

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра практичної психології

«Допущено до захисту»

Завідувач кафедри

_____ Мірошник З.М.

« ____ » _____ 2020 р.

Реєстраційний № _____

« ____ » _____ 2020р.

**ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ПІДЛІТКІВ,
СХИЛЬНИХ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ**

Магістерська робота з психології
студентки психолого-педагогічного факультету
другого (магістерського) рівня вищої освіти
зі спеціальності 053 Психологія
2 курсу, групи ПП-15-м (денна форма навчання)
Тарасової Катерини Валеріївни

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук, доцент

Шаповал І. М.

Оцінка:

Національна шкала _____

Шкала ECTS _____ Кількість балів _____

Голова ЕК _____

(підпис)

(прізвище, ініціали)

Члени ЕК _____

(підпис)

(прізвище, ініціали)

(підпис)

(прізвище, ініціали)

(підпис)

(прізвище, ініціали)

Кривий Ріг – 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПЕРЕДУМОВ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ	6
1.1. Психологічна феноменологія суїцидальної поведінки	6
1.2. Особливості суїцидальних проявів у підлітковому віці	12
1.3. Специфіка психологічного супроводу підлітків, схильних до суїцидальної поведінки	21
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ ПРОЯВІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ.....	25
2.1. Організація та процедура дослідження	25
2.2. Аналіз результатів психодіагностичного дослідження.....	29
РОЗДІЛ 3 ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПІДЛІТКІВ, СХИЛЬНИХ ДО СУЇЦИДАЛЬНОСТІ	37
3.1. Обґрунтування психологічного супроводу підлітків, схильних до суїцидальної поведінки	37
3.2. Оцінка ефективності корекційно-розвивального впливу	40
ВИСНОВКИ.....	46
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	50
ДОДАТКИ.....	59

ВСТУП

Актуальність дослідження. Людське життя – неповторна, тендітна річ. Зростання суїцидальної поведінки та суїцидальних спроб серед осіб підліткового віку робить проблему самогубства гострою, невідкладною, яка потребує багато уваги з боку різних соціальних інституцій. Особливу тривогу викликає зростання суїцидальності серед осіб підліткового віку. У даний час природа суїцидальної поведінки людини значно змінюється – самогубство частіше всього відбувається не внаслідок патологічних відхилень у психіці людини, а в результаті впливу на неї соціального середовища. Саме соціальне середовище та однолітки постають референтною групою для підлітків. А оскільки підлітки є більш вразливими внаслідок недостатньої сформованості власної особистості, вони легше піддаються впливу суспільства, ніж доросла людина, яка вже є достатньо сформованою. Актуальність даної проблематики також обумовлюється і розвитком ІТ-технологій, внаслідок чого у підлітка втрачається межа з реальністю через занурення у світ мрій, ілюзій та фантазій. З самогубством тісно пов'язаний і такий фактор, як вседозволеність підлітків. Він також може бути невід'ємною причиною суїцидальних спроб, оскільки дитина перестає цінувати все те, що має, вона починає відчувати постійне бракування у чомусь, втрачає сенс у подальшому плануванні і досягненні цілей, і у пошуках ризику, адреналіну, веселих, незабутніх пригод може здійснювати необдумані вчинки, навіть, завдаючи шкоди власному життю.

Проблема суїцидальної поведінки підлітків є достатньо розробленою у психології. А. Г. Амбрумова, Р. Літман, К. Меннінгер, Н. Фарбероу та ін. визначають психологічну природу суїцидальної поведінки як реакцію на складні умови життя, що супровжуються соціально-психологічною дезадаптацією та виникненням стійких негативних переживань, виокремлюють типи і фактори суїцидальної поведінки психічно здорових

людей. Е. Гролман, І. Г. Малкіна-Пих, Г. В. Старшенбаум та ін. зауважують на специфічних вікових чинниках суїцидальності підлітків.

Актуальність зазначеної проблематики зумовила вибір теми нашої кваліфікаційної роботи «Психологічний супровід підлітків, схильних до суїцидальної поведінки».

Мета роботи – виявити особливості суїцидальної поведінки підлітків, визначити способи профілактичних, превентивних та корекційних заходів щодо попередження ризику суїцидальних проявів у дитини неповнолітнього віку.

У відповідності з метою дослідження були сформульовані наступні **завдання**:

- здійснити теоретичний аналіз психологічної літератури з обраної теми;

- встановити особливості виникнення суїцидальної поведінки у підлітковому віці;

- встановити взаємозв'язок підліткового віку з суїцидальними нахилами, довести необхідність здійснення психологічного супроводу школярів, які потрапили у важку життєву ситуацію;

- спланувати, організувати та провести емпіричне дослідження;

- кількісно та якісно проаналізувати отримані дані, здійснити їх інтерпретацію та надати психологічні рекомендації стосовно проведення профілактичних заходів, а також запобігання суїцидальних спроб у дітей підліткового віку.

Об'єктом дослідження є психологічні передумови та закономірності виникнення суїцидальної поведінки підлітків.

Предметом дослідження є умови створення психологічного супроводу підлітків, схильних до суїцидальної поведінки.

Дослідно-експериментальна база дослідження: Криворізька педагогічна гімназія. Вибірку склали 36 учнів 9-х класів віком 14-15 років.

Для вирішення поставлених завдань використовувалися такі **методи дослідження**:

1) теоретичні: теоретичний аналіз та систематизація наукових даних з проблеми, узагальнення, абстрагування;

2) емпіричні: спостереження, спрямоване на виявлення особливостей прояву суїцидальної поведінки;

3) діагностичні: «Тест на виявлення суїцидальних намірів» Н. Шавровської, О. Гончаренко, І. Мельникової, методика «Суб'єктивне відчуття самотності» Д. Рассела і М. Фергюсона, методика «Діагностика самооцінки психічних станів» Г. Айзенка; методика «Шкала безнадійності» Бека;

4) методи математичної статистики: методи первинної обробки емпіричних даних, коефіцієнт лінійної кореляції r_{xy} -Пірсона для визначення кореляційних зв'язків, H -критерій Крускала-Волліса для оцінювання відмінностей за досліджуваними параметрами, критерій T Вілкоксона для зіставлення емпіричних даних констатувальної та підсумкової діагностик);

5) інтерпретаційні: аналіз та тлумачення отриманих результатів, зіставлення отриманих результатів з попередніми даними, наявними в психологічній літературі.

Практичне значення результатів. Отримані в процесі дослідження результати можна застосовувати у діяльності практичного психолога в навчальних закладах для психологічного супроводу учнів, схильних до суїцидальної поведінки, а також з метою профілактики суїцидальних спроб.

Апробація результатів дослідження. Публікація збірника наукових робіт студентів, молодих учених і фахівців-практиків «Актуальні проблеми практики консультування та психотерапії» (м. Кривий Ріг, 2020 р.) [63].

Структура роботи: магістерська робота складається з титульного аркуша, вступу, трьох розділів (теоретичної, емпіричної та корекційної частин), загального висновку, списку використаної літератури, який налічує 86 джерел; ілюстрована 10 таблицями і 10 рисунками; вміщує 3 додатки.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПЕРЕДУМОВ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ

1.1. Психологічна феноменологія суїцидальної поведінки

Підлітковий період є гострим і травмуючим перехідним етапом від дитинства до дорослого життя, в результаті чого у дитини переплітаються суперечливі тенденції типу як правильно вчинити у тому чи іншому випадку або ситуації. У підлітковому віці формуються і удосконалюються комунікативні навички.

Суїцид – це форма психічної і поведінкової активності. Мета цієї форми полягає у добровільному самознищенні [11]. Суїцид – це акт аутоагресії і самодеструкції людини, який виражений як спосіб припинення страждань і неможливість протистояти життєвим труднощам і негативним емоційним переживанням [15; 22]. Суїцид – це навмисне самоушкодження зі смертельним фіналом [48].

Суїцид вважається виключно людським актом, оскільки зазвичай людина страждає від сильної депресії та душевного болю і в такому стані людина вважає, що неспроможна самостійно вирішити свої проблеми. Психологічний сенс самогубства полягає у знятті емоційного напруження, відреагуванні афекту, в уникненні тієї ситуації, в якій людина опинилася з власної волі або поневолі.

Що стосується суїцидальної поведінки, безліч науковців стверджують, що поняття «суїцид» та «суїцидальна поведінка» необхідно розрізняти [3; 6]. Так вони зазначали, що суїцид є усвідомленим актом позбавлення життя, а суїцидальна поведінка -це насамперед, суїцидальна спроба, замах і вже потім власне прояв [59].

Безпосередньо суїцидальна поведінка-це будь-які внутрішні та зовнішні форми психічних дій людини, які спрямовуються шляхом уявлення про позбавлення себе життя [74]. Суїцидальна поведінка передбачає свідомі дії.

У структурі суїцидальної поведінки можна виділити:

- власне суїцидальні дії;
- суїцидальні прояви (думки, натяки, почуття, висловлювання, наміри).

Таким чином, суїцидальна поведінка може одночасно бути спланована як внутрішньо, так і зовнішньо.

Суїцидальні думки є міркуванням суб'єкта про те, що його життя втратило свою цінність і сенс, обґрунтування доцільності власної смерті, обмірковування способів, засобів самогубства. Період від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізації називається пресуїцидальним. Тривалість його може обчислюватися у хвилинах (що називається гострим пресуїцидом) або місяцях (що називається хронічним пресуїцидом).

Суїцидальний намір є мотиваційним феноменом, який пов'язує внутрішньо-психічну і зовнішньо-дієву складову вчинку. Проте суїцидом вважають не всі дії людини, які приводять до її смерті. В. В. Рибалка зазначає такі види суїцидальної поведінки [8].

1. Неусвідомлюване самогубство. Окрім усвідомлюваних суб'єктом мотивів його дій, вчинки людини можуть бути спричинені неусвідомленими потребами, які утворюють основу несвідомого у психіці. За однією з гіпотез, ризикована гра є проявом неусвідомлюваного прагнення до смерті внаслідок посиленої дії інстинкту смерті.

2. Самогубство як ризикована гра і ризикована безпечність. Окремі люди схильні до екстремальних розваг із ризиком для життя та здоров'я. Такі ігри можуть завершитися фатально. Особи, які грають зі смертю, не дивлячись на усвідомлення своїх наслідків, очікування на захоплення, визнання інших людей, нерідко отримують почуття задоволення від страху, який супроводжує їх під час екстремальної поведінки.

3. Психопатологічне й агресивно-невропатичне самогубство. Це маніакальне самогубство, самогубство меланхоліків, самогубство, яке супроводжується obsесивно-компульсивним розладом та імпульсивне самогубство.

Серед самогубств, які скоїли психічно хворі люди, виокремлюють такі види.

1. Маніакальне самогубство. Здійснюють особи, охоплені галюцинаціями або маячними ідеями. Хворий убиває себе, щоб уникнути уявної небезпеки чи ганьби, або діє, підкоряючись наказу «згори». Суїцидальні акти відбуваються швидко і супроводжуються суперечливими думками й почуттями.

2. Самогубство меланхоліків. Поширене серед осіб, які занепали духом, переживають глибоку скорботу, патологічно гіпертрофовані докори совісті, сум, журбу. У такому стані людина не здатна об'єктивно оцінити своє ставлення до інших, а також ставлення навколишнього світу до себе. Життя сприймається людиною як стомлююче, обтяжливе й безрадісне або безнадійно-нудне існування. У хворого, який постійно перебуває у такому стані, з часом з'являється несвідома думка про самогубство як засіб, за допомогою якого він може звільнитися від страждань.

3. Самогубство під впливом нав'язливих ідей або самогубство, яке супроводжується obsесивно-компульсивним розладом. Суїцидальний акт зумовлюється не через реальні чи уявні мотиви, а через нав'язливу думку про смерть, яка повністю оволодіває свідомістю хворої людини. Така людина одержима бажанням знищити себе, хоча може розуміти безпідставність цього бажання.

4. Автоматичне (імпульсивне) самогубство. Воно також раціонально немотивоване. Ні дійсність, ні уявлення хворого не дають для такого вчинку жодних підстав. Не є воно і результатом нав'язливої ідеї. Автоматичне самогубство скоюють внаслідок раптового і нездоланного імпульсу, який опановує свідомістю, почуттями, волею.

5. Самогубство психічно здорової людини. Такий суїцид реалізується через вибір людиною смерті для досягнення мети за адекватної свідомості й афективно-невротичного збудження, але яке не досягає патологічного рівня.

Американські дослідники Н. Фарбероу та Р. Літман визначили такі типи суїцидальної поведінки психічно здорових людей.

1. Демонстрація свого дистресу іншим без бажання вмерти. На цей тип припадає приблизно 30% всіх суїцидальних актів. Для такої поведінки засобом досягнення мети є не смерть, а її імітація (свідома чи несвідома).

2. Суїцид із вираженим амбівалентним ставленням до смерті та сподіванням на шанс чи долю в останньому кроці. Людина, яка здійснює такий вчинок, вважає свій стан розгублення й відчаю нестерпним, хоча зберігає слабку надію на інший спосіб реагування. Амбівалентність спричинює підсвідомий вибір «легкого» самогубства, яке можуть помітити й припинити інші.

3. Наявність справжнього наміру вбити себе. Особи, які готуються до здійснення суїциду, виявляють свої наміри відповідними висловлюваннями, ретельно захищаються від того, що могло б завадити здійсненню задуму.

А. Г. Амбрумова [2] також зазначає, що суїцидальна поведінка виникає у результаті соціально-психологічної дезадаптації в умовах внутрішньоособистісного або міжособистісного конфлікту, який переживає людина.

Стосовно ретроспективного огляду робіт вчених з питання суїциду можна зазначити наступне: згідно з визначенням французького соціолога Е. Дюркгейма, який першим визначив основи суїцидології, А. Г. Амбрумової, С. В. Бородіна та О. С. Міхліна [4], суїцид розуміється як цілеспрямована навмисна дія позбавлення себе життя.

До суїциду Е. Дюркгейм відносив будь-який смертельний випадок, який прямо чи опосередковано походив від позитивного або негативного акту, здійсненого суїцидентом задля досягнення конкретної мети, який при цьому наперед знав про можливі наслідки скоєння суїциду. Науковець відрізняв

самогубство від спроби самогубства, трактуючи останню як «припинення самовбивчого акту до настання процесу смерті». За його словами, до суїциду подібні вчинки людей, які ризикують своїм життям заради порятунку інших; віддають перевагу небезпечним заняттям, ризикованим видам спорту, пов'язаним із грою зі смертю, з прагненням її уникнути; надмірно виснажують себе працею; нехтують своїм здоров'ям, зловживають алкоголем, тютюном, наркотиками, сексом, зневажають безпеку тощо. Від власне суїциду така поведінка сутнісно відрізняється тим, що вона не пов'язана з мотивацією людини, яка спрямовує кожний вчинок на смертельний фінал. Отже, с психологічного погляду суїцидом вважають вмотивований для людини засіб досягнення бажаною для неї мети.

Всесвітня організація охорони здоров'я трактує суїцид як акт самогубства з фатальними наслідками, це є результат свідомих дій з боку конкретної людини, яка повністю усвідомлює і очікує летального наслідку; замах на самогубство розуміється як аналогічний акт, який немає фатальних наслідків [24, 51].

3. Фрейд розуміє самогубство як уявлення про існування в людині двох основних енергій: Еросу – інстинкту життя і Танатосу – інстинкту смерті [70].

Представники гуманістичного напрямку Р. Мей, К. Роджерс та А. Маслоу підкреслювали роль тривоги та інших емоційних переживань у виникненні суїцидальної поведінки [34; 37].

Сучасний суїцидолог М. Л. Фарбер [8] зазначив, що самогубство – це є свідоме, навмисне і швидке позбавлення себе життя. Хендін відкрив, що невітшість, смуток є вирішальними в прийнятті суїцидального акту [9]. Карл Меннінгер в своїй книзі «Людина проти самої себе» [10] розглядав самогубство як вбивство, спровоковане злістю по відношенню до іншої людини, роздивляючись в цьому бажання померти, бути вбитим, вбити самому.

Мусаті розглядає аутоагресію як фактор мазохізму, який від психологічних проблем переходить на фізичний рівень і закінчується суїцидом [11]. Саліван розглядає самогубство як «нешасний випадок». Концепція вченого говорить про те, що особистість, яка пережила в минулому негативний вплив, стає предметом самознищення [11].

М. В. Зотов [12] описав основні етапи процесу, який призводить до скоєння суїциду. Перш за все, він відмітив, що самогубства частіше здійснюються особами, в анамнезі яких спостерігаються ознаки схильності до суїцидального реагування, що, у свою чергу, вважається одним із важливих чинників суїцидального ризику. Хіллман розглядає суїцид у зв'язку зі смертю, душею і засновує їх на законах соціуму, церкви, життя і бачить суїцид як здатність людини знайти незалежність свого «Я» шляхом усвідомлення сенсу смерті [14]. Він вважає, що суїцид – це той рівень індивідуальності, який не слідує колективним правилам і смерть – це дійсна альтернатива, яка потребує мужності і сили. Таким чином, суїцид розглядається як вибір, як зростання індивідуальності шляхом переходу в інший світ. Зілбург бачить в акті самознищення втрату любити інших, приховати свої почуття перед іншими [15].

Ерл Гролман наводить такі фактори, які становлять «групу ризику» серед підлітків [12; 16]:

- парасуїцид (попередня, незавершена суїцидальна спроба);
- демонстративні прями чи завуальовані суїцидальні погрози;
- аутоагресія (тенденція до самоушкодження);
- суїцидальна поведінка або родове самогубство;
- тривале зловживання алкоголем або алкоголізм у декількох поколіннях;
- хронічне вживання психоактивних речовин;
- афективні розлади, особливі тяжкі депресії (психопатологічні синдроми);

- хронічні захворювання (якщо на ці ж захворювання страждають значимі дорослі);
- переживання важкої втрати (смерть батьків, коханої людини);
- виражені сімейні проблеми (відхід з сім'ї значимого дорослого, сімейне насильство, розлучення тощо).

1.2. Особливості суїцидальних проявів у підлітковому віці

Відомо, що підлітковий період-це є гострий перехід від дитинства до дорослості, в якому переплітаються суперечливі, а іноді і парадоксальні тенденції. Підлітковий вік розуміють як особливий період онтогенетичного розвитку людини. Підлітки є складною категорією, оскільки батьки дуже легко можуть втратити контакт із дітьми, в результаті чого можуть виникнути конфлікти на ґрунті непорозуміння [4; 5]. Не дивлячись на те, що стиль спілкування підлітка може бути неприйнятним, або навіть неприпустимим, необхідно розмовляти з ним на різні теми, які є важливими для дитини або її турбують. Також необхідно вчити підлітка пристосовуватися до дорослого життя, бути організованим, адаптованим до життєвих труднощів та різних ситуаційних бар'єрів.

Підлітковий період можна умовно розділити на три стадії: ранню, середню і пізню.

Ранній підлітковий вік (від 10 до 14 років) передбачає для дитини важливі питання незалежності й усвідомлення себе. Дитина починає цікавитися власним тілом, виявляти інтерес до однолітків, їхніх цінностей, починає копіювати моделі поведінки, при цьому, інтерес до світу дорослих, навпаки, зменшується, тобто власні цінності протиставляються цінностям родини. На даному етапі підліток занурюється у самого себе, між ним та сім'єю зростають конфлікти з приводу школи, вибору друзів, домашньої роботи. У дитини з'являється прагнення бути в групі, підліток центрується на теперішньому моменті, дитина може стати більш замкнутою та

сором'язливою. Проте, як би парадоксально не виглядало, іноді від цієї самої сором'язливості або невпевненості у собі може спостерігатися деяка розв'язність у поведінці. Більшість підлітків страждає від всевітнього нерозуміння [7; 18].

Центральним новоутворенням раннього підліткового віку є відчуття дорослості-ставлення до себе як до дорослого, відчуття і усвідомлення себе в певній мірі дорослою людиною. Ця суб'єктивна сторона є особливою формою самосвідомості підлітка [20; 21]. Почуття дорослості підлітка проявляється, перш за все, в бажанні, щоб усі-і дорослі, й однолітки-ставилися до нього як до дорослого. Він претендує на рівноправність у відносинах зі старшими і йде на конфлікти, відстоюючи свою «дорослу» позицію, прагне до самостійності, захищає деякі аспекти свого життя від втручання інших. У підлітка з'являються власні смаки, погляди, оцінки, власна лінія поведінки.

Поряд з почуттям дорослості психологами розглядається підліткова тенденція до дорослості-прагнення здаватися і вважатися дорослим. Бажання виглядати в чужих очах дорослим посилюється, коли не знаходить відгуку в оточуючих. У той же час зустрічаються підлітки і з неяскраво вираженою тенденцією – їхні претензії на дорослість проявляються епізодично, в окремих несприятливих ситуаціях, при обмеженні їх волі, самостійності [23].

Розвиток дорослості в різних її проявах залежить від того, в якій сфері намагається утвердитися підліток, який характер набуває його самостійність – у відносинах з однолітками, у використанні вільного часу, у різних заняттях, у домашніх справах. Важливо і те, чи задовольняє його формальна самостійність, зовнішня сторона дорослості або потрібна самостійність реальна, яка відповідає глибокому почуттю [14; 38; 42].

Після пошуків себе, особистісної нестабільності у підлітка формується «Я-концепція»-система внутрішньо узгоджених уявлень про себе, образів «Я» [45]. Для підлітка важливо не тільки знати, який він насправді, а й наскільки значимі його індивідуальні особливості. Тому він дуже чутливий до оцінок оточуючих.

Середній підлітковий вік виражений незрілістю суджень, імпульсивністю при сильному бажанні приймати власні рішення. Референтна група має помітний великий вплив на особистість підлітка. Дитина дуже багато уваги приділяє власній зовнішності.

Пізній підлітковий вік демонструє більше усвідомлення себе, підліток заклопотаний самовизначенням у майбутній професії, він знову здатний прислухатися до думки батьків, будує короткострокові або довгострокові плани на власне майбутнє. Багато в чому дитина стає незалежною і здатною функціонувати самостійно.

Підлітковому віку властиві сильні коливання в емоційно-вольовій сфері. Підліток явно демонструє небажання приймати на себе серйозні зобов'язання.

Як підсумок, можна підвести: підлітковий вік є дуже відповідальним етапом активного формування особистості, оскільки часто саме він визначає подальше життя людини.

Підліток-ще не цільна зріла особистість. Окремі риси зазвичай неузгоджені, поєднання різних образів «Я» негармонійне, що визначає нестійкість, рухливість усього духовного життя на початку підліткового віку [54; 65]. Особистісна нестабільність є однією з яскравих особливостей дітей даного віку. Вона проявляється:

- в емоційній лабільності (часта зміна настрою, «вибуховість»);
- в моральній нестійкості (норми моралі залишаються чимось зовнішнім, їм діти слідує, щоб виправдати очікування значущих для них дорослих і однолітків, щоб зберегти з ними позитивні відносини, заслужити їх схвалення);
- в нестійкості самооцінки, її чутливості до будь-яких впливів, особливо з боку близьких і значущих людей;
- в суперечливості характеру і прагнень (прагнення бути визнаним і шановним поєднується з показною незалежністю і бравадою своїми недоліками, прагнення бути таким же як і всі і прагнення виділитися,

відзначитися за всяку ціну, заперечення всіх авторитетів, загальноприйнятих правил і обожнювання випадкових кумирів) [39; 40; 41].

Суперечливість підлітків, нестійкість їхньої поведінки і залежність від зовнішніх впливів часто призводить до серйозних соціальних проблем, званих підлітковими, які виражається у розладах поведінки.

Розлади поведінки підлітків – це стійка нездатність підлітка контролювати свою поведінку відповідно до встановлених в суспільстві норм. Крім розладів зовнішнього плану, у дітей і підлітків можуть спостерігатися розлади внутрішньої поведінки, або емоційні розлади. Крім розладів зовнішнього плану, у дітей і підлітків можуть спостерігатися розлади внутрішньої поведінки, або емоційні розлади. Емоційні розлади – це розлади, що включають в себе такі прояви, як занепокоєння, страхи, печаль, тривогу, боязкість і інші ознаки емоційного занепокоєння.

Якщо говорити про особливості підліткового віку, які поєднуються із суїцидальними нахилами дитини, тут можна багато чого зазначити. Як вже вище було сказано, підлітковий вік зазнає дуже сильного коливання з емоційно-вольової сторони, в результаті цього, можна зрозуміти, що, до категорії «складних підлітків», чи підлітків, які становлять «групу ризику» відносять дітей з девіантною (асоціальною) поведінкою [19; 46; 53]

Підлітковий вік сповнений протиріч, тому в цей період дуже легко потрапити під будь-який зовнішній вплив. На поведінку підлітка впливають «системи відносин», особливості взаємин з вчителями, положення у класі, психологічна атмосфера в школі, ставлення учнів до навчання, до класу, до однолітків, до самої школи, до власного майбутнього, власних життєвих цілей тощо.

Завдяки аналізу суїцидальних проявів серед підлітків було встановлено, що суїцидальна поведінка несе в собі вікову своєрідність у порівнянні з аналогічною поведінкою у дорослих. Дана своєрідність обумовлена специфікою фізіологічних і психологічних механізмів, властивих зростаючому організму у період його становлення. На думку психологів, лише

у 10% самогубств суїцидальна поведінка підлітка має на меті істинне прагнення закінчити життя, а в останніх 90% суїцид передбачає прагнення отримати увагу від значимих дорослих, своєрідний крик про допомогу [56].

Для людей різного віку характерні власні причини самогубства. Наприклад, для осіб, які не досягли 16-річного віку причиною покінчити життя власноруч є нерозділене кохання, почування себе невдахою, гірше за інших тощо. Суїцидальні спроби більш характерні для підлітків з прихованою депресією. У такому випадку вона є суїцидо-небезпечною. Суїцидальний ризик підвищується у віці 14-15 років і у цей проміжок є достатньо високим. Суїцид, який не відбувся частіше відзначається у хлопчиків 17 років [60; 61].

Достатньо відомим є той факт, що підлітки ставляться до смерті як до віддаленого, нереального явища, а тому можуть почувати себе «безсмертними». У зв'язку з цим підлітки дуже схильні до наркоманії, алкоголізму, ведення потенційно небезпечного, ризикованого способу життя.

Нерідко більшість підлітків, які здійснюють самогубство, прямо не передбачають смертельного результату. На відміну від дорослих, у підлітків відсутні чіткі межі між істинним самогубством або спробою і демонстративно-шантажним аутоагресивним вчинком. Для суїцидентів підліткового віку характерне прагнення стати свідком реакції оточуючих на власну загибель. Для осіб підліткового віку суїцидо-небезпечені ситуації можуть складатися із незначних, на думку дорослих, негараздів. У підлітковому середовищі, серед тих, хто частіше скоює самогубство, є дівчата [63; 79].

Також на скоєння підлітком суїциду дуже сильно впливає сімейний чинник. Сильним стимулятором суїцидального синдрому є втрата довірчого зв'язку з батьками. У цьому випадку думки про самогубство мучать дитину доволі часто. Більш болісно підлітки сприймають навіть не конфлікти з батьками, а їх холодну байдужість до себе.

Формування суїцидальної поведінки у підлітковому віці залежить також і від особистісних особливостей підлітка. Суїцидально-схильними можуть бути емоційно нестійкими, мати підвищену сугестивність, сенситивність,

експлозивність, імпульсивність. Причини девіантної або асоціальної поведінки неповнолітніх можуть бути наступними:

- Оцінка тілесного розвитку. Сильні і мужні підлітки практично не потребують спроби заслужити довіру з боку однолітків. Слабкі, худорляві та низькі хлопчики, навпаки, змушені постійно доводити оточуючим свою спроможність, намагаються виділитися, часом навіть за рахунок дуже сумнівних вчинків.

- Статеве дозрівання. Призводить до гормонального сплеску, який у свою чергу, викликає запальність, агресію, непослух.

- Невідповідність рівня і темпу розвитку особистості. Коли відчуття дорослості і вседозволеності у підлітків неминуче стикається з нерозумінням їхніх прагнень і домагань з боку дорослих. Особи підліткового віку дуже гостро і негативно реагують на критику дорослих [82].

Невід’ємною причиною скоєння самогубства підлітком може виступати тривала конфліктна ситуація у родині, коли частіше всього переважає авторитарний стиль виховання. Таке виховання чинить тиск на дитину, оскільки батьки вимагають безапеляційного виконання вказівок, що, у свою чергу придушує самостійність підлітка у прийнятті ним важливих рішень у подальшому. У формі покарань батьками використовуються принизливі висловлювання, які можуть зачіпати самолюбство дитини і знижувати її самооцінку. На підлітка дуже сильно може вплинути смерть когось із близьких, розлучення батьків, навіть втрата роботи одного або двох з батьків. Батьки знаходяться у пригніченому стані і можуть звинувачувати у своїх проблемах саме дитину [80].

Шкільні причини здійснення самогубства можуть бути пов’язані із взаєминами з вчителями, адміністрацією, однолітками, адже саме у школі формуються такі важливі соціальні запити підлітка як потреба у самоповазі, у позитивній оцінці значимими дорослими, у спілкуванні.

Вельми значущим фактором суїцидальної поведінки є відносини з однолітками. У цьому випадку підліток компенсує погані взаємини з батьками

надмірною залежністю від іншого однолітка. Оскільки відносини з товаришем чи подругою можуть стати досить близькими та значимими, будь-яка втрата або охолодження прихильності, а тим більше, зрада, відхід до іншого друга, сприймається як непоправна втрата, яка позбавляє сенсу подальше існування [8; 9].

Постійні знущання однолітків є дуже важливим чинником виникнення думок про самогубство і навіть власне реалізації задуманого, який не можна ігнорувати. Побиття, цькування, моральне знищення дитини однолітками травмує нервову систему і психіку вигнанця. В результаті булінгу слабкий, емоційно – неврівноважений підліток врешті – решт не витримує і намагається власноруч, свідомо покінчити життя самогубством, будучи впевненим у тому, що без нього буде краще всім. Іноді вирішальним пунктом у здійсненні суїцидальної дії може слугувати результат афекту, у цьому випадку є шанс, що емоційно – стійкий, вольовий підліток заспокоїться та відпустить від себе думки даного характеру [1; 10].

Підліток може робити замах на власне життя також в якості наслідування поведінці з телеекрану, або тій поведінці, яка присутня на сторінках літературних творів.

Можна виділити наступні своєрідні суїцидальні дії серед підлітків.

1. Самопошкодження. Для таких дій характерне поєднання аутоагресії і гетероагресії. Підлітки виховуються у неблагополучних, асоціальних сім'ях. Частіше всього таким дітям притаманний епілептоїдний тип акцентуації. Порушена шкільна адаптація. Такі підлітки відчують злобу і образу з боку емоційно – вольової сфери. Діти об'єднуються в асоціальні угруповання.

2. Демонстративно-шантажний суїцид з агресивним компонентом. Діти виховуються у конфліктних, проте не асоціальних сім'ях. Підліткам цієї категорії дій притаманний істероїдний та збудливий тип акцентуації. У початкових класах адаптація в нормі, проте, з появою труднощів – порушується. Актом самогубства у даному випадку підліток прагне довести свою правоту і відітститися кривднику. Такі підлітки починають негайно

реалізувати свій план, що призводить до перегравання і нерідко завершується трагічно.

3. Демонстративно-шантажний суїцид з маніпулятивною мотивацією. Підлітки виховуються у дисгармонійних сім'ях з неадекватним вихованням. Даним дітям притаманний істероїдний тип акцентуації. Підлітки демонструють примхливість, демонстративність, вміло маніпулюють. До 5-го класів діти добре адаптовані, проте можлива дезадаптація у разі появи труднощів шкільної програми, зважаючи на завищену самооцінку та рівень домагань. Такі підлітки у групі спочатку є лідерами, потім їх очікує важке падіння в очах інших однолітків. Думки про суїцид є більш тривалими за рахунок того, що здійснюється більш раціональний пошук безболісних способів покінчення з життям, який не принесе шкоди.

4. Суїцид з мотивацією самоусунення. Підлітки виховуються у зовнішньо благополучних, проте нестабільних сім'ях. Для таких підлітків характерна висока тривожність, нестійка самооцінка, почуття провини, емоційно – лабільний, нестійкий, сенситивний тип акцентуації, психічний інфантилізм, несамостійність, конформність, пасивність, низька стресова толерантність. Наслідком, як правило, є неврастенія. В групі однолітки такі діти мають низький статус, не можуть протистояти тиску. Думки про самогубство у такому випадку є більш тривалими, з почуттям страху. Підлітки обирають достатньо небезпечні способи скоєння суїциду [40; 47].

На різних етапах підліткового віку існують певні особливості формування і прояву суїцидальної поведінки, що пов'язано з віковою специфікою фізіології та психіки, а також індивідуальними особистісними та поведінковими якостями дитини.

У молодшому підлітковому віці суїцидальні прояви, здебільшого заздалегідь не плануються, спроби самогубства здійснюються за допомогою засобів, які потрапляють під руку, в ситуаціях загрози покарання. У цієї групи підлітків замах на самогубство на мають тяжких медичних наслідків. Це не справжнє прагнення до смерті, а бажання уникнути конфлікту, усунути від

важкої ситуації чи проблеми. У середній віковій групі суїцидальні прояви характеризуються демонстративними самопошкодженнями, спробами, які мають за ціль помститися кривднику, покарати оточуючих. Доволі часто спроби суїциду здійснюються у стані афективної напруги, у кульмінаційні моменти конфлікту, і мають тяжкі медичні наслідки. Для підлітків даної вікової групи характерні напади роздратованості і злостивості, емоційної нестійкості, прагнення до чуттєво-сенсорних переживань, у сполученні із бідністю інтересів, обмеженістю кругозору, неадекватним реагуванням на різні ситуації брехні, краху надій, невдач. Такі підлітки ще не стійкі до стресів і практично не володіють навичками самоконтролю. У старшому підлітковому віці суїцидальні прояви характеризуються прагненням до самоусунення, уходу від складних ситуацій і проблем. Це, як правило підлітки із завищеним рівнем самооцінки, які мають опозиційне ставлення до оточення, або педагогічне занедбані підлітки [50].

Існують три групи ознак, які певним чином можуть вказувати на велику ймовірність суїциду підлітка [49; 52]. Перша група-словесні ознаки. До них відносяться:

- повідомлення про почуття безпорадності і безнадійності;
- вислови, пов'язані із прощанням з життям;
- жарти про бажання померти;
- повідомлення про конкретний план чи метод самогубства;
- амбівалентність оцінки будь-яких значущих подій чи людей;
- повільне й невиразне мовлення;
- самозвинувачення та звинувачення інших.

Друга група-емоційні ознаки. Про них свідчить контекст словесних і невербальних повідомлень (плач, довгі паузи, інтонаційне посилення окремих слів):

- переживання горя;
- почуття провини, невдачі, поразки;

- почуття власної незначущості;, реальні або уявні страхи;
- виражена розгубленість;
- імпульсивні дії та реакції.

Третя група-поведінкові ознаки. Вони виявляються як раптові немотивовані зміни у поведінці, які віддаляють підлітка від значущих для нього людей чи сфер життя:

- схильність до ризикованих вчинків;
- схильність до виживання алкоголю і наркотичних речовин;
- виникнення потреби у лікарській допомозі без особливої необхідності, оскільки депресивні стани часто супроводжуються психосоматичними порушеннями;
- віддалення від родини і друзів.

1.3. Специфіка психологічного супроводу підлітків, схильних до суїцидальної поведінки

Перше, з чого хотілося б почати, це, власне, з визначення самого поняття «психологічного супроводу». Психологічний супровід-це система професійної діяльності психолога, спрямована на створення соціально-психологічних, оптимальних умов для успішного навчання і психічного розвитку дитини в процесі шкільної взаємодії. Психологічний супровід є своєрідною технологією, яка здійснює підтримку і допомогу дитині у процесі її розвитку, навчання, виховання та соціалізації [45].

Підлітки-девіанти потребують дуже пильної уваги з боку дорослих з метою недопущення і попередження суїцидальних проявів і можливого ризику повторення. Тому, у процес супроводу повинні включитися усі спеціалісти навчального закладу: адміністрація, педагоги, психологи, соціальні і медичні працівники [25].

Модель психологічного супроводу містить заходи з первинної профілактики самогубств серед підлітків: психодіагностичні заходи-сприяють виявленню підлітків з підвищеним суїцидальним ризиком; психокорекційні заходи-передбачають роботу із підлітками «групи ризику», консультативну допомогу батькам, опікунам та іншим дорослим, які виховують «важку дитину»; просвітницькі заходи-передбачають психологічну просвіту учнів, педагогів, батьків з метою підвищення психологічної культури і компетенції стосовно суїцидальних питань [13].

Оскільки підлітки значну частину свого часу проводять у школі, взаємодіючи з однолітками, дорослими, учні засвоюють безліч поведінкових суспільних норм.

Під час реалізації етапів психологічного супроводу, необхідно, передусім, звернути увагу на причини асоціальної поведінки школяра, оскільки вони можуть мати різні корені походження: біологічні, психологічні, соціальні [27; 29].

Психологічний супровід може розумітися також як супровід відносин, а саме їх розвиток, корекція і відновлення.

М. Р. Бітянова [17], яка запропонувала модель психологічного супроводу, зазначає, що дорослі, які оточують підлітка, надають йому різноманітну підтримку відповідно до своєї соціальної, професійної або особистісної позиції, проте, у процесі супроводу провідне місце безпосередньо відводиться шкільному психологу. Ця робота здійснюється у взаємозв'язку з адміністрацією школи, педагогічним колективом і медичними працівниками освітнього закладу. Психологічний супровід прагне попередити виникнення проблем у розвитку дитини; посприяти дитині у вирішенні певних учбових труднощів, у відновленні емоційно-вольової сфери, у вирішенні питань конфліктних взаємовідносин із однолітками, батьками.

На першому, діагностичному етапі виявлення наявності або відсутності схильності до девіантних форм поведінки є недостатнім, необхідно проводити

індивідуальну роботу з кожним підлітком «групи ризику» задля з'ясування усіх причин виявленої форми девіації.

Другий етап психологічного супроводу полягає у в складанні системи роботи з учнями, які мають девіантну поведінку, а також схильність до неї і реалізації програми з контрольною групою підлітків. На психокорекційному етапі слід проводити тренінгові заняття, спрямовані на саморозвиток, самоусвідомлення, а також на формування адекватної самооцінки і позитивного ставлення до власного життя. Психологічний супровід у даному випадку можна здійснювати не тільки у рамках навчально – виховного процесу, а і спрямовувати на позаурочну роботу підлітків, де вони можуть виявити свої інтереси, проявити здібності, навчитися ефективним формам спілкування і взаємодії з однолітками, педагогами і батьками.

На етапі психологічного просвітництва проводиться робота з батьками у формі тематичних семінарів, де висвітлюються проблемні моменти негативного виховання підлітків, спілкування з ними, і як все це впливає на формування у дитини суїцидального чинника. Робота з педагогічним колективом проводиться також у вигляді тематичних лекцій, в яких акцентується увага викладачів на важливості шкільної адаптації дитини у формуванні суїцидальності. Робота безпосередньо з підлітками проводиться у формі пояснень наслідків суїцидальної поведінки, даються відповіді на питання стосовно самогубств, які можуть цікавити дітей, підвищується психологічна культура.

Психологічне супроводження є дуже важливим, актуальним, а також відповідальним етапом у роботі психолога із «важкими», асоціальними підлітками, оскільки дана модель може значно полегшити виявлення суїцидальних школярів, а також попередити та зменшити виникнення суїцидальних спроб. У рамках супроводу психологи допомагають батькам краще розуміти особливості проблемного віку їх дитини, яка вже має подібну схильність. Спеціалісти допомагають створювати безпечну психологічну сімейну атмосферу з метою формування відкритості, щирості підлітка у

взаємодії з дорослими, зниження страху у дитини ділитися власними проблемами.

Таким чином, феномен суїциду і по сьогоднішній день розглядають як дуже гостре проблемне питання, яке потребує пильної уваги з боку вчених. Структуру суїцидальної поведінки вбачають у безпосередньо суїцидальних діях та суїцидальних проявах, що свідчить про одночасну реалізацію суїцидальної спроби як внутрішньо, так і зовнішньо. До факторів суїцидальної поведінки можна віднести нещасливе кохання, сімейні негаразди, шкільні, фінансові проблеми, проблеми вибору життєвого шляху, булінг, надмірне споживання алкогольних та наркотичних речовин, психічні розлади. Психологічний смисл самогубства вбачається у знятті емоційної напруги, відреагуванні афекту, в уникненні фрустрації.

Підлітковий період постає як дуже травмуючий етап переходу від дитинства до світу дорослих життєвих проблем. Цей період містить у собі суперечливі та парадоксальні тенденції. Підлітковий вік умовно поділяють на 3 стадії: ранній, середній та пізній. Підліток прагне відчувати себе дорослим та виглядати таким в очах інших, прагне до самостійного вирішення власних проблем. Проте, якщо не брати до уваги прагнення та бажання дитини почуватися як доросла, можна втратити з нею емоційний та психологічний контакт, довіру. Це, у свою чергу, може зумовити закритість підлітка від близьких. Сильні емоційні коливання стають поштовхом для неадекватної, неприйнятної поведінки дитини.

З метою запобігання суїцидальної поведінці слід використовувати модель психологічного супроводу, яка включає профілактичні, просвітницькі заходи, психокорекційну роботу, консультативну допомогу. Дана система дуже ефективна при допомозі у вирішенні актуальних задач, учбових труднощів, проблем взаємовідносин з однолітками, батьками порушення емоційно-вольової сфери та при попередженні ризику виникнення суїцидальних спроб.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ ПРОЯВІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

2.1. Організація та процедура дослідження

Проведення емпіричного дослідження здійснювалося з метою виявлення особливостей психічного стану підлітків, можливих чинників розвитку суїцидальних схильностей, безнадійності, ознак самотності, тривожності; встановлення взаємозв'язку стану тривожності, агресивності, самотності із суїцидальними спробами.

Перед початком проведення дослідження були поставлені такі завдання:

- планування, організація, проведення діагностичної роботи на вибірці учнів 9-х класів Криворізької педагогічної гімназії;
- здійснити якісну та кількісну інтерпретацію отриманих результатів;
- виявити особливості формування суїцидальної поведінки у житті дитини;
- встановити взаємозв'язок тривожності, самотності з суїцидальними намірами.

Проведене емпіричне дослідження включало в себе наступні етапи.

Організаційний (підготовчий) етап передбачав знайомство з групою, встановлення довірчого контакту з учнями та кожною дитиною в цілому; була обрана тема дослідження, яка визначає межі пошуку у даній проблемі, визначена актуальність дослідження, здійснені вивчення та аналіз психолого-педагогічної літератури з обраної проблеми дослідження; вибір та формування психодіагностичного інструментарію згідно теми та мети роботи. Інструментарій складається з наступних діагностичних методик.

«Тест на виявлення суїцидальних намірів» Н. Шавровської, О. Гончаренко, І. Мельникової, спрямований на власне визначення

суїцидальних намірів підлітків (тест призначений для роботи з дітьми віком від 10 до 17 років, форма проведення може бути як індивідуальна, так і групова) [62]. Авторами виділено 10 аспектів життя підлітків, проблеми в яких виступати факторами суїцидальних проявів:

- 1) алкоголь, наркотики;
- 2) нещасливе кохання;
- 3) протиправні дії;
- 4) гроші і проблеми з ними;
- 5) добровільний відхід від життя;
- 6) сімейний безлад;
- 7) втрата сенсу життя;
- 8) почуття неповноцінності і потворності;
- 9) шкільні проблеми. проблеми вибору життєвого шляху;
- 10) стосунки із оточуючими.

Для того, щоб не акцентувати увагу досліджуваних на темі суїциду, їм повідомляється, що відбувається дослідження їхнього інтелекту. Стимульний матеріал методики представлений висловами, які необхідно згрупувати за наведеними вище сферами життя. Аналіз результатів тестування передбачає інтерпретацію суїцидального ризику тільки за сферою «Добровільний вихід із життя», а результати інших показників надають інформацію про певний чинник суїцидальних намірів. Також за числовим показником можна диференціювати результати як такі, що свідчать про необхідність особливої уваги, і такі, що свідчать про необхідність формування антисуїцидальних чинників.

Методика «Суб'єктивне відчуття самотності» Д. Рассела і М. Фергюсона з метою дослідження рівня суб'єктивного відчуття людиною власної самотності [36]. В основу даної методики авторами покладено розуміння того, що почуття самотності сприймається як гостро суб'єктивне, суто індивідуальне і часто унікальне переживання. Одна з найбільш характерних рис самотності – це специфічне відчуття повної заглибленості в самого себе.

Почуття самотності не схоже на інші переживання, воно цілісне, абсолютно всеохоплююче. Самотність є комплексним почуття, яке пов'язує воедино щось втрачене внутрішнім світом особистості. Почуття самотності спонукає людину до енергійного пошуку засобів протистояння цій «хворобі», бо самотність діє проти основних очікувань і надій людини і, таким чином, сприймається як вкрай небажана. У почуття самотності є пізнавальний момент. Самотність є ознакою своєї самоті, вона повідомляє людині, «хто я такий в цьому житті». Отже, самотність – це особлива форма самосприйняття, гостра форма самосвідомості.

Методика «Діагностика самооцінки психічних станів» Г. Айзенка, спрямована на визначення психічного стану особистості, який включає тривожність, ригідність, фрустрацію, агресивність [35]. Особистісна тривожність – схильність індивіда до переживання тривоги, що характеризується низьким порогом виникнення реакції тривоги. Фрустрація – психічний стан, що виникає внаслідок реальної чи уявної перешкоди, яка перешкоджає досягненню мети. Агресія – підвищена психологічна активність, прагнення до лідерства шляхом застосування сили по відношенню до інших людей. Ригідність – утрудненість у зміні наміченої суб'єктом діяльності в умовах, що об'єктивно потребують її перебудови.

Методика «Шкала безнадійності» Бека, за допомогою якої вимірюються вираженість негативного ставлення до суб'єктивного майбутнього у дорослих і підлітків [77]. В основі даного поняття як теоретичного конструкту полягає когнітивна теорія психічних процесів, в тому числі про депресію як наслідок когнітивних помилок. При розробці шкали автори слідували концепції про безнадійність як систему когнітивних схем, загальною ознакою для яких є негативне забарвлення очікувань щодо найближчого і віддаленого майбутнього. Індивіди з високими показниками безнадійності вірять, що все в їх житті буде йти не так, що вони ніколи ні в чому не досягнуть успіху, що вони не досягнуть своїх цілей, що їхні найгірші проблеми ніколи не будуть вирішені. Такий опис безнадійності відповідає третьому компоненту

негативної тріади когнітивної моделі депресії Бека, згідно з якою депресивний стан визначає негативний образ себе, негативний образ свого функціонування в сьогоденні і негативний образ майбутнього.

Дані методики були обрані тому, що вони відповідають завданням та меті емпіричного дослідження. Спираючись на теоретичну базу, отриману в результаті попередньо проведеного теоретичного аналізу наукової літератури, при обробці та аналізі результатів тестування, є можливість отримати потрібні дані та відповідно інтерпретувати їх.

Психодіагностичний етап передбачав збір емпіричного матеріалу за допомогою проведення діагностики за вище названими методиками. На даному етапі дослідження вивчався психічний стан підлітка, який включає у себе ригідність, фрустрацію, агресивність; було здійснено спостереження за самопочуттям дитини під час проходження тестування, ступінь тривожності, яку учень відчуває у певній ситуації; визначався рівень суб'єктивної самотності і безнадійності, чинники суїцидального наміру.

Завершальний етап. На основі отриманих результатів сирих даних був здійснений вибір необхідних методів, технік, прийомів з врахуванням вікових, інтелектуальних та фізичних можливостей підлітків з метою коригування та зниження емоційної напруги, негативних факторів, які були спровоковані внутрішнім станом та самопочуттям учнів; були проведені корекційно – розвивальні заняття з використанням обраних методів, залучення учнів до спільної та активної діяльності.

На основі кількісного і якісного аналізу даних та інтерпретації результатів був здійснений опис поведінки підлітків у різних складних ситуаціях внаслідок виявлених симптомів тривожності, самотності, які, у свою чергу, можуть призвести до прояву суїцидальних нахилів; підведення підсумків та зроблена оцінка ефективності проведеної роботи.

2.2. Аналіз результатів психодіагностичного дослідження

На основі здійсненого нами теоретичного аналізу причин та закономірностей суїцидальної поведінки підлітків було встановлено її зумовленість певними якостями та станами особистості: безнадійністю щодо власного життя і майбутнього, самотністю, агресивними способами реагування на складні ситуації, тривожністю, фрустрацією, ригідністю поведінки. Тому метою нашого емпіричного дослідження виступає визначення характеру такої зумовленості.

Нами був проведений кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнту r_{xy} -Пірсона, що дозволив визначити характер зв'язку між суїцидальними чинниками та самотністю, безнадійністю (табл. 2.1), а також психічними станами підлітків (табл. 2.2).

За даними, наведеними в таблиці 2.1, можемо дійти наступних висновків.

1. Має місце помірний додатний зв'язок між самотністю та такими суїцидальними факторами: нещасливе кохання, сімейний безлад, втрата сенсу життя, шкільні проблеми і проблеми вибору життєвого шляху, стосунки із оточуючими; а також сильний додатний зв'язок з факторами добровільний відхід від життя та почуття неповноцінності і потворності. Це підтверджує теоретичні положення про зумовленість суїцидальних проявів самотністю підлітків, яка може виникнути внаслідок як вікових закономірностей особистісного розвитку, так і міжособистісних стосунків.

Таблиця 2.1.

Кореляційний зв'язок між показниками суїцидальних намірів та самотності і безнадійності

Суїцидальні фактори	Самотність	Безнадійність
Алкоголь, наркотики	-	-
Нещасливе кохання	0,33*	0,67**
Протиправні дії	-	-
Гроші і проблеми з ними	-	-

Продовження таблиці 2.1.

Суїцидальні фактори	Самотність	Безнадійність
Добровільний відхід від життя	0,51**	0,54**
Сімейний безлад	0,33*	0,37*
Втрата сенсу життя	0,34*	0,41**
Почуття неповноцінності і потворності	0,45**	0,36*
Шкільні проблеми, проблеми вибору життєвого шляху	0,42*	0,37*
Стосунки із оточуючими	0,43*	0,56**

Примітка: * – на рівні значущості $p < 0,05$, ** – на рівні значущості $p < 0,01$

2. Безнадійність має помірний додатний зв'язок із наступними суїцидальними факторами: сімейний безлад, почуття неповноцінності і потворності, шкільні проблеми і проблеми вибору життєвого шляху. Сильний додатний зв'язок спостерігається з факторами нещасливе кохання, добровільний відхід від життя, втрата сенсу життя, стосунки з оточуючими. Це означає, що властиве підліткам негативне ставлення до суб'єктивного майбутнього пов'язане з недостатньою сформованістю системи уявлень щодо життєвого простору та власних можливостей бути активним і самостійним суб'єктом у виборі життєвого шляху.

3. Не виявлено зв'язків самотності і безнадійності з факторами алкоголь і наркотики, протиправні дії, гроші і проблеми з ними. Це пояснюється тим, що зазначені суїцидальні фактори мають, по-перше, соціальну природу, і, по-друге у більшій мірі пов'язані не з системою установок підлітків, а з їхніми актуальними станами.

За результатами, наведеними у табл. 2.2, можемо зробити наступні висновки.

1. Психічний стан агресивності має здебільшого сильний додатний зв'язок з усіма чинниками суїцидальних проявів досліджуваних. Це свідчить, що агресивність як специфічна підліткова реакція на проблемні ситуації та життєві труднощі може спровокувати спалах суїцидальних намірів.

Таблиця 2.2.

**Кореляційний зв'язок між показниками суїцидальних намірів
та психічних станів**

Суїцидальні фактори	Тривож- ність	Фру- страція	Агресив- ність	Ригід- ність
Алкоголь, наркотики	0,35*	0,33*	0,49**	0,37*
Нещасливе кохання	0,31*	-	0,53**	-
Протиправні дії	-	-	0,66**	-
Гроші і проблеми з ними	0,48**	-	0,36*	-
Добровільний відхід від життя	0,43**	0,52**	0,33*	-
Сімейний безлад	-	-	0,51**	-
Втрата сенсу життя	0,30*	0,47**	0,39*	-
Почуття неповноцінності і потворності	0,38*	0,43**	0,43**	-
Шкільні проблеми, проблеми вибору життєвого шляху	0,41**	0,40**	0,51**	-
Стосунки із оточуючими	0,44**	0,33*	0,70**	0,34*

Примітка: * – на рівні значущості $p < 0,05$, ** – на рівні значущості $p < 0,01$

2. Тривожність як психічний стан підлітків має сильний додатний зв'язок з факторами гроші і проблеми з ними, добровільний відхід від життя, шкільні проблеми і проблеми вибору життєвого шляху, стосунки із оточуючими; і також помірний додатний зв'язок з факторами алкоголь, наркотики, нещасливе кохання, втрата сенсу життя, почуття неповноцінності і потворності. Між тривожністю та чинниками протиправні дії та сімейний безлад зв'язок відсутній. Це пояснюється тим, що недостатнє розуміння підлітками себе та оточення спричиняє виникнення страхів, які, у свою чергу, можуть зумовити суїцидальні думки.

3. Стан фрустрації знаходиться у сильному додатному кореляційному зв'язку з факторами добровільний відхід від життя, втрата сенсу життя, почуття неповноцінності і потворності, шкільні проблеми і проблеми вибору життєвого шляху. Помірний додатний зв'язок спостерігається з факторами алкоголь і наркотики, стосунки із оточуючими. Можемо бачити, що фрустрація кореляційно не пов'язана з наступними чинниками: нещасливе кохання, протиправні дії, гроші і проблеми з ними, сімейний безлад. Це

пояснюються тим, що у досліджуваних фрустраційні переживання пов'язані з тими ситуаціями, які для них мають не тільки актуальне особистісне значення, але й сприймаються як такі, що не можуть бути контрольовані.

4. Як можемо бачити з таблиці, ригідність має статистично достовірний зв'язок тільки з факторами алкоголь і наркотики та стосунки із оточуючими. Це можна пояснити тим, що ригідність як утрудненість у зміні алгоритмів діяльності у змінених умовах породжується властивостями та функціонуванням нервової системи.

За емпіричними даними, отриманими за методикою виявлення суїцидальних намірів (Додаток А) було визначено три діагностичні групи досліджуваних (табл. 2.3 і гістограма з рис. 2.1).

Таблиця 2.3.

**Розподіл досліджуваних
за показниками виявлення суїцидальних намірів**

Діагностичні групи	Кількість осіб	%
Група ризику (ГР)	11	30,6
Група особливої уваги (ГОУ)	9	25,0
Група відносного благополуччя (ГВБ)	16	44,4
Разом по вибірці	36	100,0

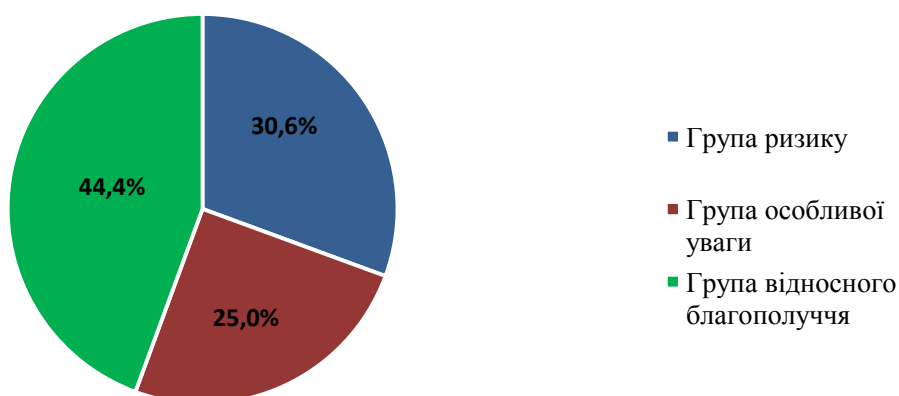


Рис. 2.1. Розподіл досліджуваних за показниками виявлення суїцидальних намірів

У першу групу були включені 11 (30,6 %) підлітків, які продемонстрували наявність необхідності формування антисуїцидальних чинників: втрата сенсу життя (1 особа), почуття неповноцінності і потворності (3 особи), шкільні проблеми і проблеми вибору життєвого шляху (3 особи), стосунки із оточуючими (4 особи). Отже, можемо констатувати, що діагностична група ризику (ГР) демонструє зазначені у теоретичному аналізі закономірності виникнення суїцидальної поведінки у підлітковому віці як реакцію на проблеми самоствавлення, проблеми із соціальним оточенням та формуванням перспективного плану життя.

До другої групи увійшли 9 (25 %) досліджуваних, які за результатами діагностики виявили 3 і більше показників, що свідчать про необхідність особливої уваги щодо виникнення чинників суїцидальної поведінки (група особливої уваги – ГОУ). У третю групу були включені 16 (44,4 %) підлітків, які виявили 1-2 таких показників, що свідчить про стан відносного психологічного благополуччя (група відносного благополуччя – ГВБ). Увесь подальший аналіз ми будемо здійснювати з урахуванням відмінностей між діагностичними групами.

Для визначення статистично значущих відмінностей між зазначеними групами досліджуваних був здійснений порівняльний аналіз з використанням *H*-критерію Крускала-Волліса. Висновок робиться на основі розподілу χ^2 (у нашому випадку $\chi^2_{0,05}=5,99$, $\chi^2_{0,01}=9,21$). У таблиці 2.4 наведені усереднені показники (\bar{X}) і стандартні відхилення (s_x) факторів суїцидальних проявів, а також показники двобічного *H*-критерію (H_{emn}) для різних діагностичних груп.

Таблиця 2.4.

Порівняння показників факторів суїцидальних проявів у різних діагностичних групах

Фактори	ГР		ГОУ		ГВБ		H_{emn}
	\bar{X}	s_x	X	s_x	X	s_x	
Алкоголь, наркотики	7,5	1,62	8,0	1,87	6,7	1,24	8,08*
Нещасливе кохання	5,5	2,36	7,2	1,49	5,9	1,87	7,48*
Протиправні дії	4,7	1,69	8,4	1,55	6,0	1,07	14,96**

Продовження таблиці 2.4.

Фактори	ГР		ГОУ		ГВБ		H_{emp}
	\bar{X}	s_x	X	s_x	X	s_x	
Гроші і проблеми з ними	11,7	2,33	10,8	2,95	9,8	2,76	9,24**
Добровільний відхід від життя	6,8	2,60	9,8	0,97	6,9	1,35	16,42**
Сімейний безлад	8,5	2,16	9,9	1,62	8,4	2,16	11,19**
Втрата сенсу життя	9,4	3,01	9,1	2,46	7,1	1,36	12,35**
Почуття неповноцінності і потворності	10,4	2,83	10,8	1,64	8,2	1,69	11,92**
Шкільні проблеми. Проблеми вибору життєвого шляху	10,6	3,32	11,3	0,50	7,6	1,92	15,94**
Стосунки із оточуючими	16,5	3,33	13,9	1,83	10,6	3,24	14,85**

Примітка: * – на рівні значущості $p < 0,05$, ** – на рівні значущості $p < 0,01$

На гістограмі (рис. 2.2) наочно представлені усереднені показники факторів суїцидальних проявів у різних діагностичних групах.

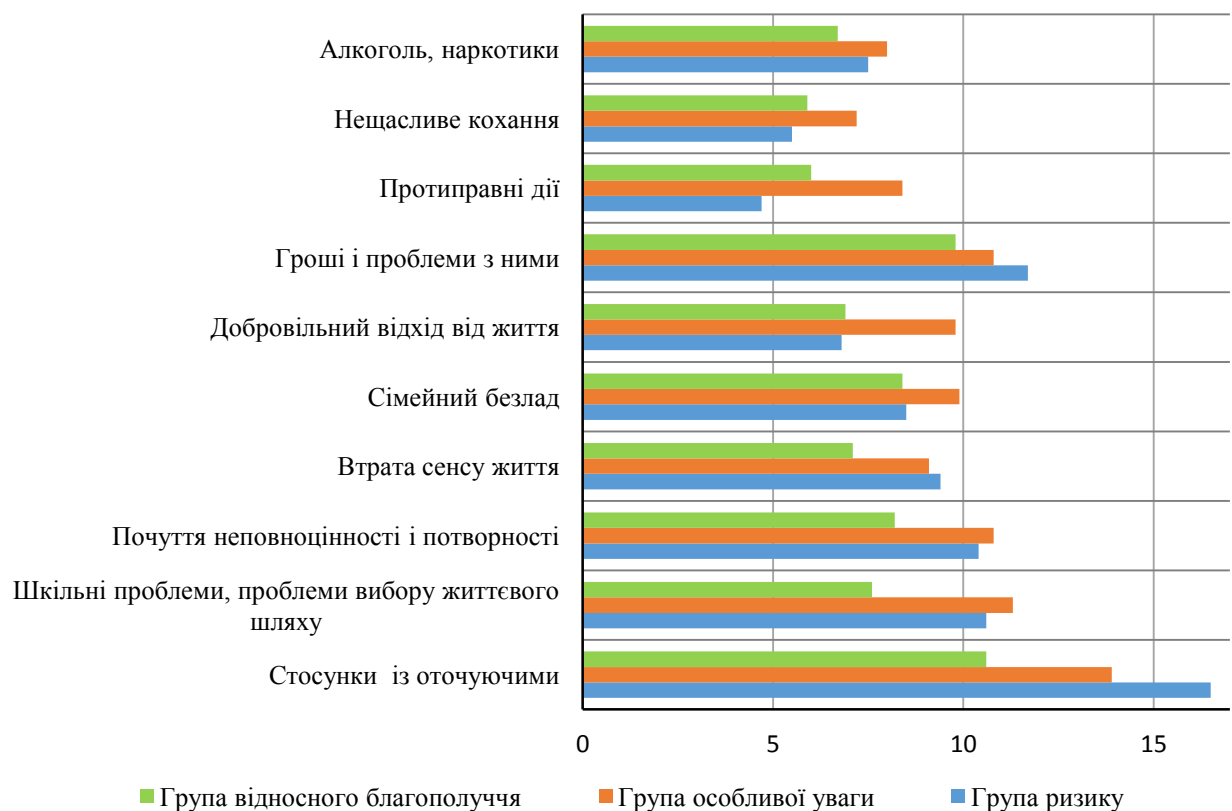


Рис. 2.2. Показники факторів суїцидальних проявів у різних діагностичних групах.

У табл. 2.5 та на гістограмі (рис. 2.3 і 2.4) представлено результати порівняльного аналізу показників самотності, безнадійності і психічних станів.

Таблиця 2.5.

Порівняння показників шкал самотності, безнадійності та психічних станів у різних діагностичних групах

Шкали	ГР		ГОУ		ГВБ		N_{emp}
	\bar{X}	s_x	X	s_x	X	s_x	
Самотність	28,7	5,38	30,6	6,25	19,9	4,56	15,94**
Безнадійність	40,1	8,12	43,3	8,33	39,9	8,30	6,72*
Тривожність	10,0	2,06	13,4	3,81	6,7	1,54	19,62**
Фрустрація	8,8	3,79	8,3	3,18	7,3	2,05	7,21*
Агресивність	9,1	3,89	13,0	3,15	7,9	2,82	12,51**
Ригідність	11,1	4,01	14,2	3,23	8,3	3,86	3,62*

Примітка: * – на рівні значущості $p < 0,05$, ** – на рівні значущості $p < 0,01$

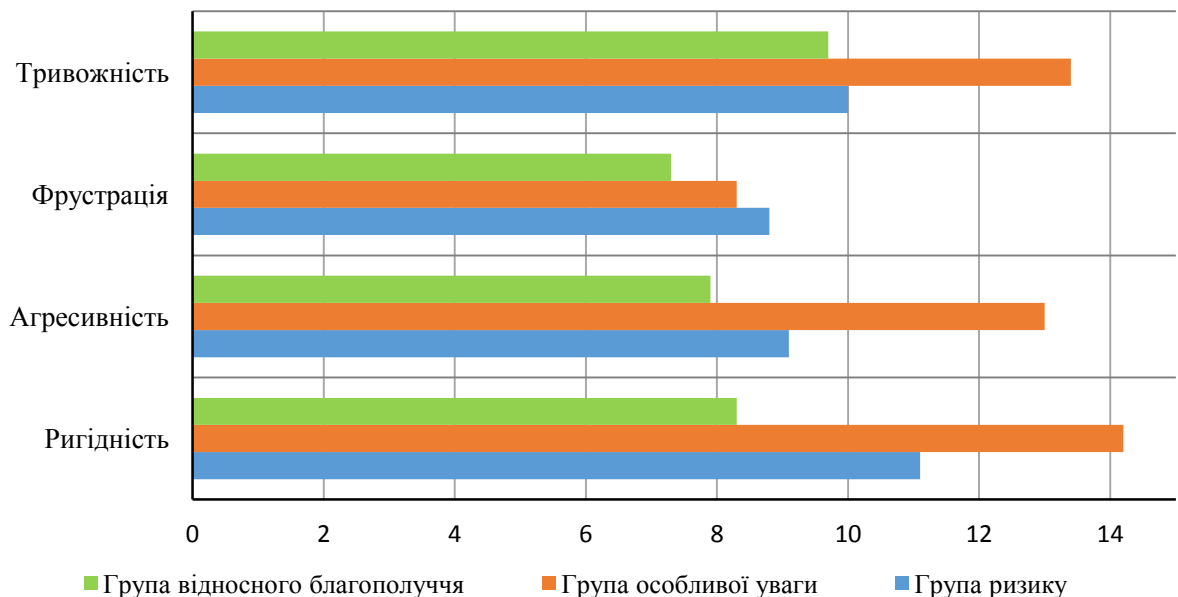


Рис. 2.3. Показники психічних станів у різних діагностичних групах.

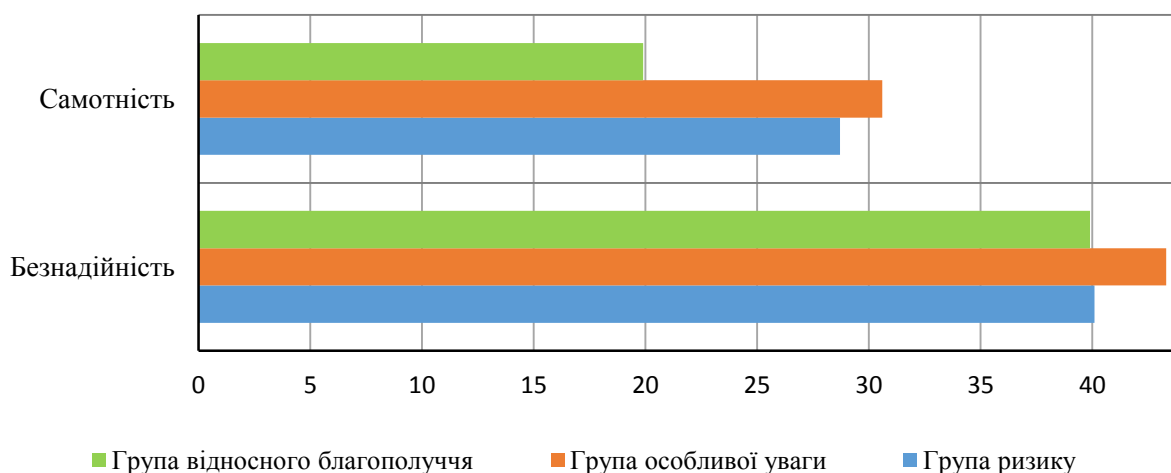


Рис. 2.4. Показники шкал самотності, безнадійності у різних діагностичних групах.

Результати порівняльного аналізу демонструють наявність статистично достовірних відмінностей за усіма діагностичними шкалами.

Таким чином, отримані емпіричні дані дають змогу підтвердити висновки здійсненого нами теоретичного аналізу проблематики суїцидальності підлітків. Результати кількісно-якісного аналізу підтверджують, що передумовами виникнення суїцидальної схильності підлітків є сприймання власного життя і майбутнього у негативній модальності (безнадійність), відсутність підтримуючого соціального оточення з боку як батьків, так і однолітків (самотність), вікова специфіка реагування підлітків на проблеми і труднощі (агресивність, тривожність, фрустрація).

РОЗДІЛ 3

ПРИКЛАДНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПІДЛІТКІВ, СХИЛЬНИХ ДО СУЇЦИДАЛЬНОСТІ

3.1. Обґрунтування психологічного супроводу підлітків, схильних до суїцидальної поведінки

У процесі вивчення проблеми суїцидальності у підлітковому віці була проведена діагностика несприятливих психічних станів, а саме безнадійності, самотності, за результатами якої були виявлені чинники виникнення суїцидальних намірів. На основі результатів емпіричного дослідження було розроблено систему психологічного супроводу, спрямовану на зниження дії факторів суїцидальності підлітків.

Система психологічного супроводу передбачає диференційований підхід до підлітків відповідно до міри суїцидального ризику. Як було зазначено у підрозділі 2.2, усі досліджувані були розподілені у групи за результатами методики суїцидальних намірів. Відповідно до кожної групи було застосовано певний вид і напрямок роботи.

Для групи відносного благополуччя було реалізовано заходи профілактичного характеру: просвітницькі заняття для підлітків, бесіди з батьками та педагогами щодо створення умов психологічної безпеки підлітків, індивідуальне консультування усіх учасників освітнього процесу (за необхідністю і запитом).

У групі особливої уваги було передбачено профілактичну роботу та обов'язкове індивідуальне консультування підлітків, їхніх батьків і педагогічних працівників, а також проведення корекційно-розвивальних занять. За результатами діагностики у досліджуваних цієї групи були виявлені фактори, які без цілеспрямованого корекційного впливу можуть перейти на рівень суїцидального ризику: добровільний відхід з життя, шкільні проблеми

і проблеми вибору життєвого шляху, почуття неповноцінності і потворності, стосунки з оточуючими. Тому психологічний супровід таких підлітків полягав також у проведенні з ними тематичних корекційно-розвивальних занять.

Учні з групи ризику були залучені до усіх видів профілактичної і консультативної роботи, а також до корекційно-розвивальної роботи у повному обсязі реалізації нашої авторської програми.

Метою програми є корекція та профілактика суїцидальності, зняття негативних установок, зниження рівня агресивності, фрустрації, самотності, безнадійності, переосмислення життєвих цінностей, розстановка пріоритетів.

Завдання програми були наступними:

- 1) підвищення самооцінки та формування упевненості в досягненні позитивних життєвих цілей;
- 2) формування позитивного ставлення до себе (самоприйняття) та прийняття інших;
- 3) формування усвідомленості емоційного зв'язку зі своїми друзями та родичами;
- 4) корекція психічних станів з метою зниження емоційної напруги і розвиток вміння керувати своїми почуттями;
- 5) формування усвідомленості своїх вчинків та їх наслідків;
- 6) розвиток вміння брати на себе відповідальність;
- 7) забезпечення психологічної безпеки підлітка;
- 8) формування усвідомленості цінності власного здоров'я та життя.

Кількість учасників, з якими проводилася дана програма: 36 осіб, віком 14-15 років, група є гетерогенною.

Аудиторія, на яку розрахована авторська програма: підлітки.

Опис використаних методик і технологій. Використовувалися вправи-активатори; вправи з елементами когнітивно-поведінкової терапії, спрямовані на зміну неадаптивних емоційних реакцій за допомогою перебудови думок, поведінки; тренінг з використанням техніки роботи з суїцидальними клієнтами з метою виявлення прихованих мотивів, чинників

суїцидонебезпечної поведінки; вправи з елементами ігротерапії для встановлення емоційно позитивного контакту між ведучим та учасниками, створення атмосфери особистісної безпеки та довіри задля позбавлення страхів та тривоги перед можливими невдачами; техніка SFBT (короткострокова терапія, орієнтована на рішення), метою якої є розрішення дитячо-батьківських труднощів, поведінкових проблем, робота з агресією, тривожністю, суїцидальними думками, релаксаційні вправи, групова дискусія та групове обговорення.

Перелік необхідних матеріалів та обладнання для реалізації програми. Тестові матеріали (анкети, опитувальники), бланки відповідей, ручки, мультимедійний проектор, дошка.

Строки та етапи реалізації програми. Частота зустрічей – 2 рази на тиждень впродовж 3,5 тижнів, з 28 вересня по 16 жовтня.

Очікувані результати. Здійснити більш глибокий та детальний аналіз взаємозв'язку самотності та депресії з формуванням суїцидальних нахилів серед підлітків, знизити рівень тривоги, фрустрації, самотності та агресії.

Програма складається із 7 спеціально підготовлених занять, наочно представлених у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН

№	Вид заняття	Назва (тема) заняття	Мета заняття
1		«Записи власних думок»	Відстеження і усвідомлення власних думок. Визначення значимості тих чи інших мотивів
		«Ведення щоденника думок»	Складання списку підстав для продовження життя
2	Техніки КПТ (когнітивно-поведінкової психотерапії)	«Декатастрофікація»	Дослідження дійсних, фактичних обставин і наслідків, які в уявленні пацієнта наносять йому психологічний збиток і викликають почуття тривоги. Допомога у підготовці до наслідків, зв'язаних зі страхом
		«Пом'якшення інтенсивності емоцій»	Емоційна переоцінка психотравмуючої події

Продовження таблиці 3.1.

№	Вид заняття	Назва (тема) заняття	Мета заняття
3	Техніка роботи з суїцидальними клієнтами. Техніка прийняття рішень	«Квадрат Декарта»	Аналіз варіантів вирішення кризової ситуації, вибір оптимального варіанту
4	Ігротерапія	Вправа «Паперовий чоловічок»	Зниження агресії, аутоагресії, корекція низької самооцінки
5		Вправа «Що я не приймаю...»	Виявлення прихованих неприйнятних рис в собі, саморефлексія, прийняття особистістю себе, вироблення навичок самоконтролю
		Рольова гра «Трагічна історія»	Виявлення прихованих мотивів поведінки, негативних стереотипів і способів поведінки, самоаналіз, рольовий розвиток, трансформація, вироблення навичок самоконтролю
6	Техніка SFBT (короткострокова терапія, орієнтована на рішення)	Вправа «10 плюсів»	Позбавлення від негативного погляду на кризову ситуацію. Позитивне переформулювання складної ситуації та вироблення нового погляду на майбутнє
7	Релаксація	Вправа «Бурулька»	Зменшення м'язової та емоційної напруженості, отримання відчуття комфорту та заспокоєння

3.2. Оцінка ефективності корекційно-розвивального впливу

Оцінка ефективності корекційно-розвивального впливу визначається результатами підсумкової діагностики. Нами було обрано непараметричний критерій T Вілкоксона [58], який був використаний в якості статистичного критерію для математичного обґрунтування. Висновок робиться на основі критичних значень T -критерію (у нашому дослідженні $T_{0,05}=227$, $T_{0,01}=185$). У випадку $T_{емн} < T_{0,05}$ приймається рішення про наявність типового зсуву показників у певному напрямку на рівні значущості $p < 0,05$, у випадку $T_{емн} < T_{0,01}$ – на рівні значущості $p < 0,01$. Отримані результати занесені до таблиць 3.2 і 3.3.

Таблиця 3.2

**Показники критерію *T* Вількоксона
(фактори суїцидальних проявів)**

Фактори	T_{emp}	Напрямок типового зсуву
Алкоголь, наркотики	117,5**	зменшення
Нещасливе кохання	156,0*	зменшення
Протиправні дії	150,0**	зменшення
Гроші і проблеми з ними	212,0*	зменшення
Добровільний відхід від життя	187,0*	зменшення
Сімейний безлад	185,5*	зменшення
Втрата сенсу життя	201,0*	зменшення
Почуття неповноцінності і потворності	179,5**	зменшення
Шкільні проблеми. Проблеми вибору життєвого шляху	203,0*	зменшення
Стосунки із оточуючими	192,0*	зменшення

Примітка: * – на рівні значущості $p < 0,05$, ** – на рівні значущості $p < 0,01$

Таблиця 3.3

**Показники критерію *T* Вількоксона
(самотність, безнадійність, психічні стани)**

Шкали	T_{emp}	Напрямок типового зсуву
Самотність	204,0*	зменшення
Безнадійність	188,5*	зменшення
Тривожність	215,0*	зменшення
Фрустрація	218,5*	зменшення
Агресивність	174,0**	зменшення
Ригідність	-	-

Примітка: * – на рівні значущості $p < 0,05$, ** – на рівні значущості $p < 0,01$

За даними з таблиць можемо констатувати загальну тенденцію зміни показників факторів суїцидальних проявів та показників самотності, безнадійності і самооцінки психічних станів у напрямку зменшення, окрім фактору ригідності. Як ми вже зазначали у підрозділі 2.2, утрудненість у формуванні нових способів реагування у змінених умовах зумовлюється особливостями вищої нервової діяльності, які, у свою чергу детермінують ригідність як властивість психічних процесів.

Розглянемо зміни, які відбулися у різних діагностичних групах. У таблицях 3.4 і 3.5 наведено усереднені показники факторів суїцидального впливу, самотності, безнадійності і психічних станів за результатами констатувальної і підсумкової діагностик. На гістограмах (рис.3.1-3.6) дані показники представлені наочно.

Таблиця 3.4

Усереднені показники факторів суїцидальних проявів

Фактори	ГР		ГОУ		ГВБ	
	<i>КД</i>	<i>ПД</i>	<i>КД</i>	<i>ПД</i>	<i>КД</i>	<i>ПД</i>
Алкоголь, наркотики	7,5	6,6	8,0	7,8	6,7	6,4
Нещасливе кохання	5,5	5,2	7,2	6,7	5,9	5,8
Протиправні дії	4,7	4,6	8,4	7,8	6,0	6,2
Гроші і проблеми з ними	11,7	11,3	10,8	10,7	9,8	9,9
Добровільний відхід від життя	6,8	6,7	9,8	9,0	6,9	6,9
Сімейний безлад	8,5	8,5	9,9	9,1	8,4	8,1
Втрата сенсу життя	9,4	8,4	9,1	9,0	7,1	6,9
Почуття неповноцінності і потворності	10,4	9,5	10,8	10,4	8,2	8,1
Шкільні проблеми. Проблеми вибору життєвого шляху	10,6	9,6	11,3	10,2	7,6	7,8
Стосунки із оточуючими	16,5	14,6	13,9	13,2	10,6	10,6

Примітка: *КД* – констатувальна діагностика, *ПД* – підсумкова діагностика

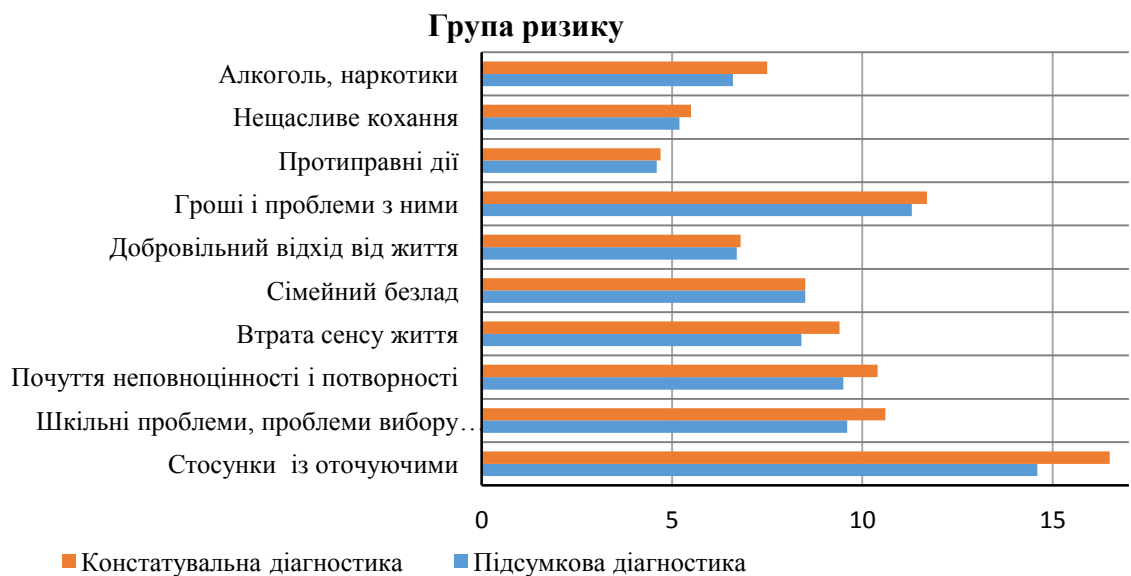


Рис. 3.1. Усереднені показники факторів суїцидальних проявів для групи ризику

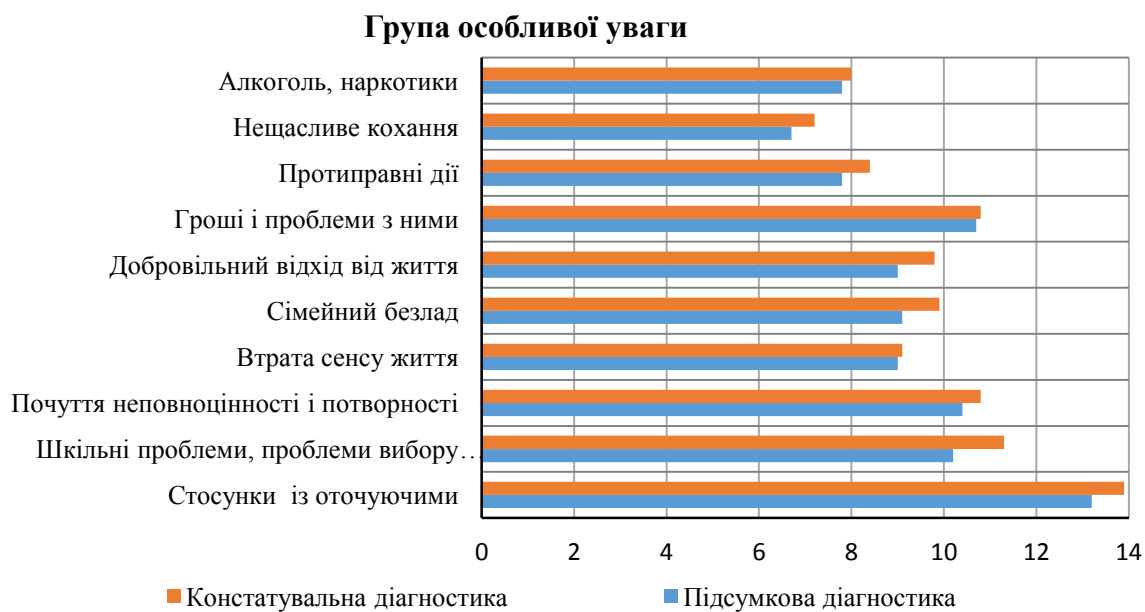


Рис. 3.2. Усереднені показники факторів суїцидальних проявів для групи особливої уваги

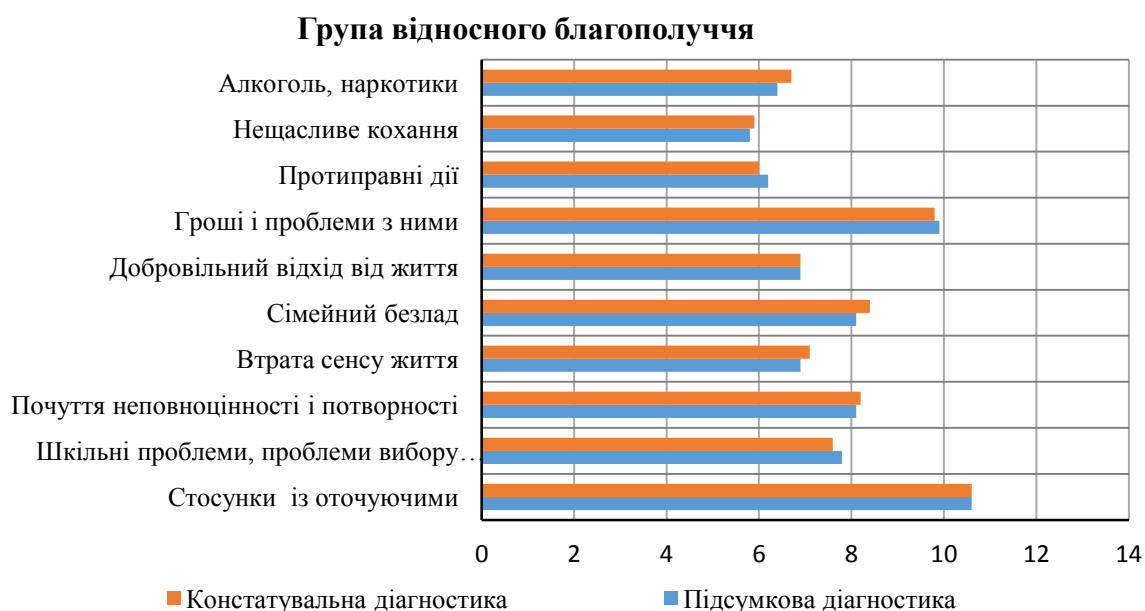


Рис. 3.3. Усереднені показники факторів суїцидальних проявів для групи відносного благополуччя

Таблиця 3.5

**Усереднені показники самотності, безнадійності
і психічних станів**

Шкали	ГР		ГОУ		ГВБ	
	КД	ПД	КД	ПД	КД	ПД
Самотність	28,7	28,2	30,6	26,2	19,9	19,1
Безнадійність	40,1	39,8	43,3	40,3	39,9	39,2
Тривожність	10,0	9,7	13,4	12,9	6,7	7,0
Фрустрація	8,8	8,4	8,3	8,0	7,3	7,3
Агресивність	9,1	8,7	13,0	12,6	7,9	7,1
Ригідність	11,1	11,1	14,2	14,0	8,3	7,8

Примітка: КД – констатувальна діагностика, ПД – підсумкова діагностика

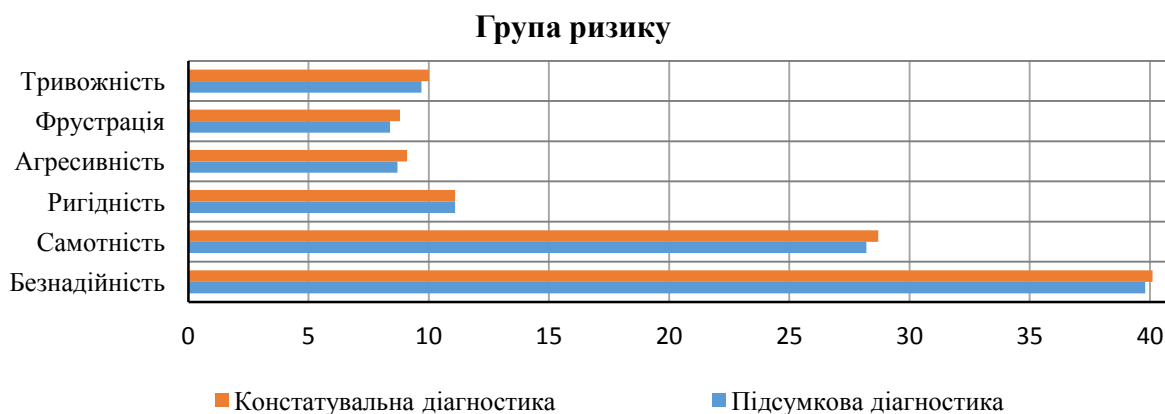


Рис. 3.4. Усереднені показники самотності, безнадійності і психічних станів для групи ризику

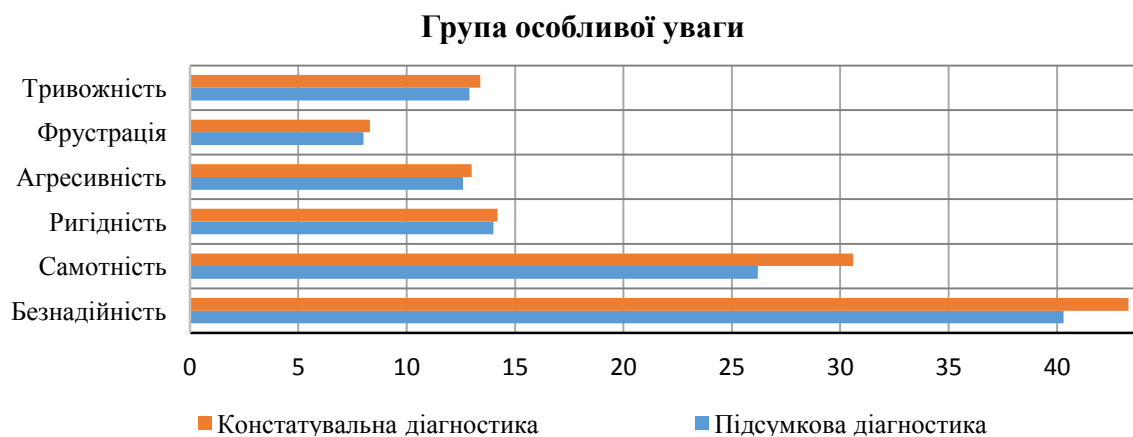


Рис. 3.5. Усереднені показники самотності, безнадійності і психічних станів для групи особливої уваги

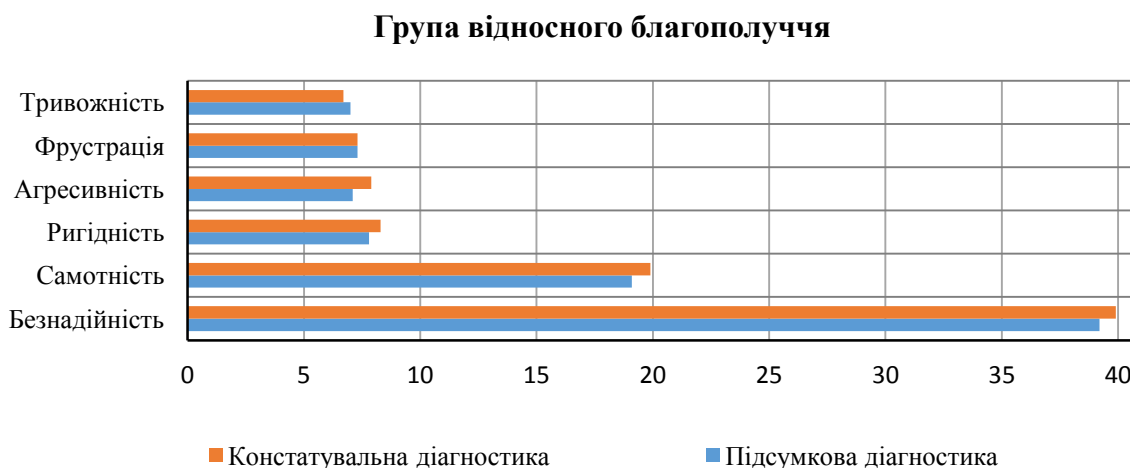


Рис. 3.6. Усереднені показники самотності, безнадійності і психічних станів для групи відносного благополуччя

Таким чином, під час дослідження проблеми суїцидальності у підлітковому віці була проведена діагностика несприятливих психічних станів, а саме безнадійності, самотності, за результатами якої були виявлені чинники виникнення суїцидальних намірів. На основі результатів емпіричного дослідження було розроблено систему психологічного супроводу, спрямовану на зниження дії факторів суїцидальності підлітків. Система психологічного супроводу здійснила диференційований підхід до підлітків відповідно до міри суїцидального ризику, тобто всі досліджувані були поділені на три групи: групи ризику, групи особливої уваги, групи відносного благополуччя.

За допомогою використання непараметричного статистичного критерію *T*-Вілкоксона ми мали змогу визначити напрямок типового зсуву факторів суїцидальних проявів, показників самотності, безнадійності та психічних станів до тенденції на зменшення. Усі результати були представлені наочно, у гістограмах. Нами був здійснений опис авторської корекційної програми, яка складається із 7 занять, наочно представлених у додатку В.

ВИСНОВКИ

У наш час проблема суїцидальності є не менш актуальною, ніж у радянські часи. Тема суїциду посідає значне місце у наукових дослідженнях. Їй приділяють багато уваги безліч науковців, філософів, психологів.

Природа суїцидальної поведінки людини може постійно змінюватися, тому не можна говорити, що людина скоює самогубство лише під впливом психоактивних речовин або має душевну травму. Здійснювати самовбивчий акт може і цілком здорова особистість у психічному плані. Дуже гострою є суїцидальна поведінка серед підлітків, яка особливо високою спостерігається у віці 14-15 років. Оскільки підлітковий період містить в собі безліч протиріч та тенденцій, які настигають дитину, вона не завжди може мати можливість з ними справлятися внаслідок недостатньої сформованості системи уявлень стосовно життєвого простору та усвідомленості власного місця у житті. Самогубство у підлітковому віці носить біологічну, психологічну, соціальну природу.

Як ми вже знаємо, для підлітка референтними є саме однолітки, а, отже, саме соціальне середовище і є найвагомим чинником впливу на психічне здоров'я підлітка, на формування у нього суїцидального синдрому. Сюди можуть відноситися багато факторів: шкільна адаптація, постійні знущання з боку однолітків, патологічна прив'язаність до об'єкта дружби, та розрив цієї прив'язаності, втрата прихильності друга тощо.

Сімейний чинник є не менш значущим у формуванні схильності підлітка до суїцидальної поведінки. Прагнення дитини покінчити життя самогубством має дві сторони: перша-прагнення як наслідок жорсткого виховання, принижень, покарань, заниження самооцінки, пригнічення власної особистості; друга сторона-прагнення внаслідок втрати довірчих відносин з батьками, неможливість поділитися своїми проблемами, впевненість у тому, що ніхто не розуміє.

Наступним фактором формування суїцидальності у підлітка є взаємовідносини з вчителями, адміністрацією школи. Байдуже ставлення з боку вчителів до проблем дитини «групи ризику» може призвести до непоправного.

Проте, аби попередити ризик виникнення суїцидальних нахилів у підлітка, або з метою профілактики та зниження кількості суїцидальних спроб, дуже вдалою у використанні є модель психологічного супроводу, яка сприяє підтримці і допомозі дитині на етапі розвитку, навчання, соціалізації і складається з діагностичних, психокорекційних та просвітницьких заходів. На кожному з цих заходів проводиться безпосередньо робота з девіантними дітьми- підлітками, а також з їх батьками, яким допомагають більш детально зрозуміти особливості перехідного віку та суїцидальної поведінки дитини, також здійснюється допомога у створенні безпечного психологічного клімату у сім'ї. Моделлю передбачена робота з педагогічним колективом у формі тренінгових занять, семінарів, надання лекційних матеріалів з метою покращення психологічної культури закладу.

Якщо говорити про емпіричне дослідження суїцидальних проявів, нами була проведена діагностика несприятливих емоційних станів, а саме: самотності, безнадійності, агресивності, фрустрації. На основі отриманих результатів був здійснений кількісний та якісний аналіз кореляційного зв'язку за допомогою коефіцієнту Пірсона між показниками суїцидальних намірів та самотності і безнадійності, а також між показниками суїцидальних намірів та показниками психічних станів. Нами було визначено, що самотність має сильний додатний зв'язок із факторами добровільний відхід від життя та почуття неповноцінності і потворності, а помірний додатний зв'язок визначений між самотністю та такими суїцидальними факторами як: нещасливе кохання, сімейний безлад, втрата сенсу життя, шкільні проблеми і проблеми вибору життєвого шляху, стосунки із оточуючими. Це може вказувати на те, що суїцидальна поведінка підлітків зумовлена самотністю, яка може виникнути внаслідок як вікових закономірностей особистісного

розвитку, так і відносин міжособистісного характеру. Безнадійність має сильний додатний зв'язок із факторами нещасливе кохання, добровільний відхід від життя, втрата сенсу життя, стосунки з оточуючими. Помірний же додатний зв'язок спостерігається із наступними суїцидальними факторами: сімейний безлад, почуття неповноцінності і потворності, шкільні проблеми і проблеми вибору життєвого шляху. Це дає підстави вважати, що властиве підліткам негативне ставлення до суб'єктивного майбутнього пов'язане з недостатньою сформованістю системи уявлень щодо життєвого простору та власних можливостей бути активним і самостійним суб'єктом у виборі життєвого шляху. За результатами даних показників самотності і безнадійності з такими факторами як алкоголь і наркотики, протиправні дії, гроші і проблеми з ними, кореляційного зв'язку не виявлено. В даному випадку можна говорити про те, що названі суїцидальні фактори мають соціальну природу і у більшій мірі пов'язані з актуальними станами підлітків, а не з системою їхніх установок.

У результаті здійснення кореляційного зв'язку суїцидальних проявів із психічними станами було визначено, що агресивність має сильний додатний зв'язок з усіма чинниками суїцидальних проявів. Це може вказувати на те, що специфічна підліткова реакція на проблемні ситуації може слугувати поштовхом до спалаху суїцидальних намірів. Тривожність має сильний додатний зв'язок з факторами гроші і проблеми з ними, добровільний відхід від життя, шкільні проблеми і проблеми вибору життєвого шляху, стосунки із оточуючими та помірний додатний зв'язок із такими факторами, як алкоголь, наркотики, нещасливе кохання, втрата сенсу життя, почуття неповноцінності і потворності. Проте, з факторами типу протиправні дії та сімейний безлад зв'язок не спостерігається. Це говорить про недостатнє розуміння підлітками себе та оточення, яке спричиняє виникнення страхів, а ті, у свою чергу, можуть зумовлювати суїцидальні думки. Фрустрація має сильний додатний зв'язок з факторами добровільний відхід від життя, втрата сенсу життя, почуття неповноцінності і потворності, шкільні проблеми і проблеми вибору

життєвого шляху, а помірний додатний зв'язок спостерігається з факторами алкоголь і наркотики, стосунки із оточуючими. Взагалі не виявлено кореляційного зв'язку із факторами нещасливе кохання, протиправні дії, гроші і проблеми з ними, сімейний безлад. Це можна пояснити тим, що фрустраційні переживання сприймаються підлітками як такі, що не можуть бути контрольовані. Щодо ригідності слід зазначити, що вона має статистично достовірний зв'язок тільки з факторами алкоголь і наркотики та стосунки із оточуючими., оскільки ригідність як психічний стан розуміється як складність або нездатність перебудувувати власну поведінку, якщо цього потребують зовнішні обставини і породжується властивостями та функціонуванням нервової системи.

Також нами було здійснено обґрунтування психологічного супроводу підлітків, схильних до суїцидальної поведінки. На основі отриманих емпіричних показників була розроблена та впроваджена система психологічного супроводу, спрямована на зниження дії факторів суїцидальності підлітків. Досліджувані були розділені на групу ризику, групу особливої уваги та групу відносного благополуччя, до кожної з яких було застосовано певний вид і напрямок роботи. З кожною групою були проведені корекційно-розвивальні заняття згідно тематичного плану авторської корекційної програми. Були побудовані гістограми, які також наочно відображали усереднені показники факторів суїцидальних проявів у проміжок між констатувальною та підсумковою діагностикою.

Оцінка ефективності корекційної роботи проводилася на основі аналізу даних за статистичним критерієм *T*-Вілкоксона, яка показала тенденцію типового зсуву факторів суїцидального прояву до зменшення. Таким чином, можна підтвердити корекційно-розвивальний результат нашої програми роботи з підлітками, схильними до суїцидальної поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алфимова М. В. Психогенетика агрессивности / В. И. Трубников // Вопросы психологии. – 2000. – №6. – С. 112.
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации / М-во здравоохранения РСФСР. М., 1980. 55 с.
3. Анцупов А. Я., Шипилов А. И. Словарь конфликтолога. — 2-е изд. СПб.: Питер, 2006. — С. 381—526 с.
4. Бек А. Методы работы с суицидальным пациентом / А. Бек. // Журнал Практической Психологии и Психоанализа. – 2003. – №1.
5. Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте / Л. И. Божович. – СПб.: Питер, 2008. – 446 с.
6. Бойко В. В. Трудные характеры подростков: развитие, выявление, помощь.— СПб.: Союз, 2002.— 160 с.
7. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: Теория и практика / А. Ф. Бондаренко. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 336 с.
8. Бурменская Г. В. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков: Учебное пособие для студентов вузов / Г. В. Бурменская, Е. И. Захарова, О. А. Карабанова А. Г. Лидерс. – 2-е изд. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 416 с.
9. Василюк Ф. Е. Процесс переживания / Ф. Е. Василюк // Самосознание и защитные механизмы личности: Хрестоматия. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2003. – С. 309-336.
10. Витакер Д. С. Группы как инструмент психологической помощи: пер. с англ. / Д. . Витакер. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 432 с.
11. Вроно Е.М. Предотвращение самоубийства. Руководство для подростков. М., 2001.

12. Выготский Л. С. Педология подростка // Собр. соч. в 6-ти т. Т. Детская психология / Под ред Д. Б. Эльконина. М.: Педагогика 1984. 132с.
13. Выготский Л. С. Психология развития человека / Л. С. Выготский. – М.: Изд-во Смысл; Изд-во Эксмо, 2006. - 1136 с.
14. Гудман Р. Детская психиатрия / Р. Гудман, С. Скотт; [пер. с англ. Е. Р. Слободской]. – 3-е изд. – М.: Триада-Х, 2008. – 405 с.
15. Доведение до самоубийства // Российская юридическая энциклопедия / гл. ред. А. Я. Сухарев. — М.: ИНФРА-М, 1999.
16. Ефремова О.И., Ситчихина Н.А. Психологическое сопровождение детей и подростков со склонностью к суицидальному поведению в детских оздоровительных центрах // Концепт. – 2014. – №12
17. Жане П. Психологическая эволюция личности: пер. с англ. / П. Жане. – Москва: Изд-во «Академический проект», 2010. – 400 с.
18. Заняття психолога з підлітками / Упоряд. Т. Гончаренко. – К.: Видавничий дім «Шкільний світ»: Видавництво Л. Галіцина, 2006. – 120 с.
19. Захаров А. И. Дневные и ночные страхи у детей / А. И. Захаров. – СПб.: Речь; М.: Сфера, 2010. – 313 с. Фабер А. Как говорить, чтобы дети слушали, а как слушать, чтобы дети говорили / А. Фабер, Э. Мазлиш; [пер. с англ. А. Завельской]. – М.: Эксмо, 2015. – 336 с.
20. Игумнов С. А Психотерапия и психокоррекция детей и подростков / С. А. Игумнов. – М: Изд-во Института психотерапии, 2000. – 112 с.
21. Истратова О. Н. Практикум по детской психокоррекции: игры, упражнения, техники / О. Н. Истратова. – 6-е изд. – Ростов н/Д: Феникс, 2013. – 349 с.
22. Калашникова О.Э. Справочник психолога. М.: ИНФРА – М, 2005. 209 с.
23. Карабанова О. А. Возрастная психология. Конспект лекций. — Москва: Айрисс-пресс, 2005. — 238 с.

24. Клиническая психиатрия / Бачериков Н. Е., Михайлова К. В., Гавенко В. Л. и др.; Под ред. проф. Н. Е. Бачерикова. — Киев: Здоровья, 1989. — С. 458—459. — 512 с.
25. Книжникова С. В. Девиантология для педагогов и психологов: учебн. пособие / С.В. Книжникова. — М. — Берлин: Директ-Медиа, 2014. — 363 с.
26. Когнитивно-поведенческая терапия - эффективные техники [Электронный ресурс]. — 2019. — Режим доступа: https://psixologiya.org/psixoterapiya/metody/2422-kognitivno_povedencheskaya-terapiya-effektivnye-texniki.html .
27. Козлов Н. И. Психология подросткового возраста [Электронный ресурс] / Н. И. Козлов — Режим доступа: <https://www.psychologos.ru/articles/view/psihologiya-podrostkovogo-vozrasta> .
28. Кон И. С. Психология ранней юности: книга для учителя / И. С. Кон. — Москва: Просвещение, 1989. — 255 с.
29. Крайг Г. Психология развития: пер. с англ. / Г. Крайг. — Санкт-Петербург: Питер, 2000. — 992 с.
30. Кулагина И. Ю. Психология развития и возрастная психология: Полный жизненный цикл развития человека: Учебное пособие для вузов / И. Ю. Кулагина, В. Н. Коллюцкий. — М.: Академический Проект; Трикста, 2011. — 420 с.
31. Лисина М. И. Проблемы онтогенеза общения / М. И. Лисина // НИИ общей и педагогической психологии АПН СССР. — М. : Педагогика, 1986. — 146 с.
32. Малкина-Пых И. Г. Консультирование суицидальных клиентов [Электронный ресурс] / И. Г. Малкина-Пых — Режим доступа: <https://psy.wikireading.ru/5677>.
33. Мамайчук І. І. Діти з розладами поведінки: психологічна допомога / І. І. Мамайчук, М. І. Смирнова. — К.: Редакції загально педагогічних газет, 2012. — 120 с.

34. Маслоу А. Мотивация и личность: пер. с англ. / А. Маслоу. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2010. – 352 с.

35. Методика самооценки психических состояний (по Г. Айзенку) // Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособ. / ред.-сост. Д. Я. Райгородский. – Самара : Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2002. – С. 141-145.

36. Методика субъективного ощущения одиночества Д. Рассела и М Фергюсона [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://psycabi.net/testy/607-test-na-odinochestvo-metodika-sub-ektivnogo-oshchushcheniya-odinochestva-d-rassela-i-m-fergyusona>

37. Мэй Р. Искусство психологического консультирования: пер. с англ. / Р. Мэй – М.: Независимая фирма «Класс», 1994. – 144 с.

38. Павлова И. Р. Профилактика и коррекция поведения «трудного подростка»: учебно-методическое пособие / И. Р. Павлова, Н. С. Радевская. – СПб.: ООО «Фирма Стикс», 2006. – 160 с.

39. Петровский А. В., Ярошевский М. Г. «Психология», Москва, 2000г.

40. Пиаже Ж.. Избранные психологические труды. — Москва: Просвещение, 1969. — С. 659.

41. Пов'якель Н. І. Психологія дитячих страхів / Н. І. Пов'якель, О. М. Складенко. – К.: Шкільний світ, 2011. – 128 с.

42. Подростковый возраст [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://ru.wikipedia.org/wiki/>

43. Прихожан А. М. Диагностика личностного развития детей подросткового возраста / А. М. Прихожан. – М.: АНО "ПЭБ", 2007. – 56 с.

44. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика / А. М. Прихожан. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2000. – 304 с.

45. Профилактика суицидального поведения у детей и подростков [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://soligorskcrb.by/informatsiya/novosti/736-profilaktika-suitsidalnogo-povedeniya-u-detej-i-podrostkov>
46. Психологические особенности подросткового возраста [Электронный ресурс] // Лицей "Истэк" – Режим доступа: <http://www.kuban-lyceum.ru/uchashchimsya-i-roditelyam/psikhologicheskie-osobennosti-podrostkovogo-vozhrasta.php>.
47. Психология развития / под ред. А. К. Болотовой, О. Н. Молчановой. – Москва: ЧеРо, 2005. – 524 с.
48. Психологічна енциклопедія / Автор-упорядник О. М. Степанов. – К.: Академвидав, 2006. – 424 с.
49. Рабочая книга школьного психолога / И. В. Дубровина, М. К. Акимова, Е. М. Борисова и др.; Под ред. И. В. Дубровиной. – М.: Просвещение, 1991. – 303 с.
50. Райчук Л. В. Дитячі страхи: Діагностика та корекція / Л. В. Райчук. – К.: Редакції загально педагогічних газет. 2014. – 118 с.
51. Раскин А. Школьные самоубийства // Эксперт Online. — 2012.
52. Рассказова Е. В. Копилка психолога: техники работы с суицидальными тенденциями [Электронный ресурс] / Е. В. Рассказова. – 2020. – Режим доступа: https://www.b17.ru/article/suicide_-_work_techniques/.
53. Рахимкулова А. С. Нейропсихологические особенности подросткового возраста, влияющие на склонность к рисковому и суицидальному поведению [Электронный ресурс] / А. С. Рахимкулова // ООО "Центр детской нейропсихологии". – 2017. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/neyropsihologicheskie-osobennosti-podrostkovogo-vozhrasta-vliayuschie-na-sklonnost-k-riskovomu-i-suitsidalnomu-povedeniyu/viewer> .
54. Рибалка В.В. "Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій проблемної особистості";- К.: Шкільний світ,2009.-119 с.

55. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2004. – 713 с.
56. Руденко В. М. Математичні методи в психології: підручник / В. М. Руденко, Н. М. Руденко. – К.: Академвидав, 2009. – 384 с.
57. Семенюк Л.М. Хрестоматия по возрастной психологии: учебное пособие для студентов/Под ред. Д.И. Фельдштейна: издание 2-е, дополненное. - Москва: Институт практической психологии, 1996. 219с.
58. Симонов П. В. Информационная теория эмоций / П. В. Симонов // Психология эмоций: Тексты / под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. – М.: Издательство МГУ, 1984. – С. 178-185.
59. Смирнова М. И. Семейная психологическая коррекция детей и подростков с расстройствами поведения: Дис. ... канд. психол. Наук: 19.00.04 [Электронный ресурс] / М. И. Смирнова. – СПб.: СПГУ, 2005. – 204 с. – Режим доступа: <http://www.dslib.net/med-psixologia/semejnaja-psihologicheskaja-korrekcija-detej-i-podrostkov-s-rasstrojstvami-povedenija.html>.
60. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия [Электронный ресурс] / Г. В. Старшенбаум. – М., 2005. – 376 с.). – Режим доступа: <https://www.yakaboo.ua/suicidologija-i-krizisnaja-psihoterapija.html#tab-attributes>
61. Сыроквашина К.В. Современные психологические модели суицидального поведения в подростковом возрасте // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 3. С. 60—75.
62. Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г. Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 3.
63. Тарасова К.В. Психологічний супровід підлітків, схильних до суїцидальної поведінки / К.В. Тарасова // Актуальні проблеми практики консультування та психотерапії: науковий часопис кафедри практичної психології (збірник наукових робіт студентів, молодих учених і фахівців-

практиків). – Кривий Ріг: Вид-во «Криворізький державний педагогічний університет», 2020. – 98 с.

64. Тест на виявлення сийцидальних намірів (Н. Шавровська, О. Гончаренко, І. Мельникова) //Психологу для роботи. Діагностичні методики : збірник / уклад. М. В. лемак, В. Ю. Петрище. – Вид. 2-ге, виправ. – Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. –С. 147-152.

65. Технология работы с суицидальными клиентами [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://studbooks.net/1667026/psihologiya/tehnologiya_raboty_suitsidalnymi_klientami.

66. Титаренко Д. С. Екзистенціальні страхи та механізми психологічного захисту особистості / Д. С. Титаренко // Проблеми екстремальної та кризової психології: Зб. наук. праць. – 2010. – Випуск 7. – Харків: УЦЗУ, 2010. – С. 397-405.

67. Фельдштейн Д. И. Психологические особенности развития личности в подростковом возрасте / Д. И. Фельдштейн. – Вопросы психологии. – №7. – 1988. – С. 31-41.

68. Фонаги П. Агрессия и психологическая самость [Электронный ресурс] / П. Фонаги, Дж. С. Моран, М. Таргет // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2004. – №2. – Режим доступа: <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20040202>.

69. Фопель К. Психологические группы : Рабочие материалы для ведущего: Практическое пособие: пер. с нем. / К. Фопель. – 5-е изд., стерероетип. – М.: Генезис, 2004. – 256 с.

70. Фопель К. Создание команды: Психологические игры и упражнения: пер. с нем. / К. Фопель. – М.: Генезис, 2003. – 400 с.

71. Фопель К. Технология ведения тренинга: Теория и практика: пер. с нем. / К. Фопель. – 2-е изд. – М. : Генезис, 2005. – 267 с.

72. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции: пер. с нем. / З. Фрейд. – М.: Издательская группа АСТ, 2008. – 608 с.

73. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности / Э. Фромм. – М.: Республика, 1994. – 447 с.

74. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия суицидального поведения: история разработки, современное состояние, перспективы развития [Электронный ресурс] // Медицинская психология: электрон. науч. журн. – 2013. – N 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru>

75. Хорни К. Наши внутренние конфликты. Конструктивная теория невроза. – СПб.: ЛАНЬ, 1997. – 240 с.

76. Цукарзи Э.Э. Терапевтические подходы при суицидоопасном поведении // Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина — клинической практике) / Под ред. С.Н. Мосолова. — Москва: Издательство «Социально-политическая мысль», 2012. — С. 474—490. — 1080 с.

77. Шавровська Н. Суїцид як соціально-психологічний феномен / Н. Шавровська, О. Гончаренко, І. Мельникова // Психолог. – 2002. - № 38-39. – С. 46.

78. Шевченко В. Є. Психодіагностика суїцидальних схильностей і дій учнів загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладів [Електронний ресурс] / В, Є. Шевченко. – 2019. – Режим доступу до ресурсу: <https://vseosvita.ua/library/psihodiagnostika-suicidalnih-shilnostej-i-dij-ucniv-zagalnoosvitnih-profesijno-tehnicnih-ta-visih-navcalnih-zakladiv-123111.html> .

79. Шкала безнадежности Бека [Электронный ресурс] – Режим доступа : <https://psylab.info>Шкала безнадёжности Бека

80. Эдемиллер Э. Г. Семейный диагноз и семейная терапия / Э. Г. Едемиллер, И. В. Добряков, И. М. Никольская. – СПб: Речь, 2003. – 336 с.

81. Эльконин Д. Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте// Вопросы психологии, 1971, № 4. 6с.

82. Эриксон Э. Детство и общество: пер. с англ. / Э. Эриксон. – СПб.: ИТД «Летний сад», 2000. – 416 с.

83. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис: пер. с англ. / Э. Эриксон. – Москва: Прогресс, 1996. – 344 с.

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

85. The Fatal Persuasion of Suicide in Literature. – URL : <https://www.newswise.com/articles/the-fatal-persuasion-of-suicide-in-literature>

86. Kenneth S. A. Suicide: A Critical Review of the Literature. – URL : <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/070674376701200409>

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця А.1

Емпіричні показники за методикою виявлення суїцидальних намірів (констатувальна діагностика)

Шифр досліджуваноГО	Алкоголь, наркотики	Нещасливе кохання	Протиправні дії	Гроші і проблеми з ними	Добровільний відхід від життя	Сімейний безлад	Втрата сенсу життя	Почуття неповноцінності і потворності	Шкільні проблеми. Проблеми	Стосунки із оточуючими
Група ризику										
1	5	4	5	12	4	8	10	11	14	12
2	12	1	1	8	5	5	8	7	27	5
3	5	1	5	12	10	5	8	7	2	22
6	5	7	3	14	7	8	4	10	1	29
7	5	4	5	12	4	8	10	11	14	12
8	6	1	2	11	3	9	12	9	2	27
10	8	6	2	8	10	11	6	3	11	20
15	9	10	10	14	10	9	11	14	11	16
17	10	9	6	13	8	12	15	11	11	14
30	7	8	5	15	6	10	8	15	12	10
33	11	10	8	10	8	8	11	16	12	14
Група особливої уваги										
24	12	4	4	15	10	11	13	9	12	16
34	2	7	9	9	9	6	10	13	11	15
5	8	11	11	10	8	11	11	12	11	11
12	8	8	6	6	11	10	6	12	11	15
13	11	9	11	8	10	10	8	10	12	15
23	9	6	9	12	11	11	6	12	11	11
31	6	4	6	14	9	9	10	10	11	15
32	8	6	9	13	10	10	9	8	12	14
35	8	10	11	10	10	11	12	11	11	13
Група відносного благополуччя										
9	5	2	2	12	6	6	7	10	11	16
11	6	6	5	15	2	10	5	13	3	14
29	8	5	7	9	5	5	12	12	6	5
14	5	2	2	9	9	8	9	4	10	14
16	10	4	7	15	10	7	10	8	9	15
4	8	7	8	9	10	9	7	6	12	6
18	8	6	5	9	9	10	4	9	9	10
19	5	11	7	11	4	12	8	4	7	9
20	6	5	8	8	6	6	6	8	3	6
21	8	7	5	11	7	8	9	9	5	11
22	11	8	8	9	8	5	7	5	10	10
25	5	8	8	7	8	8	3	11	3	9
26	4	5	8	8	6	9	5	8	8	10
27	9	11	5	10	4	11	6	6	9	13
28	3	1	4	4	9	9	9	8	7	11
36	6	6	7	11	8	11	6	10	10	10

Примітка: заштриховано – показники, що свідчать про необхідність формування антисуїцидальних чинників; жирним шрифтом позначено показники, що свідчать про необхідність особливої уваги.

Продовження додатку А

Таблиця А.2

**Емпіричні показники самотності, безнадійності,
самооцінки психічних станів (констатувальна діагностика)**

Шифр досліджуваного	Самотність	Самооцінка психічних станів				Безнадійність
		Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність	
Група ризику						
1	24	14	12	8	12	34
2	24	5	6	9	10	27
3	21	1	1	7	12	28
6	11	13	15	10	17	24
7	50	5	7	6	10	34
8	36	9	9	0	4	25
10	40	7	12	15	10	44
15	29	18	9	18	5	55
17	24	13	8	10	16	51
30	27	11	2	5	12	58
33	30	14	16	12	14	61
Група особливої уваги						
24	39	19	16	19	17	30
34	29	12	8	17	18	44
5	25	8	6	6	13	67
12	28	9	14	7	11	37
13	33	14	9	11	14	27
23	19	16	7	8	8	49
31	33	14	3	16	17	31
32	38	18	5	14	16	49
35	31	11	7	19	14	56
Група відносного благополуччя						
9	33	6	5	5	7	32
11	35	8	8	5	6	46
29	12	3	11	8	3	37
14	25	5	6	14	5	29
16	19	11	5	14	11	35
4	23	8	7	8	8	36
18	21	8	9	5	18	62
19	11	6	3	6	14	62
20	4	5	5	7	9	26
21	22	7	3	8	6	27
22	26	9	14	17	5	38
25	6	4	9	6	8	61
26	16	6	6	9	6	44
27	24	8	11	6	5	37
28	21	5	6	5	10	26
36	20	8	9	4	11	39

Додаток Б

Таблиця Б.1

Емпіричні показники за методикою виявлення суїцидальних намірів
(підсумкова діагностика)

Шифр досліджуваного	Алкоголь, наркотики	Нещасливе кохання	Протиправні дії	Гроші і проблеми з ними	Добровільний відхід від життя	Сімейний безлад	Втрата сенсу життя	Почуття неповноцінності і потворності	Шкільні проблеми. Проблеми	Стосунки із оточуючими
Група ризику										
1	5	4	5	11	5	8	8	10	12	11
2	11	2	2	8	5	5	8	7	22	6
3	5	2	5	10	8	6	7	7	2	19
6	5	6	3	12	7	8	5	9	2	24
7	5	4	5	12	5	8	9	10	11	12
8	5	1	3	11	3	9	9	8	3	22
10	6	6	2	9	9	10	6	5	9	18
15	7	8	8	14	10	9	11	12	12	15
17	8	9	6	13	8	12	12	10	10	12
30	7	7	5	14	6	9	8	13	11	10
33	9	8	7	10	8	9	9	13	12	12
Група особливої уваги										
24	11	4	4	14	8	10	11	10	12	14
34	2	6	8	9	9	6	10	11	11	15
5	6	8	10	10	8	8	11	12	10	11
12	9	8	6	7	11	9	6	11	9	14
13	10	7	10	9	8	8	8	10	10	13
23	9	6	9	12	10	11	6	12	10	11
31	7	5	6	12	9	9	10	9	9	15
32	6	7	9	13	9	10	9	9	11	13
35	8	9	8	10	9	11	10	10	10	13
Група відносного благополуччя										
9	5	2	3	12	6	6	7	10	10	14
11	4	6	5	14	3	9	5	11	4	15
29	6	5	7	10	5	5	11	10	6	6
14	5	3	3	9	9	8	9	5	10	14
16	9	4	7	13	10	7	8	8	9	15
4	9	7	8	9	8	9	7	7	12	6
18	8	6	5	10	9	10	5	9	9	10
19	7	9	7	11	4	10	8	5	7	9
20	6	5	8	9	6	6	6	8	4	7
21	8	7	5	11	7	8	9	9	6	11
22	9	7	8	9	8	5	7	6	9	10
25	5	8	8	8	8	8	4	10	4	9
26	5	5	8	8	6	9	5	8	8	10
27	8	11	5	10	4	9	6	7	9	12
28	3	2	5	5	9	10	8	8	7	11
36	6	6	7	11	8	11	6	9	10	10

Примітка: заштриховано – показники, що свідчать про необхідність формування антисуїцидальних чинників; жирним шрифтом позначено показники, що свідчать про необхідність особливої уваги.

Продовження додатку Б

Таблиця Б.2

**Емпіричні показники самотності, безнадійності,
самооцінки психічних станів (підсумкова діагностика)**

Шифр досліджуваного	Самотність	Самооцінка психічних станів				Безнадійність
		Тривожність	Фрустрація	Агресивність	Ригідність	
Група ризику						
1	22	12	11	8	12	32
2	24	5	6	9	10	28
3	21	2	2	7	12	36
6	13	13	13	9	16	24
7	49	5	7	6	10	34
8	34	9	9	0	4	26
10	37	7	11	14	10	41
15	29	16	8	16	6	55
17	25	13	8	10	16	47
30	27	11	3	6	12	58
33	29	14	14	11	14	57
Група особливої уваги						
24	39	16	15	18	16	30
34	29	12	8	15	18	44
5	25	9	6	7	13	61
12	27	9	12	7	11	37
13	0	13	9	11	14	27
23	20	15	7	8	8	49
31	33	14	3	16	17	32
32	36	17	5	14	15	49
35	31	11	7	17	14	52
Група відносного благополуччя						
9	33	7	5	6	7	33
11	34	8	7	5	6	46
29	13	4	11	8	4	37
14	25	5	6	13	5	30
16	19	10	5	12	11	35
4	23	8	7	9	8	36
18	21	8	9	5	18	57
19	12	7	4	6	4	60
20	5	6	6	6	9	28
21	22	7	3	8	6	27
22	25	9	11	15	6	38
25	7	5	9	6	8	56
26	16	6	6	9	6	43
27	24	8	10	6	5	35
28	22	6	6	5	10	27
36	20	8	9	5	11	39

Додаток В

Корекційна програма по роботі із підлітками, схильними до суїцидальної поведінки

Тема програми: психокорекція несприятливих емоційних і постстресових станів у підлітків

Мета: попередження та профілактика соціально небажаних вчинків, зняття негативних установок, зниження рівня агресивності, фрустрації, депресії, самотності, переосмислення життєвих цінностей, розстановка пріоритетів

Ключові слова: суїцид, суїцидальна схильність, суїцидальна поведінка, суїцидальні наміри, депресія, самотність, агресивність, фрустрація, ригідність

Предмет: суїцидальні наміри, суїцидальна поведінка, постресовий стан

Задачі програми:

1. Сприяння в підвищенні впевненості у собі;
2. Розвиток уміння керувати своїми почуттями;
3. Забезпечення безпеки підлітка;
4. Підвищення самооцінки у досягненні позитивних життєвих цілей;
5. Корекція стресового стану з метою зниження емоційної напруги;
6. Формування позитивного ставлення до себе (самоприйняття) та інших;
7. Формування адекватної самооцінки особистості;
8. Розвиток вміння брати на себе відповідальність;
9. Формування усвідомленості емоційного зв'язку зі своїми друзями та родичами;
10. Формування усвідомленості своїх вчинків та їх наслідків;
11. Формування усвідомленості цінності власного здоров'я та життя

Зміст програми

Заняття 1. «Когнітивно-поведінкова терапія»

Мета: лікування тривожних станів, зміна неадаптивних емоційних реакцій за допомогою перебудови думок, поведінки.

Матеріали: папір, ручка або олівець.

Хід заняття:

1. Техніка «Записи власних думок» (15 хв)

Мета: відстеження і усвідомлення власних думок. Визначення значимості тих чи інших мотивів.

Вправа: завдання кожного учасника полягає у тому, що він самостійно повинен написати на листку паперу, які думки виникають у голові, коли він намагається зробити потрібну дію або не робити непотрібну дію. Думки, що

приходять в голову в момент прийняття рішення, бажано записувати суворо в порядку їх черговості, оскільки ця черговість вкаже на вагомість і важливість цих мотивів у прийнятті рішення. Після цього можна спитати учасника, який з перерахованих мотивів, що заважають виконанню правильної дії, він вважає для себе найбільш важливим? Зазвичай це буде думка, яка виникла першою

2. Техніка «Ведення щоденника думок» (20 хв)

Мета: складання списку підстав для продовження життя.

Вправа: учням пропонується коротко, лаконічно і точно записувати всі виникаючі думки в щоденник протягом деякого часу з метою зрозуміти, про що людина частіше всього думає, скільки часу вона на це витрачає наскільки сильні емоції від своїх думок відчуває. Думки оцінюються за параметрами «дуже приємно / цікаво» - «байдуже» - «дуже неприємно / гнітюче». Оскільки учасник сам не завжди може вказати точну причину своїх переживань, щоденник думок допомагає визначити, які думки впливають на його самопочуття протягом дня.

3. Підведення підсумків заняття (10 хв)

Отримання зворотного зв'язку від учасників, рефлексія, відстеження почуттів та емоцій, отриманих протягом заняття.

Заняття 2. «Когнітивно-поведінкова терапія»

Мета: лікування тривожних станів, зміна неадаптивних емоційних реакцій за допомогою перебудови думок, поведінки.

Матеріали: папір, ручка або олівець.

Хід заняття:

1. Техніка «Декатастрофікація» або «Що, якщо...?» (25 хв)

Мета: дослідження дійсних, фактичних обставин і наслідків, зв'язаних зі страхом, допомога у моральній підготовці до таких обставин, розвиток неадаптивної думки до глобальних масштабів задля подальшого знецінення її наслідків.

Вправа: ведучий по черзі задає кожному учаснику групи питання типу «Давайте поглянемо, що було би, якщо...?», «Як довго ви будете відчувати подібні негативні відчуття?», «Що буде потім? Ви помрете? Світ зруйнується? Це зіпсує ваше подальше життя? Ваші близькі відмовляться від вас?» і т. п.

Учасники розуміють, що все має тимчасові рамки, і автоматична думка «цей жах ніколи не скінчиться» зникає.

2. Техніка «Пом'якшення інтенсивності емоцій» (15 хв)

Мета: емоційна переоцінка психотравмуючої події.

Вправа: учасники, які мають підвищений рівень тривожності резюмують ситуацію, яка нанесла негативний психологічний збиток і кажуть собі наступне: «дуже шкода, що такий факт мав місце в моєму житті. Однак я не дозволю цій події керувати моїм теперішнім станом і зіпсувати майбутнє. Я залишаю травму в минулому». В результаті цього руйнуючі емоції, які виникають в кожного з учасників втрачають силу афекту: образа, злість і ненависть трансформуються в більш м'які і функціональні переживання.

3. Підбиття підсумків заняття (5 хв)

Отримання зворотного зв'язку, рефлексія, фіксація почуттів, емоцій та інсайтів, отриманих протягом заняття.

Заняття 3. «Техніка роботи із суїцидальним клієнтом»

Мета: виявити приховані мотиви, чинники суїцидонебезпечної поведінки, допомога в усвідомленні того факту, що існує безліч варіантів розрешення складних життєвих ситуацій.

Хід заняття:

1. Техніка «Квадрат Декарта» (техніка прийняття рішень) (30 хв)

Мета: розгляд ризиконебезпечної ситуації з чотирьох сторін, аналіз варіантів розрешення кризової ситуації, вибір оптимального варіанту, прояснення наслідків кожного рішення

Вправа: учасникам пропонується розглянути ситуацію, відповівши на 4 питання:

1. «Що буде, якщо це станеться?» Що я отримаю, плюси і мінуси від цього.
2. «Що буде, якщо цього не відбудеться?» Все залишиться так, як було, плюси і мінуси від неотримання бажаного.
3. «Чого НЕ буде, якщо це станеться?» Мінуси і плюси від отримання бажаного.
4. «Чого НЕ буде, якщо це НЕ станеться?» Мінуси від неотримання бажаного.

2. Завершення заняття, підведення підсумків (15 хв)

Кожен учасник висловлює свої почуття та думки стосовно ефективності проведеного заняття.

Заняття 4. «Ігротерапія»

Мета: встановлення емоційно позитивного контакту між ведучим та учасниками, створення атмосфери особистісної безпеки та довіри задля позбавлення страхів та тривоги перед можливими невдачами, надання дитині можливості бути самою собою, не перероблювати її.

Хід заняття:

1. Вправа «паперовий чоловічок» (20 хв)

Мета: зниження агресії, аутоагресії, корекція з низької самооцінки.

Вправа: ведучий надає інструкцію: «взьміть чистий аркуш паперу формату А4 (бажано для малювання або креслення, щоб він був більш щільним, проте звичайний для принтера теж підійде) і руками, без ножиць і інших підручних засобів, обірвіть лист так, щоб вийшов чоловічок. Потім зосередьтеся на тому, що вам не подобається у вашому творінні і почніть його "ляяти": "Кривий якийсь!" , "Косий", "Непривабливий", "Треба бути краще", "Ноги короткі" і т. д. Після кожної лайки завертайте край паперу, починаючи зверху, і гарненько "запросуйте" його нігтем. Якось так: посварили- завернули, посварили - завернули ... Коли лайки будуть вичерпані, зупиніться і подивіться, що у вас вийде в результаті». «Якщо пофантазувати, то: як ви думаєте, на які дії тепер здатний такий скручений чоловічок? У мене вийшло, що - на самі безглузді, тривожні і неефективні або взагалі ні на які».

«Проте, це ще не все. Тепер починайте хвалити цього чоловічка, як Ви самі себе хвалите, так і йому говоріть підтримуючі слова на кожен відворот паперу. Похвалили - відвернули, похвалили - відвернули ...»

А зараз дайте мені відповідь:

- 1) Що вам легше було робити: сварити або підтримувати? Коли ви були більш винахідливі і різноманітні в словах і виразах?
- 2) Чи вистачило у вас хороших слів, щоб розгорнути чоловічка повністю?
- 3) Яким в результаті вийшов чоловічок? Чим відрізняється від початкового стану (до скручування)?
- 4) На які дії тепер здатний ваш чоловічок?

2. Вправа «Що я не приймаю...» (15 хв)

Мета: виявлення прихованих неприйнятних рис в собі, саморефлексія, прийняття особистістю себе, вироблення навичок самоконтролю.

Вправа: учасникам пропонується назвати якості, які їм не подобаються у інших людях, та які емоції вони в них викликають. Далі йде обговорення про те, що ці ж емоції або є у учасника, або чомусь він собі їх не дозволяє.

3. Підведення підсумків (10 хв)

Отримання зворотного зв'язку, рефлексія.

Заняття 5. «Ігротерапія»

Мета: встановлення емоційно позитивного контакту між ведучим та учасниками, створення атмосфери особистісної безпеки та довіри задля позбавлення страхів та тривоги перед можливими невдачами, надання дитині можливості бути самою собою, не перероблювати її.

Хід заняття:

1. *Рольова гра «Трагічна історія» (35 хв)*

Мета: виявлення прихованих мотивів поведінки, певних негативних стереотипів і способів поведінки, самоаналіз, рольовий розвиток, трансформація, націленість на успіх, вироблення навичок самоконтролю.

Вправа: один учасник виходить в центр кімнати та ділиться з аудиторією своєю історією, з якої він не може знайти вихід. Завдання інших показати, що все не так погано як здається герою та допомогти знайти вирішення проблеми. Вправа виконується по черзі.

Слід звертати увагу на емоції доповідача.

2. *Завершення заняття, підбиття підсумку (10 хв)*

Учасники по колу висловлюють свою думку з приводу того, чи справдилися їхні очікування від рольової гри, висловлюють побажання стосовно покращення процедури проведення занять.

Заняття 6. «Короткострокова терапія, орієнтована на рішення (техніка SFBT)»

Мета: виявлення «дефіцитів» у житті клієнта, актуалізація вже існуючого в людині потенціалу, підтримка і розвиток вже наявних ресурсів., допомога у розрішенні дитячо-батьківських труднощів, поведінкових проблем, робота з агресією, тривожністю, суїцидальними думками.

Хід заняття:

1. *Вправа «10 плюсів» (35 хв)*

Мета: позбавлення від негативного погляду на кризову ситуацію, позитивне переформулювання складної ситуації та вироблення нового погляду на майбутнє.

Вправа:

1. Написати проблему.
2. Згадати схожі ситуації або протягом цієї проблеми раніше.
3. 10 мінусів, які я маю через цю проблему.
4. 10 плюсів, які я маю завдяки цій проблемі.

Наприклад, десять плюсів:

1. Як ця проблема служить мені?
2. Чого вона допомогла мені досягти?

3. Що ця проблема допомогла запобігти?
 4. Що ця проблема дозволяє мені робити?
 5. Що ця проблема дозволяє мені мати?
 6. Ким ця проблема дозволяє мені бути?
 7. Які переваги у мене є завдяки цій проблемі?
 8. Чи ставить ця проблема інших в невідгідне становище? До чого привела ця проблема?
 9. Я через п'ять років, якщо ця проблема вирішилася.
 10. Я через п'ять років, якщо проблема не вирішилася.
2. *Підбиття підсумків* (10 хв)

Отримання зворотного зв'язку від учасників освітнього процесу, відстеження емоцій, почуттів, отриманих у процесі роботи.

Заняття 7. «Підсумки»

Мета: відрефлексування набутих знань та досвіду, підведення підсумку проведеної роботи, оцінка ефективності проведеної роботи.

Хід заняття:

1. *Релаксація «Бурулька»* (15 хв)

Мета: зменшення м'язової та емоційної напруженості, отримання відчуття комфорту та заспокоєння

Вправа: учасникам пропонується уявити, що вони-бурулька. Зайняти початкове положення: стоячи, з закритими очима, руки підняті вгору. Слід зафіксувати себе в цій позі на 1-2 хвилини. Потім пропонується уявити, що під дією сонячного тепла, зображувана ними бурулька починає повільно танути. Розслабляються учні поступово, спочатку кисті рук, потім м'язи плечей, шиї, корпусу, ніг.

Примітка. Якщо слухати дану розповідь з закритими очима, релаксаційна вправа сподобається учасникам ще більше.

2. *Підбиття підсумків* (30 хв)

Групове обговорення з приводу ефективності корекційно-розвивальної роботи.