

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Медичний інститут

Кафедра психології

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»

завідувачка кафедри психології

_____ Ірина ЛИСЕНКОВА

« 01 » червня 2022 року

УДК 159.97-053.6:616.89-008.441.44

ДЕПРЕСИВНИЙ СТАН ЯК ПЕРЕДУМОВА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Кваліфікаційна робота бакалавра
за освітньою програмою «Психологія»
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
галузь знань 05 - Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 «Психологія»

Виконав:

студент 4663 групи

СТУЖУК Олег Юрійович

Науковий керівник:

к.психол.н., доцент

Астремська Ірина Володимирівна

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Медичний інститут

Кафедра психології

Освітній рівень – бакалавр

Галузь знань: 05 – Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
завідувачка кафедри психології

_____ Ірина ЛИСЕНКОВА

« 03 » червня 2022 року

**ЗАВДАННЯ
НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ БАКАЛАВРА**

Студенту СТУЖУКУ Олегу Юрійовичу.

1. Тема роботи: «Депресивний стан як передумова суїцидальної поведінки в підлітковому віці» затверджена наказом ЧНУ імені Петра Могили № 307 від «17» листопада 2021 року.

2. Об'єкт дослідження – суїцидальна поведінка підлітків.

3. Предмет дослідження – чинники схильності до суїцидальної поведінки в підлітковому віці.

4. Завдання дослідження:

1) Здійснити аналіз існуючих теоретико-методологічних підходів до вивчення соціально-психологічних чинників суїцидальної поведінки підлітків у вітчизняній та зарубіжній психології.

2) Дослідити соціально-психологічні характеристики сучасних підлітків.

3) Проаналізувати особливості соціально-психологічних чинників

суїцидальної поведінки підлітків.

4) Виявити взаємозв'язок між суїцидальною поведінкою підлітків і такими психічними станами, рисами особистості як волюва саморегуляція, емпатія, соціальна адаптованість, імпульсивність, тривожність, агресивність, ригідність та фрустрація, а також психосоціальним стресом.

Науковий керівник роботи.

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| ППП та посада керівника | Завдання видано (дата, підпис) | Завдання виконано (дата, підпис) |
| АСТРЕМСЬКА Ірина Володимирівна Доцент кафедри психології, кандидат психологічних наук | 25 вересня 2021 року _____ | 25 травня 2022 року _____ |

5. КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назва етапів кваліфікаційної роботи бакалавра (КРБ) | Строк виконання етапів роботи |
|-------|---|-------------------------------|
| 1 | Погодження керівником змісту КРБ | 11 жовтня 2021 р. |
| 2 | Пошук, добір та опрацювання літературних джерел з проблематики дослідження | 30 листопада 2021 р. |
| 3 | Робота над підготовкою тексту КРБ | |
| 3.1 | Розділ 1. Теоретичні основи суїцидальної поведінки як передумови депресії. | 20 грудня 2021 р. |
| 3.2 | Розділ 2. Емпіричне дослідження суїцидальних схильностей учнів загальноосвітніх навчальних закладів . | 25 квітня 2022 р. |
| 4 | Висновки | 16 травня 2022 р. |
| 5 | Захист КРБ на кафедрі (попередній захист) | 01 червня 2022р. |
| 6 | Захист КРБ перед Екзаменаційною комісією | 23 червня 2022 р. |

Студент

_____ Олег СТУЖУК

Науковий керівник

_____ Ірина АСТРЕМСЬКА

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| ВСТУП..... | 3 |
| РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК ПЕРЕДУМОВИ ДЕПРЕСІЇ..... | 8 |
| 1.1 Поняття депресії в сучасній науці..... | 8 |
| 1.2 Суїцид в контексті історії. Природа та типи суїцидальних переживань..... | 13 |
| 1.3 Особливості перебігу та чинники виникнення суїцидальної переживань у підлітків..... | 22 |
| 1.4 Профілактика суїцидальних переживань підлітків та дітей..... | 26 |
| Висновки до першого розділу..... | 32 |
| РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ СХИЛЬНОСТЕЙ УЧНІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ..... | 34 |
| 2.1 Організація і проведення емпіричного дослідження..... | 34 |
| 2.2 Емпіричні показники особливостей схильності до суїцидальної поведінки підлітків..... | 42 |
| 2.3 Взаємозв'язок схильності до суїцидальної поведінки та психічних станів, рис особистості та психосоціального стресу..... | 53 |
| 2.4 Психологічний портрет підлітка із схильністю до суїцидальної поведінки..... | 61 |
| Висновки до другого розділу..... | 65 |
| ВИСНОВКИ..... | 67 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... | 70 |
| ДОДАТКИ..... | 75 |

ВСТУП

Актуальність вибраної теми. Депресією страждає близько 300 млн людей по всьому світі і показники захворюваності на депресію у нашій країні продовжують зростати. В Україні депресія є найбільш поширеною проблемою серед усіх психічних розладів, а ще українці страждають депресією значно частіше, аніж жителі країн Європейського Союзу чи США, особливо серед підлітків. Водночас згідно з ВООЗ, до 15% депресій закінчуються самогубством.

Самогубство займає другу сходинку серед причин смерті молодих людей віком від 15 до 29 років (після дорожньо-транспортних пригод). У підлітківвіком 15-19 років – це друга причина гибелі дівчат (після труднощів пологів та вагітності), а також третя серед хлопців (після дорожньо-транспортних пригод і міжособистісного насилля). Для покращення ситуації уряди деяких країн запроваджують різні обмеження. Найчастіше використовують тактику обмеження доступу до вірогідних способів самовбивства, до прикладу забороняють продаж отруйних речовин, а також цензуру ЗМІ, проте, незважаючи на такі заходи, кількість самогубств все рівно зростає. Покращення ефективності моніторингу самогубств і суїцидальних нахилів допоможе збільшити дієвість профілактичних заходів. Тому вчасне виявлення та фахова допомога може врятувати багато життів.

Розгляд проблеми в контексті підліткового віку надає їй особливої актуальності. Психофізіологічні характеристики, властиві підліткам, призводять до значної неконтрольованості і непрогнозованості суїцидальної поведінки.

Україна знаходиться серед країн, у яких доволі висока кількість суїцидів. За даними міністерства надзвичайних ситуацій у нашій країні здійснюється близько 20 самогубств на кожні 100000 чоловік. Це менше, ніж в економічно благополучних Швеції (36 на 100 тис. населення), Англії, (33 на 100 тис.), Норвегії (28 на 100 тис.), але це набагато більше, ніж у бідних державах

Африки, Латинській Америці, мусульманських країнах. Проте, більшість самогубств в Європі трапляється серед дорослого покоління, переважно чоловіків 55 років і старше. У нашій країні рівень самогубств серед молоді набагато вищий, ніж серед людей похилого віку.

Тому вивчення проблеми суїциду загалом та його проявів у підлітків є важливим як у соціальному, так і в науковому сенсі.

Недостатній рівень дослідження питання та його актуальність призвели до вибору теми дослідження: «Депресивний стан як передумова суїцидальної поведінки в підлітковому віці».

Метою нашої бакалаврської роботи є теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити психологічні особливості суїцидальної поведінки підлітків.

Відповідно до мети були визначені **завдання дослідження**:

1. Здійснити аналіз існуючих теоретико-методологічних підходів до вивчення депресивних станів та суїцидальної поведінки підлітків у вітчизняній та зарубіжній психології.
2. Дослідити соціально-психологічні характеристики сучасних підлітків.
3. Проаналізувати особливості соціально-психологічних чинників суїцидальної поведінки підлітків.
4. Виявити взаємозв'язок між суїцидальною поведінкою підлітків і такими психічними станами, рисами особистості як вольова саморегуляція, емпатія, соціальна адаптованість, імпульсивність, тривожність, агресивність, ригідність та фрустрація, а також психосоціальним стресом.

Об'єкт дослідження – депресивний стан як передумова суїцидальної поведінки.

Предмет дослідження – депресивний стан як передумова суїцидальної поведінки в підлітковому віці.

Гіпотези дослідження.

1. Існує зв'язок між схильністю до суїцидальної поведінки підлітків та такими психічними станами, рисами особистості як вольова саморегуляція,

емпатія, соціальна адаптованість, імпульсивність, тривожність, агресивність, ригідність та фрустрація, а також психосоціальним стресом.

2. Дівчата-підлітки більш схильні до суїцидальної поведінки, ніж хлопці.

3. Психологічний портрет підлітка з високим ризиком суїцидальної поведінки включає в собі риси тривожності, ригідності, фрустрації, агресивності, низького рівня вольової саморегуляції та низького рівня емпатійності.

Методологічна та теоретична основа дослідження. Для досягнення мети та вирішення основних цілей дослідження використовувались статистичні методи емпіричної обробки даних (кореляційний аналіз, порівняльний аналіз незалежних груп, множинний регресійний аналіз), критично-теоретичний та методологічний аналізи, науковий синтез, категоризація, класифікація та систематизація, порівняння, узагальнення, відображення та моделювання. Також були використані: методика Шкала депресії (адаптовано у відділенні наркології НДІ ім.Бехтерева Г. І. Балашової) для диференціальної діагностики депресивних станів та станів, близьких до депресії; методика вивчення схильності до суїцидальної поведінки М. Горської; дослідження імпульсивності В. Лосенкова; методика дослідження вольової саморегуляції Є. Ейдмана та А. Зверькова; методика виявлення схильності до емпатії І. Юсупова, IV вісь визначення діагнозу за класифікацією, прийнятою Американської Асоціацією психіатрів «Діагностичне і статистичне керівництво», (Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R - видання третє, переглянуте) для визначення важкості проявів психосоціального стресу.

У дослідженні проявів і факторів суїцидальної поведінки за основу брались філософські, психологічні, а також соціологічні трактування явища (Е. Дюркгейм, О. Конні, А. Личко, А. Абрумова, А. Моховіков); загальні положення суїцидальної психодинаміки (З. Фройд, В. Франкл, І. Ялом, К. Роджерс); дослідження соціальних та особистих аспектів суїцидальної

поведінки (В. Москалець, Л. Орбан-Лембрик, А. Журавель); положення щодо взаємозв'язку між суїцидом та рефлексією (Е. Стенгель); інтерпретація патопсихологічних проявів суїциду (Н. Марута); аналіз своєрідності суїцидальної поведінки у підлітків (О. Куракін, О. Старовойтенко, Г. Старшенбаум), дослідження діагностичних та профілактичних заходів та методів корекції суїциду (В. Розанов, В. Рибалка, В. Силяхіна).

База дослідження. Дослідження проводилося на базі середньої загальноосвітньої школи №26 м.Миколаєва. У дослідженні брали участь 100 підлітків віком від 14 до 16 років. 58 – чоловіки, 42 – жінки.

Апробація результатів дисертації. Основні ідеї та результати дослідження доповідалися та обговорювалися на XXIV Всеукраїнській науково-практичній конференції «Могилянські читання – 2021: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: Глобальний, національний та регіональний аспекти» (8-12 листопада 2021 р., м. Миколаїв); III Міжнародній студентській конференції «Молодь і науковий прогрес у соціально-економічному та освітньому просторі суспільства» (11-12 листопада 2021 р.) – Кам'янець-Подільський: НРЗВО Кам'янець-Подільський державний інститут, 2021.

Публікації. Основний зміст і результати роботи висвітлено у 2 публікаціях :

1. Стужук О.Ю. Депресивний стан як передумова формування суїцидальної поведінки в підлітковому віці/ Стужук О.Ю.// Тези доповідей XXIV Всеукраїнської науково-практичної конференції «Могилянські читання – 2021: Досвід та тенденції розвитку суспільства в Україні: Глобальний, національний та регіональний аспекти» (8-12 листопада 2021 р.). – Миколаїв: ЧНУ ім. П. Могили, 2021. С. 105-108.

2. Стужук О.Ю. Передумови формування суїцидальної поведінки в підлітковому віці/Стужук О.Ю. //Тези доповідей III Міжнародній студентській конференції «Молодь і науковий прогрес у соціально-економічному та освітньому просторі суспільства» (11-12 листопада 2021 р.) – Кам'янець-

Подільський: НРЗВО Кам'янець-Подільський державний інститут, 2021. С.340

Обсяг і структура дипломної роботи. Робота складається з вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Основний текст викладено на 70 сторінках комп'ютерного тексту (загального тексту – 99 сторінки) та містить 2 таблиці, 22 рисунка. Список використаних джерел включає 61 найменувань українських та зарубіжних авторів.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ЯК ПЕРЕДУМОВИ ДЕПРЕСІЇ

1.1 Поняття депресії в сучасній науці

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, депресією страждає близько 300 млн людей по всьому світі. Водночас згідно з ВООЗ, до 15% депресій закінчуються самогубством. В Україні депресія є найбільш поширеною проблемою серед усіх психічних розладів, а ще українці страждають депресією значно частіше, ніж жителі країн Європейського Союзу чи США. І показники захворюваності на депресію у нашій країні продовжують зростати. Особливо серед підлітків. Окремо можна говорити про підлітків ЛГБТ+ – ця категорія населення страждає на депресію найбільше й має страшенно високі показники суїцидальних випадків.

Визначення депресії відноситься до різних сфер, об'єднуючи неоднорідні явища: 1) знижений настрій, 2) розумово-мовленнєве гальмування; 3) моторну загальмованість. Беручи до уваги те, що не абсолютне значення мають і деякі з цих ознак (наприклад, депресія може проявлятися і у вигляді рухового збудження та ажитації), ряд дослідників веде пошук ядра розладу (О. П. Вертоградова, В. М. Синицький, Ю. Л. Нуллер).

Однак, деякі дослідники все ж виділяють три рівні прояву депресії: афективний, моторний та ідеаторний (Вертоградова О.П. та ін.). Загалом, існує численна кількість типологій та класифікацій депресивних розладів (Клейст, Плотічер, Наджаров, Ю. Л. Нуллер, Кільхольц та ін.) .

Традиційний для клініки причинно-наслідковий критерій є основою однієї з класифікацій, що поділяє депресії на первинні та вторинні. Це дає можливість виділити провідну або допоміжну ролі депресивного розладу у синдромі.

Такий розподіл встановлює причинно-наслідкові залежності між різними розладами, що допомагає у вирішенні діагностичних задач, встановлюючи

первинність: 1. За часом прояву; 2. За ступенем вираженості симптомів (та їх обсягом); 12 3. За терапевтичною динамікою [16].

Інший підхід класифікує депресивні розлади за етіологічним критерієм. Відповідно до нього депресивні розлади поділяють на такі, основою яких є внутрішня біологічна причина – ендогенна депресія, а також ті, в основі яких причина є зовнішньою – реактивна депресія. Чинниками, що викликають ендогенну депресію є генетичні, біохімічні процеси, які функціонують у внутрішньому середовищі організму. Реактивну ж депресію викликають соціально-психологічні процеси, які визначають адаптацію людини.

Термін «депресія» вживається в літературі в різних значеннях. Під терміном «депресія» можуть мати на увазі нозологічну одиницю (Ю.Л.Нуллер, Т.Я. Хлівіцька), тип емоційної реакції. Психоаналітики дотримуються загальної принципової позиції, що депресивні стани виникають у відповідь на психотравмуючі події, тобто вони відносять депресії до екзогенних розладів. Біхевіористи також відносять депресивні стани до етіологічних, однак, вони більше уваги приділяють саме поведінці людини.

Згідно з М.Селігманом, депресивний афект вважається передбаченням травматичної події та наслідком негативного навчання. Інші біхевіористи виносять припущення, що депресивні особистості, в наслідок відсутності підкріплення, втратили певні види адаптивної поведінки, тому у них виникає посилення поведінки «позбавлення» та «уникнення».

Когнітивна теорія депресії (А.Бек, А.Бандура) заснована на тому, що головною детермінантою депресії є погляд людини на себе, на світ та на власне майбутнє.

А.Бек вважає, що основою емоцій, настрою та поведінки виступає саме пізнання. У випадку негативного погляду на себе депресивна людина бачить себе як «неадекватну» та «неварту», вона пояснює свої нещастя власними дефектами. Крізь призму негативного погляду на майбутнє, така особистість бачить попереду лише нескінченні муки та 13 проблеми. Більшість типових депресивних симптомів (параліч волі, само знецінення, спроби самогубства) А.Бек пояснює як результат специфічних когнітивних детермінант.

Депресивні симптоми, згідно з А.Бекем, виникають внаслідок своєрідних посилкових «несвідомих умовиводів», а всі прояви депресії розглядаються як наслідок активації негативних когнітивних паттернів. В депресивному стані людина сприймає себе слабкою та безпорадною, вона прагне отримати допомогу від оточуючих, а відтак поступово впадає у все більшу залежність від них. Щодо фізичних симптомів, то вони проявляються у вигляді загальної психомоторної загальмованості, яка виникає внаслідок відмови від активності через повну впевненість особистості у тому, що будь-які починання є безперспективними. А.Бек пропонує комплексний аналіз феноменології та симптоматики депресії.

Поділ характеристик депресії відбувається відповідно до 5 основних груп: емоційної, когнітивної, мотиваційної, вегетативної та фізичної.

Емоційна складова проявляється у вигляді зневіри та пригніченого настрою.

Когнітивна сторона представлена схильністю депресивної особистості вважати себе неповноцінною у тому, що є для неї найважливішим.

Мотиваційна група характеристик проявляється у пасивності, залежності, униканні та паралічі волі, вегетативна та фізична – у втраті апетиту та розладах сну. Однак, деякі автори вважають когнітивні порушення не причиною депресивних станів, а, скоріше, їх наслідком, а отже когнітивна частина депресивного симптомокомплексу є недоведеною. Не рідко людину, яка знаходиться в депресивному стані, відвідують суїцидальні думки – ідеї щодо навмисного позбавлення себе життя внаслідок придушення інстинкту самозбереження. Ці думки можуть мати різний рівень оформленості, стійкості та інтенсивності, залежно від характеру депресивного стану, його глибини та течії, а також відповідно до 14 ситуативних особливостей.

На піку депресивного епізоду виникає можливість імпульсивних суїцидальних спроб, але, переважно, у випадках відносно неглибоких депресивних станів, коли відсутнє ідеаторне та моторне гальмування, однак присутні відчуття власної малоцінності, самозвинувачення, депресивна деперсоналізація. Мотивами суїцидальної поведінки можуть бути сильна

душевна біль, думки щодо неповноцінності та самознищення, самопокарання, самозвинувачення, іпохондичність, екзистенційний глухий кут, невиліковні хвороби, ситуаційні моменти, які раніше не викликали подібного стану (службові, міжособистісні, родинні) та ін.

Депресивні розлади мають багато форм. Великий депресивний розлад частіше діагностується у жінок, ніж у чоловіків. Це пов'язується з тим, що жінки звертаються за допомогою частіше, вони охочіше визнають у себе почуття самотності, безнадійності та печалі. Чоловіки ж, часто не звертаються за психологічною допомогою, а вирішують «заглушити» депресивні прояви шляхом вживання алкоголю або інших психоактивних речовин. Існує також замаскований вид депресії, який протікає приховано та розглядається не у вигляді самостійного розладу, а як наслідок зловживання лікарськими препаратами або алкоголем. Також в суспільстві існують гендерні стереотипи, з точки зору яких чоловіки мають бути сильними, не плакати та не жалітися. Через це вони рідше звертаються за психологічною допомогою.

Депресивні стани також поділяють залежно від їх глибини, тобто ступені вираженості. У випадку, коли людина не зважаючи на окремі симптоми пригніченого настрою все ж знаходить сили змусити себе займатися щоденними справами, це відносять до легкого ступеня депресії. Коли у людини наявні декілька депресивних симптомів і людина намагається, однак не може себе змусити зробити те, що потрібно – це є ознакою помірною ступеня депресії. А за наявності практично всього переліку депресивних симптомів та розладів, коли людині надзвичайно важко даються навіть звичайні побутові завдання, у такої людини діагностується депресія важкого ступеня. Монополярна (велика, клінічна) депресія є найбільш поширеною формою депресивного розладу. Термін «монополярна» вживається на основі наявності одного крайнього «полюса» (положення) в діапазоні емоцій, для якого характерними є тужливий та пригнічений настрій. До цього настрою відносяться відчуття печалі, що не проходить або повна безрадісність, порушення сну, неможливість зосередитися, порушення пам'яті, зниження апетиту, больові відчуття у різних місцях, відчувається важке почуття

глибокого душевного болю (туги). В такому стані особистість відчуває себе нікчемною, не здатною ні на що, самооцінка падає, своє становище вона оцінює як безнадійне.

Виділяють 4 основні групи депресивних симптомів: 1. Розлади настрою (туга, пригніченість, самозвинувачення та ін.); 2. Зміни в поведінці (замкнутість, відчуженість); 3. Порушення пізнавальної діяльності (неуважність, погіршення пам'яті та ін.); 4. Фізичні прояви (порушення сну, погіршення апетиту, головна біль та ін.). Залежно від віку та способу життя симптоми депресії можуть проявлятися по-різному. Через те, що депресивний розлад вражає мислення людини, її настрій (що може проявлятися у його хвилеподібних перепадах), для неї важко самостійно дати правильну оцінку власного стану.

Головними ознаками депресії є стійке відчуття пригніченості а також втрата інтересу до життєвих радощів, що може перейти до крайньої байдужості до всього і всіх. Спустошеність, гнітюче відчуття пригніченості та повної безнадії, думки про повну нікчемність власного життя є не просто печалю, а болісним душевним станом. Переживаючи депресію людина може замкнутись в собі та відгородитись від оточуючих.

Фізична картина депресії зазвичай проявляється у сповільненні моторики, опущених плечах, повільній ході, сповільненій мові, яка стає бідною на слова. Цей стан називається психомоторною загальмованістю. Однак бувають і навпаки прискорені рухи (психомоторне збудження).

Існують також менш поширені форми великої депресії: психотична депресія (додатково розвиваються марення та галюцинації, значно зростає загроза суїциду, в такому стані необхідна негайна госпіталізація), атипова депресія (змішані симптоми, що є типовими для великої депресії та нетипових симптомів), післяпологова депресія, перед менструальний дисфоричний розлад.

Отже, депресивний стан впливає і на думки та почуття особистості. У людини утруднюється мислення, плутаються думки, вони течуть уповільнено, зосередитися на чомусь конкретному дуже важко, виникає неуважність та порушення пам'яті. В такому стані відбувається спотворення думок та почуттів,

вони не відображають реальну дійсність, людина стає тривожною, її долають різні страхи, самооцінка знижується через думки про власну неповноцінність, нікчемність та провину. Таке самовідчуття може підсилюватися різноманітними хворобливими проявами, періодично виникають суїцидальні думки без спеціального плану, можливі суїцидальні спроби або ж спеціальна розробка плану для здійснення суїцидальних намірів.

1.2. Суїцид в контексті історії. Природа та типи суїцидальних переживань

Факти скоєння самогубств відомі з найдавніших часів. З історії стародавнього Єгипту (від 7 до 10 династії – приблизно 2000 р. до н.е.) до нас дійшов діалог людини зі своєю душею. Між учасниками ведеться суперечка на рахунок дозволу вбивати самого себе. Людина стверджує, що думає про можливість позбавити себе життя через те, що її існування наповнюється стражданням та нестерпним болем. Єгиптяни не сприймали самогубство як порушення юридичних чи духових принципів, тому у цьому діалозі не простежується стримувальний релігійно-моральний страх [3].

Інші стародавні релігії переважно табуували прояви самогубства. Це характерно для іудаїзму, погляди якого потім відобразились у ісламі та християнстві [4].

Тіла самогубців віддавались на поталу на знак зневаги, відомий звичай захоронення їх тіл на роздоріжжі. Іудейська релігія засуджувала не лише саме самогубство, але й наміри та бажання щодо його скоєння. Проте, коли суїцид міг бути можливістю уникнути несправедливого страждання, іудеї визнавали винятки. Три згадки такого роду про самогубство можна знайти в Книгах Маккавейських (165 – 37 рр. до нашої ери) [5]. Кожна з цих згадок була пов'язана із мучеництвом.

Також, відомий факт про те, що коли загроза захоплення фортеці Масада римлянами стала неминучою, іудеї влаштували масове колективне самогубство.

У сучасному іудаїзмі ставлення до суїциду змінилося – самогубство не потрібно засуджувати, його потрібно розуміти і запобігати, представники цієї релігії із співчуттям та розумінням ставиться до тих, хто віднімає чи намагається відняти у себе життя [4], [5].

Для перших християн самогубство було виправданим, коли переслідування за віру робило їх існування нестерпним. Така парадигма існувала до моменту, коли Августин Блаженний (354 – 450 роки нашої ери) не прирівняв суїцид до гріху. З часом, самогубцям почали відмовляти у погребальних ритуалах і піддавали усе більшому осуду. Самогубство сприймалось одним із найбільш відразливих злочинів.

Суїцид є один із найважчих гріхів також і в ісламі. Самогубство заборонено у Корані. Проте, акти самовбивств можливі, якщо вони здійснюються в ім'я Батьківщина та Бога. Для таких вчинків характерний стан екзальтації, що відрізняється від стану відчаю, у якому люди вчиняють «звичайний» суїцид [4].

Філософська школа стоїків у античній Греції вважали, що людина повинна жити у відповідності з природою. Тому можна піти з життя добровільно, шляхом суїциду, коли життя людини стає нестерпним [4].

Згідно з поглядами епікурійців, самогубство також вважалось цілком прийнятним рішенням для людини. Ця школа називала досягнення задоволення основною метою життя людини. Тому самогубство може бути прийнятною альтернативою, якщо життя більше не приносить щастя: смерть для нас ніщо, коли є ми, то смерті немає, коли ж є смерть, то вже немає нас [3],[4].

У Античній Греції були і противники таких ідей. У своєму творі «Держава» Платон (427 – 347 до нашої ери) говорив, що забезпечення мужності у житті, навіть якщо воно наповнене стражданням і горем є істинним принципом поведінки особистості, таку можливість людині надає «функція розуму». Хоча, як ми бачимо, Платон і був противником суїциду, проте, у своєму творі «Апологія Сократа», він визнав, що у ситуації несправедливості, заради збереження гідності, прийняти смерть добровільно (хоча це й не рівноцінно суїциду) краще, ніж піти на угоду та компроміс зі злочинцем.

Можна зробити висновок, що епоха до раннього середньовіччя, а також стародавні культури розглядали суїцид як вчинок, який був негідний з релігійно-моральної точки зору, виправдовуючи, одночасно, самогубство в ім'я вищих етичних або ідейних цілей.

З початком середньовіччя до самогубства почали ставитись скоріше негативно. Фома Аквінський (1225 – 1274 рр. н.е.) вважав, що людина повинна жити – через обов'язок перед людьми, навіть проти своїх бажань. Він доводив, що суїцид є позбавленням соціуму однієї з важливих речей, його пограбуванням [12].

Суїцид довгий час вважався злочином в Англії та значній кількості інших держав тогочасної Європи. Тих, хто вчиняв спроби самогубства очікувало тюремне заключення. Протягом ХХ століття кримінальну відповідальність за вчинення суїциду було скасовано у більшості країн.

Нові погляди на самогубство породили філософські течії ХVІІ століття, коли похитнувся авторитет релігії. Настоятель Собору святого Павла у Лондоні та відомий британський поет Джон Донн (1571 - 1632 роки), одним із перших почав виступати проти ставлення церкви до суїциду. Руссо, Монтеск'є, Юм, Вольтер вставали на захист свободи особистості людини та відстоювали самогубство при певних обставинах [7],[8],[9],10].

Перспективами соціальних наук врівноважувались релігійно-етичні підходи до питання самогубств. Так, Е. Кант (1789) стверджував, що суїцид є приниженням всього людства [11].

У країнах Сходу ставлення до самогубства визначали інші традиції.

Приклад Японії тут є найхарактернішим. У Японії самогубство було глибоко вкоріненим у національних та релігійних традиціях та було доволі поширене. Становище, у якому було принижено гідність і честь вільної людини, призводило до неминучої саморуйнації – без якого-небудь власного вибору.

Яскравим прикладом цього є етично-моральний кодекс самураїв, у якому суїцид виступав актом найвищої гідності у становищі, коли воїн позбавлявся будь-якого власного вибору.

У наш час самогубство розглядають як багатофакторний феномен – біологічну, соціальну та медичну проблему, яку можна вирішити.

У сучасному підході, найважливішим є факт визнання психопатологічного підґрунтя за більшістю вчинених самогубств, інакше кажучи, наявності принаймні мінімальних розладів психіки. Цей факт виводить проблему суїцидів з виключно моральної сфери у різнопланову сферу, основне місце якої займає соціально-медичний підхід. Саме тому, з метою своєчасної превенції самогубства, останніми десятиліттями сили науковців були направлені на можливості ранньої діагностики ризику суїциду [12]. Відкриваються багато служб допомоги в кризових станах та кризових центрів, створюються державні програми превенції самогубств [14].

Стислий історичний нарис переважаючих поглядів на суїцид показує, що до останніх півтора століть роки посягання на власне життя було під морально-суспільним, часто суперечливим, суворим табу.

Це табувало також і наукове дослідження тематики самогубства, та великою мірою забиравало потребу у передбаченні самогубства. Вбачати потребу людства розглядати самогубство не лише як заборонену агресію проти себе, але також у якості душевного патологічного стану можна було лише з виділенням психіатрії в окрему дисципліну (датоване з кінця 18 століття). Через це виникла можливість «оберігаючого» та прагматичнішого ставлення до суїциду.

У історичному контексті також варто зазначити, що хоча питання превенції суїциду щораз більше і ширше обговорювалось (причому в останні п'ятдесят років ще й серед психоаналітиків та соціологів, а не лише серед психіатрів), проте переважно у індивідуальному плані, з позиції психопатології власне хворого.

Отже, з невеликої історичної оцінки проблеми самогубств можна побачити, що:

а) через те, що посягання на своє життя сприймалось як порушення базових морально-суспільних табу, у допсихіатричну епоху питання запобігання і передбачення суїцидам майже не обговорювалось;

б) виявлення і превенція самогубств, пов'язаних із психологічним стражданням набуло особливої ваги з розвитком психіатрії.

Слово "самогубство" настільки вкоренилося у повсякденному вживанні, що може здатися, що значення не потрібно уточнювати. Насправді повсякденна лексика, як і терміни, які вона використовує, настільки неоднозначна, що необхідно об'єктивно визначити це явище, тобто самогубство.

Отже, суїцидом вважається свідомий та навмисний акт, спрямований на позбавлення життя самої людини, яка вчиняє акт, що призводить до смерті.

Ознаками терміну «самогубство» є:

- 1) жертва і суб'єкт самогубства - одна і та ж людина;
- 2) об'єктом замаху є життя самої людини;
- 3) ціль – позбавити себе життя;
- 4) смерть спричинена власними діями самої людини [15].

Самогубство - це навмисне заподіяння собі шкоди, мета якого є смерть, це виключно людський акт, який існує в усіх культурах [15].

Суїцидальна поведінка - термін, що позначає всі прояви суїцидальної активності: висловлювання, думки, погрози, наміри, замаху на своє життя.

Суїцидальна спроба або парасуїцид - навмисне самоушкодження або самоотруєння, яка не закінчилась смертю [16].

На думку спеціалістів (Абрумова, Личко, Дюркгейм), суїцидальна поведінка - це процес, який найчастіше протікає в кілька етапів:

1. антивітальні переживання;
- пасивні суїцидальні думки;
2. активні суїцидальні думки
3. суїцидальні наміри, розробка плану;
4. пошук і підготовка засобів для його здійснення;
5. суїцидальні спроби;
6. завершений суїцид [16-18].

Під впливом гострих або тривалих психотравмуючих ситуацій, у людини виникають антивітальні переживання («життя безглузде», «нічого хорошого вже не буде», «я нікому не потрібен», «не живу, а існую» і т.д.). Потім можуть

формування пасивні суїцидальні думки («добре б, якби мене збила машина», «от якби заснути і не прокинутися»). На наступному етапі починають формуватися активні суїцидальні думки: людина цікавиться способами самогубства, обмірковує більш відповідний для себе, приймає рішення про вчинення суїциду. Далі відбувається більш детальна розробка плану – вибирається місце, час, конкретний спосіб, можуть вживатися дії, щоб спробі ніхто не завадив. Далі може слідувати безпосередня суїцидальна спроба, яка в разі «невдачі» може бути неодноразовою [19].

За часом весь суїцидальний процес може становити від декількох місяців до декількох хвилин. Безпосередньому акту самогубства передують період, званий фахівцями «пресуїцид», і включає дві фази. Перша не супроводжується суїцидальних поведінкою. Підліток активно шукає «точки опори», прагне знайти вихід з болісної ситуації, шукає підтримки оточуючих. Поступово, вичерпуючи різні варіанти, він переконується в безвиході і нерозв'язності своєї проблеми. Гостро відчувається нестерпність існування, самотність, безвихідь. На цьому етапі робота з психологом дають найбільш високі результати. Друга фаза включає в себе власне весь суїцидальний процес від думок до спроби самогубства. На цьому етапі зусилля психологів і вчителів запобігти самогубству, зазвичай, неефективні. Потрібне втручання лікаря-психіатра і підключення медикаментозної терапії [19].

Підлітки переважно скоюють самогубство-протест і самогубство-заклик, рідше – самогубство-самопокарання і самогубство-відмову.

Суїцид-заклик покликаний посилити допомогу, втручання для кардинальної зміни ситуації. Самопокарання – це наслідок вини по відношенню до когось, відмова - рідкість, в першу чергу в ситуаціях песимістично-філософського ставлення до світу.

Суїцид у підлітків в основному спричинений віковими психологічними характеристиками, серед яких переважають егоцентризм, негатив, емоційна нестабільність та інфантильність. Передумови самогубства підлітків включають:

- нездатність підлітка зрозуміти і висловити свої почуття, пояснити свої

переживання;

- особливість його відчуття місця у світі: з одного боку, він уже не
- дитина (переживає бажання дорослих), з іншого боку, це досі особистість, яка залежить від своєї родини (яка, в свою чергу, стає менш важливою, ніжоднолітки).

- нестабільність самооцінки, необ'єктивне уявлення про власну компетентність;

- максималізм в оцінці себе та інших, нездатність передбачити наслідки своїх вчинків [4].

Особистісно-психологічною основою самогубства неповнолітніх є депресивний розлад, головним чином імпульсивність, емоційна незрілість та нестабільність.

Імпульсивність підлітків-самогубць виявляється у нездатності зрозуміти, критично зважити їх суїцидальні рішення, передбачити наслідки своїх дій, шукати несуйцидальних можливостей для ефективного захисту себе та своїх інтересів. Підліток не може довго розмірковувати над рішенням.

Емоційна нестабільність і нездатність керувати собою призводить до різноманітних конфліктних ситуацій. Емоційна незрілість підлітків як недорозвинена емпатія до страждань інших людей, відсутність самопожертви, любові, емоційний егоцентризм та сугестивність (навіювання) є важливою передумовою самогубства. Це виявляється в тому, що підліток некритично переносить на себе емоційні переживання як реальних самогубців, так і героїв творів мистецтва, що залишили у нього сильне «привабливе» враження. [5].

Ці характеристики визначають деякі типи суїцидальних реакцій у підлітковому віці:

Реакція депривації. Переважно спостерігається у дітей в період молодшого та середнього пубертату. Цю реакцію можна охарактеризувати придушенням емоційної активності, втратою інтересу до хобі та занять. Підліток відсторонюється, стає мовчазним, опиняється наодинці з негативними переживаннями. Основним змістом переживань є страх бути покараним за академічну неуспішність, неправильну поведінку тощо. Підліток

переконаний, що він справді винен і очікує публічного покарання. Подібні реакції спостерігаються у підлітків із "заможних" сімей з двома батьками, задовільними матеріально-побутовими потребами, відсутніми асоціальними проявами тощо. У той же час у сім'ї існує авторитарний стиль виховання, покарання, відсутність емоційних контактів. Бажання покінчити життя самогубством характеризується постійним і вираженим бажанням померти, метод вибирається ретельно, все робиться так, щоб ніхто не перешкодив спробі. У післясуїцидний період швидко складається критичне ставлення до самогубства як засобу вирішення конфлікту. Емпатичний контакт і довіра до дорослих важливі, щоб уникнути подальших спроб [12].

Експлозивна реакція. Найчастіше виражена у підлітків середнього пубертатного віку. Характеризується емоційною напруженістю, агресивністю, ворожістю не лише до учасників конфлікту, а й до всіх інших. Вони проявляються різними порушеннями поведінки. Такі реакції виникають у підлітків, які прагнуть бути лідерами. Вони виростають у сім'ях, де такі реакції на ситуативні труднощі є традиційними для дорослих членів сім'ї. Конфлікти, сварки взаємними претензіями, вживання алкоголю створюють напругу, що сприяє формуванню відповідної поведінки у молодих членів сім'ї. У цьому випадку самогубства визначаються як прагнення помститися тим, хто образив, для доведення своєї правоти. Таким підліткам притаманні висловлювання на кшталт: «Навіть ціною свого життя я доведу, що до мене поводитись несправедливо», «Нехай я помру, але він (наприклад, класний керівник) звільниться із нашого класу». У цих випадках самогубство емоційне, часто в найгарячішій фазі конфліктних ситуацій. Самогубство не планується заздалегідь. Після спроби самогубства залишається відсторонене ставлення до інших, критика самогубства висловлюється не відразу, особливо якщо внаслідок спроби ситуація була змінена на користь підлітка. Основним завданням реабілітації у цих випадках разом із соціально-психологічною допомогою є педагогічна корекція [15].

Реакція самоусунення. Виражена у дітей середнього пубертату, а також у підлітків старшого пубертату з характеристиками соціальної та емоційної

незрілості. Такі підлітки часто хворіли в дитинстві, були фізично слабкими, з ознаками соціальної занедбаності. Реакція характеризується прагненням утекти від життєвих проблем, витиснути усвідомлення конфліктів з іншими, привертає увагу на себе надзвичайну емоційна нестабільність цієї групи підлітків. Вони легко розчаровуються в невдачах і занадто раді найменшому успіху. Ці підлітки не є самостійними у прийнятті рішень, на них частовпливають однолітки, рано починають палити, вживають алкоголь. Такі поведінкові розлади сприяють конфліктам з іншими, ситуаціям, що загрожують покаранням. Суїцидальні дії – це прояв прагнення вийти з конфлікту, при цьому як вихід бачиться не обов'язково смерть, а можливість захворювання. Для заподіяння собі шкоди підлітки вживають наркотики, що загрожують життю, і не демонструють імітацію самогубства. У випадках, коли спроба самогубства спричинена бажанням померти, це бажання стає нестабільним протягом періоду реалізації. Намагаючись вбити себе, підлітки активно звертаються за допомогою. Вони самі викликають швидку допомогу, просять її врятувати та повідомляють про самогубство дорослій людині. Негативне ставлення до суїциду сформовується одразу після замаху з почуттям провини і сорому за свої вчинки. Допомога самогубцям цієї групи включає соціально-психологічну допомогу в подоланні конфліктів та психотерапевтичну корекцію поведінки [16].

Отже, суїцидом вважається свідомий, добровільний та навмисний акт, що призводить до смерті людини, яка його вчинила. Ознаками терміну “самогубство” виступають: 1) жертва і суб'єкт самогубства - одна і та ж людина; 2) об'єктом замаху є життя самої людини; 3) ціль – позбавити себе життя; 4) смерть спричинена власними діями самої людини. Підлітки переважно скоюють самогубство-протест і самогубство-заклик, рідше –самогубство-самопокарання і самогубство-відмову. Особистісно-психологічною основою самогубства неповнолітніх є депресивний розлад, головним чином імпульсивність, емоційна незрілість та нестабільність. Ці характеристики визначають деякі типи суїцидальних реакцій у підлітковому віці: реакція депривації, експлозивна, самоусунення.

1.3. Особливості перебігу та чинники виникнення суїцидальних переживань у підлітків

Високий рівень самогубств в Україні та інших країнах породжує питання про причини цього явища та способи запобігання цьому. У науковій літературі причини суїциду розглядаються разом із факторами суїцидальної поведінки, включаючи нейробіохімічні, соціальні, філософські та психологічні [20], [21], [22], [23], [24], [25].

На наш погляд, доречно розглянути вищезазначені фактори для більш глибокого аналізу причин суїциду. У науковій літературі виділяються такі теорії про причини суїциду:

- біологічний погляд – розглядає суїцидальні переживання у контексті біологічних факторів;
- психологічний – розглядає взаємозв'язок між самогубством та самоагресією, негнучким мисленням, змінами в системі цінностей і т.д;
- соціальний – такі фактори, як самотність та соціальна інтеграція, відсутність соціальних відносин та самогубство у конфлікті між людиною та суспільством [26].

Вищезазначені теорії про причини виникнення суїцидальних переживань тісно пов'язані. Цей взаємозв'язок особливо помітний при аналізі причин суїциду.

Найпоширенішими мотивами самогубства у підлітків є невдале кохання, невдоволення оточуючими, особисті та родинні конфлікти, боязнь кримінальної відповідальності, покарання або сорому, труднощів у навчанні.

Вчені І. Невський та Л. Колесова вважають, що у підлітковому віці часто суїцидальна поведінка не є спробою самогубства, а лише використанням «суїцидальних прийомів» для досягнення іншої мети (несуїцидальної) [27]. Серед інших факторів ризику суїцидальної поведінки виділяють психотравматичні ситуації, пов'язані з відвідуванням школи, характером або поведінковими розладами.

У багатьох випадках самогубство дітями розглядається як радикальний спосіб уникнути конфлікту, сорому та покарання. Суїцидальний афект у таких випадках раптовий та короткочасний. Але афективного стану може бути достатньо, щоб дитина зробила те, що неможливо виправити, скориставшись першою можливістю – висотою, мотузкою, зброєю, отрутою. У глибині душі їх підтримує думка, що, задовольняючись стражданнями тих, кого вони хотіли вбити, вони воскреснуть і всі помиряться. Зазвичай таке самогубство здійснює емоційно неврівноважена, егоцентрична, примхлива, нетерпляча дитина [28].

Характер суїцидальних переживань в дитячому та юнацькому віці значною мірою залежить від специфічних характеристик суїцидента.

На думку А. Амбрумової та Е. Вроно, для підлітків із суїцидальними намірами характерні такі фактори: збудливість, імпульсивність, висока сугестивність, сенситивність, емоційна нестійкість та несаможиттєвість мислення [29].

Однак ці особливості є певною мірою спільними для всіх підлітків, що пояснює високий відсоток гострих реакцій на стрес та реактивних станів, що визначають досуїцидальний період у підлітковому віці. Ці риси, які часто виражаються в контексті акцентуації характеру, створюють перші умови для соціальних та психологічних проблем людини в підлітковому або юнацькому віці (табл. 1.1). Дані, які отримав В. Рибалка, показують, що при демонстративній суїцидальній поведінці половина досліджуваних виявилися репрезентантами істероїдно-нестійкого, гіпертимно-істероїдного та істероїдного типажів, 32% – епілептоїдного й епілептоїдно-істероїдного типажів і тільки 18% були носіями всіх інших типів. Водночас спроби самогубства переважно здійснювали носії сенситивного (63%) і циклоїдного (25%) типів [30]. Багато авторів відзначають надзвичайно низький рівень самогубств шизофреніків у підлітковому віці [15], [17], [20], [21], [22;].

Особливості проявів депресії у підлітків з різними акцентуаціями характеру

| Назва акцентуації характеру (за Подмазіним) [30] | Прояви депресії у підлітків |
|---|---|
| Гіпертимний | Ризикованість, зневага до небезпеки |
| Циклоїдний | Афекти, субдепресія, відчай, несвідоме бажання завдати собі шкоди |
| Лабільний | Суїцидальна поведінка характеризується швидким прийняттям рішення, заснованим на ненаситному бажанні «зробити щось із собою». Іншою причиною може бути бажання «забутися». Часто саморуйнівну поведінку викликає емоційний холод близьких та важливих людей |
| Сенситивний | Відчуття власної неповноцінності призводить до реактивної депресії, суїцидальних намірів та раптової їх реалізації. |
| Психастенічний | Недостатній стан адаптації, нерішучість, страх втратити соціальний статус, страх відповідальності |
| Інтровертований | Характерне використання допінгу. У підлітковому віці спостерігається низька суїцидальна активність |
| Збудливий | На тлі афекту він можуть переступити межу обережності. У стані самотності або у відчайдушній ситуації можливе заподіяння собі шкоди. Найчастіше роблять порізи, опіки, іноді з мазохістських причин. |
| Демонстративний | Таким підліткам властивий демонстративний тип суїциду |
| Нестійкий | Отримання задоволення є метою всіх інтересів |
| Астено-невротичний | Іпохондрія та дратівливість. Однак афект не характеризується поступовим збільшенням ні сили, ні тривалості |

А. Личко розрізняє три типи суїцидальної поведінки у підлітків: демонстративна, афективна та справжня [17].

Демонстративний тип суїцидальної поведінки – це не завжди свідоме підлітком привертання уваги до ситуації, в яку він потрапив, викликання емпатії, уникнення очікуваних неприємних наслідків за якісь учинки, вихід зі

складної ситуації, а також бажання налякати (шантаж, погрози, вимагання і т.д.).

Демонстративна спроба не завжди закінчується виживанням, оскільки підліток часто не підозрює про те, наскільки небезпечні його дії та які можуть бути їх наслідки.

Афективна суїцидальна поведінка – це форма гострих психогенних реакцій на фоні акцентуацій характеру, психопатії або наслідків органічного ураження мозку. Одним із таких видів самогубств у підлітковому віці є реакція протесту, яка представляє собою дуже сильну образу, різке невдоволення оточуючими або собою, задоволення бажання помсти, покарання винного.

Така реакція може обмежуватися думкою або ідеєю самогубства або може проявлятися як спроба самогубства. В останньому випадку рішення не розглядається заздалегідь, а є результатом механізму «короткого замикання».

Суїцидальні реакції протесту здійснюються на самоті. Якщо летальний результат не настає, діти та підлітки, як правило, соромляться своїх дій, намагаючись їх приховати.

При справжньому самогубстві підліткові думки про самогубство часто займають багато часу, і підліток робить певні кроки, щоб ніхто не міг перешкодити здійсненню наміру. Передсмертні записки часто включають причини вчинку, суб'єктивні судження про обставини, самообвинувачення і т.д. Суїцидальні переживання, як правило, є наслідком тривалої та важкої психічної травми, яка в першу чергу впливає на слабкі сторони акцентуйованого характеру (найчастіше у чутливих та циклоїдних підлітків (уфазі депресії)). Крім того, справжня суїцидальна поведінка у підлітків частіше зустрічається при депресивних розладах різного походження.

Депресія, в основі якої лежить придушення всіх психічних і фізичних проявів людини, у підлітків суттєво відрізняється від депресії у дорослих. Злободенність підліткових депресій полягає не тільки тому, що їхня кількість в останні роки збільшується, але й у тому, що депресія може бути непомітною за психопатичними розладами поведінки, призвести до алкоголізму або вживання наркотиків, які вони хочуть підняти настрій, придушити глибоко приховані

важкі переживання [31].

Таким чином, у науковій літературі від причин суїциду виділяють наступні теорії: біологічний погляд – розглядає суїцидальну поведінку у контексті біологічних факторів; психологічний – розглядає взаємозв'язок між самогубством та самоагресією, негнучким мисленням, змінами в системі цінностей і т.д; соціальний – такі фактори, як самотність та соціальна інтеграція, відсутність соціальних відносин та самогубство у конфлікті між людиною та суспільством. Найпоширенішими мотивами самогубства у підлітків є невдале кохання, невдоволення оточуючими, особисті та сімейні конфлікти, страх перед кримінальною відповідальністю, покаранням чи соромом, труднощі у навчанні. А. Личко розрізняє три типи суїцидальної поведінки у підлітків: в: демонстративна, афективна та справжня. Справжня суїцидальна поведінка у підлітків частіше зустрічається при депресивних розладах різного походження. Прояви депресії у підлітків істотно відрізняється від проявів депресії дорослих.

1.4 Профілактика суїцидальних переживань підлітків та дітей

Плануючи профілактичні дії щодо запобігання суїциду, важливо пам'ятати, що певні обставини виступають факторами проти самогубства. Вони поділяються на сімейні й особистісні, культурні та соціально- демографічні [32].

До культурних та соціально-демографічних факторів належать:

- участь у публічних заходах (спортивні змагання, клуби, товариства і т.д.);
- дружні та виважені стосунки з однолітками;
- хороші стосунки з дорослими та вчителями;
- підтримка близьких.

Як зазначалося раніше, проблеми у сім'ї можуть бути одним із факторів суїциду неповнолітніх. Проте, з іншого боку, сприятлива сімейна атмосфера є фактором протидії самогубству:

- навички спілкування в сім'ї, добре розвинені, щирі, сердечні

- стосунки між усіма членами сім'ї;
- близькі розуміють потреби та особливості розвитку людини;
- підлітки у всіх сферах мають підтримку сім'ї.

Особистісні характеристики неповнолітніх також можуть бути захисними факторами:

- навички спілкування з іншими (однокласниками, дорослими, друзями, знайомими);
- впевненість у собі, своїх силах, віра у досягнення цілей, мрій;
- можливість (вміння) звернутися за допомогою та допомогою у разі виникнення труднощів;
- готовність консультиватися з дорослими при прийнятті важливих рішень;
- відкритість думкам і переживанням інших;
- толерантність до нового, здатність опановувати новими знаннями [33].

Серед факторів, що захищають від самогубства, є всі фактори, що розвивають гармонійний, духовний характер [34].

Однак серед них варто розрізняти ті, що прямо протистоять суїцидальним тенденціям, створюючи особливий імунітет особистості. проведення профілактичних робіт з профілактики самогубства дітей та підлітків [32]:

- формування сенсу життя, перспектив життя, міцних зв'язків із близькими, сім'єю, соціумом, природою, пристосованість до суспільства;
- присутність таких якостей, як підтримка, доброзичливість, висока емпатія, взаєморозуміння, щирість і т. д.;
- «інтелектуальний опір» будь-якій формі смерті, включаючи самогубство.

Ступінь довіри між підлітками та дорослими відіграє ключову роль у запобіганні самогубства підлітків. Дитина повинна мати можливість поділитися з кимось із дорослих або однолітками своїми проблемами, сумнівами, болями, тоді кризисна ситуація не зайде в глухий кут і зможе бути подолана.

Якщо у дитини немає довірливих стосунків з батьками, тоді поруч із ним повинна бути принаймні одна людина, з якою вони можуть поділитися власними переживаннями.

Іншим важливим фактором запобігання суїциду є здатність дитини вирішувати власні проблеми, а не уникати їх [34].

Потрібно підкреслити, що основа запобігання суїцидальних переживань є превенція, яка полягає у виявленні ризику суїцидальної активності на ранніх стадіях формування суїцидних намірів. Це вимагає знання соціальних та психологічних принципів формування суїцидальних намірів та можливість використання їх в інтересах потенційного самогубця.

Превенція на перших етапах, за умови відсутності аутоагресивних проявів, полягає у профілактичній, едукативній, просвітницькій роботі, яка спрямована на викорінення соціальних міфів та хибних уявлень про самогубство. Виявлення перших ознак аутоагресивних тенденцій свідчить про необхідність профілактичного психокорекційного втручання. Симптоми включають суїцидальні сигнали або суїцидальні комунікації .

Найпоширенішими суїцидальними комунікаціями є такі [35]:

- За формою – вербальні, у тому числі письмові.
- За характером – прямі (явні) або непрямі (приховані).
- За змістом – вираження афектів (почуття осуду або провини), спроби пояснити свої дії, вказівки родичам або запити до людей.
- За об'єктом – цільова група або конкретна людина.
- За метою – заклик про допомогу (благання порятунку), прояви агресії (звинувачення себе, звинувачення інших).

Якщо поточному кризовому стану та конфлікту передували минулі спроби суїциду, ризик збільшується. Також ризик збільшує наявність актуальних чи минулих особистісних або невротичних розладів, епізодів депресії.

Допомога вчителя у вчасному виявленні таких дітей полягає в тому, що при частих контактах з дитиною він може побачити ознаки проблемного стану: аутоагресивну поведінку, стрес, агресію, апатію. У таких випадках вчитель звертає увагу батьків, адміністрації школи, практичного психолога, соціального педагога, шкільного лікаря на конкретну дитину. Може бути доцільним зв'язатися із відповідним спеціалістом спільно (учень та вчитель), оскільки дитина сама може побоятись чи просто відкинути таку ідею.

Ця посередницька роль вчителя має позитивний вплив, оскільки це вже акт уваги та участі, що дуже важливо для підлітка в стресовому стані та самоагресивній поведінці. Крім того, підлітки переважно не мають досвіду глибокого самоаналізу, тому не дуже добре уявляють, що з ними відбувається і куди звернутися за допомогою. У цьому випадку сама розмова може містити елементи усвідомлення: які їхні страждання, як вони протікають, з ким це відбувається, яку діяльність люди роблять у подібних ситуаціях, хто допомагає, що таке психологічна допомога і т.д. [36].

Одне з основних завдань практичного психолога – запобігання суїцидальних переживань, яку можна виконувати при таких видах роботи:

- зниження психологічної напруги від ситуації, яка травмує;
- зниження емоційної залежності;
- розвиток поведінкових механізмів компенсації;
- створення адекватного ставлення до смерті та життя [34].

Заходи щодо запобігання суїцидальній поведінці серед неповнолітніх включають [37]:

1. Виявлення підлітків, які мають труднощі у навчанні, поведінки, ознаки емоційних порушень:

- бесіда з класним керівником, іншими вчителями, з якими контактує дитина;
- спостереження безпосередньо на уроках;
- аналіз анкет, тести, соціометричні опитування;
- бесіди та консультування для батьків.

2. Визначення причини труднощів, проблем дитини:

- індивідуальна діагностика дітей під час тестування, інтерв'ювання, бесіди;
- аналіз проблем дитини з виявленням основних причин її труднощів;
- визначення рівня небезпеки та типу суїцидальної поведінки.

3. Перспектива подолання негараздів:

- направлення до дитячих психоневрологів та психотерапевтів, соціальних служб для дітей;
- групова чи індивідуальна психологічна корекція;
- робота психолога та соціального педагога з сім'ями: рекомендації щодо зміни сімейних стосунків та зміни виховного стилю;
- рекомендації вчителям щодо вибору індивідуального стилю спілкування з конкретною дитиною;
- тимчасова зміна навчання на індивідуальну форму;
- зміна колективу (класу, школи);
- зміна вчителя;
- заохочення позакласної активності, створення ситуацій успіху;
- допомога сім'ї від вчителів, спеціалістів із захисту дітей.

Під час психологічної освіти вчителі знайомляться з поняттям самогубства, із зовнішніми ознаками самогубця. Класичний погляд на те, що підліток з суїцидальними нахилами – це підліток з сумними очима, не завжди є правильним. Дитина, яка зловживає алкоголем або курінням, також може бути в зоні ризику. Важливо ознайомити вчителів із міфами, що існують навколо суїциду, ознаками суїцидальних думок.

Особливу увагу слід приділити формуванню психологічної готовності вчителів до профілактичної роботи у цій галузі, адже більшість вчителів відчуває дискомфорт, говорячи про самогубство, що виявляється у запереченні або униканні цієї теми. Окремим напрямком роботи з викладачами має бути ознайомлення з конструктивними способами взаємодії з учнями. Адже певні явища у шкільному житті можуть призвести до самогубства підлітка. Сюди входять часті порушення тактовності, етики, прояви неповаги до людської

гідності учня та насильство у всіх його формах, поганий психологічний клімат у школі, неповага до гідності учня та насильство у всіх його формах. Для вчителів можуть бути організовані психолого-освітні семінари на теми: «Характеристика суїцидальної поведінки дітей та підлітків», «Причини суїцидів неповнолітніх», «Превенція суїцидальних тенденцій та запобігання повторній спробі самогубства», «Чинники, що впливають на суїцидальні переживання підлітків», «Допомогти при загрозі самогубства» і т. д. [32].

Рекомендується організувати психологічно-педагогічні консилиуми чи спеціалізовані педради, присвячені запобіганню суїцидів; під час підготовки до педрад проводиться дослідження психологічного клімату в учнівських класах, розподілу ролей в них, виявлення відторгнутих дітей та дітей-лідерів. Хоча причиною самогубства на перший погляд може здатися шкільний конфлікт, визначальна роль пов'язана з сім'єю, зокрема атмосфері всередині сім'ї та тому стану, в якому знаходяться батьки. Саме тому просвіта на батьків теж має поширюватися психологічна просвіта. Це навчання батьків регуляції емоційних станів, допомозі дитині в гострій травматичній ситуації і т. д. [31].

Отже, можна виділити наступні стратегії роботи практичного психолога щодо запобігання суїцидальних переживань: зниження психологічної напруги від ситуації, яка травмує; зниження емоційної залежності; розвиток поведінкових механізмів компенсації; створення адекватного ставлення до смерті та життя. Заходи щодо запобігання суїцидальній поведінці серед неповнолітніх включають виявлення підлітків, які мають труднощі у навчанні, поведінки, ознаки емоційних порушень; визначення причини труднощів, проблем дитини та перспективу подолання негараздів. Рекомендується організувати психологічно-педагогічні консилиуми чи спеціалізовані педради, присвячені запобіганню суїцидів, а психологічна просвіта повинна поширюватись також і на батьків.

Узагальнюючи результати теоретичних досліджень побудовано схему чинників схильності до суїцидальної поведінки підлітків (рис. 1.1.).

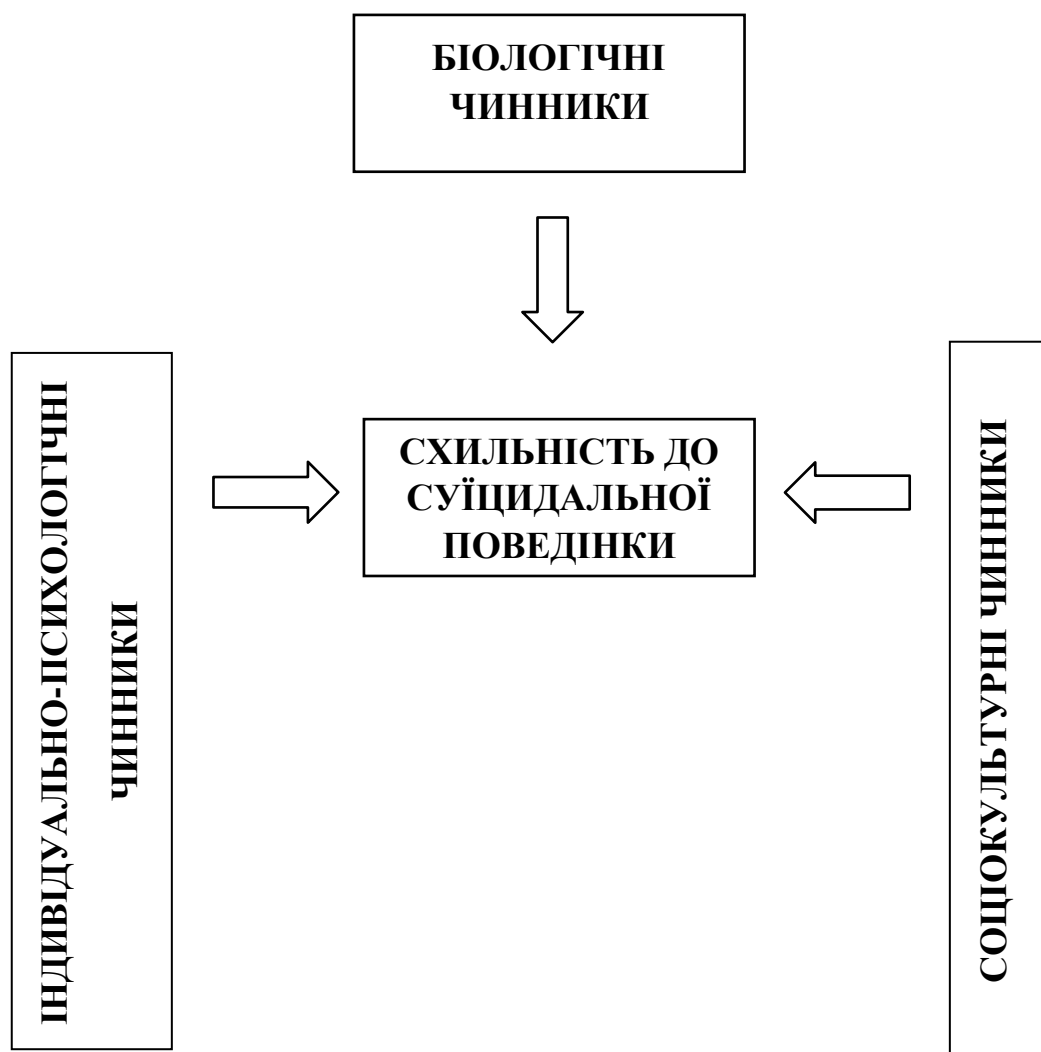


Рис. 1.1. Теоретична модель чинників схильності до суїцидальної поведінки підлітків

Отже, на схильність до суїцидальної поведінки впливають індивідуально-психологічні чинники (рівень саморегуляції, емпатійності, імпульсивності, тривожності, фрустрації, ригідності, агресивності та ін.), соціокультурні чинники (психосоціальний стрес, відсутність соціальної адаптації та ін.) та біологічні чинники (генетична схильність та ін.).

Висновки до першого розділу

1. Проаналізовано явища депресивної та суїцидальної поведінки у історичному контексті, визначено, що суїцид проявлявся у різних формах і видах на протязівсієї історії людства.

2.Виокремлено головні ознаками депресії підлітків: стійке відчуття пригніченості а також втрата інтересу до життєвих радощів, що може перейти до крайньої байдужості до всього і всіх. Спустошеність, гнітюче відчуття пригніченості та повної безнадії, думки про повну нікчемність власного життя є не просто 16 печалю, а болісним душевним станом.

3.Проаналізовано дослідження схильності до суїцидальної поведінки у психологічній площині. Представлено основні підходи до розуміння суїцидальної поведінки зарубіжних (Личко, Амбрумова, Robertson, Aetkin, Pirkis та інші) та українських (Москалець, Розанов, Подмазін, Рибалка та інші) науковців.

4.Запропоновано розглядати самогубство, як навмисний акт заподіяння шкоди собі, ціль якого є смерть.

5.Запропоновано розглядати суїцидальну поведінку, як процес, який складається із декількох етапів - ативітальні переживання; пасивні суїцидальні думки; активні суїцидальні думки; суїцидальні думки, розробка плану; пошук і підготовка засобів для його здійснення; суїцидальні спроби та завершений суїцид.

6.Розглянуто різні форми (самогубство-відмову, самогубство-самопокарання, самогубство-заклик, самогубство-протест) та типи (справжня, афективна, демонстративна) суїцидальної поведінки.

7.Розроблено теоретичну модель чинників схильності до суїцидальної поведінки підлітків. На схильність до суїцидальної поведінки впливають рівень саморегуляції, агресивності, емпатійності, фрустрації, імпульсивності, тривожності, ригідності та психосоціального стресу. У свою чергу рівень схильності до суїцидальної поведінки також може впливати на показники цих характеристик.

8.Проаналізовано основні підходи до профілактики суїцидальної поведінки та переживань, описано стратегії та форми профілактики.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ СХИЛЬНОСТЕЙ УЧНІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

2.1. Організація і проведення емпіричного дослідження

В попередньому розділі ми проаналізували концептуальні підходи та результати досліджень причин виникнення суїцидальної поведінки та виявили, що аспекти, пов'язані із виявленням чинників суїцидальної поведінки у підлітковому віці були висвітлені недостатньо. Тому, вивчення причин, а також зв'язок між суїцидальними нахилами і вольовою саморегуляцією, емпатією, соціальною адаптованістю, імпульсивністю, тривожністю, агресивністю, ригідністю та фрустрацією, а також психосоціальним стресом, сприятиме не лише більш глибокому розумінню суїцидальної поведінки та переживань в підлітковому віці, а й ефективнішій профілактиці її у майбутньому.

Процес емпіричного дослідження вимагає послідовного дотримання таких завдань: визначення основ щодо послідовності та процесуальності збору емпіричних даних; добір адекватних психодіагностичних методик; проектування та здійснення експериментального вивчення зумовленості структурних характеристик суїцидальної поведінки.

При здійсненні дослідження суїцидальної поведінки, дослідники стикаються з рядом проблем, котрі пов'язані як з суб'єктивними, так і з об'єктивними причинами, тому слід визнати деякі обмеження нашого дослідження.

По-перше, вибірка з 100 підлітків, очевидно, невелика для цілей статистичного узагальнення. Дослідження такого роду не є ні дуже поглибленим вивченням декількох випадків, ні епідеміологічним аналізом на рівні населення. Наші висновки обов'язково попередні та можуть бути

спростовані або підтверджені майбутніми дослідженнями.

По друге, аналіз наукової літератури показав, що на сьогоднішній день існує багато проблем, пов'язаних із виявленням суїцидальних нахилів. Серед таких труднощів найбільш чітко виділяються певні основні проблеми, які істотно відбиваються на достовірності результатів дослідження. Вони пов'язані з вибором та досконалістю психодіагностичного інструментарію, з вибором контингенту досліджуваних; з правильною інтерпретацією результатів психодіагностики, з організацією та проведенням психолого-педагогічного дослідження.

Перше завдання, яке повинен поставити дослідник перед собою при вивченні певних властивостей особистості – це визначення вибірки, її контингенту. Нерідко окремі дослідники вважають, що тенденції до самогубства чітко виражені у поведінці. Однак, у дійсності, не кожен тип суїцидальної поведінки дитини може посянюватись як власне схильність до суїциду. Адже у підлітків, нерідко, готовність до відкритих суїцидальних дій пригнічується та маскується самою дитиною.

Через це під час дослідження особливостей суїцидальної поведінки дослідник отримує таку картину: діти, у повсякденній поведінці котрих спостерігається схильність до суїциду, при діагностуванні не виявляють високих показників за схильністю до суїцидальної поведінки; водночас виявляється певна група осіб, у яких відмічаються високі показники, але котрих вчителі характеризують як цілком спокійних і врівноважених, у котрих нахили до суїциду простежуються як під час дослідження, так і у реальному житті.

Це означає, що є необхідність досліджувати не тільки тих дітей, яких відмічали батьки та педагоги. Якщо дослідник ставить ціль детально вивчити причини та особливості схильності до суїцидальної поведінки, йому слід охоплювати всю вибірку підлітків. Саме тому для досягнення завдань та мети нашого дослідження ми проводили діагностику із цілими групами дітей.

Важливим елементом ефективного дослідження чинників суїцидальної поведінки підлітків є створення довірливої атмосфери під час діагностичної

роботи. Таку атмосферу складно досягнути при груповому дослідженні, оскільки характер самої процедури не створює у підлітка почуття зацікавленості дослідником її особистістю, і тому дитина може бути не щира у своїх відповідях на питання. У діагностиці підлітків краще працюють діалогічні методи.

Під час психодіагностичного дослідження причин суїцидальних переживань підлітків був використаний комплекс методик. Це дозволило порівнювати між собою результати, досліджувати кореляцію між властивостями особистості і схильністю до суїцидальною поведінкою.

Дослідження проводилось в період з січня по березень 2021 року. У ньому взяло участь 100 підлітків із загальноосвітніх закладів м. Дубно у віці 15–16 років на базі Дубенської загальноосвітньої школи I-III ступенів №7. Деякі з досліджуваних негативно поставились до процесу дослідження, проте ніяких непередбачуваних обставин, які б завадили дослідженню не виникало.

Для реалізації мети та вирішення завдань, використовувались методи емпіричного дослідження (опитувальники, тести) та методи статистичної обробки даних (кореляційний аналіз Спірмена, порівняльний аналіз незалежних груп, множинний регресійний аналіз.). Аналіз даних здійснювався за допомогою програми STATISTICA.

Враховуючи окреслені труднощі дослідження особливостей суїцидальної поведінки, нами був сформований комплекс методик діагностики депресії та вивчення схильності до суїцидальної поведінки та індивідуально-особистісних та соціально-психологічних якостей підлітків, що корелюють з ним. Для діагностики депресії вивчення суїцидальної поведінки підлітків нами були проведені такі методики: методика М. Горської «Вивчення схильності до суїцидальної поведінки» [38] (Додаток А); методика дослідження вольової саморегуляції Є. Ейдмана та А. Зверькова (Додаток Б) [38]; методика виявлення схильності до емпатії І. Юсупова (Додаток В) [38]; дослідження імпульсивності В. Лосенкова (Додаток Д) [38]; IV вісь визначення діагнозу за класифікацією, прийнятою Американської Асоціацією психіатрів «Діагностичне і

статистичне керівництво», (DSM-III-R Statistical Manual of Mental Disorders - видання третє, переглянуте) для визначення важкості проявів психосоціального стресу (Додаток Е) [39].

Метою проведення методики Шкала депресії (адаптовано у відділенні наркології НДІ ім.Бехтерева Г. І. Балашовою) було визначення наявності депресивного стану підлітків для отбору їх в критеріальну групу (де критерієм є – наявність депресивного стану) та проведення комплексного дослідження щодо виявлення та особливостей їх суїцидальної поведінки.

Опитувальник розроблений у НДІ психоневрології ім. Бехтерева для диференціальної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях і з метою попередньої, долікарської діагностики. У цьому психологічному тесті вводиться поняття «маскована депресія». Шкала Цунга для самооцінки депресії (Zung Self-Rating Depression Scale) - тест для самооцінки депресії був розроблений в Університеті Дюка психіатром доктором Вільямом Цунг [1]. У нашій країні тест адаптовано у відділенні наркології НДІ ім. Бехтерева Т. І. Балашової. Тест дозволяє оцінити рівень депресії пацієнтів та визначити ступінь депресивного розладу.

У тестуванні враховується 20 факторів, що визначають чотири рівні депресії. У тесті присутні десять позитивно сформульованих та десять негативно сформульованих питань. Кожне питання оцінюється за шкалою від 1 до 4 (з урахуванням цих відповідей: «ніколи», «іноді», «часто», «постійно»). Результати поділяються на чотири діапазони:

25-49 Нормальний стан;

50-59 Легка депресія;

60-69 Помірна депресія;

70 і вище Важка депресія;

Повна процедура тестування з обробкою займає 20-30 хвилин.

Метою першої методики *комплексного дослідження підлітків щодо виявлення та особливостей їх суїцидальної поведінки* є вивчення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська) є вивчити домінуючі

характеристики тривожності, фрустрації, агресії та ригідності. Підліткова тривожність є рисою особистості підлітка, яка характеризує емоційну сферу. Негативні емоційні стани часто можуть привести до агресивних, афективних дій, а також до соматичних порушень, які можуть привести до суїциду. Фрустрація, яка є дезорганізацією свідомості і діяльності в стані безнадійності, втратою життєвою перспективою, веде до зниження особистісних потреб. Відсутність рішення проблеми фрустрації підлітка підсилює захисні механізми свідомості, що сприяють когнітивному спрощенню і впливають на зниження почуття самозбереження. Оскільки суїцид – це агресія, спрямована на себе, то причиною самогубства є негативне ставлення суб'єкта до зовнішнього світу, недоліки якого викликають агресивні реакції. Ригідність передбачає невміння перебудувати в голові картину світу при появі нової інформації, яка не переконує підлітка [32].

Підлітки, які не бажають сприймати зміни в оточуючому, знаходяться не в ладах з самими собою, схильні до суїцидальних думок і дій, що ми визначаємо в даній методиці через показник схильності до суїцидальної поведінки.

Методика дослідження вольової саморегуляції (Є. Ейдман, А. Зверьков) показує міру опанування підлітком власною поведінкою в різноманітних ситуаціях, змогу усвідомлено керувати своїми бажаннями, станами, діями.

Методика виявлення схильності до емпатії І. Юсупова визначає здібність людини до співпереживання, розуміння емоцій і почуттів інших, чутливість до слів інших.

Методика дослідження соціальної адаптованості показує наскільки пристосованим є підліток соціального середовища, наскільки він комфортно тут почувається, яка якість його соціалізації, як узгоджує самооцінку та зовнішні оцінки, власні бажання й очікування з реальними можливостями й умовами соціального середовища.

Методика дослідження імпульсивності В. Лосєнкова дає інформацію наскільки підліток піддається емоціям і почуттям, як сильно вони впливають на його поведінку.

IV вісь визначення діагнозу за класифікацією, прийнятою Американської Асоціацією психіатрів «Діагностичне і статистичне керівництво», (Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R - видання третє, переглянуте) для визначення важкості проявів психосоціального стресу. При подібній оцінці беруться до уваги зміни, які можуть настати в житті підлітка, який пережив стрес, ступінь, до якої стресова подія впливає на дану особу, кількість стресів, в деяких випадках можна відзначити деякі особливі, специфічні психосоціальні стреси. Ця інформація може виявитися важливою при виробленні плану, який повинен бути спрямований на ліквідацію психосоціальних стресів або на спроби допомогти людині справитися з ними.

У емпіричному дослідженні узяло участь 100 осіб (n=100) із 8-го, 9-го та 10-го класів, серед них 59 хлопців та 41 дівчат (рис.2.1.). Ми бачимо, що хлопців дещо більше, що обумовлено більшою кількістю юнаків у означеній вибірці, ніж дівчат.

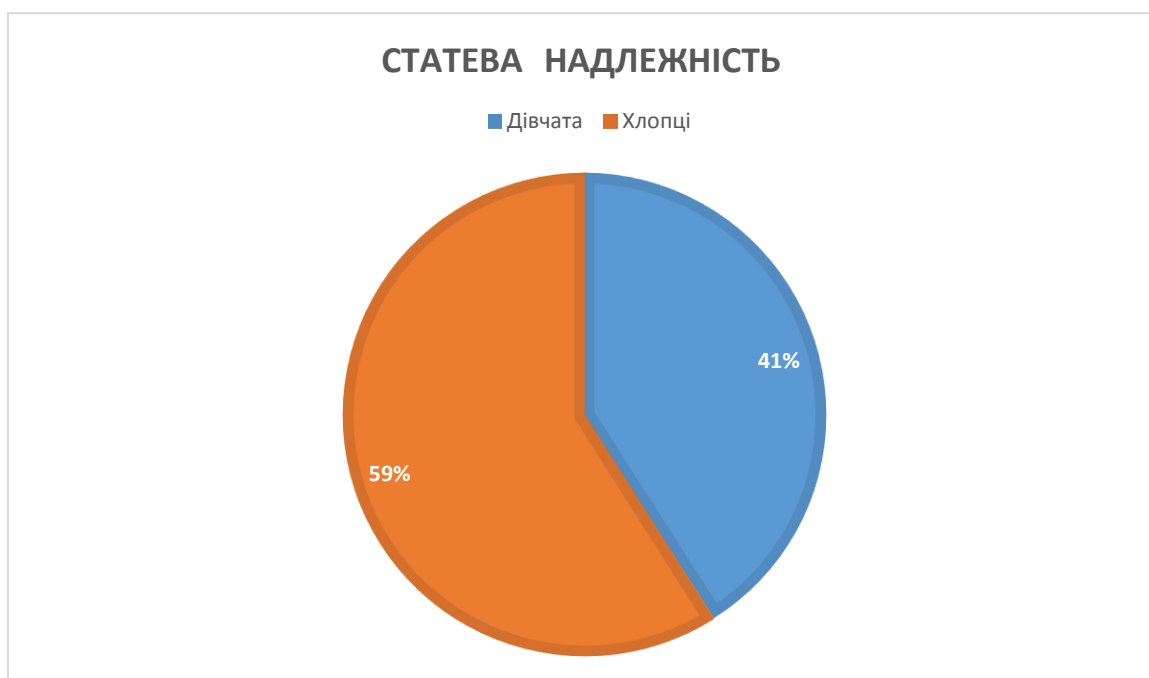


Рис. 2.1. Вибірка за статевою належністю підлітків, які брали участь у експерименті, у %.

В емпіричному дослідженні взяли участь підлітки від 15 до 16 років.

Перед проведенням *комплексного дослідження щодо виявлення та особливостей їх суїцидальної поведінки була проведена методика Шкала*

депресії (адаптовано у відділенні наркології НДІ ім.Бехтерева Г. І. Балашовою), яка дозволила сформувати критеріальну групу (загальна кількість досліджуваних була 180 осіб), результати якої подані в таблиці 2.2:

Таблиця 2.2

Результати дослідження за Шкалою депресії (адапт. Г.І. Балашової)

| Вияв рівня депресії | | | |
|---------------------|----------------|------------------|----------------|
| Відсутність | Легка депресія | Помірна депресія | Тяжка депресія |
| N | | | |
| 80 | 62 | 30 | 8 |
| % | | | |
| 44,4 | 34,5 | 16,6 | 4,4 |

Тобто, як бачимо з результатів таблиці 2.2, майже 55,6% досліджуваних підлітків в тій чи іншій формі, на тому чи іншому рівні відчують депресивний стан. Саме вони й склали нашу критеріальну групу (критерієм є наявність депресивного стану), з якими будемо проводити дослідження, спрямоване на діагностику та вивчення особливостей суїцидальної поведінки.

Всього 51 підліток 15 років, 40 підлітків 16 років і 9 осіб – 17 років. (рис.2.2.). Психологічна незрілість у 15–16 років пов'язана з саморозумінням та особистісною трансформацією. В такому віці синергічність є найважливішим фактором, який з високою функціональною відповідальністю утримує структуру взаємозв'язків між усіма рисами особистісної зрілості [16, с. 236]. Причини, пов'язані з майбутнім, розпочинають активно підштовхувати до навчальної діяльності, спостерігається велика вибірковість по відношенню до навчальних предметів, а головним мотивом пізнавальної діяльності є бажання набути якнайбільше знань і досвіду зі свого напрямку. У підлітковому віці проявляється підвищена схильність до самоаналізу, песимістичній оцінці навколишнього і своєї особистості, виникають стани тимчасової видозміни характеру. Труднощі поглиблюються соціальними умовами життя, які нині склалися. Негативним соціальним чинником є те, що при достатньому в цілому

рівні матеріальної забезпеченості, підлітки часто виявляються

позбавленими уваги як з боку однолітків, дорослих, педагогів, так і родини [26].

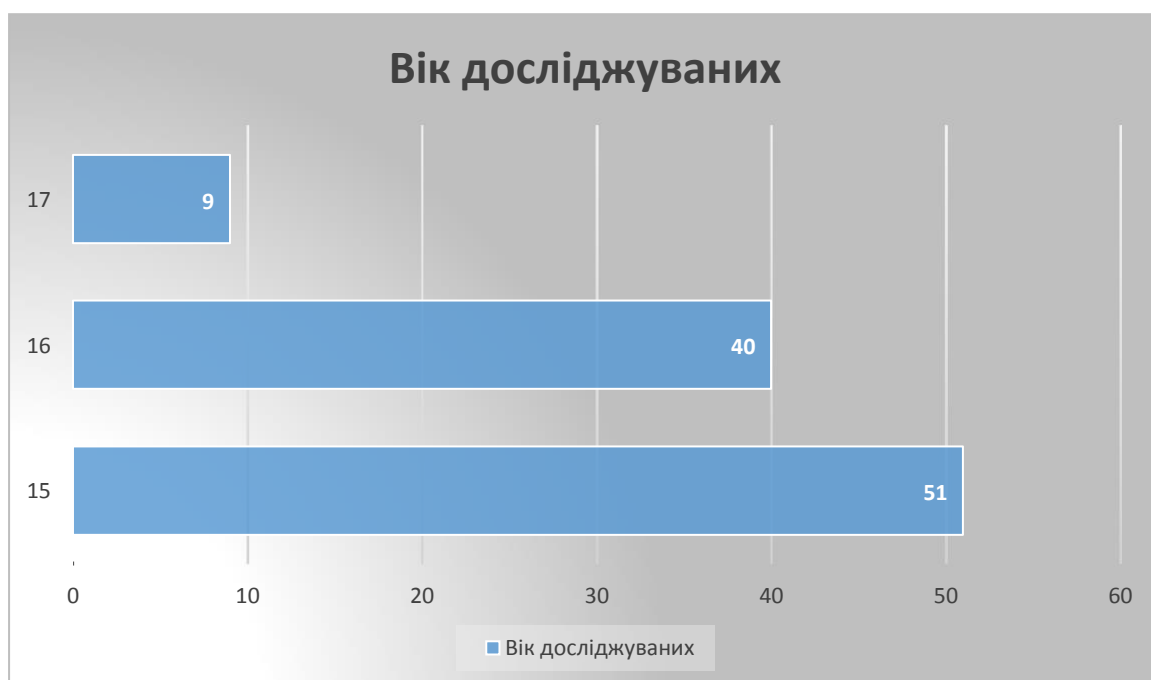


Рис. 2.2. Розподіл досліджуваних за віком, у %

Отже, для дослідження структури прояву схильності до суїцидальної поведінки нами був сформований комплекс психодіагностики, у який увійшли п'ять методик: опитувальник вивчення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська); опитувальник дослідження вольової саморегуляції (Ейдман, Зверьков); методика виявлення схильності до емпатії І. Юсупова; методика дослідження соціальної адаптованості; дослідження імпульсивності В. Лосенкова; IV вісь визначення діагнозу за класифікацією, прийнятою Американської Асоціацією психіатрів «Діагностичне і статистичне керівництво», (Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R - видання третє, переглянуте) для визначення важкості проявів психосоціального стресу.

Наша вибірка є однорідною, що дає змогу нам отримати коректні результати дослідження.

2.2. Емпіричні показники особливостей схильності до суїцидальної поведінки підлітків

Після проведення комплексного дослідження ми проаналізували результати.

За методикою вивчення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська) 27% досліджуваних мають високий рівень схильності до суїцидальної поведінки. Високий рівень по шкалах коливається між 20 - 27% досліджуваних, тільки по шкалі фрустрації високий рівень мають більше, а саме 46% (рис. 2.3.).

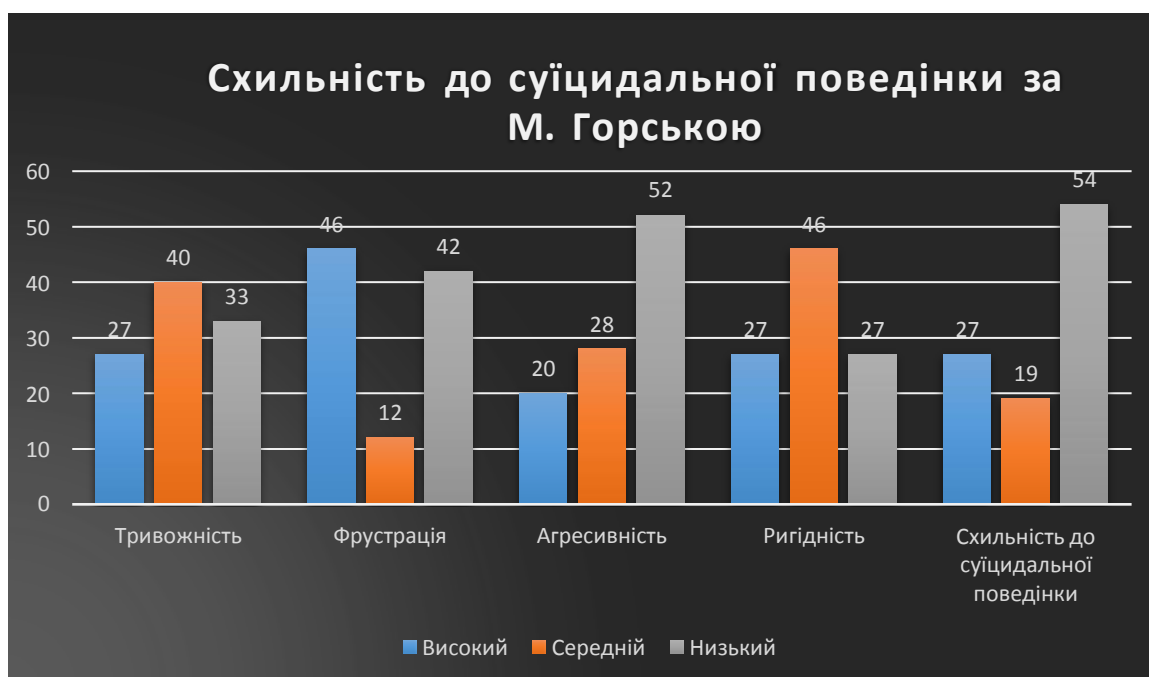


Рис. 2.3. Показники шкал методики вивчення схильності до суїцидальної поведінки (М.Горська), у %

За шкалою «Тривожність» високий бал отримали 27% досліджуваних (Рис. 2.4).

Особливості таких підлітків можуть виявлятися у невпевненості у собі, порушенні діяльності, почутті неповноцінності, занепокоєнні, непереносимості важких ситуацій,

У тривожних підлітків зазвичай низька самооцінка, вони відчувають страх потерпіти невдачу, часто проявляють конформізм, але разом із тим у них розвинене почуття скромності, совісності та відповідальності.

Висока тривожність пов'язана із негативним соціальним статусом, може формувати конфліктні взаєностосунки та призводить до невпевненості у своїх комунікативних можливостях.

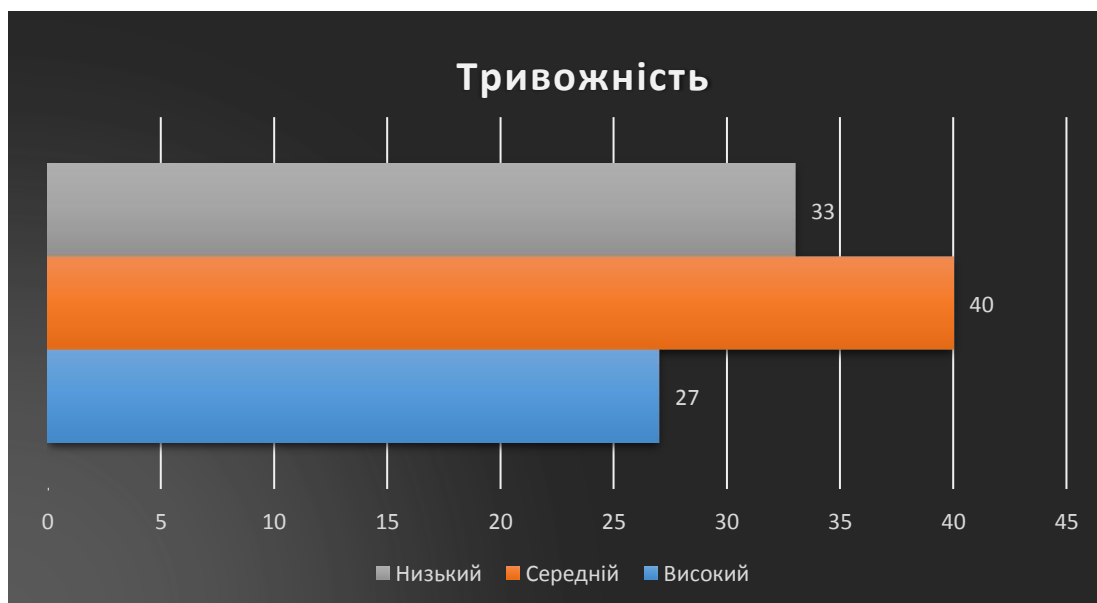


Рис. 2.4. Показники шкали тривожності, у %

Середній рівень тривожності проявився у 40% опитаних підлітків.

У підлітків середній рівень тривожності проявляється у переживаннях настороженості, напруги, певного рівня дискомфорту, який залежить від оцінки та особистісного сприйняття.

Такі підлітки переважно адекватно оцінюють свої можливості та себе. Середній рівень тривожності не несе в собі ознак загрози, а також важливий у адаптивному значенні. Певний рівень тривожності — обов'язкова і природна особливість активної особистості. Також існує індивідуальний оптимальний рівень «корисної тривоги».

Низький рівень тривожності отримали 33% досліджуваних.

Підлітки з низьким рівнем тривожності характеризуються самодисципліною, адекватними вимогами до себе та достатнім самоконтролем. У стосунках з іншими вільно відстоюють власну життєву позицію, ініціативні, налаштовані на успіх та рішучі у діях і вчинках. Зміни у житті сприймають позитивно. Проте, низький рівень тривожності також може

свідчити про наявність «неадекватного спокою» або «прихованої тривожності».

Низький рівень тривожності вимагає підвищення уваги до почуття відповідальності та мотивів діяльності. Іноді, щоб показати себе у «кращому вигляді», підліток активно витісняє високу тривогу, що відображається у результатах тесту дуже низькою тривожністю.

За шкалою «Агресивність» високий бал отримали 20% досліджуваних (Рис. 2.5).

Підлітки з високим рівнем агресивності характеризуються деякими рисами. До таких рис відноситься нестійкість і вузькість інтересів, відсутність захоплень, бідність та примітивність ціннісних орієнтацій.

У цих дітей, зазвичай, підвищена схильність до наслідування, сугестивність, недорозвиненість моральних уявлень, низький рівень інтелектуального розвитку. Їм характерна озлобленість, емоційна брутальність, як проти дорослих, так і проти однолітків. У таких підлітків спостерігаються крайні прояви самооцінки (або максимально негативна, або максимально позитивна), егоцентризм, страх перед широкими соціальними кругами, підвищена тривожність, невміння знаходити вихід з важких ситуацій.

Серед агресивних підлітків також можуть зустрічатися і діти добре соціально і інтелектуально розвинуті. У таких дітей агресивність виступає засобом демонстрації своєї дорослості, самостійності та підняття престижу. Доволі часто такі підлітки знаходяться в опозиції стосовно офіційного керівництва школи, що проявляється в підкресленій незалежності від вчителів.

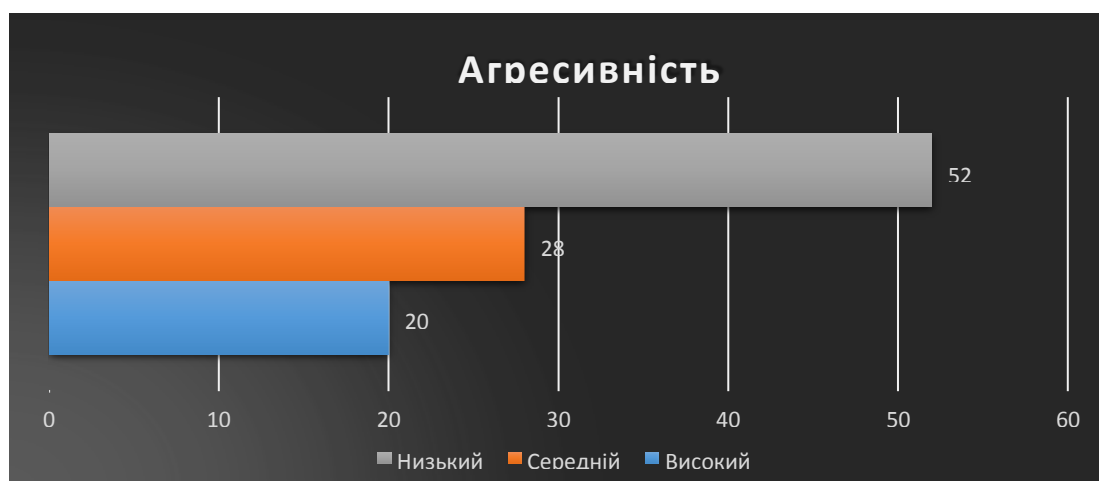


Рис. 2.5. Показники шкали агресивності, у %

Середній рівень агресії проявили 28% досліджуваних.

Середні прояви агресивності є нормальною реакцією особистості, виступає засобом адаптації та самозахисту. Агресивність таких підлітків не носить жорстокого характеру.

Низький рівень агресивності виявився у 52% досліджуваних підлітків.

Для таких підлітків характерна недовірливість і обережність, прояви заздрості і ненависті, які обумовлені почуттями образи та заздрості. Зазвичай такі люди переносять агресію на тварин, неживі предмети і т.д.

Високі показники по шкалі «Ригідність» отримали 27% досліджуваних (Рис. 2.6).

Ригідний підліток характеризується як негнучкий, мало мінливий навіть при зовнішніх впливах.

Непередбачені ситуації в цілому лякають таких підлітків, вони стараються уникати їх до останнього. Навіть у абсолютно нових ситуаціях вони стараються придержуватись старих і перевірених шаблонів поведінки. Вони важко змінюють свої думки щодо навколишнього середовища з отриманням нової інформації, аргументів тощо, їм важко змінювати план дій та вийти за рамки перевірених схем. Підліток надовго емоційно «застрягає» на певних об'єктах і ситуаціях, при цьому емоційна реакція не завжди відповідає реальній події. Дитині нелегко перелаштовувати систему внутрішніх причин, мотивацій які спонукають його до діяльності. Часто проявляється схильність до створення надцінних ідей.

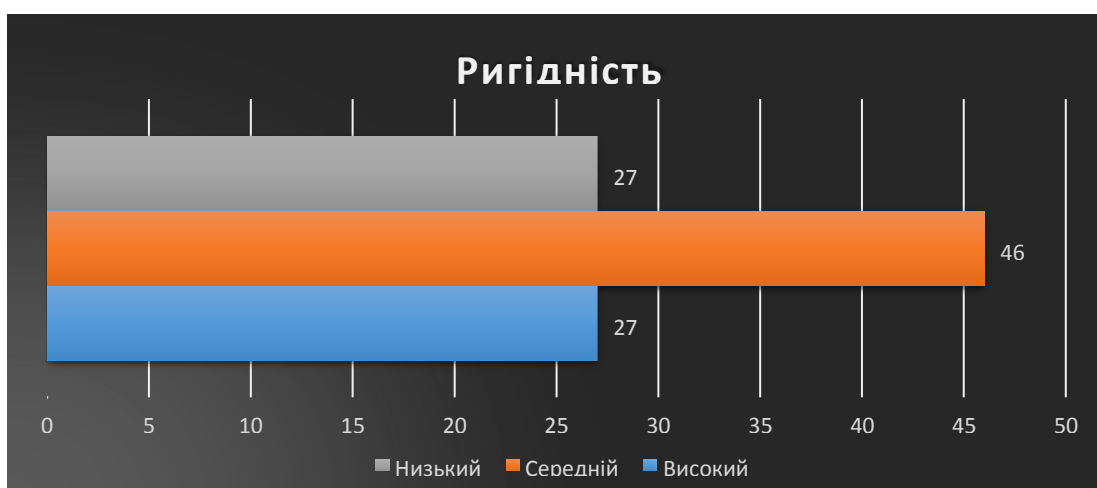


Рис. 2.6. Показники шкали ригідності, у %

Середній рівень ригідності проявляють 46% вибірки.

Помірно виражена ригідність у підлітків характеризується стійкістю інтересів і установок. Такі підлітки спрямовані на активність позиції та відстоювання власної думки, яке тільки посилюється під впливом зовнішніх сил. Їм властиві акуратність, практичність, вірність своїм принципам. Оскільки такі діти меншою мірою підвладні змінам середовища, вони доволі стійкі до проявів стресу.

Низький рівень ригідності виявлено у 27% підлітків.

Такі підлітки люди дуже рухливі, гнучкі, позитивно ставляться до всього нового, легко переключаються, здатні до породження оригінальних ідей.

Високі показники за шкалою «Фрустрація» отримали 46% досліджених підлітків (Рис. 2.7).

Підлітки з високим рівнем фрустрації характеризуються уникають труднощів бояться невдач, у них переважно низька самооцінка. При зіткненні навіть з доволі легкими труднощами їм характерні відчуття безпорадності та загострення психоемоційного напруження.

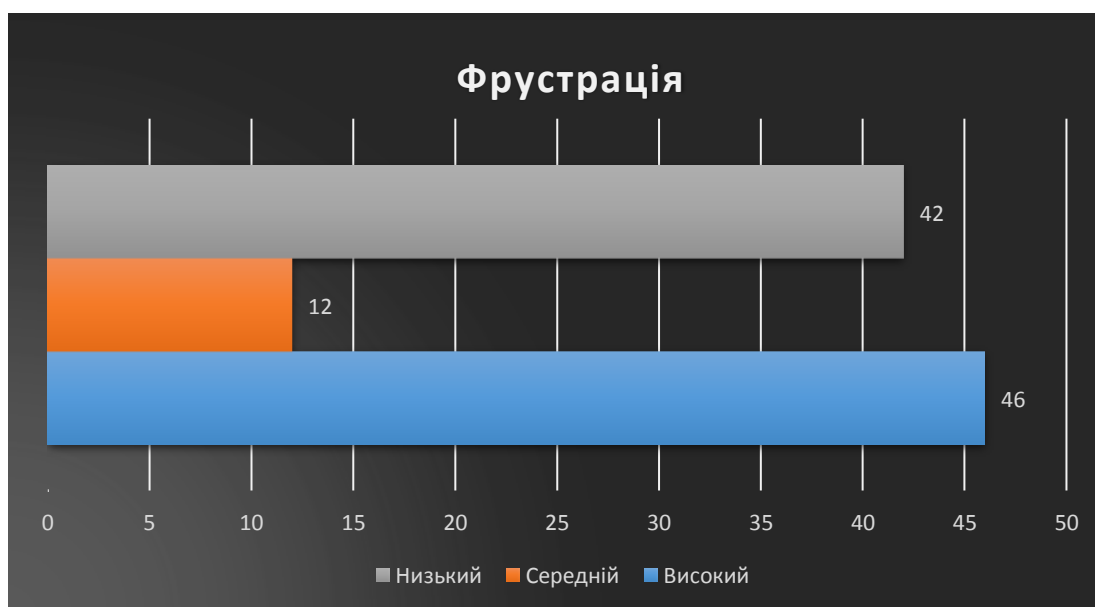


Рис. 2.7. Показники шкали фрустрації, у %

Низькі показники фрустрації проявляються у 42% дітей.

Підлітки з низькими показниками за шкалою «Фрустрація» як правило

мають високу самооцінку, вони не бояться труднощів та стійкі до невдач.

Високі показники за шкалою «Схильність до суїцидальної поведінки» отримали 27% підлітків (Рис. 2.8).

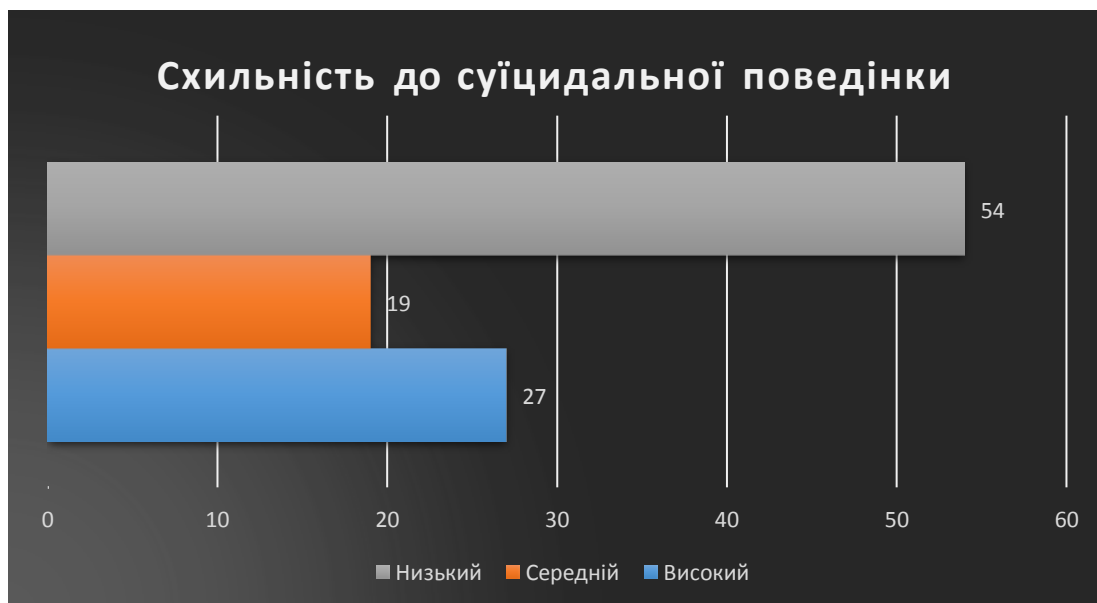


Рис. 2.8. Показники шкали схильності до суїцидальної поведінки, у %

Підлітки, схильні до суїцидальних переживань переважно тривожні, відсторонені. Характеризуються закритістю, поганою саморегуляцією, нездатністю протистояти долі, вибіркоким сприйняттям ставлення інших до себе, недостатнім самосприйняттям, що є показником внутрішньої дезадаптації, незадоволеність своїми можливостями та загалом собою через сумніви щодо здатності викликати повагу, небажанням або нездатністю видавати важливу для себе інформацію. Такі підлітки, як правило, мають багато внутрішніх конфліктів, незгод з собою, депресивно-тривожних станів та сумнівів, котрі супроводжуються почуттям провини. Часто це все відбувається на фоні неадекватно заниженої самооцінки.

Проаналізувавши методику дослідження вольової саморегуляції Ейдмана та Зверькова, ми виявили, що високий і низький рівні за шкалами «Саморегуляція», «Наполегливість» та «Самовладання» розподілились приблизно по половині (рис. 2.9.).

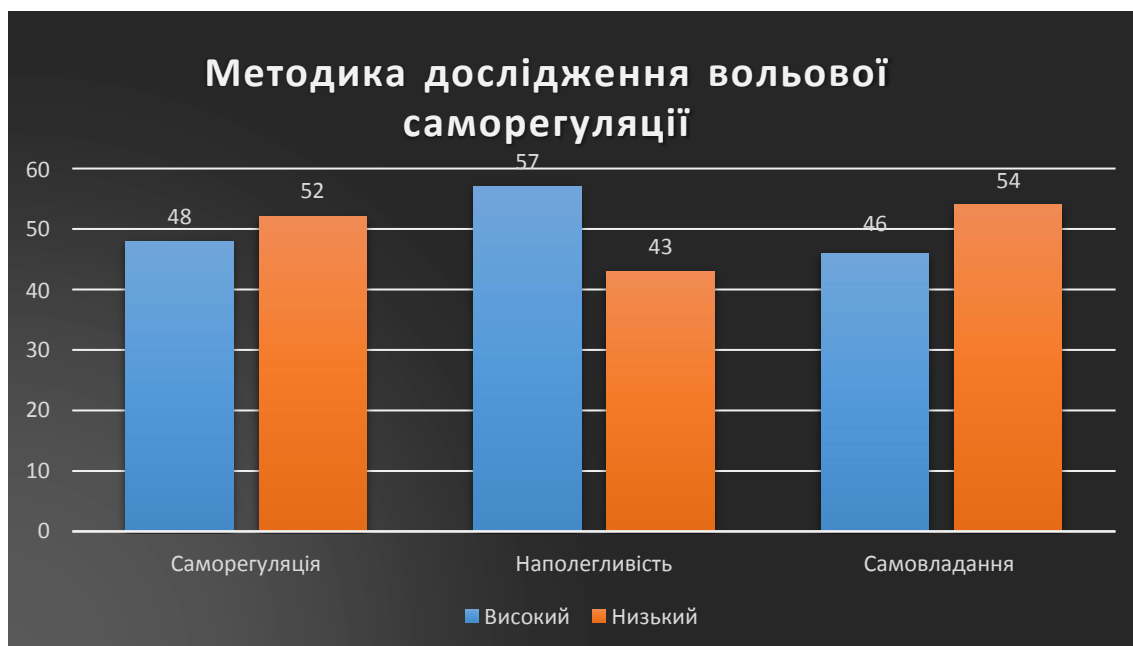


Рис. 2.9. Показники шкал методики дослідження вольової саморегуляції, у %

За шкалою «Саморегуляція» високий бал отримали 48% досліджуваних. Такий бал зазвичай отримують самостійні, емоційно зрілі та упевнені у собі люди. Для них характерні такі риси, як реалістичність власних поглядів, постійність намірів, почуття особистого обов'язку.

Низький бал отримали 52% досліджуваних. Такий рівень отримують емоційно нестійкі, чутливі та невпевнені у собі діти. Цим підліткам характерна імпульсивність, вони постійно змінюють плани при заниженій активності.

Шкала «Наполегливість» описує силу намірів людини - її прагнення до закінчення початої справи. Високі значення тут отримали 57% опитуваних. Високі бали отримують працездатні люди, які активно прагнуть до завершення запланованого. Такі підлітки поважають соціальні норми, прагнуть до повного підпорядкування таким нормам. У граничних проявах можлива поява маніакальних тенденцій або/та втрата гнучкості поведінки.

Низький рівень отримали 43% вибірки. Такі бали за даною шкалою характеризують невпевнених у собі, імпульсивних, непослідовних у своїх діях і думках підлітків. У таких дітей підвищена чутливість, гнучкість і винахідливість, що компенсує занижений фон активності. Тенденція до вільного

трактування соціальних норм також часто спостерігається у таких підлітків.

Шкала «Самовладання» відображає рівень здатність до контролю емоційних реакцій і станів.

Високий бал отримали 46% підлітків. Їх можна охарактеризувати як упевнених в собі, готових до нового, непередбаченого. Їм характерний внутрішній спокій, свобода поглядів та тенденція до радикалізму і новаторства.

З іншої сторони, надмірне обмеження спонтанності та бажання постійного самоконтролю може призвести до збільшення внутрішньої напруги, хронічної втоми.

Низький рівень самовладання виявився у 54% досліджених. Такі підлітки спонтанні, у них переважають традиційні погляди, що захищає людину від внутрішніх конфліктів та пов'язаних з цим сильних переживань. Методика виявлення схильності до емпатії Юсупова показала, що у 8% досліджуваних емпатійність на дуже високому рівні, дуже низька – у 5%. Найбільш поширений рівень емпатійності – нормальний (33%) (рис. 2.10.).

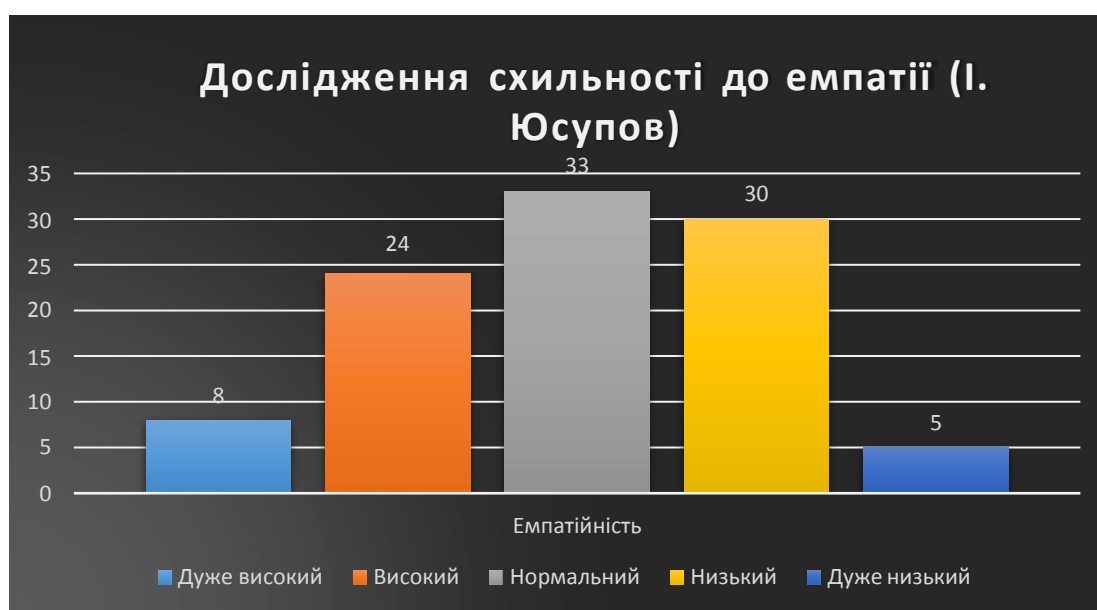


Рис. 2.10. Показники шкал методики дослідження схильності до емпатії (І. Юсупов), у %

Дуже високий рівень розвитку емпатії проявили 8% підлітків. Такі діти болісно реагують на критику, чутливі до образ та вразливі. Вони тонко

реагують на настрій співрозмовника, їм нелегко бути в присутності "важких людей". Серед таких дітей досить поширений комплекс провини через страх завдати комусь клопоту чи образити.

У 24% досліджуваних проявився високий рівень емпатійності. Такі особистості схильні пробачати іншим помилки та недоліки, чутливі до проблем оточуючих. Комунікабельні, для них легко встановити контакт. Такі підлітки намагаються уникати конфліктів, схильні до компромісів.

Нормальний рівень емпатії властивий 33% вибірки. Такі люди стримано проявляють свої емоції, та судять про людей за їхніми діями, а не власними почуттями. У взаємодії делікатні, якщо не впевнені, що їхня точка зору буде прийнята, зазвичай її не виголошують.

Низький рівень емпатійності проявився у 30% підлітків. Діти з таким рівнем важко усувають конфлікти та розуміють емоції інших. В компанії почувуються незатишно, зазнають труднощів у вирішенні конфліктів з оточуючими. Тенденція до раціональних рішень.

5% дітей проявили дуже низький рівень емпатійності. Такі підлітки не проявляють сентиментальності, зосереджені на собі. Важко встановлює контакт та переносить критику. Тенденція до егоїзму, не поступається своїми інтересами заради інших.

Результати методики дослідження імпульсивності за Лосенковим показали, що у більшості досліджуваних проявляється середній рівень імпульсивності (51%), низький рівень імпульсивності мають 20% вибірки (рис. 2.11.).

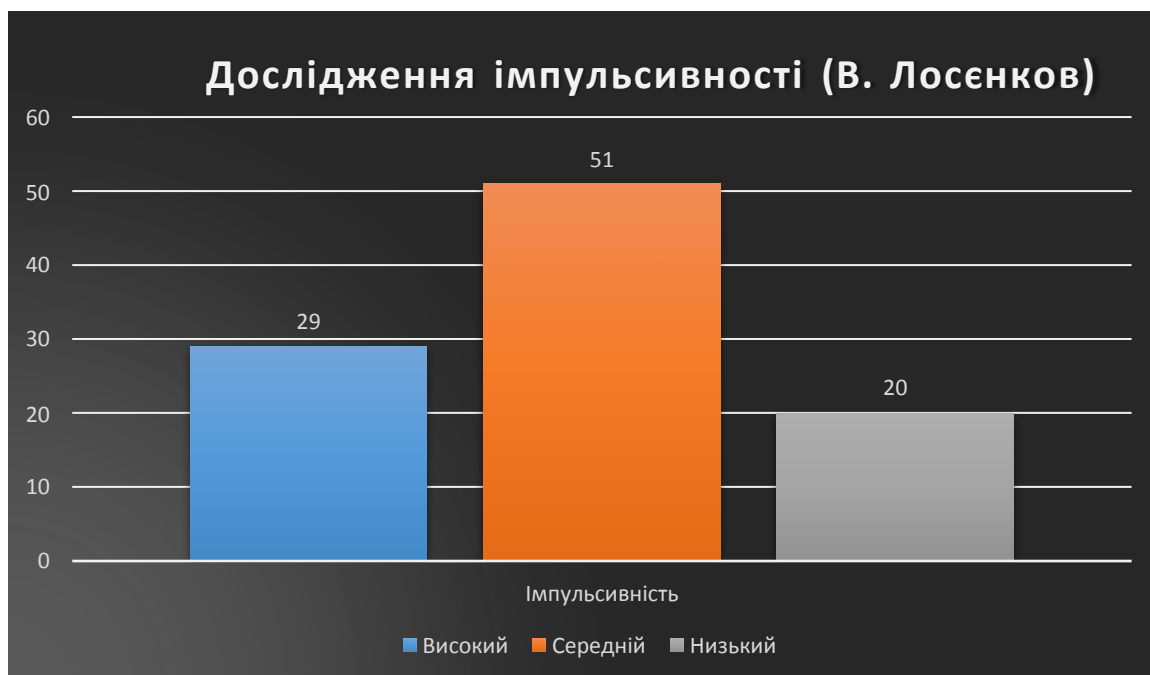


Рис. 2.11. Показники шкал методики дослідження імпульсивності (В. Лосєнкова), у %

Високий рівень імпульсивності проявили 29% опитуваних. Для імпульсивних підлітків властиво не мати життєвих планів, інтереси змінюються дуже швидко і часто.

Низьким рівень імпульсивності виявився у 20%. Такі підлітки навпаки мають чітко сформовані цінності, їм властива наполегливість та цілеспрямованість у завершенні справ.

Після обробки результатів дослідження вираженості психосоціального стресу по IV осі DSM-III-R, ми виявили, що у переважної кількості досліджуваних ступінь вираженості стресу варіюється між відсутністю стресу і слабким вираженням стресу. У той же час важкий стрес виражений у 2%, надмірно важкий – також у 2%. Катастрофічний стрес не був виявлений у жодного досліджуваного (рис. 2.12.).

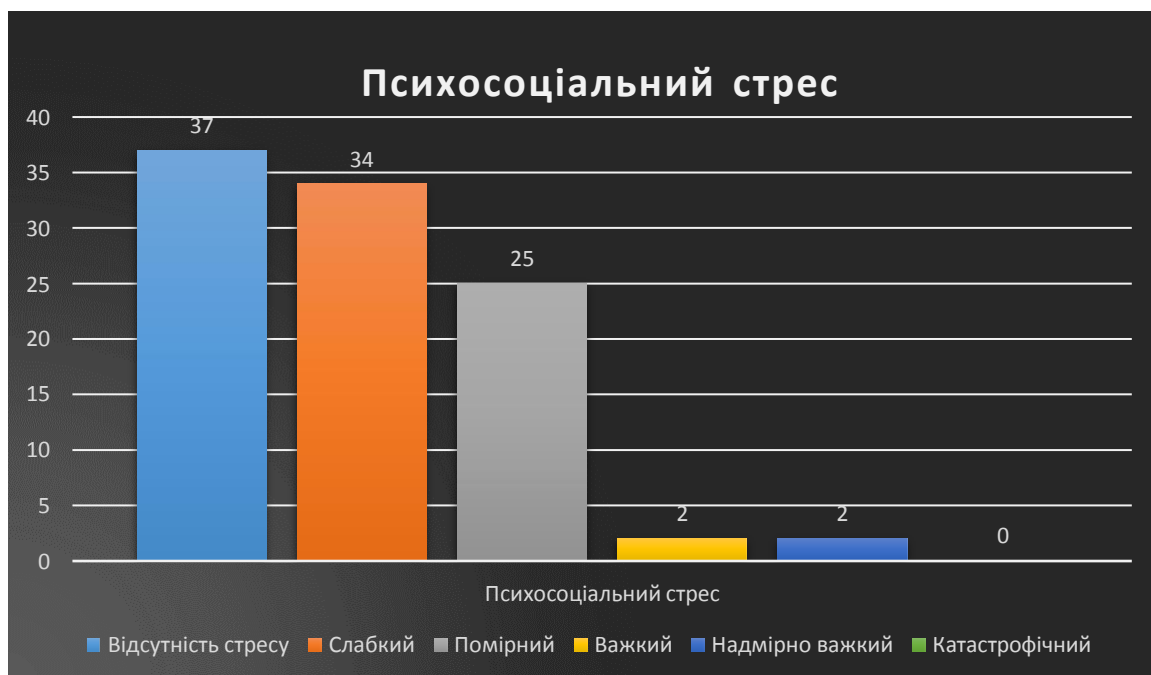


Рис. 2.12. Показники важкості психосоціального стресу, у %

Отже, результати усіх 5 методик доповнюють, конкретизують і підтверджують один одного. На основі цих результатів, ми можемо припустити, що майже третина досліджуваних мають один або декілька яскраво виражених показників, що можуть призвести до суїцидальної поведінки. Високий рівень схильності до суїцидальної поведінки показали 27% досліджуваних за методикою вивчення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська).

Таким чином, актуальним, на нашу думку, є звернення уваги на дітей, у яких було виявлено суїцидальні схильності, проведення профілактичної і корекційної роботи практичним психологом навчального закладу задля запобігання суїцидального ризику. Рекомендуємо створити корекційну програму з метою подолання проявів тривожності, агресивності, фрустрації, надмірної імпульсивності.

2.3. Взаємозв'язок схильності до суїцидальної поведінки та психічних станів, рис особистості та психосоціального стресу

В цьому параграфі ми відобразимо результати емпіричного дослідження, визначимо кількісне і якісне взаємовідношення даних, досліджених при вивченні особливостей суїцидальної поведінки в підлітковому віці. Для дослідження взаємозв'язку між схильністю до суїцидальної поведінки та вольовою саморегуляцією, емпатією, соціальною адаптованістю, імпульсивністю, тривожністю, агресивністю, ригідністю та фрустрацією, а також психосоціальним стресом, ми використали коефіцієнти кореляції Пірсона (для шкал з нормальним розподілом) та Спірмена (для шкал, які не відповідають нормальному розподілу).

Ми виявили, що існує сильний статистично значущий прямий (лінійно монотонний) зв'язок між схильністю до суїцидальної поведінки та тривожністю ($r = 0,90$), фрустрацією ($r = 0,87$), агресією ($r = 0,90$), ригідністю ($r = 0,91$).

Достовірний значущий обернений (нелінійний монотонний) зв'язок існує між схильністю до суїцидальної поведінки та саморегуляцією ($r = -0,38$), наполегливістю ($r = -0,54$), самовладанням ($r = -0,51$) та емпатійністю ($r = -0,53$) (рис 2.13.).

| Variable | Тривожність | Фрустрація | Агресія | Ригідність | Саморегуляція | Наполегливість | Самовладання | Емпатійність | Імпульсивність |
|--------------------------------------|-------------|------------|---------|------------|---------------|----------------|--------------|--------------|----------------|
| Схильність до суїцидальної поведінки | 0,90 | 0,87 | 0,80 | 0,91 | -0,38 | -0,54 | -0,51 | -0,53 | 0,09 |

Рис. 2.13. Показники кореляційного аналізу шкали «Схильність до суїцидальної поведінки» (коефіцієнт Пірсона)

Зв'язку між схильністю до суїцидальної поведінки та імпульсивністю ($r=0,09$), психосоціальним стресом ($r=0,18$) виявлено не було (рис 2.14.).

| Variable | Тривожність | Фрустрація | Агресія | Ригідність | Саморегуляція | Наполегливість | Самовладання | Емпатійність | Імпульсивність | Психосоціальний стрес (DSM-V) |
|--------------------------------------|-------------|------------|---------|------------|---------------|----------------|--------------|--------------|----------------|-------------------------------|
| Схильність до суїцидальної поведінки | 0,88 | 0,87 | 0,69 | 0,88 | -0,33 | -0,60 | -0,51 | -0,54 | 0,09 | 0,18 |

Рис. 2.14. Показники кореляційного аналізу шкали «Схильність до суїцидальної поведінки» (коефіцієнт Спірмена)

Найбільш сильний зв'язок зі схильністю до суїцидальної поведінки виявився у людей із високими показниками тривожності, агресивності, ригідності та фрустрації.

Тривожність – індивідуальна психологічна особливість, що проявляється в схильності людини часто відчувати занепокоєння в різноманітних життєвих обставинах, включно з таким, які об'єктивно не містять ніяких для цього причин.

Тривожність підлітків найсильніше залежить від фрустрації ($r=0,71$), агресії ($r=0,67$) та ригідності ($r=0,78$), а також виявлена обернений зв'язок з саморегуляцією ($r=-0,34$), самовладанням ($r=-0,50$), наполегливістю ($r=-0,58$) та емпатійністю ($r=-0,51$) (рис. 2.15.).

| Variable | Фрустрація | Агресія | Ригідність | Саморегуляція | Наполегливість | Самовладання | Емпатійність | Імпульсивність | Психосоціальний стрес (DSM-V) |
|-------------|------------|---------|------------|---------------|----------------|--------------|--------------|----------------|-------------------------------|
| Тривожність | 0,71 | 0,67 | 0,78 | -0,34 | -0,58 | -0,50 | -0,51 | 0,10 | 0,20 |

Рис. 2.15. Показники кореляційного аналізу шкали «Тривожність» (коефіцієнт Спірмена)

Суїцидальна поведінка в підлітковому віці носить характер ситуаційно-особистісних реакцій, інакше кажучи, насправді залежить не від самого бажання померти, а від мети уникнення покарання чи інших стресових ситуацій. Концепція смерті у підлітка може неправильно сформуватися відповідно до її неправильного сприйняття світу, тривоги щодо життя у світі, агресивного сприйняття свого неспівпадіння із світом, на думку дитини.

Підліток може усвідомлювати незворотність і реальність смерті посправжньому або фантазувати з приводу смерті, погано розуміючи відмінності між розумінням живого і померлого [16].

Я - концепція підлітка часто суперечлива, що викликає проблеми у формуванні та адекватному оцінюванні особистих успіхів і невдач, підтверджуючи тим самим тривожність як особистісну властивість. У підлітковому віці тривога з'являється як наслідок потреби в хорошому ставленні до себе, найчастіше за все пов'язаної з негативними відхиленнями у відносинах з близькими і значущими людьми.

Значний ріст рівня тривожності в підлітковому віці може бути пов'язаний і з формуванням характеру, основною характеристикою якого є тривожно-параноїдні риси. Підліток з такими особистісними якостями часто відчуває страхи, побоювання, хвилювання. Невпевненість в собі змушує завчасно відмовлятися від активності, яка здається занадто важкою. Через це знижується оцінка досягнутих результатів, самооцінка. Таким підліткам важко даються ухвалення рішень, тому що вони надто сконцентровані на тих несприятливих наслідках, які може спричинити те чи інше рішення. Внаслідок низької впевненості в собі часто такі діти мають труднощі в спілкуванні, налагодженні нових контактів.

Фрустрація розглядається авторами як психічний стан, що виникає при неможливості задовольнити ті чи інші потреби або при невідповідності бажань з можливостями.

Фрустрація прямо пов'язана з тривожністю ($r = 0,71$), агресією ($r = 0,54$), ригідністю ($r = 0,70$), а також існує обернений взаємозв'язок із саморегуляцією ($r = -0,30$), наполегливістю ($r = -0,45$), самовладанням ($r = -0,39$) та емпатійністю ($r = -0,46$) (рис 2.16.).

| Variable | Тривожність | Агресія | Ригідність | Саморегуляція | Наполегливість | Самовладання | Емпатійність | Імпульсивність | Психосоціальний стрес (DSM-V) |
|------------|-------------|---------|------------|---------------|----------------|--------------|--------------|----------------|-------------------------------|
| Фрустрація | 0,71 | 0,54 | 0,70 | -0,30 | -0,45 | -0,39 | -0,46 | 0,03 | 0,12 |

Рис. 2.16. Показники кореляційного аналізу шкали «Фрустрація» (коефіцієнт Спірмена)

Підлітковий вік характеризується глибокими фізіологічними і психологічними змінами, і відрізняється особливою схильністю підлітків до різноманітних порушень в поведінці, в тому числі і в деструктивної агресивності. Вона проявляється у фізичній, вербальній агресії, негативізм, роздратованості, підозрливості.

Агресія взаємопов'язана з тривожністю ($r=0,57$), фрустрацією ($r=0,54$), ригідністю ($r=0,57$) та психосоціальним стресом ($r=0,23$), а також існує обернений взаємозв'язок із саморегуляцією ($r=-0,23$), наполегливістю ($r=-0,40$), самовладанням ($r=-0,41$) та емпатійністю ($r=-0,40$) (рис 2.17.).

| Variable | Тривожність | Фрустрація | Ригідність | Саморегуляція | Наполегливість | Самовладання | Емпатійність | Імпульсивність | Психосоціальний стрес (DSM-V) |
|----------|-------------|------------|------------|---------------|----------------|--------------|--------------|----------------|-------------------------------|
| Агресія | 0,57 | 0,54 | 0,57 | -0,23 | -0,40 | -0,41 | -0,40 | 0,10 | 0,23 |

Рис. 2.17. Показники кореляційного аналізу шкали «Агресія» (коефіцієнт Спірмена)

Зв'язок тривожності і агресивності ($r=0,57$) можна пояснити тим, що тривожні діти часто упевнені: щоб не було чого боятися, треба зробити так, щоб боялися їх. Через це тривожність є одною із основних причин агресивності у підлітковому віці. Ховаючи свою тривогу, маскуючи її від дорослих, однолітків та від себе, вони не можуть звернутися по допомогу, не знають, що їм потрібно та провокують негативне ставлення до себеоточуючих.

Зв'язок агресивності та фрустрації ($r=0,54$) добре пояснює фрустраційна теорія агресії. Агресія розглядається як підсумок фрустрації, тобто перешкоди, що з'являється на дорозі цілеспрямованої дії людини чи досягнення нею цільового стану. Схема така: фрустрація - агресивний потяг - агресивна поведінка.

Цікавим є обернений зв'язок агресії і емпатії ($r=-0,40$), що вказує на те, що підлітки з високою схильністю до емпатії менш схильні до прояву форм агресії. Це можна пояснити високою чутливістю таких підлітків до переживань інших, власне небажанням, щоб інша людина відчувала негативні емоції, переживання, почуття вини за такі випадки.

Агресивність пов'язана з психосоціальним стресом. Чим більш несприятливі психосоціальні умови, в яких перебуває дитина, тим більша вірогідність, що вона буде проявляти агресивності по відношенню до навколишнього світу. Це пояснює, наприклад, чому діти з маргінальних та малозабезпечених сімей частіше проявляють девіантну агресивну поведінку. Постійний стрес через фізичні, психологічні та соціальні фактори перебудовує сприйняття навколишнього світу дитини на вороже, загрозливе, таке, з яким потрібно боротись, підліток не відчувається в безпеці та комфортні, знаходиться в постійній напрузі.

Ригідність характеризується стереотипним мисленням і поведінковим паттернам, моральним догматизмом, схильністю до утворення надцінних ідей (при суїцидальних схильностях - це ідея «позбавлення себе життя» як безальтернативного способу виходу з кризової ситуації).

Підліткам з ригідністю характерний не тільки низький рівень соціально-психологічної дезадаптації, тобто порушення в міжособистісних відносин, а й соціальна неадаптованість до вимог суспільства, що характеризується небажанням або невмінням пристосовувати власну поведінку до соціальних норм. На тлі психологічної кризи, яка передуює суїциду, проявляються реакції опозиції і дезорганізації. Підліток нерідко накладає на себе руки в момент злісної агресивної реакції.

Ригідність прямо взаємопов'язана з тривожністю ($r= 0,78$), фрустрацією ($r= 0,70$), агресією ($r= 0,57$), а також обернено взаємопов'язана із саморегуляцією ($r= -0,40$), наполегливістю ($r= -0,56$), самовладанням ($r= -0,54$) та емпатійністю ($r= -0,53$) (рис. 2.18.).

| Variable | Тривожність | Фрустрація | Агресія | Саморегуляція | Наполегливість | Самовладання | Емпатійність | Імпульсивність | Психосоціальний стрес (DSM-V) |
|------------|-------------|------------|---------|---------------|----------------|--------------|--------------|----------------|-------------------------------|
| Ригідність | 0,78 | 0,70 | 0,57 | -0,40 | -0,56 | -0,54 | -0,53 | 0,16 | 0,17 |

Рис. 2.18. Показники кореляційного аналізу шкали «Ригідність» (коефіцієнт Спірмена)

З огляду на те, що дані отримані на вибірці старшокласників, зв'язок тривожності і ригідності пояснюється усвідомленням необхідності швидкої

адаптації до нових умов життя, здійснення вибору життєвого шляху і в той же час наявністю усталених стереотипів поведінки, способу життя. Почуття фрустрації у такі моменти життя дуже поширене. Настільки важливі рішення і кардинальні зміни у житті викликають посилену фрустрацію у ригідних підлітків.

Від вольової саморегуляції залежить якою мірою людина опановує себе в різноманітних ситуаціях, можливість керувати своїми діями, бажаннями. Старший підлітковий вік часто розглядається як завершальний період у формуванні волі. Воля стає не лише внутрішньою особливістю індивіда, а й виступає як властивість, яка ним цінується. Часто значення волі перебільшується підлітками. В силу того, що старші підлітки та юнаки надають особливого значення розвитку сили волі, більшість із них намагались виховувати в собі «силу волі». Внаслідок цього старші підлітки часто занижують власну оцінку, в порівнянні із сторонньою оцінкою. Гіпоактивність та гіперактивність, що спостерігаються до старшого підліткового віку, знижують ефективність вольової дії та здійснюють негативний вплив на досягнення поставлених цілей [22].

Суїцидогенність саморегуляції ($r = -0,38$ з показником схильності до суїцидальної поведінки) проявляється у тому, що такі підлітки характеризуються чутливістю, емоційною нестійкістю, вони ранимі і невпевнені у собі. Невдача, конфлікт чи стресова ситуація може бути сприйнята ними занадто близько до серця. Рефлексивність у таких дітей невисока, а загальний фон активності, зазвичай, занижений, їм властиві нестійкість намірів та імпульсивність. Такий фон є дуже сприятливий для виникнення проявів суїцидальних переживань.

Саморегуляція прямо взаємопов'язана з наполегливістю ($r = 0,29$) та емпатійністю ($r = 0,21$), а також обернено взаємопов'язана із тривожністю ($r = -0,34$), фрустрацією ($r = -0,30$), агресією ($r = -0,23$) та ригідністю ($r = -0,40$) (рис. 2.19.).

| Variable | Тривожність | Фрустрація | Агресія | Ригідність | Наполегливість | Самовладання | Емпатійність | Імпульсивність | Психосоціальний стрес (DSM-V) |
|---------------|-------------|------------|---------|------------|----------------|--------------|--------------|----------------|-------------------------------|
| Саморегуляція | -0,34 | -0,30 | -0,23 | -0,40 | 0,29 | 0,16 | 0,21 | -0,16 | -0,08 |

Рис. 2.19. Показники кореляційного аналізу шкали «Саморегуляція» (коефіцієнт Спірмена)

Взаємозв'язок саморегуляції із іншими вищеописаними явищами та властивостями можна пояснити тим, що людина з високим рівнем саморегуляції характеризується Зверьковим і Єйдманом, як емоційно зріла, активна, незалежна, самостійна особа. Її відрізняє внутрішній спокій, розвинене почуття обов'язку та реалістичність поглядів, стійкість намірів, а також впевненість у собі. Зазвичай, вони добре рефлексують власні мотиви, поступово втілюють наміри, розподіляють зусилля, контролюють свої вчинки. У таких людей виражена соціально-позитивна спрямованість.

У деяких випадках у підлітків із високим рівнем саморегуляції можливий ріс внутрішньої напруги, який пов'язаний із прагненням контролювати будь-яку деталь власної поведінки і з тривожністю через найменшу спонтанність, яку підліток не проконтролював чи не може проконтролювати.

Тривожність, ймовірно, амбівалентно впливає на формування регуляторних властивостей. З одного боку, при високій тривожності відзначається невпевненість у собі, слабкий самоконтроль емоцій і поведінки, низька гнучкість саморегуляції. Оскільки тривожність, занепокоєння, як правило, пов'язані з невпевненістю в своїх силах, емоційною нестійкістю, чутливістю, то стає ясно, що це ускладнює процес адекватного і швидкого реагування на зміни ситуації. З іншого боку, при високій тривожності відзначається виражена здатність і потреба до планування, постановки цілей. Невпевненість в собі заважає втілювати плани в життя.

Під емпатійністю розуміється здатність людини розуміти і приймати внутрішній стан, емоції, почуття іншої людини, та їхнє значення для цієї людини.

Суїцидогенність емпатії ($r = -0,53$ з показником схильності до суїцидальної поведінки) проявляється в тому, що у підлітків з низькою емпатійністю часто виникають труднощі у налагодженні контактів, вони важко переносять критику та майже ніколи не поступаються своїми інтересами заради почуттів інших. Вони легко можуть потрапити у соціальну ізоляцію, відчувати самотність. Також важливо звернути увагу на підлітків із дуже високими показниками емпатійності. У таких дітей дуже легко виникає вина перед іншими, боїться завдати клопоту іншим та почувається погано, якщо все-таки завдає. Вони дуже болісно і чутливо реагують на слова інших.

З іншого боку, високий рівень емпатійності також може бути стримуючим фактором при бажанні покінчити життя самогубством. Розуміння підлітком того, що будуть відчувати після самогубства близькі люди може бути вирішальним у прийнятті остаточного рішення.

Емпатійність прямо взаємопов'язана із саморегуляцією ($r = 0,21$), наполегливістю ($r = 0,47$) та самовладанням ($r = 0,37$), а також обернено взаємопов'язана із тривожністю ($r = -0,51$), фрустрацією ($r = -0,46$), агресією ($r = -0,40$), ригідністю ($r = -0,53$) та імпульсивністю ($r = -0,36$) (рис 2.20.).

| Variable | Тривожність | Фрустрація | Агресія | Ригідність | Саморегуляція | Наполегливість | Самовладання | Імпульсивність | Психосоціальний стрес (DSM-V) |
|--------------|-------------|------------|---------|------------|---------------|----------------|--------------|----------------|-------------------------------|
| Емпатійність | -0,51 | -0,46 | -0,40 | -0,53 | 0,21 | 0,47 | 0,37 | -0,36 | -0,01 |

Рис. 2.20. Показники кореляційного аналізу шкали «Емпатійність» (коефіцієнт Спірмена)

Обернена залежність між тривогою та емпатією є закономірною, оскільки емпатія має на увазі чутливість до потреб інших, тоді як тривога - це концентрація на собі, самозайнятість, що характеризується невпевненістю у собі, страхом та саморефлексією. Коли людина надмірно зосереджена на собі, вона може бути нечутливою до потреби інших.

Обернену залежність між емпатійністю та агресивністю можна пояснити, тим що по-перше, здатність до прийняття на себе ролі іншого повинно дозволити проаналізувати причини і мотивацію іншої людини, так, що його дії можуть бути краще зрозумілі і прийняті, а по-друге, емпатійні діти можуть відчувати біль, образу іншої людини, і цим буде зменшуватись їх власна

агресивна поведінка для зменшення страждання іншого відчуті всі негативні переживання. Це знижує як і саму кількість проявів агресії, так і змінює її форму на більш конструктивну, зменшує прояви злості, насилля і т.д.

Зв'язок емпатійності та фрустрації проявляється у тому, що рівень емпатійності визначає спосіб виходу із ситуації, яка фруструє. Емпатія є одним з основних психологічних механізмів гармонізації міжособистісних і суспільних відносин, отже, з її допомогою можлива регуляція поведінки в ситуаціях фрустрації. Розвинена емпатія допоможе людині швидше пережити проблему і, тим самим, швидше подолати фруструючу ситуацію. Високий рівень емпатії у підлітків передбачає безконфліктну, конструктивну поведінку під час фруструючої ситуації.

Отже, підсумовуючи результати кореляційного дослідження, можна стверджувати, що існує прямий зв'язок між схильністю до суїцидальної поведінки та тривожністю ($r = 0,90$), агресивністю ($r = 0,90$), фрустрацією ($r = 0,87$) та ригідністю ($r = 0,91$). Також обернений зв'язок існує між схильністю до суїцидальної поведінки та емпатійністю ($r = -0,53$), вольовою саморегуляцією ($r = -0,38$), самовладанням ($r = -0,51$) та наполегливістю ($r = -0,54$).

2.4. Психологічний портрет підлітка із схильністю до суїцидальної поведінки

За результатами кореляційного аналізу ми виявили зв'язок схильності до суїцидальної поведінки та рівня тривожності, агресивності, ригідності, фрустрації, саморегуляції, самовладання, наполегливості та емпатійності. Але дані кореляційні зв'язки не дають достовірної відповіді, чи справді ці риси і стани збільшують схильність до суїцидальної поведінки, чи це вже наявна схильність впливає на показники і підвищує рівень тривожності, агресивності, ригідності, фрустрації та знижує рівень саморегуляції, самовладання, наполегливості та емпатії. Щоб дізнатись чи збільшують ці риси схильність до суїцидальної поведінки та створити психологічний портрет підлітка зі схильністю до суїцидальної поведінки, ми провели множинний регресійний

аналіз, у якому залежною змінною виступила схильність до суїцидальної поведінки, а незалежними – тривожність, ригідність, фрустрація, агресивність, саморегуляція, самовладання, наполегливості та емпатійність.

Ми виявили, що на зміну показника схильності до суїцидальної поведінки впливає рівень фрустрації, тривожності, агресії та ригідності. У нашій вибірці рівень саморегуляції, самовладання, наполегливості та емпатійності не впливав на рівень схильності до суїцидальної поведінки (рис 2.21.).

| Regression Summary for Dependent Variable: Показник схильності до суїцидальної поведінки (Дані, R= ,99473119 R ² = ,98949013 Adjusted R ² = ,98856619 F(8,91)=1070,9 p<0,0000 Std.Error of estimate: 1,5669 | | | | | | |
|---|-------|------------------|-------|---------------|-------|---------|
| N=100 | Beta | Std.Err. of Beta | B | Std.Err. of B | t(91) | p-level |
| Intercept | | | -0,31 | 1,24 | -0,25 | 0,81 |
| Фрустрація | 0,30 | 0,02 | 0,96 | 0,05 | 17,87 | 0,00 |
| Емпатійність | 0,00 | 0,01 | 0,00 | 0,01 | 0,09 | 0,93 |
| Тривожність | 0,27 | 0,02 | 1,02 | 0,08 | 13,41 | 0,00 |
| Самовладання | 0,03 | 0,01 | 0,12 | 0,06 | 1,95 | 0,05 |
| Агресія | 0,24 | 0,01 | 0,92 | 0,06 | 15,93 | 0,00 |
| Наполегливість | -0,01 | 0,01 | -0,03 | 0,05 | -0,57 | 0,57 |
| Ригідність | 0,34 | 0,02 | 1,07 | 0,06 | 16,57 | 0,00 |
| Саморегуляція | 0,00 | 0,01 | 0,00 | 0,03 | 0,00 | 1,00 |

Рис. 2.21. Показники множинного регресійного аналізу

Результати нашого дослідження показують, що поєднання фрустрації, тривожності, агресії та ригідності пояснює 98% змін показника схильності суїцидальної поведінки.

Фрустрація ($b^* = 0,30$).

При зростанні рівня фрустрації, зростає рівень схильності до суїцидальної поведінки. Прогностичність схильності до суїцидальної поведінки в контексті високого рівня фрустрації становить 30%.

Суїцидогенність фрустрації полягає у тому, що стан фрустрації супроводжується цілою низкою негативних емоцій і почуттів: гнівом, роздратуванням, почуттям провини, тривоги і т. д. Вплив фрустрації на суїцидальну поведінку в підлітковому віці актуальний, перш за все, тому, що у цьому віці дитина може відчувати дуже багато фрустрації. Для цього віку характерні велика кількість стресів, що пов'язані з навчальним процесом, з

переходом на нові форми навчання, а також проблеми в стосунках з однолітками та батьками. Багато підлітків через відсутність контакту в сім'ї, або взаєморозуміння з однолітками, або по інших причин залишаються наодинці із нерозв'язними проблемами. Перебуваючи під впливом стресових ситуацій, діти страждають від їх наслідків, тому що не готові до їх подолання.

Тривожність ($b^* = 0,27$).

При зростанні рівня тривожності, зростає рівень схильності до суїцидальної поведінки. Прогностичність схильності до суїцидальної поведінки в контексті високого рівня тривожності становить 27%.

Суїцидогенність тривожності проявляється в тому, що вона включає в себе суб'єктивне відчуття неспокою, своєї уразливості, незахищеності, особистісної невизначеності. У стані тривожності змінюється сприйняття навколишнього світу. Він постає як невизначений, неясний, далекий й часом ворожий. Сукупність усіх цих моментів робить тривожність однією із причин дезадаптивної та аутоагресивної поведінки. Під час кризових ситуацій підлітки часто втрачають можливість об'єктивно сприймати навколишнє середовище, об'єктивно прогнозувати подальші події, майбутнє здається безнадійними і темним. Діти, які проявляють схильність до суїцидальної поведінки часто відчують дуже суперечливі почуття – водночас і відчуття безнадійності, і сподіваються на порятунок [1].

Агресія ($b^* = 0,24$).

При зростанні рівня агресії, зростає рівень схильності до суїцидальної поведінки. Прогностичність схильності до суїцидальної поведінки в контексті високого рівня агресії становить 24%.

Суїцидогенність агресії проявляється у тому, що підлітки часто не вміють правильно подати свою агресивність, через що виникають конфлікти, сварки між ними та сім'єю, друзями, близькими, які сприймаються дуже чутливо, діти не бачать іншого вирішення конфлікту, аніж власний суїцид, що в різних ситуаціях буде сприйматись підлітком як помста або розкаяння. Також агресія тісно пов'язана з аутоагресією, що є однією з головних складників суїцидальної поведінки.

Ригідність ($b^* = 0,34$).

При зростанні рівня ригідності, зростає рівень схильності до суїцидальної поведінки. Прогностичність схильності до суїцидальної поведінки в контексті високого рівня тривожності становить 34%.

Суїцидогенність ригідності проявляється у тому, що коли підліток знаходиться в суїцидальній кризі, його думки, почуття і дії доволі «звужені» та обмежені. Його не покидають думки про вчинення самогубства і він не здатний побачити які-небудь інші способи вирішення проблеми, конфлікту чи стресової ситуації.

Отже, можна стверджувати, що психологічний портрет підлітка включає риси тривожності, фрустрації, агресії та ригідності. Гіпотеза про те, що він також включає у собі риси низького рівня самовладання, саморегуляції, наполегливості та емпатії не підтвердилась.

Стать у контексті схильності до суїцидальних переживань. Серед молоді існують великі гендерні відмінності у спробах самогубств. За даними досліджень, у більшості англословних країн дівчата роблять принаймні в 2-4 рази більше спроб, ніж хлопчики (Canetto, 2008 р.) [40]. Схожу статистику надає і вітчизняний науковець Подмазін [30]. Про гендерну відмінність згадує і Абрумова [16].

Для того, щоб дослідити чи є відмінності у схильності до суїцидальної поведінки між дівчатами та хлопцями у нашій вибірці, ми вирішили застосувати порівняльний аналіз двох незалежних груп.

Незважаючи на те, що за результатом порівняльного аналізу ми виявили незначні відмінності у схильності до суїцидальної поведінки хлопців-підлітків та дівчат-підлітків, можемо констатувати, що ці відмінності статистичної значущості не несуть ($p > 0.05$) (рис 2.22.).

| T-tests: Grouping: Стать, 1 - чоловіки, 2 - жінки (Дані дослідження) | | | | | | | | | | | |
|--|--------|--------|---------|-------|------|-----------|-----------|------------|------------|-------------------|-------------|
| Group 1: 2 | | | | | | | | | | | |
| Group 2: 1 | | | | | | | | | | | |
| Variable | Mean 2 | Mean 1 | t-value | df | p | Valid N 2 | Valid N 1 | Std.Dev. 2 | Std.Dev. 1 | F-ratio Variances | p Variances |
| Показник схильності до суїцидальної поведінки | 41,07 | 37,56 | 1,18 | 98,00 | 0,24 | 41,00 | 59,00 | 14,27 | 14,86 | 1,08 | 0,80 |

Рис. 2.22. Показники порівняльного аналізу двох незалежних груп

Деякі автори (Абрумова, Подмазін Yildiz, Canetto) [16, 30, 40, 41] зазначають, що у підлітковому віці частіше суїцидальні спроби роблять саме дівчата та пов'язують це не із особливостями статі, а із швидшим розвитком дівчаток саме в цей віковий період. Проте, у нашому дослідженні, ми не виявили статистично значущих відмінностей. Можемо припустити, що це пов'язано із тим, що у дослідженні приймали участь старші підлітки 15-16 років і відмінності у розвитку між хлопцями і дівчатами саме у цьому віці вже не такі великі.

Висновки до другого розділу

1. Дослідження вивчення чинників схильності до суїцидальної поведінки підлітків є актуальним з багатьох причин. Підлітковий період, через бурхливий розвиток, виникнення нових соціальних потреб, змінення підлітком сприйняття навколишнього світу і навколишнім світом підлітка та ряд специфічних особливостей, є дуже сприятливим для виникнення схильності до суїцидальної поведінки. З кожним роком кількість спроб самогубства серед підлітків зростає. Тільки серед нашої вибірки 27% підлітків проявляють високий рівень схильності до суїцидальної поведінки, що є дуже високим показником. Виявлення чинників, які впливають на зростання схильності до суїцидальної поведінки дозволить ефективніше займатись просвітницькою, профілактичною, реабілітаційною та корекційною роботою.

2. У дослідженні взяло участь 100 підлітків загальноосвітніх шкіл, з них: 51 підліток – 15 років, 40 – 16 років та 9 – 17 років. За статевою приналежністю – 59 дівчат та 41 хлопець.

3. Здійснено кореляційний аналіз між схильністю до суїцидальної поведінки та психосоціальним стресом, ригідністю, фрустрацією, саморегуляцією, емпатійністю, самовладанням, агресією, наполегливістю та тривожністю. Було виявлений прямий зв'язок між схильністю до суїцидальної поведінки та агресією, тривожністю, ригідністю, фрустрацією, а також обернений зв'язок між схильністю до суїцидальної поведінки та

саморегуляцією, наполегливістю, самовладанням та емпатійністю.

4. Здійснено множинний регресійний аналіз у результаті якого ми виявили, що такий комплекс особистісних характеристик як агресія, ригідність, тривожність та агресивність обумовлював 98% змін значень схильності до суїцидальної поведінки. Встановлено, що підлітка із високою схильністю до суїцидальної поведінки можна описати як тривожного, ригідного, агресивного та з високим рівнем почуття фрустрації.

5. Здійснено порівняльний аналіз незалежних груп для оцінки відмінностей у показниках схильності до суїцидальної поведінки міжхлопцями-підлітками та дівчатами підлітками, в результаті якого статистично значущих статевих відмінностей у схильності до суїцидальної поведінки виявлено не було.

ВИСНОВКИ

У бакалаврській роботі представлено теоретичне узагальнення і нове вирішення проблеми депресивного стану як передумови суїцидальної поведінки у підлітковому віці. Узагальнення результатів дослідження дало змогу констатувати наступне:

1. В результаті теоретичного вивчення депресивного стану як передумови суїцидальної поведінки відзначено, що депресією страждає близько 300 млн людей по всьому світі і показники захворюваності на депресію у нашій країні продовжують зростати. Водночас згідно з ВООЗ, до 15% депресій закінчуються самогубством. В Україні депресія є найбільш поширеною проблемою серед усіх психічних розладів, а ще українці страждають депресією значно частіше, ніж жителі країн Європейського Союзу чи США, особливо серед підлітків.

Визначення депресії відноситься до різних сфер, об'єднуючи неоднорідні явища: 1) знижений настрій, 2) розумово-мовленнєве гальмування; 3) моторну загальмованість.

Головними ознаками депресії є стійке відчуття пригніченості а також втрата інтересу до життєвих радощів, що може перейти до крайньої байдужості до всього і всіх.

Доведено, що депресивний стан впливає і на думки та почуття особистості. У людини утруднюється мислення, плутаються думки, вони течуть уповільнено, зосередитися на чомусь конкретному дуже важко, виникає неуважність та порушення пам'яті. В такому стані відбувається спотворення думок та почуттів, вони не відображають реальну дійсність, людина стає тривожною, її долають різні страхи, самооцінка знижується через думки про власну неповноцінність, нікчемність та провини. Таке самовідчуття може підсилюватися різноманітними хворобливими проявами, періодично виникають суїцидальні думки без спеціального плану, можливі суїцидальні спроби або ж спеціальна розробка плану для здійснення суїцидальних намірів.

2. Поняття суїциду ми розглядаємо в дослідженні як навмисну дія для заподіяння собі шкоди, кінцева ціль якої виступає власна смерть.

Суїцидальну поведінку, пропонується розглядати як процес, який складається із декількох фаз: переживання пов'язані із розчаруванням життям, знеціненням життя; пасивні думки про самогубство; активні думки про самогубство; суїцидальні думки, планування; пошук і підготовка засобів для здійснення самогубства; спроби самогубства; завершене самогубство.

Розглянуто різні форми (самогубство-заклик, самогубство-протест, самогубство-відмову, самогубство-самопокарання) та типи (афективна, справжня, демонстративна) суїцидальної поведінки.

Побудовано теоретичну модель чинників схильності до суїцидальної поведінки підлітків. На схильність до суїцидальної поведінки підлітків впливають біологічні чинники (генетична схильність і т.д.), психологічно-індивідуальні чинники (рівень саморегуляції, імпульсивність, емпатійність, тривога, ригідність, фрустрація, агресивність та ін.) та соціокультурні чинники (відсутність соціальної адаптації, психосоціальний стрес ін.).

Описано форми та стратегії профілактики суїцидальної поведінки та проаналізовано основні підходи до профілактики суїцидальної поведінки.

3. В результаті емпіричного дослідження були виявлені зв'язки між схильністю до суїцидальної поведінки та емпатійністю, ригідністю, самовладанням, тривожністю, наполегливістю, агресивністю, фрустрацією, вольовою саморегуляцією.

Було запропоновано розглядати такі риси як тривожність, фрустрація, ригідність, агресивність як частини психологічного портрету підлітка із схильністю до суїцидальної поведінки.

Проаналізовано і описано вплив тривожності, фрустрації, ригідності та агресії на схильність до суїцидальної поведінки.

Досліджено вплив статі на формування схильності до суїцидальної поведінки. Відмінностей у схильності до суїцидальної поведінки між дівчатами-підлітками та хлопцями-підлітками не виявлено.

4. Результати нашого дослідження дозволять краще розуміти чинники і

фактори виникнення схильності до суїцидальної поведінки, переживання і почуття підлітків із схильністю до суїцидальної поведінки, що у свою чергу сприятиме ефективнішій профілактичній, корекційній, реабілітаційній та просвітницькій роботі.

5. Перспективи подальших досліджень вбачаються у більш глибокому вивченні психологічних особливостей суїцидальної поведінки в залежності від віку, а також у більш ширшому вивченні соціокультурних чинників, що впливають на формування схильності до суїцидальної поведінки. В умовах глобалізації особливо важливим аспектом є проведення крос-культурних досліджень схильності до суїцидальної поведінки в залежності від економічного розвитку суспільства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. World Health Organization; 2018. Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016. World Health Organization, Geneva.
2. Suicide rates (per 100,000), by gender, Ukraine, 1981-2009. World Health Organization.
3. Хрестоматія по суїцидології: Пер. с англ. Київ : А.Л.Д., 1996. 216с.
4. Кривелев И. А. История религии. Москва, 1975. 350 с.
5. Каннабих Ю. История психиатрии. Москва : ЦТР МГП ВОС, 1994.528 с.
6. Руссо Ж.-Ж. Избранные сочинения в 3-х томах. Пер. с франц. Москва: Гослитиздат, 1961. 768 с.
7. Юм Д. Сочинения в 2-х томах. Москва : Мысль, 1965. Т. 1-2. С.5-64.
8. Монтескье М. Избранные произведения. Под общ. ред. проф. М.П.
9. Баскина. Москва : Госполииздат, 1955. 800 с.
10. Вольтер. Философские повести: Пер. с франц. А. Михайлова. Москва: Правда, 1985. 576 с.
11. Кант И. Сочинения в 6-ти томах. Под общей ред. В.Ф. Асмуса. Москва: Мысль, 1965. Т. 4. 123-145 с.
12. Первичная профилактика психических, неврологических и психосоциальных расстройств: Пер. с англ. Под ред. А.Н. Моховикова. Москва: Смысл, 2002. 127 с.
13. Diekstra R. The epidemiology of suicide and parasuicide. Preventive strategies on suicide. Leiden : Brill, 1995. P. 1-34.
14. Consultation on strategies for reducing suicidal behavior in the European Region. World Helth Organization. Copenhagen, 1989.
15. Психологія суїциду: Навчальний посібник. За ред. В. П. Москальця. Київ - Івано-Франківськ : Плай, 2002. 249 с.
16. Амбрумова А. Г. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. Москва:

Просвещение, 1980. 290 с.

17. Личко А. Е. Эти трудные подростки. Москва : Медицина, 1983. 182 с.
18. Дюркгейм Е. Самогубство: Соціол. дослідження. Пер. з фр.Л. Кононович. Київ : Основи, 1998. 519 с.
19. Вашека Т. В. Ранняя диагностика та профілактика суїцидальної поведінки у підлітковому віці. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. Т. 6, № 87. С. 64—66.
20. Aetkin M. Self-harm and suicidality in children referred for gender dysphoria. M. Aitken et al. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2016. No. 55. P. 513—520.
21. Brent D. A. In *Suicide Prevention. The global context*. New York, London : Press. 2008. P. 51—65.
22. Shneidman E. *Understanding and Preventing Suicide*. New York : The Guilford Press, 1988. 118 p. P. 1—12.
23. Robertson L. An adolescent suicide cluster and the possible role of electronic communication technology. New York: *Crisis*. 2012. P. 239—245.
24. Pirkis J. E. Receipt of Psychological or Emotional Counseling by Suicidal Adolescents. J. E. Pirkis et al. *Pediatrics*. 2003. V. 111. № 4. P. 834—839
25. Hawton K. Suicide is a complex problem that requires a range of prevention initiatives and methods of evaluation. K. Hawton et al. *British Journal of Psychiatry*. 2017. No. 210. P. 381—383.
26. Войтко В. Характерні особливості суїциду та суїцидальної поведінки. Навчально-методичний посібник. Кропивницький : КЗ «КОШПО імені Василя Сухомлинського», 2016. 421 с.
27. Невский И. А. Колесова Л. С. Подростки «группы риска» в школе. Москва : Прогресс, 1997. 67 с.
28. Погорілко О. В. Аутоагресивна поведінка підлітків : монографія. Полтава : ТОВ «АСМІ», 2017. 141 с.
29. Амбрумова А. Г. Вроно Е. М. О ситуационных реакциях у подростков в суицидологической практике. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 1985. т. 85, вып. 10. С. 1558—1560.

30. Подмазін С. Діти із суїцидальними тенденціями. Корекційна робота психолога. Упоряд. О. Главник. Київ : Шкільний світ, 2002. С. 24–30.
31. Рахімкулова А. С. Взаємозв'язок ризикової та суїцидальної поведінки у підлітків (вивчення репрезентативної вибірки в Україні) *Медицинская психология*. 2017. Т. 12 (2). С. 51–56
32. Розанов В. А. Предупреждение самоубийств у молодежи: Семейное руководство. Одесса : Общест. организация “Экологическое здоровье человека”, 2003. 106 с.
33. Шавровська Н. Суїцид як соціально-психологічний феномен.
34. *Психолог*. 2002. № 38–39. С. 46.
35. Рибалка В. В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій в учнівській молоді : Методичні рекомендації. Київ : ІПППО АПН України, КФ ВМУРОЛ “Україна”, ПП Щербатих О. В., 2007. 68 с.
36. Федосєєва І. В. Вікові особливості суїцидальної поведінки підлітків. *Молодий вчений*. 2016. № 9. С. 161–165.
37. Силяхина В. И. Система работы по профилактике суицида (методические рекомендации). Кривой Рог : СОШ №4, 2005. 34 с.
38. Скаковська Л. А. Практичному психологу про суїцид. *Психолог*. 1999. № 23. С. 61–63.
39. Лемак М. В. Петрище В.Ю. Психологу для роботи. Діагностичні методики : збірник. Вид. 2-ге, виправл. Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. 616 с.
40. Каплан Г. И. Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия : у 2 т. Пер. з англ. Москва : Медицина, 1994. 528 с.
41. Yildiz M. Suicide contagion, gender, and suicide attempts among adolescents. M. Yildiz et al. *Death Studies*. 2019. V. 43. P. 365-371.
42. Canetto, S. Women and suicidal behavior: a cultural analysis. S. Canetto et al. *The American Journal of Orthopsychiatry*. 2008. V. 78 No. 2 P. 259-266.
43. Enns M., Cox B. Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder / M. Enns, B. Cox // *Behaviour Research and Therapy*. - 1999. - Vol. 37. - P. 783–794. 43.

44. Hewitt P., Flett G., Ediger E. Perfectionism and depression: longitudinal assesment of a specific vulnerability hypothesis / P. Hewitt, G. Flett, E. Ediger // *J-l of Abnormal Psychology*. - 1996. - Vol. 105(2). - P. 276–280.

45. Flett G., Greene A., Hewitt P. Dimensions of Perfectionism and Anxiety Sensitivity/ G. Flett, A. Greene, P. Hewitt // *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*. – 2004. – Vol. 22(1). – P. 39-57.

46. Maladaptive Perfectionism as a Mediator and Moderator Between Adult Attachment and Depressive Mood / M. Wei, B. Mallinckrodt, D. W. Russell, W. T. Abraham // *Journal of Counseling Psychology*. – 2004. - Vol.51(2). – P. 201-212.

46.Saddler C., Sacks L. Multidimensional perfectionism and academic procrastination: Relationship with depression in University students // *Psychological Reports*. 1993. V. № 6. P. 863-871.

47. Salkovskis P., Warwick H. Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder // *Cognitive psychotherapy. Theory and practice* (C. Perris, I. Blackburn, H. Perris, eds.). Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, Heidelberg. 1988. P. 377-395.

48. Shafran R. Mansell W. Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment // *Clinical Psychology Review*. 2001. V. 21. № 10. P. 879-903.

49.Slade P., Owens G. A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory // *Behavioral modification*. 1998. V. 22. № 33. P. 372-390.

49. The achievement motive / D.C. McClelland, J.W. Atkinson, R.A. Clark, E.L. Lowell. - New York : Appleton, 1953.

50. Chang E. C. Perfectionism as a predictor of positive and negative psychological outcomes: Examining a mediation model in younger and older adults / E. C. Chang // *Journal of Counseling Psychology*. - 2000. - Vol. 47. - P. 18-26.

51. Enns M., Cox B. Perfectionism, stressful life events, and the 1-year outcome of depression/ M. Enns, B. Cox // *Cognitive Therapy and Research*. - 2005. - Vol.29. – P. 541-553.

52. Rice K. G., Aldea M. A. State dependence and trait stability of perfectionism: A short-term longitudinal study / K.G. Rice, M.A. Aldea // *Journal of Counseling Psychology*. – 2006.- Vol.53. - P. 205-213.

53. Ram A. The Relationship of Positive and Negative Perfectionism to Academic Achievement, Achievement Motivation, and Well-Being in Tertiary Students / Ram A. // A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Arts in Psychology. – Canterbury, 2005. - P. 42
54. Chang E. C. Perfectionism and dimensions of psychological well-being in a college student sample: A test of a stress-mediation model / E. C. Chang // Journal of Social and Clinical Psychology. - 2006. - Vol. 25. – P. 1001-1022.
55. A New Measure of Perfectionism: The Perfectionism Inventory/ R.W.Hill, T.J. Huelsman, R.M. Furr [et al.] // Journal of Personality Assessment. – 2004. - Vol. 82(1). – P. 80-91.
56. Whittaker P. D. Perfectionism's relationship to anxiety, depression, and attributional style within a stressful task paradigm / P. D. Whittaker // Texas Tech University. – 2002. – P. 206.
57. Mansell S. R. Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment / S. R. Mansell // Clinical Psychology Review. - 2001. - Vol. 21(10). - P. 879-903.
58. Self-criticism versus neuroticism in predicting depression and psychosocial impairment for 4 years in a clinical sample / D. Dunkley, C. Sanislow, C. Grilo, T. McGlashan// Comprehensive Psychiatry. – 2009. - Vol. 50. – P. 335-346.
59. Perfectionism and learned re-resourcefulness in depression and self-esteem / G.
60. Flett, P. Hewitt, K. Blankstein, S. O'Brien // Personality and Individual Differences. - 1991. - Vol.12(2). - P. 61–68.
61. Hamachek D. E. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism / D. E. Hamachek // Psychology: A Journal of Human Behavior. – 1978. - Vol. 15.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки

(М.Горська)

Мета: виявлення схильності індивіда до суїцидальної поведінки.

Форма проведення: *індивідуальна чи групова. Час: 30—45 хв. Вік: із 14 років.*

Інструкція досліджуваному. Зараз вам зачитають твердження, навпроти кожного з них ставте оцінку за таким принципом: якщо твердження вам підходить — то 2, якщо не зовсім підходить — 1, якщо зовсім не підходить - 0.

Бланк опитувальника

1. Я часто невпевнений у своїх силах.
2. Нерідко мені здається безвихідним становище, з якого можна було б знайти вихід.
3. Я часто залишаю за собою останнє слово.
4. Мені важко змінювати свої звички.
5. Я часто червонію через дрібниці.
6. Неприємності мене часто засмучують, і я впадаю у розпач.
7. Нерідко в розмові я перериваю співрозмовника.
8. Мені важко переключитися з однієї справи на іншу.
9. Я часто прокидаюся вночі.
10. При великих неприємностях я беру провину на себе.
11. Мене легко роздратувати.
12. Я дуже обережний у зміні свого життя.
13. Я легко впадаю у розпач.
14. Нещастя і невдачі нічого мене не вчать.
15. Мені доводиться часто робити зауваження іншим.
16. У суперечці мене важко переконати.
17. Я переймаюся навіть через уявні неприємності.

18. Я часто відмовляюся від боротьби тому, що вважаю її марною.
19. Я хочу бути авторитетом для оточення.
20. Нерідко не полишають думки, яких слід було б позбутися.
21. Мене лякають труднощі, з якими зіткнуся в житті.
22. Нерідко почуваюся беззахисним.
23. У будь-якій справі я не задовольняюся малим, а хочу досягти максимального успіху.
24. Я легко зближуюся з людьми.
25. Я часто звертаю увагу на свої недоліки.
26. Інколи у мене буває пригнічений настрій.
27. Мені важко стримувати себе, коли я гніваюсь.
28. Я дуже хвилююсь, якщо в моєму житті несподівано щось змінюється.
29. Мене легко переконати.
30. Я відчуваю розгубленість, коли у мене виникають труднощі.
31. Мені більше подобається керувати, а не підкорятися.
32. Нерідко я виявляю упертість.
33. Мене хвилює стан мого здоров'я.
34. У скрутні хвилини я іноді поведжуся, як дитина.
35. У мене різка жестикуляція.
36. Я неохоче йду на ризик.
37. Я важко витримую очікування чогось.
38. Я думаю, що ніколи не зможу виправити своїх недоліків.
39. Я — мстивий.
40. Мене засмучують навіть незначні порушення моїх планів.

Обробка результатів

- I. Шкала тривожності: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37.
- II. Шкала фрустрації: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38.
- III. Шкала агресії: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39.
- IV. Шкала ригідності: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40.

Інтерпретація результатів

Для кожної групи можлива кількість балів від 0 до 20, де «0» визначається як невиявлений прояв цієї характеристики.

I. Шкала тривожності — визначає рівень здатності індивіда до відчуття тривоги:

- 0—7 балів — низький рівень тривожності;
- 8—11 балів — середній рівень тривожності;
- 12—16 балів — високий рівень тривожності;
- 17 балів і більше — дуже високий рівень тривожності.

II. Шкала фрустрації — виявляє ступінь розчарування, яке виникає через реальні або уявні перешкоди, що заважають досягненню мети:

- 0—7 балів — низький рівень фрустрації; 8—
- 9 балів — середній рівень фрустрації; 10—
- 15 балів — високий рівень фрустрації;
- 16 балів і більше — дуже високий рівень фрустрації.

III. Шкала агресії — виявляє підвищену психологічну активність, прагнення до лідерства через застосування сили до інших людей. Для суїцидентів допускається зниження агресивності від 10 до 0:

- 0—10 балів — низький рівень агресивності;
- 11—12 балів — середній рівень агресивності;
- 13—16 балів — високий рівень агресивності;
- 17 і більше — дуже високий рівень агресивності.

IV. Шкала ригідності – ускладнення у зміні визначеної суб'єктом діяльності за умов, що така перебудова справді потрібна. Для осіб із суїцидальною поведінкою — 13 балів і вище:

- 0—10 балів — низький рівень ригідності;
- 11—12 балів — середній рівень ригідності;
- 13—16 балів — високий рівень ригідності;
- 17 балів і більше — дуже високий рівень ригідності.

Психолог додає всі бали за 4 шкалами і визначає показник схильності до суїцидальної поведінки:

0—38 балів — рівень схильності до суїцидальної поведінки низький;

39—45 балів — рівень схильності до суїцидальної поведінки потребує уваги до підлітка;

46 балів і більше — рівень схильності до суїцидальної поведінки високий, потрібна корекційна робота.

Методика дослідження вольової саморегуляції А. Звєрькова та Є. Ейдмана

Вік досліджуваних: з 14 років.

Матеріали та обладнання: тест-опитувальник, бланк для відповідей, ручка.

Процедура дослідження. Дослідження вольової саморегуляції за допомогою тесту-опитувальника може проводитися з однією особою або з цілою групою. Щоб забезпечити б3 самостійність відповідей досліджуваних, кожному видається тест-опитувальник, бланк для відповідей (з номерами запитань і графами для відповідей).

Інструкція досліджуваному. Вам пропонується тест, який включає 30 тверджень. Уважно прочитайте кожне з них та вирішіть, наскільки воно характеризує вас. Якщо правильно характеризує, то на аркуші для відповідей навпроти номера даного твердження поставте знак "+", якщо вважаєте, що неправильно, - знак "-".

Тестовий матеріал

1. Якщо в мене щось не виходить, то нерідко виникає бажання покинути цю справу.
2. Я не відмовляюся від своїх задумів і справ, навіть якщо доводиться вибирати між ними та приємною компанією.
3. За необхідності мені неважко стримати спалах гніву.
4. Звичайно я зберігаю спокій, чекаючи товариша, який спізнюється на призначений час.
5. Мене важко відірвати від розпочатої роботи.
6. Мене дуже вибиває з колії фізичний біль.
7. Я завжди намагаюся вислухати співрозмовника, не перебиваю, навіть якщо не терпиться йому заперечити.
8. Я завжди відстоюю свою позицію у розмові.

9. Якщо треба, я можу не спати кілька ночей (наприклад, робота, чергування) і весь наступний день бути "в гарній формі".
10. Мої плани занадто часто перекреслюються зовнішніми обставинами.
11. Я не вважаю себе терплячою людиною.
12. Не так просто мені примусити себе байдуже спостерігати хвилююче видовище.
13. Мені рідко вдається примусити себе продовжувати роботу після серії прикрих невдач.
14. Якщо я ставлюся до когось погано, мені важко приховати зневагу до нього.
15. За потреби я можу займатися своєю справою в незручних та в не пристосованих до цього умовах.
16. Мені дуже ускладнює роботу усвідомлення того, що її необхідно виконати в точно визначений термін.
17. Я вважаю себе рішучою людиною.
18. З фізичною втомою я справляюся значно краще, ніж інші.
19. Краще зачекати ліфт, ніж підійматися сходами.
20. Зіпсувати мені настрій не так просто.
21. Інколи якась дрібниця заповнює мої думки, не дає спокою, і я не можу її позбутися.
22. Мені важче, ніж іншим зосередитися на завданні чи на роботі.
23. Сперечатися зі мною важко.
24. Я завжди прагну довести розпочату справу до кінця.
25. Мене легко відвернути від справ.
26. Я іноді помічаю, що намагаюся домогтися свого всупереч об'єктивним обставинам.
27. Люди іноді заздять моєму терпінню та допитливості.
28. Мені важко зберегти спокій у стресовій ситуації.

29. Я помічаю, що під час одноманітної роботи мимоволі починаю змінювати спосіб дії, навіть якщо це інколи призводить до погіршення результатів.

30. Мене, як правило, дратує, коли "перед носом" зачиняються двері транспорту або ліфта, що від'їжджають.

Обробка результатів. Мета обробки результатів - визначення величин індексів вольової саморегуляції за пунктами загальної шкали та індексів за субшкалами наполегливості і самовладання. Кожен індекс - це сума балів, отриманих при підрахунку збігу відповідей з ключем загальної шкали чи субшкали. В опитувальнику міститься 6 замаскованих тверджень.

Тому загальний сумарний бал за загальною шкалою має бути в межах 0-24, за субшкалою наполегливості - 0-16 та за субшкалою самовладання - 0-13.

Ключ для підрахунку індексів вольової саморегуляції

| | |
|----------------|--|
| Загальна шкала | 1-, 2+, 3+, 4+, 5+, 6-, 7+, 9+, 10-, 11+, 13-, 14-, 16-, 17+, 18+, 20+, 21-, 22-, 24+, 25-, 27+, 28-, 29-, 30- |
| Наполегливість | 1-, 2+, 5+, 6-, 9+, 10-, 11+, 13-, 16-, 17+, 18+, 20+, 22-, 24+, 25-, 27+ |
| Самовладання | 3+, 4+, 5+, 7+, 13-, 14-, 16-, 21-, 24+, 27+, 28-, 29-, 30- |

Аналіз результатів. У загальному вигляді під рівнем вольової саморегуляції розуміють міру опанування особистою поведінкою в різноманітних ситуаціях, здатність свідомо керувати своїми діями, бажаннями, станами. Рівень розвитку вольової саморегуляції може бути охарактеризовано в цілому й окремо за такими властивостями характеру, як наполегливість та самовладання. Рівні вольової саморегуляції визначаються порівнянням із середніми значеннями кожної шкали. Якщо вони становлять більше половини максимально можливої суми збігів, то цей показник відображає високий рівень розвитку загальної саморегуляції, наполегливості чи самовладання.

Для загальної шкали ця величина становить 12, для шкали наполегливості - 8, для шкали самовладання - 6.

Високий бал за загальною шкалою властивий емоційно зрілим, активним, незалежним, самостійним особам. їх відрізняє спокій, упевненість у собі, стійкість намірів, реалістичність поглядів, розвинене почуття особистого обов'язку. Як правило, вони добре рефлексують особисті мотиви, планомірно втілюють власні наміри, вміють розподіляти зусилля і здатні контролювати свої вчинки, володіють вираженою соціально-позитивною спрямованістю. У граничних випадках у них можливе наростання внутрішньої напруги, пов'язаної з прагненням контролювати кожен нюанс власної поведінки і з тривожністю через найменшу її спонтанність.

Низький бал спостерігається в людей чутливих, емоційно нестійких, вразливих, невпевнених у собі. Рефлексивність у них невисока, а загальний фон активності, як правило, занижений. їм властиві імпульсивність і нестійкість намірів. Це може бути пов'язано як з незрілістю, так і з вираженою витонченістю натури, не підкріпленою здатністю до рефлексії та самоконтролю.

Субшкала наполегливості характеризує силу намірів людини - її прагнення до здійснення розпочатої справи. На позитивному полюсі - діяльні, працездатні люди, які активно прагнуть до виконання запланованого. їх мобілізують перешкоди на шляху до мети, не відвертають альтернативи і спокуси, головна їхня цінність - розпочата справа. Таким людям притаманна повага до соціальних норм, прагнення повністю підпорядковувати свою поведінку цим нормам. У крайньому прояві можлива втрата гнучкості поведінки, поява маніакальних тенденцій.

Низькі значення за даною шкалою вказують на підвищену лабільність, невпевненість, імпульсивність, що можуть призвести до непослідовності в поведінці. Знижений фон активності та працездатності, як правило, компенсується в таких людей підвищеною чутливістю, гнучкістю, винахідливістю, а також тенденцією до вільного трактування соціальних норм.

Субшкала самовладання відображає рівень довільного контролю емоційних реакцій і станів. Високий бал отримують люди емоційно стійкі, які

добре володіють собою в різноманітних ситуаціях. Характерний для них внутрішній спокій, упевненість у собі звільняють від страху перед невідомим, підвищують готовність до сприймання нового, непередбаченого і, як правило, поєднуються із свободою поглядів, з тенденцією до новаторства і радикалізму. Разом з тим прагнення до постійного самоконтролю, надмірне свідоме обмеження спонтанності може призвести до підвищення внутрішньої напруженості, до переважання постійної стурбованості та втоми

На другому полюсі цієї субшкали - спонтанність, що у поєднанні з вразливістю та переважанням традиційних поглядів, захищає людину від бачення інтенсивних переживань і внутрішніх конфліктів, сприяє незворушному настрою.

Виявлення схильності до емпатії (за методикою І. Юсупова)

Вік досліджуваного: з 15 років.

Інструкція. Учень має висловити свою думку ("не знаю", "іноді", "часто", "майже завжди", "завжди") щодо наведених тверджень.

Текстовий матеріал

1. Мені більше подобаються книжки про подорожі, ніж книжки про долю людей.
2. Дорослих людей дратує турбота батьків.
3. Мені подобається розмірковувати про причини успіхів або невдач людей.
4. Серед музичних творів віддаю перевагу сучасним.
5. Якщо хвора людина виявляє дратівливість та незадоволення, до цього слід ставитись поблажливо.
6. Хвору людину потрібно постійно підтримувати морально.
7. Стороннім людям не слід втручатися в особистісні конфлікти, що виникають між двома особами.
8. Літні люди зазвичай дуже образливі і вимогливі.
9. У дитинстві сумна музика викликала у мене смуток, навіть сльози.
10. Якщо мої батьки роздратовані, то це впливає і на мій настрій.
11. Мені байдуже, що мене хтось критикує.
12. Мені більше до вподоби роздивлятися портрети, ніж пейзажі або натюрморти.
13. Я вибачаю батьків навіть у тих випадках, коли вони не праві.
14. Якщо кінь погано працює, його потрібно бити.
15. Коли я читаю про драматичні події з життя людей, то переживаю так, наче це відбувається зі мною.
16. Батьки ставляться до дітей несправедливо.

17. Я не можу залишатися осторонь, коли бачу, як сперечаються підлітки або дорослі.

18. Я не звертаю уваги на поганий настрій батьків.

19. Мені подобається спостерігати за поведінкою тварин, я навіть відкладаю інші справи.

20. Фільми та книжки можуть викликати сльози лише у сентиментальних та несерйозних людей.

21. Мені цікаво спостерігати за людьми, їхньою поведінкою, мімікою.

22. У дитинстві я приносив додому безхатніх кошенят, цуценят.

23. Всі люди озлоблені.

24. Коли дивлюся на незнайому людину, то мені хочеться відгадати, яке в неї життя.

25. У дитинстві навколо мене збиралася купка молодших за мене дітей.

26. Коли бачу поранену тварину, намагаюсь їй допомогти.

27. Людина почуватиметься краще, навіть якщо просто уважно вислухати її.

28. Ставши свідком дорожньої пригоди, намагаюся залишитись осторонь подій.

29. Молодші діти радіють, коли я пропоную їм нову гру або розвагу.

30. Люди перебільшують, коли кажуть, що тварини здатні відчувати настрій людини.

31. Конфліктну ситуацію людина має вирішувати самостійно, не залучаючи до неї оточуючих.

32. Якщо дитина плаче, то в неї на це є причина.

33. Молодь має поблажливо ставитися до літніх людей і задовольняти їхні прохання і навіть чудацтва.

34. Мені хотілося б дізнатися, чому деякі однокласники бувають задумливими.

35. Безпритульних тварин потрібно знищувати, щоб захистити здоров'я людей та домашніх тварин.

36. Мені не подобається, коли друзі розповідають про свої проблеми, і зазвичай я змінюю тему розмови.

Обробка результатів.

Перед підрахунком результатів варто перевірити ступінь щирості учня.

Якщо він відповів «ніколи» на твердження № 3, 9, 10, 11, 13, 28, 36 або «завжди» на твердження № 11, 13, 17, 26, то він не був щирим, а прагнув показати себе у кращому вигляді.

Результатам тесту можна довіряти, якщо із перелічених тверджень учень дав не більше трьох нещирих відповідей.

Результати тестування можна підрахувати за такою шкалою:

| Варіант відповіді | Бали |
|--------------------------|-------------|
| Не знаю | 0 |
| Ніколи | 1 |
| Іноді | 2 |
| Часто | 3 |
| Майже завжди | 4 |
| Завжди | 5 |

Аналіз результатів

82-90 балів. Дуже високий рівень емпатійності. Людина дуже вразлива, чутлива до образ, болісно реагує на критику. У спілкуванні тонко реагує на настрої співрозмовника, погано відчувається в присутності "важких людей". Досить часто відчуває комплекс провини, побоюючись завдати комусь клопоту або образити.

63-81 бал. Висока емпатійність. Людина чутлива до проблем оточуючих, великодушна, схильна пробачати іншим недоліки та помилки. З інтересом ставиться до людей. Емоційно чутлива, комунікабельна, швидко встановлює контакт і знаходить спільну мову. Намагається уникати конфліктів, знаходячи

компромісні рішення. В оцінці довіряє скоріш власним відчуттям, ніж аналітичним висновкам.

37-62 бали. Нормальний рівень емпатійності, властивий більшості людей. У стосунках ця людина більше схильна судити про інших за їхніми вчинками, ніж довіряти власним враженням. Їй властиві стримані емоційні прояви. У спілкуванні делікатна, зазвичай не висловлює свою точку зору, якщо не впевнена у її прийнятності оточуючими.

12-36 балів. Низький рівень емпатійності. Людина зазнає труднощів в усуненні конфліктів з оточуючими, незатишно почувається в компанії. Емоційні прояви інших здаються їй незрозумілими і безпідставними. Вона є прихильником точних формулювань і раціональних рішень. Друзі і знайомі відмічають її ділові якості і стриманість.

11 балів і менше. Дуже низький рівень емпатійності. Відчуває труднощі у спілкуванні і встановленні контактів з оточуючими, особливо з дітьми та літніми людьми. Енергійна, іронічна, позбавлена сентиментальних проявів, зосереджена на собі. Хворобливо переносить критику на свою адресу. Не схильна поступатися власними інтересами заради почуттів інших людей.

Дослідження імпульсивності (В. Лосєнков)

Вік досліджуваного: з 14 років.

Матеріали та обладнання: тест-опитувальник, ручка.

Процедура дослідження. Дослідження може проводитися з одним досліджуваним чи з невеликою групою. Досліджуваному пропонують текст опитувальника з чотирибальною шкалою відповідей на кожне запитання. Якщо працює група, дослідникові треба пильнувати за дотриманням виключно індивідуального виконання тесту.

Інструкція досліджуваному. Запропонований вам тест-опитувальник містить 20 запитань. До кожного із запитань додано шкалу відповідей. Уважно прочитайте кожне запитання і позначте номер вибраної вами відповіді. У тесті немає "поганих" і "гарних" відповідей. Намагайтеся почуватися вільно і відповідати щиро. Перевагу надавайте тій відповіді, яка перша спадає вам на думку.

Текст опитувальника

I. Якщо ви беретеся за якусь справу, то чи завжди доводите її до кінця?

1. Звичайно, так.
2. Мабуть, так.
3. Мабуть, ні.
4. Ні, не завжди.

II. Ви завжди спокійно реагуєте на різкі чи невдалі зауваження на свою адресу?

1. Звичайно, так.
2. Мабуть, так.
3. Мабуть, ні.
4. Звичайно, ні.

III. Ви завжди виконуєте свої обіцянки?

1. Звичайно, так.
2. Мабуть, так.
3. Мабуть, ні.

4. Звичайно, ні.

IV. Ви часто говорите і дієте під впливом миттєвого настрою?

1. Дуже часто.

2. Досить часто.

3. Досить рідко.

4. Майже ніколи.

V. Чи ви добре володієте собою в критичних, напружених ситуаціях?

1. Так, завжди володію.

2. Мабуть, завжди.

3. Мабуть, ні.

4. Ні, не володію.

VI. Чи часто у вас без видимих або достатньо вагомих на те причин змінюється настрій?

1. Таке трапляється дуже часто.

2. Буває час від часу.

3. Таке трапляється рідко.

4. Такого взагалі не буває.

VII. Чи часто вам доводиться робити щось наспіх, коли час обмежений?

1. Звичайно, так.

2. Мабуть, так.

3. Мабуть, ні.

4. Звичайно, ні.

VIII. Чи могли б ви назвати себе цілеспрямованою людиною?

1. Так, звичайно.

2. Мабуть, так.

3. Швидше всього, ні.

4. Ні.

IX. Чи дотримуетесь ви у словах і вчинках прислів'я "сім разів відміряй, один раз відріж"?

1. Так, завжди.

2. Часто.
3. Рідко.
4. Ні, майже ніколи.

X. Ви нарочито байдужі до тих, хто несправедливо бубнить і зачіпає вас, наприклад, в автобусі чи трамваї?

1. Так я реагую майже завжди.
2. Так я реагую досить часто.
3. Я рідко так реагую.
4. Я ніколи так не реагую.

XI. Ви сумніваєтесь у своїх силах і здібностях?

1. Так, часто.
2. Інколи.
3. Рідко.
4. Майже ніколи.

XII. Чи легко ви захоплюєтеся новою справою, до якої потім можете швидко охолонути?

1. Звичайно, так.
2. Мабуть, так.
3. Мабуть, ні.
4. Звичайно, ні.

XIII. Ви вмієте стримувати себе, коли хтось із дорослих незаслужено вам дорікає?

1. Звичайно, так.
2. Мабуть, так.
3. Мабуть, ні.
4. Звичайно, ні.

XIV. Вам здається, що ви ще не знайшли себе?

1. Згоден, саме так воно і є.
2. Швидше всього, це так.
3. З цим я навряд чи погоджуюся.

4. Я з цим, звичайно, не згоден.

XV. Чи може під впливом яких-небудь нових обставин ваша думка про самого себе часто змінюватися?

1. Саме так.
2. Досить ймовірно.
3. Мало ймовірно.
4. Майже неможливо.

XVI. Зазвичай вас важко вивести із себе?

1. Звичайно, так.
2. Мабуть, так.
3. Мабуть, ні.
4. Звичайно, ні.

XVII. Чи виникають у вас бажання, які з багатьох причин нездійсненні?

1. Такі бажання виникають у мене часто.
2. Такі бажання виникають час від часу.
3. У мене рідко виникають такі бажання.
4. Заздалегідь нездійснених бажань у мене не виникає.

XVIII. Чи помічаєте ви, обговорюючи з кимось важливі життєві проблеми, що ваші погляди ще не визначилися?

1. Так, часто помічаю.
2. Іноді помічаю.
3. Помічаю, досить рідко.
4. Ні, ніколи не помічаю.

XIX. Чи трапляється таке, що якась справа вам так набридає, що, не закінчивши її, ви беретеся за нову?

1. Так, часто трапляється.
2. Іноді так буває.
3. Так буває досить рідко.
4. Таке майже ніколи не трапляється.

XX. Ви досить неврівноважена людина?

1. Звичайно, так.
2. Мабуть, так.
3. Мабуть, ні.
4. Звичайно, ні.

Обробка результатів. У процесі обробки результатів підраховують величину показника імпульсивності Пі. Він є сумою балів, набраною за всіма шкалами тесту опитувальника.

У даному тесті-опитувальнику чотирибальна шкала відповідей. Для запитань I, II, III, V, VIII, IX, X, XIII, XVI номер шкали відповідає кількості балів, тобто 1, 2, 3 або 4.

Для запитань IV, VI, VII, XI, XII, XIV, XV, XVII, XVIII, XIX, XX бали підраховують за шкалою у зворотному порядку, тобто шкалі 1 відповідає 4 бали, шкалі 2- 3 бали, шкалі 3- 2 бали, а шкалі 4 - 1 бал.

Аналіз результатів. Імпульсивність - це риса, протилежна вольовим якостям - цілеспрямованості і наполегливості. Чим більша величина показника імпульсивності Пі, тим більше імпульсивності. Рівень імпульсивності може бути охарактеризовано як високий, середній і низький.

Якщо величина Пі лежить у межах 66-80, то імпульсивність високого рівня, тобто виражена сильно; якщо величина Пі становить 35-65, то рівень імпульсивності середній, тобто вона помірна, а якщо 34 і менше - імпульсивність низького рівня.

Імпульсивні люди часто мають невизначені життєві плани; в них немає інтересів і вони захоплюються то одним, то іншим. Люди з низьким рівнем імпульсивності, навпаки, цілеспрямовані, мають чіткі ціннісні орієнтації, виявляють наполегливість у досягненні поставленої мети, намагаються довести розпочате до кінця. Якщо імпульсивність висока, то треба скласти програму самовиховання, спрямовану на зниження її і на збільшення цілеспрямованості. При цьому потрібно враховувати особливості локусу суб'єктивного контролю.

**Опитувальник визначення важкості проявів психосоціального стресу
для підлітків**

(IV вісь визначення діагнозу за класифікацією DSM-V)

Інструкція досліджуваному

Нижче наведені деякі події, які інколи трапляються в нашому житті. Для кожної такої події позначте один із запропонованих варіантів. Якщо така подія була присутня у Вашому житті, позначте відповідь «Сталось зі мною», якщо ж у Вашому житті цієї події не було – позначте відповідь «Мене не стосується». Під час відповіді на запитання не забувайте розглядати події протягом усього Вашого життя.

Бланк опитувальника

| Подія | Сталось зі мною | Мене не стосується |
|---|-----------------|--------------------|
| Розрив з коханим (коханою) | | |
| Перехід в іншу школу | | |
| Життя в умовах перенаселення (багатодітна сім'я, декілька сімей в одному приміщенні тощо) | | |
| Конфлікти в сім'ї (між батьками, між членами сім'ї тощо) | | |
| Виключення зі школи | | |

| | | |
|---|--|--|
| Народження братів і сестер (молодших) | | |
| Хронічне захворювання з втратою працездатності у батьків | | |
| Постійний конфлікт з батьками | | |
| Розлучення батьків | | |
| Небажана вагітність | | |
| Арешт | | |
| Жорстокі батьки | | |
| Життя в інтернаті (або інших спеціалізованих закладах) | | |
| Прийомні батьки | | |
| Смерть одного з батьків | | |
| Смерть обох батьків | | |
| Фізичне насильство (напр. на Вас напали, завдали удару рукою, ногою, предметом, побили) | | |
| Сексуальне насильство (зґвалтування, спроба зґвалтування, примус до здійснення будь-якого | | |

| | | |
|--|--|--|
| виду статевого акту силою чи погрозами завдати шкоди) | | |
| Будь-яка інша подія, яка обернулась для Вас важким стресом | | |

Обробка та інтерпретація результатів

Вісь IV містить шкалу з 6 пунктів для кодування психосоціальних факторів, що викликають стрес і сприяють розвитку загострень захворювання, яке спостерігається.

Нижче наводиться шкала важкості психосоціальних стресів по осі IV для дітей і підлітків:

Код 1: Відсутність стресу: ніякі події не можуть розглядатися як гострий стрес, здатний викликати захворювання;

Код 2: Слабкий стрес: гострий - розрив з коханим (коханою), перехід в іншу школу; хронічний - життя в умовах перенаселення, конфлікти в сім'ї.

Код 3: Помірний стрес: гострий - виключення зі школи, народження братів і сестер; хронічний - хронічне захворювання з втратою працездатності у батьків; постійний конфлікт з батьками.

Код 4: Важкий стрес: гострий - розлучення батьків, небажана вагітність, арешт; хронічний - жорстокі батьки або їх відмову від дитини; приміщення дитини на виховання в різні установи.

Код 5: Надмірно важкий стрес: гострий - сексуальна або фізична неповноцінність; смерть батька; хронічний - стійкі сексуальні або фізичні порушення.

Код 6: Катастрофічний стрес: гострий - смерть обох батьків; хронічний - хронічне загрожує життю захворювання.

Код 0: Відсутність необхідної інформації або будь-яких змін в стані.

Визначення важкості стресу за шкалою має базуватися на тій оцінці, яку дослідник дає типовому представникові даного соціального і культурного прошарку суспільства, з урахуванням наслідків, який цей стрес може викликати у цього представника. При подібній оцінці беруться до уваги зміни, які можуть настати в житті особи, яка перенесла стрес, ступінь, до якої стресорна подія впливає на дану особу і перебуває під її контролем, і кількість стресів, в деяких випадках можна відзначити деякі особливі, специфічні психосоціальні стреси. Ця інформація може виявитися важливою при виробленні плану лікування, який повинен бути спрямований на ліквідацію психосоціальних стресів або на спроби допомогти хворому справитися з ними.

Результати кореляційного аналізу за коефіцієнтом кореляції Спірмена

Таблиця Ж1.1

Показники кореляційного аналізу за коефіцієнтом кореляції Спірмена

| Variable | Spearman Rank Order Correlations (Дані дослідження) | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|----------------|---------|----------------|---------------------------------|-------------------|--------------------|------------------|------------------|--------------------|------------------------------|
| | MD pairwise deleted Marked correlations are significant at $p < .05000$ | | | | | | | | | | |
| | Тривожні сть | Фрустра ція | Агресія | Ригідні сть | Схильніст ь до світцидаль | Саморегу ляція | Наполегли вість | Самовлад ання | Емпатійн ість | Імпульсив ність | Психосоці альний стрес |
| Тривожність | 1,00 | 0,71 | 0,57 | 0,78 | 0,88 | -0,34 | -0,58 | -0,50 | -0,51 | 0,10 | 0,20 |
| Фрустрація | 0,71 | 1,00 | 0,54 | 0,70 | 0,87 | -0,30 | -0,45 | -0,39 | -0,46 | 0,03 | 0,12 |
| Агресія | 0,57 | 0,54 | 1,00 | 0,57 | 0,69 | -0,23 | -0,40 | -0,41 | -0,40 | 0,10 | 0,23 |
| Ригідність | 0,78 | 0,70 | 0,57 | 1,00 | 0,88 | -0,40 | -0,56 | -0,54 | -0,53 | 0,16 | 0,17 |
| Схильність до світцидальної поведінки | 0,88 | 0,87 | 0,69 | 0,88 | 1,00 | -0,33 | -0,60 | -0,51 | -0,54 | 0,09 | 0,18 |
| Саморегуляція | -0,34 | -0,30 | -0,23 | -0,40 | -0,33 | 1,00 | 0,29 | 0,16 | 0,21 | -0,16 | -0,08 |
| Наполегливість | -0,58 | -0,45 | -0,40 | -0,56 | -0,60 | 0,29 | 1,00 | 0,50 | 0,47 | -0,05 | -0,06 |
| Самовладання | -0,50 | -0,39 | -0,41 | -0,54 | -0,51 | 0,16 | 0,50 | 1,00 | 0,37 | -0,19 | -0,04 |
| Емпатійність | -0,51 | -0,46 | -0,40 | -0,53 | -0,54 | 0,21 | 0,47 | 0,37 | 1,00 | -0,36 | -0,01 |
| Імпульсивність | 0,10 | 0,03 | 0,10 | 0,16 | 0,09 | -0,16 | -0,05 | -0,19 | -0,36 | 1,00 | -0,20 |
| Психосоціальний стрес | 0,20 | 0,12 | 0,23 | 0,17 | 0,18 | -0,08 | -0,06 | -0,04 | -0,01 | -0,20 | 1,00 |

Результати множинного регресійного аналізу

Таблиця 31.1

Показники множинного регресійного аналізу схильності до суїцидальної поведінки

| Regression Summary for Dependent Variable: Показник схильності до суїцидальної поведінки (Дані, N=100) | | | | | | |
|--|-------|------------------|-------|---------------|-------|---------|
| R= ,99473119 R ² = ,98949013 Adjusted R ² = ,98856619 F(8,91)=1070,9 p<0,0000 Std.Error of estimate: 1,5669 | | | | | | |
| | Beta | Std.Err. of Beta | B | Std.Err. of B | t(91) | p-level |
| Intercept | | | -0,31 | 1,24 | -0,25 | 0,81 |
| Фрустрація | 0,30 | 0,02 | 0,96 | 0,05 | 17,87 | 0,00 |
| Емпатійність | 0,00 | 0,01 | 0,00 | 0,01 | 0,09 | 0,93 |
| Тривожність | 0,27 | 0,02 | 1,02 | 0,08 | 13,41 | 0,00 |
| Самовладання | 0,03 | 0,01 | 0,12 | 0,06 | 1,95 | 0,05 |
| Агресія | 0,24 | 0,01 | 0,92 | 0,06 | 15,93 | 0,00 |
| Наполегливість | -0,01 | 0,01 | -0,03 | 0,05 | -0,57 | 0,57 |
| Ригідність | 0,34 | 0,02 | 1,07 | 0,06 | 16,57 | 0,00 |
| Саморегуляція | 0,00 | 0,01 | 0,00 | 0,03 | 0,00 | 1,00 |

Додаток К

**Результати порівняльного аналізу схильності до суїцидальної поведінки
за статтю**

Таблиця К1.1

Показники порівняльного аналізу схильності до суїцидальної поведінки за
статтю

| T-tests; Grouping: Стать, 1 - чоловіки, 2 - жінки (Дані дослідження) | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|-----------|---------|-------|-------------|--------------|--------------|---------------|---------------|----------------------|----------------|
| Group 1: 2 | | | | | | | | | | | |
| Group 2: 1 | | | | | | | | | | | |
| Variable | Mean 2 | Mean 1 | t-value | df | p | Valid N 2 | Valid N 1 | Std.Dev. 2 | Std.Dev. 1 | F-ratio Variances | p Variances |
| Показник схильності до суїцидальної поведінки | 41,07 | 37,56 | 1,18 | 98,00 | 0,24 | 41,00 | 59,00 | 14,27 | 14,86 | 1,08 | 0,80 |