоденно випиваю багато води.

96. Найщасливішим я буваю, коли залишаюся наодинці.

97. Я обурююся щоразу, коли дізнаюся, що злочинець через будь-яку причину залишається непокараним.

98. У моєму житті був один чи декілька випадків, коли я відчував, що

хтось через гіпноз примушує мене здійснювати якісь вчинки.

99. Я рідко починаю розмову з людьми першим.

100. У мене ніколи не було зіткнень із законом.

101. Мені приємно мати серед своїх знайомих поважних людей – це ніби надає мені вагомості у власних очах.

102. Інколи без будь-якої причини у мене раптом наступають періоди незвичайної веселості.

103. Життя для мене майже завжди пов'язане з напруженням.

104. У школі мені було дуже важко говорити перед класом.

105. Люди проявляють стосовно мене стільки співчуття і симпатії, скільки я заслуговую.

106. Я відмовляюся грати у деякі ігри, тому що у мене це погано виходить.

107. Мені здається, що я заводжу друзів так само легко, як інші.

108. Мені неприємно, коли довкола мене люди.

109. Мені, як правило, щастить.

110. Мене легко довести до збентеження.

111. Деякі члени моєї сім'ї здійснювали вчинки, які мене лякали.

112. Іноколи у мене бувають напади сміху чи плачу, з якими я ніяк не можу впоратися.

113. Мені буває важко приступити до виконання нового завдання чи почати нову справу.

114. Якби люди не були настроєні проти мене, я у житті досягнув би набагато більшого.

115. Мені здається, що мене ніхто не розуміє.

116. Серед моїх знайомих є люди, які мені не подобаються.

117. Я легко втрачаю терпіння з людьми.

118. Часто за нових обставин я відчуваю тривогу.

119. Часто мені хочеться померти.

120. Іноколи я буваю таким збудженим, що мені важко заснути.

121. Часто я переходжу на іншу сторону вулиці, щоб уникнути зустрічі з тим кого побачив.

122. Траплялося, що я кидав розпочату справу, оскільки боявся, що я з нею не впораюся.

123. Майже щодня трапляється щось, що лякає мене.

124. Навіть серед людей я відчуваю себе самотньо.

125. Я переконаний, що існує лише одне-єдине правильне розуміння сенсу життя.

126. У гостях я частіше сиджу в стороні і розмовляю з ким-небудь одним, ніж беру участь у спільних розвагах.

127. Мені часто говорять, що я запальний.

128. Трапляється, що я з ким-небудь пліткую.

129. Часто мені буває неприємно, коли я намагаюся застерегти когось від помилок, а мене розуміють неправильно.

130. Я часто звертаюся до людей за порадою.

131. Часто, навіть тоді, коли для мене складається все добре, я відчуваю, що мені усе байдуже.

132. Мене досить важко вивести із рівноваги.

133. Коли я намагаюся вказати людям на їхні помилки чи допомогти, вони часто розуміють мене неправильно.

134. Зазвичай я спокійний і мене не легко вивести із душевної рівноваги.

135. Я заслуговую суворого покарання за свої вчинки.

136. Мені властиво так сильно переживати свої розчарування, що я не можу себе заставити думати про них.

137. Часом мені здається, що я ні на що не здатний.

138. Траплялося, що при обговоренні деяких питань я, особливо не задумуючись, погоджувався з думкою інших.

139. Мене дуже непокоять усілякі можливі нещастя.

140. Мої переконання і погляди непохитні.

141. Я думаю, що можна, не порушуючи закону, спробувати знайти у ньому лаз.

142. Є люди настільки неприємні мені, що я у глибині душі радію, коли вони мають неприємності.

143. У мене бували періоди, коли я через хвилювання втрачав сон.

144. Я відвідую різні громадські заходи, тому що це дозволяє бути серед людей.

145. Можна пробачити людям порушення правил, які вони вважають нерозумними.

146. У мене є нерозумні звички, котрі настільки сильні, що боротися з ними немає сенсу.

147. Я із задоволенням знайомлюся з новими людьми.

148. Трапляється, що непристойний жарт викликає у мене сміх.

149. Якщо справи у мене йдуть погано, мені одразу хочеться все кинути.

150. Я надаю перевагу діям згідно зі своїми планами, а не виконувати вказівок інших.

151. Люблю, щоб оточуючі знали мою точку зору.

152. Якщо я поганої думки про людину чи навіть зневажаю її, то майже не намагаюся не приховати від неї.

153. Я людина нервова і легко збудлива.

154. Все у мене виходить погано, не так, як треба.

155. Майбутнє здається мені безнадійним.

156. Люди досить легко можуть змінити мою думку, навіть, якщо до цього вона здавалася мені остаточною.

157. Декілька разів у тиждень у мене буває відчуття, що має статися щось страшне.

158. Найчастіше я відчуваю себе втомленим.

159. Я люблю бувати на вечорах і просто у компаніях.

160. Я намагаюся ухилитися від конфліктів та інших ускладнених обставин.

161. Мене часто дратує, що я забуваю, куди кладу речі.

162. Природницькі оповідання мені подобаються більше, ніж про кохання.

163. Якщо я захочу зробити щось, але оточуючі вважають, що цього робити не варто, я легко можу відмовитися від своїх намірів.

164. Нерозумно засуджувати людей, які намагаються взяти від життя усе, що можуть.

165. Мені байдуже, що думають про мене інші.

Опрацювання даних: Підраховується кількість відповідей, які співпадають з ключем, по кожній із шкал. Починати обробку потрібно зі шкали достовірності, щоб оцінити прагнення досліджуваного подати себе у соціально привабливішому вигляді. Якщо досліджуваний набирає за шкалою достовірності більше 10 балів, результати тестування вважаються недостовірними, і після проведення пояснювальної роботи потрібно повторити тестування.

Ключ:

Д „НІ”: 1, 10, 19, 31, 51, 69, 78, 92, 101, 116, 128, 138, 148.

АС „ТАК”: 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24,

27, 28, 29, 30, 33, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 50, 56, 57, 59, 60, 61, 63, 64, 65,

67, 68, 70, 71, 72, 73, 75, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96,
98, 99, 102, 103, 104, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119,
120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 131, 133, 135, 136, 137, 139, 141, 142, 143,
145, 146, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 162, 164, 165.

„НІ”: 2, 3, 5, 13, 23, 25, 26, 32, 34, 35, 38, 44, 45, 48, 49, 52, 53, 54, 55,
58, 62, 66, 74, 76, 85, 87, 97, 100, 105, 107, 127, 130, 132, 134, 140, 144, 147, 159,
160, 163.

НПС „ТАК”: 4, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 29,
30, 37, 39, 40, 41, 47, 57, 60, 63, 65, 67, 68, 70, 71, 73, 75, 80, 82, 83, 84, 86, 89, 94,
95, 96, 98, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 118, 119, 120, 122, 123,
124, 129, 131, 135, 136, 137, 139, 143, 146, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161,
162.

„НІ”: 2, 3, 5, 23, 25, 32, 38, 44, 45, 49, 52, 53, 54, 55, 58, 62, 66, 87,
105, 127, 132, 134, 140.

КО „ТАК”: 9, 24, 27, 33, 46, 61, 64, 81, 88, 90, 99, 104, 106, 114,
121, 126, 133, 142, 151, 152.

„НІ”: 26, 34, 35, 48, 74, 85, 107, 130, 144, 147, 159.

МН „ТАК”: 14, 22, 36, 42, 50, 56, 59, 72, 77, 79, 91, 93, 125, 141,
145, 150, 164, 165.

„НІ”: 13, 76, 97, 100, 160, 163.

ДОДАТОК В
Опитувальник Леонгарда-Шмішека для виявлення акцентуацій характеру

Для дослідження акцентуації особистості застосовується опитувальник Шмішека (Schmieschek Fragebogen), який являється реалізацією типологічного підходу до вивчення особистості. Теоретичною основою опитувальника являється концепція "акцентуйованих особистостей" К. Леонгарда, який вважає, що властивості особистостей рис можуть бути розділені на основні і

додаткові. Основні риси складають стержень, "ядро" особистості. У випадку яскравих виражень основні риси стають акцентуацією характеру. Відповідно, особистості, у яких основні риси яскраво виражені, названі Леонгардом

"акцентуйованими". Опитувальник опублікований Г. Шмішеком в 1970 році і

містить 10 шкал, відповідно до десяти виділяють Леонгардом типи акцентуйованих особистостей і складається з 88 питань, на який вимагати

відповісти "та" або "ні". З його допомогою виявляються наступні десять типів акцентуації: гіпертимний, збудливий, емотивний, дистимічний (депресивність),

невротичність (тривожно-боязкий), інтроєктивний (афективно-екзальтований),

циклотимічний (афективно-лабільний) тип, застрягаючий (параноїдальний),

педантичний (ригідний) і демонстративний типи.

Інструкція: Вам пропонується відповісти на 88 питань, що стосуються різних сторін вашої особистості. Поряд з номером питання поставте знак +

(так), якщо згодні, або – (ні), якщо не згодні. Відповідайте швидко, довго не замислюйтеся.

1. Чи є Ваш настрій в загальному веселим і безтурботним?

2. Чи схильні Ви до образ?

3. Чи Вам доводилося швидко заплакати?

4. Чи завжди вважаєте себе першим в тій справі, яку робите, Ви не заспокоїтесь, поки не переконаєтесь в цьому?

5. Чи вважаєте Ви себе сміливішим, ніж в дитячому віці? 6. Чи може Ваш настрій змінюватися від глибокої радості до глибокого суму? 7. Чи знаходитеся

Ви в компанії у центрі уваги? 8. Чи бувають дні, коли Ви без достатніх на те причин буваєте у похмурому та роздратованому настрої ні з ким не хочете розмовляти?

9. Чи серйозна Ви людина?

10. Чи можете Ви сильно захопитися?

11. Чи заповзятливі Ви?

12. Чи швидко забуваєте, якщо Вас хтось образив?

13. Чи м'якосердна Ви людина?

14. Чи перевіряєте Ви після того, як кинули лист у поштову скриньку, чи не залишився він висіти у прорізі?

15. Чи завжди Ви намагаєтесь бути відповідальними у роботі?

16. Чи відчували в дитинстві страх перед грозою чи собаками?

17. Чи вважаєте інших людей недостатньо вимогливими до себе?

18. Чи сильно залежить Ваш настрій від життєвих подій та переживань?

19. Чи Ви щирі зі своїми знайомими?

20. Чи часто у Вас буває сумний настрій?

21. Чи був у Вас раніше істеричний припадок або виснаження нервової системи?

22. Чи схильні до станів сильної внутрішньої тривожності або запального пориву?

23. Чи важко Вам довший час просидіти на стільчику?

24. Чи боретесь за свої інтереси, якщо хтось поєтунав з Вами несправедливо?

25. Чи змогли б Ви вбити людину?

26. Вам заважає косо повішена гардина, чи нерівно застелена скатертину, настільки, що хочеться негайно усунути цей недолік?

27. Чи відчували Ви в дитинстві страх, коли залишалися в квартирі одні?

28. Чи часто у Вас без причини змінюється настрій?

29. Чи завжди Ви старанно ставитесь до своєї діяльності?

30. Чи швидко Ви можете розгніватись?

31. Чи можете Ви бути відчайдушно веселим?

32. Чи можете Ви інколи повністю проникнутися почуттям радості?

33. Чи підходите Ви до проведення розважальних заходів?

34. Чи висловлюєте Ви зазвичай свій відвертий погляд на те чи інше питання?

35. Чи впливає на Вас вигляд крові?

36. Чи охоче Ви займаєтесь діяльністю, яка пов'язана з великою відповідальністю?

37. Чи схильні Ви заступитися за людину, з якою поступили несправедливо?

38. Чи важко Вам входити у темний підвал?

39. Чи виконуете Ви клопітку брудну роботу так само повільно та ретельно, як улюблену справу?

40. Чи Ви є комунікабельною людиною?

41. Чи охоче Ви декламувати вірші в школі?

42. Чи втікали Ви в дитинстві з дому?

43. Чи важко Ви сприймаєте життя?

44. Чи були такі конфлікти та неприємності, які так вимотували нерви, що Ви не виходили на роботу?

45. Чи можна сказати, що при невдачах Ви не втрачаєте понуття гумору?

46. Чи зробите перший крок до примирення, якщо Вас хтось образив?

47. Чи любите Ви тварин?

48. Чи підете з роботи чи з дому, якщо у Вас там щось негаразд?

49. Чи турбують Вас невизначені думки, що з Вами чи з Вашими родичами станеться якесь нещастя?

50. Чи вважаєте Ви, що настрої залежить від погоди?

51. Чи затрудить Вас виступити на сцені перед великою кількістю людей?

52. Чи можете вийти з себе та дати волю рукам, якщо Вас хтось навмисне грубо розсердить?

53. Чи багато Ви спілкуєтесь?

54. Якщо Ви будете чимось розчаровані, то прийдете у відчай?

55. Чи подобається Вам робота організаторського характеру?

56. Чи наполегливо Ви прагнете своєї цілі, якщо навіть на шляху зустрічається багато перешкод?

57. Чи може Вас так захопити кінофільм, що на очі виступлять сльози?

58. Чи важко Вам буде заєнути, якщо цілий день Ви роздумували над своїм майбутнім чи якоюсь проблемою?

59. Чи доводилось Вам у шкільні роки користуватися підказками чи списувати у товаришів домашнє завдання?

60. Чи важко Вам у ночі піти на кладовище?

61. Чи слідкуєте Ви, щоб кожна річ у домі лежала на своєму місці?

62. Чи доводилось Вам лягати спати у гарному настрої, а просипатися у пригніченому та декілька годин залишатися в ньому?

63. Чи можете Ви з легкістю пристосуватися до нової ситуації?

64. Чи є у Вас схильність до головної болі?

65. Чи часто Ви смієтесь?

66. Чи можете Ви бути привітними з людьми, не відкриваючи істинного відношення до них?

67. Чи можна Вас назвати жвавою та спритною людиною?

68. Чи сильно Ви страждаєте від несправедливості?

69. Чи можна Вас назвати палким любителем природи?

70. Чи є у Вас звичка перевіряти перед сном чи перед тим як піти з дому, чи виключений газ та світло, чи закриті двері?

71. Чи лякливі Ви?

72. Чи буває так, що Ви почуваете себе на єьомому небі, хоча об'єктивних причин для цього нема?

73. Чи охоче Ви приймали участь в юності в гуртках художньої само діяльності, в театральному гуртку?

74. Чи тягне Вас інколи дивитися в далечінь?

75. Чи дивитесь Ви на майбутнє песимістично?

76. Чи може Ваш настрій, змінюватися від великої радості до глибокого суму, за короткий час? 77. Чи легко піднімається Ваш настрій у дружній компанії?

78. Чи переносите Ви злість довший час?

79. Чи сильно Ви переживаєте, якщо горе спіткало іншу людину?

80. Чи була у Вас в школі звичка переписувати листок паперу в зошиті, якщо Ви поставили на нього клякеу?

81. Чи можна сказати, що Ви більше недовірливі та обережні, ніж довірливі?

82. Чи часто Ви бачите страшні сни?

83. Чи виникала у Вас думка проти волі вистрибнути з вікна, кинутися під поїзд, що наближається?

84. Чи стаєте Ви радісними у веселому оточенні?

85. Чи легко Ви можете відволікатися від обтяжливих питань та не думати про них?

86. Чи важко Вам стримати себе, якщо Ви розлючені?

87. Ви переважно мовчите (Так), чи Ви балакучий (Ні)?

88. Чи могли б Ви, якщо б довелося приймати участь в театральній виставі, з повним проникненням та перевтіленням увійти в роль, забувши про себе?

Обробка результатів і їх інтерпретація.

Процедура підрахування тестових балів.

Використовуючи ключ, підраховується сума „сирих“ балів в кожній шкалі. Співвідношення „сирого“ бала до коефіцієнт, дає показник типу акцентуації. Показник вважається вираженим, а риса акцентуації простваленої, якщо він перевищує 19 балів, хоча за деякими авторами - 12 балів.

Максимальна сума балів після перемноження - 2.4. сума балів в діапазоні від 14 до 19 говорить тільки про тенденції до того чи іншого типу акцентуації, тобто тільки при сумі, які перевищують 19 балів, можна з чіткою впевненістю говорити про акцентованної особистості визначеного типу

№ шкали	Тип акцентуації	Коефіцієнт №1	№2	№3
1.	1. Гіпертимна	3		
2.	2. Тривожна	3		
3.	3.	3		
4.	4. Дистимічна Педантична	2		

5.	5. Збудлива	3
6.	6. Емотивна	3
7.	7.	2

Застрягаюча

8.	8. Демонстр	2
9.	9.	3

Циклотимічна

10.	10.	6
-----	-----	---

Екзальтивна

Ключ:

При співпадинні відповідей на запитання з ключем йому присвоюється до відповіді 1 бал.

1. Гіпертимна (гіпертимний тип): „+“: 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77.
2. Тривожна (тривожно-боязливий тип); „+“: 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82. „-“: 5.

3. Дистимічна (дистимічний тип): „+“: 9, 21, 43, 75, 87.

4. Педантична (педантичний тип): „+“: 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83.
„-“: 36.

5. Збудлива (збудливий тип): „+“: 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86.

6. Емотивна (емотивний тип): „+“: 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79.

7. Застрягаюча (застрягаючий тип): „-“: 25. „-+“: 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81. „-“: 12, 46, 59.

8. Демонстративна (демонстративний тип): „+“: 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88. „-“: 51

9. Циклотимічна (циклотимічний тип): „+“: 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84.

10. Екзальтивна (екзальтивний тип): „+“: 10, 32, 54, 76.
--

НУБІП України

Список використаної літератури

1. [Профілактика самогубств серед військовослужбовців Національної гвардії України \[Текст\] : посібник / О.С. Колесніченко, Я.В. Мацегора, І.І. Приходько та ін. / За заг. ред. проф. І.І. Приходька. – Х. : НА ІНУ, 2016. – 117 с.](#)

2. Діагностика суїцидальної поведінки [Електронний ресурс]: Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/34294>

3. [Л. М. Вольнова Профілактика девіантної поведінки підлітків: навч.-метод. посібник до спецкурсу «Психологія девіацій» для студентів спеціальності «Соціальна робота» у двох частинах. – Ч. 1. Теоретична частина. – 2-ге вид., перероб і доповн. – К., 2016. – 188 с.](#)

4. [Искусственный интеллект в решении актуальных социальных и экономических проблем XXI века: сб. ст. по материалам Третьей всерос. науч.-практ. конф. \(г. Пермь, 14–18 мая 2018 г.\) / Перм. гос. нац. исслед. ун-т. – Пермь, 2018. – 294 с. \[ст.136, 139\]](#)

5. [Ясницкий Л.Н. Интеллектуальные системы. – М.: Лаборатория знаний, 2016. – 221 с.](#)

6. Женунтій В. І. Причини самогубства в Україні / В. І. Женунтій, Л. М. Шестопалова // Наук. вісн. Юрид. акад. М-ва внутр. справ. – 2003. – № 2 (11). – С. 256–268.

7. <https://ideanomics.ru/articles/16940> [Електронний ресурс]

8. Самогубство у суспільстві [Електронний ресурс]: Режим доступу: <http://www.asociacia.com.ua/pages/view/sutcid>

9. Олійника А., кандидат психологічних наук, НУ «Львівська політехніка» АНТИСУЇЦИДАЛЬНІ РЕЛІГІЙНІ ІМПЕРАТИВИ І ТАБУ <http://visnyk.nuou.org.ua/article/view/157891/157207>

10. Діденко О. І. Суїцидальні наміри у психологічному портреті злочинця / О. І. Діденко // Психологія суїцидальної поведінки: діагностика,

корекція, профілактика : зб. наук. пр. / за заг. ред. С. І. Яковенка. – К. : РВВ КІВС, 2000. – 200 с.

11. Васильченко Л. В. Суїцид в Україні / Л. В. Васильченко // Безпека життєдіяльності. – 2005. – № 8. – С. 18–22.

12. Лаврин А. П. Хроники Харона / А. П. Лаврин. – М., 1993. – 118 с.

13. Выготский Л. С. Динамика и структура личности подростка. Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии - М.: Международная педагогическая академия, 1994. - С. 211 - 215.

14. Беличева С.А. Основы превентивной психологии. - М.: Социальное здоровье России, 1993. - 198 с.

15. Попов Ю.В. Границы и типы саморазрушающего поведения у подростков//Саморазрушающее поведение у подростков. – Л., 1991. – С. 5–9.

16. [Психологія фрустраційних станів та реакцій підлітків: теорії, проблеми, діагностика: монограф./ Шамне А. В., Прахова С. А. – К.: НУБіП України, 2018. – 278 с. \[Електронний ресурс\]](#)

17. Науменко А. Дитячий суїцид – ганьба дорослим! / А. Науменко // Віче. – 2008. – № 18. – С. 58–63.

18. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / под. ред. Д. Вассерман ; пер. Е. Ройне ; [науч. ред. изд. А.Н. Моховиков]. – М. : Смысл, 2005. – 310 с.

19. [ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО И АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ Методические рекомендации Новосибирск 2017 \[Електронний ресурс\]](#)

20. Скаковська Л. А. Практичному психологу про суїцид / Л. А. Скаковська // Практ. психологія та соц. робота. – 2005. – № 4. – С. 57–62.

21. [Каневський В. І. Суїцидологія в соціальній роботі : \[навчальний посібник\] / В. І. Каневський. – Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2014. – 348 с.](#)

22. Амбрумова А. Г. О ситуационных реакциях у подростков в суицидологической практике / А. Г. Амбрумова, Е. М. Вроно // Журнал

невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1985. – Т. 85. – Вып. 10. – С. 1557–1560.

23. Андронникова О. О. Основные характеристики подростков с самоповреждающим поведением / О. О. Андронникова // Вестник ТГПУ. – 2009.

– Вып. 9. – С. 120–126

24. Бехтерев В. М. О причинах самоубийства и возможной борьбе с ними; Санкт-Петербург, 1912 / В. М. Бехтерев // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1995. – № 2. – С. 86–92.

25. Глоссарий суицидологических терминов : [методическое пособие].

– Киев, 1998.

26. Гусакова М. П. Аутодеструктивное поведение как форма поиска смысла жизни (на материале покушений на самоубийство): дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.01 / М. П. Гусакова. – М., 1999. – 180 с.

27. Как нам уменьшить число самоубийств в Украине. Проект междисциплинарной программы суицидальной превенции. Одеса, 2007. – 50 с.

28. Пилягіна Г. Я. Проблема саморуйнуючої поведінки серед населення України / Г. Я. Пилягіна, М. І. Винник // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 215. – С. 10–11.

29. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ / Л. Н. Собчик. – СПб. : Речь, 2007. – 218 с.

30. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – М. : Когито-Центр, 2005. – 375 с.

31. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск : Пороги, 2006. – 470 с.

32. [«Борьба со страстями плоти» Святой праведный Иоанн Кронштадтский](#)

33. [Преподобного отца нашего Аввы Доротея душеполезные поучения и послания с призыванием вопросов его и ответов на оные Варсануфия Великого и Иоанна Пророка / \[Авва Доротея\]. - Москва: Благовест, 2010. - 415 с. ISBN 978-5-9968-0094-0](#)

34. [святитель Иоанн Тобольский \(Максимович\) Ишидропион, или сообразование с Божественной волей](#)

35. [«Духовные посевы» протоиерей Григорий Дьяченко](#)

36. Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред.

Л. Я. Гозмана и Д. А. Леонтьева; вст. ст. Д. А. Леонтьева. — М.: Прогресс, 1990. — 368с: ил. — (Б-ка зарубежной психологии).

37. Казанская В. Г. Подросток: социальная адаптация: психологам, педагогам, родителям / В. Г. Казанская. — СПб.: Издательский дом «Питер»,

2011. — 286 с.

38. Коркина М. В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте [Электронный ресурс] / М. В. Коркина. — М.: Медицина, 1984. — 224 с.

— Режим доступа: <http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/56>

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України

НУБІП України