

Уманський державний педагогічний університет
імені Павла Тичини
Факультет соціальної та психологічної освіти
Кафедра психології

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

освітній ступінь магістр

на тему: **ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ**

Виконав: студент 2 курсу, 263 групи
спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма «Психологія»
Зелінський Олександр Олександрович

Керівник:

доктор філософії, старший викладач кафедри
психології Поліщук Олена Романівна

Рецензент: доктор психологічних наук,
професор, професор кафедри психології
Кобець Олександр Володимирович

Умань – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДУ ПІДЛІТКІВ ЯК ПРОЯВ СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ.....	7
1.1. Сутність поняття «суїцидальної поведінки»: природа та типи суїцидальних переживань.....	7
1.2. Особливості перебігу та чинники виникнення суїцидальних переживань у підлітків.....	21
1.3. Причини суїцидальної поведінки молоді, профілактика суїцидальних переживань підлітків.....	36
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ СХИЛЬНОСТЕЙ УЧНІВ ЗАКЛАДІВ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ.....	44
2.1. Організація і проведення емпіричного дослідження.....	44
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	46
2.3. Розробка рекомендацій щодо попередження виникнення і прояву суїцидальної поведінки.....	55
ВИСНОВКИ.....	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	76
ДОДАТКИ.....	83

ВСТУП

Відповідно до даних Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я близько мільйона людей щороку помирають в результаті суїциду. Серед причин смерті людей у віці від 15 до 44 років суїцид потрапляє у трійку лідируючих. Спостерігається також негативна динаміка у напрямку збільшення кількості суїцидів [27]. За даними ЮНІСЕФ за останні 45 років рівень самогубств зріс на 60%.

Однією з актуальних проблем сучасного суспільства є зростання кількості випадків суїцидальної поведінки серед підлітків та молоді. Такий сумний факт поєднується із зростанням частоти депресій та зловживання психоактивними речовинами. 27,2 % дітей і підлітків віком 10-17 років іноді втрачають бажання жити, 17,8 % – вважають, що нікому немає до них справ, 25,5 % – не завжди можуть розраховувати на допомогу близької людини [19].

Дослідниками встановлено, що акт самогубства зазвичай обумовлений цілою низкою чинників: соціальних, економічних, політичних, філософських, психологічних, релігійних тощо. При цьому рівень самогубств і його динаміка виступають важливими індикаторами соціального благополуччя того чи іншого соціального середовища, а також показниками психічного та духовного здоров'я суспільства [15, с.118].

Сучасні технології мають широкий спектр можливостей. Комп'ютерні ігри – це програми, які створені, щоб розважати людину, займати вільний час. Граючи в комп'ютерні ігри, люди розслабляються, «йдуть з головою» у віртуальний світ. Однак, не всі люди замислюються про те, як впливають комп'ютерні ігри на психіку та здоров'я дитини, особливо якщо брати до уваги ігри, які несуть загрозу життю. Такі як: «Розбуди мене в 4.20», «Тихий дім», «Синій кит».

З огляду на постійне зростання кількості суїцидів, актуалізується необхідність поглиблення знань про суїцид як феномен, а також розширення арсеналу стратегій та методів роботи з людьми, які проявляють суїцидальну поведінку. Робота, спрямована на зменшення кількості суїцидів, буде

ефективною за умови її проведення на рівні державної політики, соціальних, освітніх програм, на рівні громад а також на особистісному рівні. Важливою у цьому ключі є робота фахівців – зокрема психологів, психотерапевтів, соціальних працівників. Представники цих професій щоденно зустрічаються з людьми, які опинилися у складній життєвій ситуації і нерідко з емоційно нестійкими людьми, частина з яких може демонструвати суїцидальні прояви. Тому такі фахівці мають превентивний потенціал і можуть працювати у напрямку попередньої діагностики суїцидальності та запобігання суїциду.

Значне місце в наукових працях педагогів, психологів відводиться проблемам особистісної тривожності (Спілберг-Ханін та ін.), суїциду як психосоціального явищу (В. Пігіда, Н. Сабат, Л. Сафонова та ін.), суїциду як результату невирішеної кризи підліткового віку (О. Александрова, О. Боголюбова, М. Гуліна та ін.), особливостям психосоціальної допомоги підлітку-суїциденту (Є. Змановська, Л. Шнейдер та ін.) та ін. Однак проблема соціально-психологічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою, насамперед практичний аспект її вирішення, залишається недостатньо дослідженою.

Об’єкт дослідження – соціально-психологічна робота з підлітками, що схильні до суїцидальної поведінки.

Предмет дослідження – зміст, форми і методи соціально-психологічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою.

Мета дослідження – на основі теоретичного обґрунтування наукової проблеми та експериментально дослідити соціально-психологічні характеристики сучасних підлітків.

Відповідно до поставленої мети дослідження визначено такі **завдання** дослідження:

1. На основі аналізу теоретичних основ досліджуваної проблеми розглянути суїцид як психосоціально-явище.
2. Розкрити особливості соціально-психологічної допомоги підлітку-суїциденту; визначити специфіку суїцидальної поведінки підлітків.

3. Експериментально дослідити соціально-психологічні характеристики сучасних підлітків.

4. Розробити рекомендації щодо попередження виникнення і прояву суїцидальної поведінки.

Для досягнення поставленої мети в роботі були використані такі загальнонаукові **методи дослідження**: *теоретичні* – вивчення, аналіз і синтез філософської, психологічної літератури з метою визначення специфіки суїцидальної поведінки підлітків; порівняння, класифікація та узагальнення результатів експерименту; *емпіричні* – спостереження, опитування (анкетування, бесіди), тестування, метод створення ситуацій з метою діагностування схильності підлітків до суїцидальної поведінки.

Експериментальна база дослідження. Дослідницько-експериментальна робота виконувалася на базі Перегонівського ліцею Перегонівської сільської ради Голованівського району Кіровоградської області. Основну вибірку склали 40 здобувачів освіти.

Теоретичне значення роботи визначається розширенням і поглибленням знань щодо теорій та концепцій суїцидальної поведінки; мотивації та факторів, що детермінують суїцидальні спроби.

Практичне значення роботи полягає у розробці та впровадженні в навчальний процес рекомендацій щодо попередження виникнення і прояву суїцидальної поведінки, що охоплює: виховні години, створення соціальної продукції та роликів, бесіди, кіноперегляд, проведення анкетувань, опитувальників, брейнг-ринг, тренінгові заняття.

Результати дослідження можуть бути використані у практиці роботи вчителів, соціальних педагогів, практичних психологів закладів загальної середньої освіти; у процесі фахової підготовки студентів спеціальностей 053 Психологія у ЗВО різного рівня акредитації, у системі післядипломної педагогічної освіти.

Апробація результатів дослідження. Матеріали й результати дослідження висвітлювалися на VII Всеукраїнській науково-практичній

конференції «Сучасні тренінгові технології для розвитку особистості: еко-тренінг» (Умань, 2023) та III Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції «Теорія та практика психокорекції особистості» (Умань, 2023).

Публікації. Результати дослідження висвітлені у 2 публікаціях: Особливості психологічної профілактики підлітків із суїцидальною поведінкою в збірнику праць «Сучасні тренінгові технології для розвитку особистості: еко-тренінг» (2023); Вікові особливості суїцидальної поведінки підлітків в збірнику «Теорія та практика психокорекції особистості» (2023).

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг представлений на 96 сторінках, основний зміст включає 75 сторінок. Робота містить таблиці та додатки. Список використаних джерел складає 60 джерел українських та зарубіжних авторів.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДУ ПІДЛІТКІВ ЯК ПРОЯВ СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

1.1. Сутність поняття «суїцидальної поведінки»: природа та типи суїцидальних переживань

Поняття «суїциду» та «суїцидальної поведінки» настільки часто зустрічаються у буденному житті, що здавалося б, і не потрібно його уточнення. Але дуже часто люди помиляються в його об'єктивному значенні, що в результаті і потребує уточненню фахівців, щодо такого явища, як самогубство.

Науковці трактують суїцид (з лат. «себе вбивати»), як усвідомлювані, навмисні дії, спрямовані на добровільне позбавлення себе життя, що призводять до смерті [18].

Поняття «самогубство» можна охарактеризувати за такими ознаками, як:

- а) мета – позбавити себе життя;
- б) потерпілий та суб'єкт суїциду є одна і та ж особа;
- в) об'єктом замаху є життя самої людини;
- г) смерть спричиняється особистими діями самої людини [18, 144–145].

На думку французького філософа і соціолога Е. Дюркгейма, суїцид – це навмисне позбавлення себе життя або самогубство, а суїцидент – це людина, яка вчинила самогубство [4].

Слід розглянути і ставлення до суїциду у різних народів у різні часи. Жахливим є те, що в певні періоди самогубство у деяких народів розглядалися як соціальна норма. Наприклад, суїциди частково схвалювалися в примітивних культурах, греко-римській культурі, імператорському Римі, Стародавній Індії. Крім цього в японській культурі суїцид оточений ореолом святості і носить ритуальний характер (харакірі, відкушуванні язика). В ісламі самогубства завжди строго засуджувались.

Щодо християнства, то негативне ставлення до суїциду склалося не відразу. Деякі теологи, хоча і засуджують самогубство як гріх, але роблять виняток для певних випадків (військовополонених, жертв Голокосту чи концентраційних таборів) [3].

В Олександрії Кіренаїки Гегесій, прозваний Пейзітанатом – вчителем, або радником смерті, закликав громадян до самогубства як до кращого способу уникнути життя без болю і прикрощів. Пізніше християнство і мусульманство категорично відкинули право на смерть. Винні у замаху на своє життя зазнавали кримінального переслідування (наприклад, в Англії були залучені за це до кримінальної відповідальності з 1883 по 1897 рр. 416 осіб, і тільки в 1961 році законом про самогубства кримінальна відповідальність за це була скасована).

Церква також не стояла осторонь і почала вживати заходи – людей, які покінчили життя самогубством забороняли відспівувати та ховати можна було тільки за цвинтарною огорожею. На думку В. Кондратенка, самогубство (суїцид) – це усвідомлене позбавлення себе життя. Суїцидальна поведінка – поняття більш широке, яке, крім суїциду, включає в себе суїцидальні замаху, спроби і прояви. До замахів відносяться всі суїцидальні акти, які не завершилися смертю з причини, що не залежить від суїцидента (обрив мотузки, своєчасно проведені реанімаційні заходи і т. д.). До суїцидальних проявів відносять відповідні думки, висловлювання, натяки, які не супроводжуються, проте, якими діями, спрямованими на позбавлення себе життя [8].

Відколи існувало людство, відтоді відомі факти самогубства. Масові та поодинокі випадки траплялися в усі часи, серед різних народів. Проте ставлення до самогубства постійно змінювалося. Наприклад, за нормами церковної моралі воно є найбільшим гріхом, замахом на найсвятіше – життя як дар Божий. Проте для вельмож це був єдиний вихід зі скрутного становища; для воїнів – спосіб прославлено померти за відсутності бойових дій, а також різновид героїзму.

Як зазначає О. Попова, добровільне жертвування себе богам на користь інтересів громади в давні часи було відомим майже всім народам. Такі самі жертви приносилися заради припинення війн, епідемій, стихійних лих. Щоб зберегти людський рід, старі та хворі люди, які вже не могли полювати, воювати, накладали на себе руки, щоб не бути тягарем для племені. Дотепер такі звичаї збереглися в деяких племенах Північної Африки, Океанії. Вчинення самогубств членами нецивілізованих племен свідчить про їхній вищий рівень розвитку, ніж інших племен, де за подібних обставин більш прийнятним є людоїдство тих одноплемінників, які стали непосильним тягарем [30, с. 9].

За релігійними поглядами стародавніх германців і багатьох північних народів вважалося, що в рай потраплять лише чоловіки. Жінка може опинитися там лише за умови, коли заподіє собі смерть. Традиційним було самогубство дружини після смерті чоловіка. Стародавні кельти вірили, що людина, яка кидається зі скелі в море, здобуде безсмертя.

Але не у всіх країнах і не завжди ставлення до самогубства мало заохочувальний характер. Завжди негативно до цього явища ставилися євреї давнину. Для них самогубство – це велике зло. Ось чому випадки самогубств євреїв були і залишаються поодинокими.

Стародавні греки вважали, що морально його ніколи не можна виправдати, адже людським життям розпоряджаються боги, воно належить лише їм, а не людям. Самогубство було майже звичним явищем у Стародавньому Римі. Ставлення до самогубства раба було постійно негативним, а погляди на вчинення подібного вільним громадянином у різних містах-полісах – змінювалося. Римлянин, якого звинуватили у злочині, міг уникнути покарання і зняти ганьбу зі свого імені, вчинивши самогубство. Давньоримське законодавство з цих питань постійно зазнавало змін: іноді тіла самобивців забороняли ховати, а кидали їх хижим тваринам. Історії відомий факт: у Стародавньому Римі в кожному полісі у певному місці зберігалася отрута (цикута) для всіх, хто хотів піти із життя. Перш ніж

скористатися отрутою, потенційний самогубець мав отримати дозвіл від Сенату. Негативним було ставлення до самогубства переважно лише через боягузтво чи слабодухість.

Самогубство було поширеним явищем з давніх часів в Індії та країнах Далекого Сходу – Китаї та Японії. Більшість народів Сходу сприймали й дотепер сприймає самогубство як акт величезної хоробрості й мудрості. В Індії досі існує звичай «саті» – самоспалення вдови разом із тілом померлого чоловіка (у 1998 році преса всього світу писала про самоспалення 14-річної вдови) [17, с. 50].

Наймолодша з усіх світових релігій – іслам – заперечує навіть можливість розв'язання проблеми шляхом самогубства. Негативне ставлення до цього явища бачимо у християн (лише на початку виникнення християнства самогубство було поширеним явищем у християнських державах Стародавньої Греції та Риму). У Європі репресії проти самогубців зберігалися протягом багатьох століть. Першою відмовилася від законів, що карали за вчинення самогубства, Франція. А у Великобританії лише 1961 року законодавчим актом було проголошено відсутність складу злочину в самому самогубстві.

Відповідно до норм церковного права, особливо у католицьких країнах, самогубство й нині розглядають як гріх, що має бути покараний: самогубця відмовляють у похованні за християнськими канонами, якщо не буде доведено, що ця особа була психічно хворою. Зараз певна частина служителів православної церкви розглядає самогубство в індивідуальному порядку. Наприклад, відомий випадок, коли в невеликому містечку 1998 року двоє дівчат разом наклали на себе руки. Тоді настоятель місцевої церкви не відмовив їхнім родичам в обряді церковного поховання, мотивуючи це тим, що діти ще не досягли того віку, коли можна приймати виважені рішення, а отже, не повинні відповідати за наслідки своїх дій [62, с. 46].

Із часів Київської Русі ставлення до самогубства неодноразово змінювалося. За правління Петра I проти його політики і реформ чинилися

масові самогубства, хоча військовий устав, укладений царем. Забороняв самогубства та карав за них. Під час царювання Катерини П'ятої самогубців визнавалися недейсними. Самогубство вважалося не лише великим гріхом – його прирівнювали до вбивства.

Перший карний кодекс нової пролетарської держави (1922 р.) визнавав, що самогубство не є кримінальним злочином і не переслідується законом. Кодекс передбачав кримінальну відповідальність за допомогу або підбурення до самогубства неповнолітньої чи неосудної особи. Але після закінчення громадянської війни разом із остаточною перемогою тоталітарного режиму ця проблема стала замовчуватися, а поодинокі випадки самовбивств стали вважатися «пережитками капіталістичного минулого». У часи Другої світової війни існувала догма – припис, що справжньому громадянину СРСР, істинному патріоту краще позбавити себе життя, ніж потрапити в полон. Військовополонені після повернення на батьківщину ставали в'язнями радянських концтаборів. У післявоєнний період радянські, а потім пострадянські війська брали участь у війнах та озброєних конфліктах у Югославії, Угорщині, В'єтнамі, Афганістані. У цих війнах вояки переважно дотримувалися думки, що краще підірвати себе гранатою, ніж стати полоненим [30, с. 10].

Необхідно звернути увагу і на те, що суїцидальна поведінка спостерігається як у здорових дітей, так і при психічних захворюваннях, головним чином, протікає з депресією. Суїцидальна спроба і суїцид проходять у своєму розвитку через дві фази: зворотну (коли суб'єкт сам чи при втручанні оточуючих може припинити спробу) і незворотну, що закінчується смертю [18].

Американські психологи, зокрема, А. Бергман, підкреслюють, що суїцид – це винятково людський акт, який трапляється в усіх культурах.

Внутрішні й зовнішні форми суїцидальної поведінки підпорядковані закономірностям будови людської предметної діяльності. Суїцидальні акти можна поділити наступним чином:

1. *Істині самогубства, спроби й тенденції*. Їх мета – позбавлення себе життя. Їх кінцевий результат – смерть.

2. *Демонстративно-шантажна суїцидальна поведінка*. Її мета не позбавлення себе життя, а демонстрація цього наміру.

3. *Самоушкодження*. Мета – пошкодження того чи іншого органу.

4. *Нещасні випадки* – небезпечні для життя дії, що спрямовані іншими цілями [18].

Види самогубств:

1) неусвідомлене самогубство;

2) самогубство як ризикована легковажність;

3) психологічне й агресивно-невропатичне самогубство: маніакальне самогубство осіб, охоплених галюцинаціями або мареннями; самогубство меланхоліків у стані глибокого смутку, скорботи, гіпертрофованих докорів совісті, суму, журби; самогубство охоплених нав'язливими ідеями; автоматичне чи імпульсивне самогубство;

4) самогубство психічно нормальної людини з такими видами суїцидальної поведінки:

- демонстративно-шантажувальна форма суїцидальної поведінки: завершені і незавершені самовбивчі дії; поведінка суїцидента із: тривалим і сталим прагненням до смерті; коротким, але рецидивним ставленням, що час від часу повторюється; миттєвим, імпульсивним, рецидивним ставленням до смерті; непрямий, напівнавмисний, напівпереднавмисний суїцид, суїцидальний еквівалент, незавершений суїцид, парасуїцид; можливий суїцид, суїцидальна гра, провокація агресії на себе;

- форми суїцидальної поведінки: внутрішні форми: суїцидальні думки, уявлення, емоційні переживання, задуми, наміри; зовнішні форми: суїцидальні спроби і завершені суїциди;

- егоїстичний суїцид, що виникає через руйнування соціальних зв'язків особистості із суспільством;

- альтруїстичний суїцид, який відбувається у формі самопожертви задля захисту інтересів групи (японські пілоти-камікадзе, релігійні фанатики тощо);
- аномічний суїцид, який виникає внаслідок виснаження;
- суїцид, спровокований засобами масової інформації;
- суїцид, спричинений депресією [18].

Проаналізувавши науково-психологічну літературу, ми дійшли висновку, що суїцидальна поведінка є дещо ширшим поняттям за суїцид. Суїцидальна поведінка включає в себе не лише усвідомлене позбавлення себе життя, а й суїцидальні замаху, спроби і прояви. Підлітки, які вчиняють суїцид, зазвичай страждають від сильного душевного болю і перебувають у стані стресу, а також відчувають неможливість впоратися зі своїми проблемами. Вони часто страждають психічними хворобами, емоційними порушеннями, особливо депресією, і дивляться в майбутнє без надії.

Сьогодні до суїциду люди ставляться більш терпимо. Його не лише вивчають, а й намагаються результативно попереджати. Проте саме ХХ століття нечувано змінило духовні та моральні погляди. Людина дедалі частіше не може знайти своє місце в житті, втрачає інстинкт виживання.

Самогубство, суїцид (лат. *sui caedere* вбивати себе) – умисне спричинення власної смерті, часто вчинене з відчаю, причину якого часто відносять до психічних захворювань таких як депресія, біполярний розлад, шизофренія, алкоголізм чи наркотичної залежності [47].

Самогубство як предмет вивчення і донині насичений помилковими відомостями й упередженнями. Тому вчені присвячують свої праці з'ясуванню його психології і психопатології, щоб допомогти виявленню і розумінню людей із суїцидальними тенденціями. Слід зазначити, що до питання про суїцид не існує повної згоди навіть між теоретиками. Представники різних наукових напрямів, послідовники психологічних шкіл розглядають його в різних позицій.

27 квітня 1910 р. на засіданні Віденського психоаналітичного суспільства відбулася дискусія з теми «Самогубство у дітей». З. Фрейд стверджував, що у своєму прагненні відчуті дітей від їхнього досвіду ранніх сексуальних стосунків, педагоги часто залишають ще незрілих учнів перед суворими випробувальними подальшого життя. Він наголошував, що хоч про самогубство відомо мало, але, мабуть, воно дійсно є запереченням життя через пристрасне бажання смерті. Це зауваження було основою для створення положення З. Фрейда про існування інстинкту смерті [30, с. 11].

Робота З. Фрейда «Сум і меланхолія» присвячена теорії суїциду. Він виокремлює два види потягів: один з них – інстинкт життя, Ерос, інший – це потяг до смерті, руйнування і агресії, Танатос. Для З. Фрейда смерть є чимось більшим, ніж просто подією тілесного життя. Смерть буває бажана. Існують постійні коливання між силою цих двох протилежних інстинктів. Ерос із часом старіє, вічний Танатос залишається надзвичайно напористим «до самого кінця, протягом всього життя людини, досягаючи своєї мети лише приводячи його до смерті».

Суїцид і вбивство – це прояви імпульсивного і руйнівного впливу Танатоса. Вбивство – це агресія, спрямована на інших, а суїцид – це агресія, спрямована на себе. Дуже важливо, підкреслював З. Фрейд, що вбивство не можна виправдати, і воно може бути попереджене. Суїцид також, по суті, є вбивством навиворіт, не повинен бути виправданий і може бути попередженим.

К. Меннінгер згоден із З. Фрейдом в тому, що в житті людини існує напружена боротьба між інстинктами самозбереження і саморуйнування. Дослідивши глибинні мотиви самогубства, він виділив три складові суїцидальної поведінки [23].

Для того щоб скоїти самогубство, по-перше, необхідно мати бажання убити. Воно, наприклад, проявляється в люті немовлят, якщо їх бажання фруструються. «Подібно до грудних дітей, що опираються відняттям від грудей і відчувають, що у них забирають щось, на що вони мають право, ці

люди (суїциденти), будучи в більшості своїй інфантильними, можуть не витримати перешкод на шляху виконання їх бажань». Бажання убити в цьому випадку звертається проти «охочого» і реалізується шляхом самогубства.

По-друге, необхідно відчувати бажання бути убитими. Подібно до того, як вбивство є крайньою формою агресії, бажання бути убитими є крайньою формою підпорядкування. Вимоги совісті часто бувають такими непохитними, що позбавляють людину внутрішнього спокою. Щоб бути покараним через порушення моральних норм, люди часто ставлять себе в ситуацію, у якій вони вимушені страждати. Врешті-решт, вони спокутують свою провину лише тим, що повинні бути убитими.

Останньою складовою є бажання померти. Його можна проілюструвати прагненнями деяких відчайдушних водіїв або альпіністів, які буквально потребують того, щоб піддавати себе постійній небезпеці. Бажання померти дуже поширене і серед психічно хворих, особливо тих, які вважають, що смерть – це єдині ліки від душевних мук.

«Бути людиною означає відчувати свою неповноцінність». Ця теза є основним положенням «індивідуальної психології» А. Адлера. Прагнення вирішити певні життєві проблеми спонукає людей до подолання своєї неповноцінності. Але якщо деяким індивідам це не вдається, вони починають відчувати потребу знищити оточення. Суїцид у цьому контексті стає прихованою атакою на інших людей. За допомогою саморуйнування людина прагне викликати співчуття до себе і засудження тих, хто відповідальний за її занижену самооцінку. А. Адлер описував відчуття власної неповноцінності в суїцидальних людей, які «шкодять іншим своїми мріями про рани або наносять їх собі» [20, с. 12].

Порушуючи питання про самогубство, К. Юнг указував на несвідоме прагнення людини до духовного переродження. Воно може стати важливою причиною смерті від власних рук. Люди не лише бажать піти від нестерпних умов життя, здійснюючи самогубство, а поспішають зі своїм метафоричним поверненням у череву матері. Лише після цього вони

перетворюються на дітей, знову народжених у безпеці. В образній мові символічної мудрості століть («архетипах») є відоме розп'яття: після смерті людину чекає нагорода у вигляді нового життя унаслідок воскресіння [30, с. 12].

Послідовник К. Юнга психоаналітик Дж. Хілмен належить до найбільш послідовних захисників самогубства. Він вважав превентивні підходи юриспруденції, медицини і теології до суїциду перешкодами для його адекватного розуміння. Дж. Хілмен указував, що дуже довго переконання щодо суїциду були моралістичними й ірраціональними в тому сенсі, що його слід запобігати у будь-якому випадку. Медицина, на його думку, ніколи чесно не дивилася в очі цій проблемі, адже метою лікарів завжди було продовження життя людини. Юридична наука, у свою чергу, вважала: ми можемо, не порушуючи закон, убивати собі подібних різними способами і з різних мотивів, але ми не маємо права ні за яких обставин виправдатися і отримати прощення за вбивство самих себе. «Священики, – вважав він, – перешкоджають самогубству не тому, що це суперечить волі Бога, а унаслідок помилкових понять теологічної догми».

Дж. Хілмен вважав, що суїцид є важливим і законним способом отримання смерті, що «звільняє найбільш глибокі фантазії людської душі». Він цитував англійського філософа Девіда Юма: «Коли я падаю на свій меч, то цим я приймаю смерть від руки божества настільки ж, неначебто вона була наслідком нападу лева, падіння в прірву або лихоманки» [20, с. 13].

У психології Г. Саллівен розробив теорію міжособистісного спілкування. Як електрони приводяться в рух магнітним тяжінням, так і людина реагує на інших значущих людей. Відносини індивіда з іншими людьми є найважливішим моментом життя. Кожна людина має три уособлення «Я». Коли відчуває себе в безпеці, він «хороший Я»; у стані тривоги він стає «поганим Я»; у психотичних кошмарах індивід перетворюється на «Не-Я». Людина оцінює себе здебільшого відповідно до ставлення інших людей.

Якщо виникне загроза безпеки через нерозв'язану кризу, то конфлікт і тривога можуть стати для людини нестерпними. У цих обставинах у неї може виникнути бажання перевести своє «погане Я» в «Не-Я», а отже, вчинити суїцид. У стані депресії саморуйнування також є привабливою альтернативою для індивіда. «Суїцид відображає, – на думку Г. Салівена, – переорієнтовано на себе вороже ставлення індивіда до інших людей і зовнішнього світу».

Вона вважала, що якби дітям забезпечили оточення, вільне від тривоги, то вони б росли і процвітали. Проте культура, релігія, політика та інші суспільні сили вступають у змову з метою спотворення розвитку дитини [15].

Відчуваючи себе в небезпечному оточенні, діти розглядають світ як вороже середовище для життя. Це викликає у них утворення «основної тривоги» описаної К. Хорні. Суїцид може виникнути як наслідок дитячої залежності, глибоко укорінених відчуттів неповноцінності або того, що «ідеалізується, є у людини само собою». Самогубство може бути також «суїцидом виконання», із-за виникнення в людини відчуття невідповідності стандартам очікуваним суспільством. Відповідно до поглядів К. Хорні, суїцид є результатом поєднання внутрішніх характеристик особи й чинників навколишнього середовища [15].

У праці «Самогубство» (1897) Е. Дюркгейм стверджував, що самогубство, яке у той час вважалося особовим феноменом, може бути краще пояснене як реакція людини на особливості, у якій вона живе. Частоту саморуйнування можна чітко пов'язати з певними соціальними умовами. Е. Дюркгейм встановив взаємозв'язок суїциду – вчинку конкретного індивіда – з оточенням, у якому він існує.

За теорією Е. Дюркгейма існує три види суїциду. Більшість їх егоїстичні. Саморуйнування у цьому випадку пояснюється тим, що індивід відчуває себе відчуженим і роз'єднаним із суспільством, сім'єю і друзями. Існує також анемічне (від «аномія» – «безправ'я») самогубство, що виникає, якщо людина не в змозі адаптуватися до соціальних змін. Такі суїциди часті

за часів суспільних криз, зокрема економічної депресії, або, навпаки, за часів процвітання, коли суїциди здійснюють люди, які не можуть пристосуватися до них для них стандартів життя. Останнім типом є альтруїстичне самогубство, коли авторитет групи над індивідом є таким значним, що він втрачає свою ідентичність, а тому жертвує собою на благо суспільства [15].

Н. Фейбероу є психологом – дослідником, який працює в галузі профілактики самогубств протягом більше ніж чверть століття. Свого часу він був президентом Міжнародної асоціації профілактики суїцидів і заснував міжнародний рух, діяльність якого сприяла організації більше ніж 200 центрів профілактики самогубств лише в США. У своїй книжці «Багатолике самогубство» (1980) Н. Фейбероу вперше описав і систематично досліджував ті форми само деструктивної поведінки, які до цього не належали до суїцидальних. Наприклад, зловживаннями різними речовинами, включаючи наркотики, алкоголь і тютюн; соматичні хвороби: захворювання серця або травми хребта, коли пацієнти не дотримуються призначеного лікування і режиму; злочини, проституція, делінквентна поведінка, які небезпечні можливістю краху особи; ризиковані види спорту, так як стрибки з парашутом, у воду з великої висоти або хенг-глайдінг. Н. Фейбероу так коментує ці ризиковані захоплення: «Суспільство цінує небезпечні і ризиковані вчинки, оскільки вони додають інтересу життя, сприяють прояву інтенсивних емоцій, а також стимулюють дослідження невідомого і пізнання всього нового» [15].

Е. Шнейдмен був першим директором Центру досліджень і профілактики суїциду у Лос-Анджелесі. У 1957 році у співавторстві з Норманом Фейбероу він видав книжку «Прикмети самогубства». Через 4 роки написав книжку «Крик про допомогу». Вони вважаються класикою в галузі суїцидології. У своїй вражаючій книжці «Смерті людини» (1980) Е. Шнейдмен, базуючись на класичні спостереження, наводить типологію індивідів, що грають безпосередню, часто свідому роль у наближенні своєї смерті.

Шукачі смерті розлучаються з життям навмисно, причому так, що порятунок є неможливим або украй неймовірним.

Ініціатори смерті – це невиліковно хворі, які позбавляють себе систем забезпечення, від'єднуючи голки або канюлі.

Гравці зі смертю – це ті, хто роблять своє життя ставкою в ситуації щодо низької вірогідності виживання. Наприклад, у російській рулетці, де шанси загинути становлять 5 із 6. Існує ще тип людей, які схвалюють смерть, хоч і не відіграють активної ролі в її наближенні, але чесно заявляють, що бажали б завершення свого життя. Цей тип людей часто зустрічається серед тривожної молоді і самотніх людей похилого віку.

Отже, можна сказати словами Е. Шнейдмана: смерть наближається через необережність, необачність, без розсудливості, забудькуватості людини або внаслідок інших схожих психологічних механізмів» [15].

А. Альварес зазначає, що у психологів і психотерапевтів, які займаються лікуванням суїцидальних хворих, часто виникає недостатність емпатії. Вона виражається вербальним і мімічним проявом гніву і роздратування, передчасним завершенням лікування або зниженням частоти психотерапевтичних сеансів. Причинами цієї реакції, на його думку, може бути усвідомлення лікарем своєї некомпетентності в запобіганні можливому самогубству або нездатності справитися зі своїми особистими суїцидальними імпульсами [15].

Е. Кюблер-Росс була практикуючим лікарем у Швейцарії, потім переїхала у США і працювала над дослідженням проблем смерті, поєднуючи її з викладанням психіатрії в університеті Чикаго. Відомий бестселер «Про смерть і вмирання» (1969), семінари і лекції зробили її одним із виданих дослідників.

Е. Росс відома своїм вивчення психології різних етапів переживання наближення смерті:

- заперечення – «Це не може трапитися зі мною, це помилка, ви, напевно, говорите про когось іншого». Заперечення діє подібно до буфера після несподівано приголомшеної звістки;

- гнів – може мати будь-яку спрямованість. Вістря гніву людини може бути адресоване групі або окремій людині. Гнівлива ворожість виявляється в люті, заздрості або обуренні. Їх об'єктом часто буває медичний персонал лікарень: «Від лікарів немає ніякої користі. Вони лише й думають, що про гру в гольф. Вони не так роблять аналізи і призначають неправильне лікування»;

- операція – ставка на життя: «Якщо я пообіцяю триматися подалі від гоночної траси, чи допоможете ви мені вижити?», «Якщо ви мене вилікуєте, я обіцяю ніколи не обдурювати мою дружину», «Давайте кинемо карти. Якщо випаде карта козира, я залишуся жити, а якщо ні – то помру»;

- депресія – вона може бути формою передсмертного горя. Усе навколо здається похмурим, людина відчуває себе голою і незахищеною. У такому стані людина стає пророком власної приреченості.

Ухвалення – індивід, який тужить про майбутню втрату, починає думати про смерть з якоюсь часткою тихого очікування. Абрам Маслоу використовує для характеристики цього стану термін «само актуалізація»: «Я прожив повне і завершене життя. Тепер я можу померти. Слід зазначити, що, на думку багатьох психіатрів, менше 2% населення переживають цю стадію [1, с. 42].

Отже, стан дослідженості наукової проблеми є актуальною, так як самогубство – одна з вічних проблем людства, оскільки існує як явище практично стільки ж, скільки існує на Землі людина. Таємниця смерті завжди буде хвилювати людство. Напевно, в найгуманнішому суспільстві обставини будуть приводити людей до небезпечної межі. Але, спираючись на неповторну цінність кожного людського життя, суспільство може допомогти виробити життєстверджуючий світогляд, перейнятися вірою у велике призначення людини. Чи можна щось зробити, щоб якимось утримати людину

від необдуманого кроку? Можна. Змінити умови життя людей. Перейти від нескінчених розмов про рівні можливості для кожного до створення реальних умов, ці можливості забезпечують. Домогтися того, щоб людина відчувала себе захищеною. Самогубство – свідок все зростаючої роз'єднаності людей. Коли зв'язок людини зі світом слабшає, один шукає в компенсації в алкоголі, інший в наркотиках, а третій починає думати, що він цьому світу не потрібен. Втрата ця непоправна, адже з кожною людиною зникає безповоротно цілий Всесвіт.

1.2. Особливості перебігу та чинники виникнення суїцидальних переживань у підлітків

З прогресом наук про людину і суспільство стало зрозумілим, що із само руйнацією неможливо боротися лише релігійними чи карними санкціями. Суїцид не можна просто засуджувати – його потрібно зрозуміти і попередити.

Самогубство, суїцид (лат. *suicid* – самогубство; *sui* – себе, *caedo* – убивати) – умисне позбавлення себе життя. Не визнається самогубством позбавлення себе життя особою, що не усвідомлює значення своїх дій або їх наслідків (неосудні, діти у віці до п'яти років). У цьому випадку фіксується смерть від нещасного випадку [48, с. 114]. У зв'язку із цим, наприклад Е. Шнейдман, визначає самогубство як навмисну смерть – акт позбавлення себе життя, при якому людина робить цілеспрямовану та свідому спробу припинити існування [8, с. 144].

Американський психолог Е. Шнейдман [52] у своїх наукових працях описав декілька найбільш серйозних характеристик суїциду (рис. 1).



Рис. 1.1. Основні характеристики розвитку особистості із суїцидальними рисами у поведінці (за Е. Шнейдманом)

Суїцидальна поведінка – поняття більш широке, ніж суїцид, оскільки воно включає в себе будь-які внутрішні та зовнішні форми психічних актів, які спрямовуються уявленнями про позбавлення себе життя. Зокрема, сюди належать: завершене самогубство, суїцидальні спроби (замахи) та наміри (ідеї). Ці форми звичайно розглядаються як стадії або ж прояви одного феномена.

Елементом суїцидальної поведінки можна також вважати внутрішню суїцидальну поведінку, що містить у собі суїцидальні думки, уявлення, переживання, а також суїцидальні тенденції, серед яких можна виокремити задуми та наміри. На практиці доцільно користуватися трьома ступенями цієї шкали:

- пасивні суїцидальні думки характеризуються уявленнями, фантазіями на тему своєї смерті, але не на тему позбавлення себе життя як самодовільної дії («добре було б померти», «заснути й не прокинутись» тощо;
- суїцидальні задуми – це активна форма вияву суїцидальності, тобто тенденція до самогубства, глибина якої збільшується з розробкою плану її реалізації. Обдумуються спосіб, час і місце самогубства;
- суїцидальні наміри передбачають приєднання до задуму рішення та вольового компонента, який спонукає до безпосереднього переходу в зовнішню поведінку [14].

Про наближення суїциду свідчить, як правило, передсуїцидальний синдром. Його тривалість варіюється від декількох хвилин до тижнів і місяців. Частіше за все цей синдром спостерігається у старших підлітків і у дорослих людей. В ньому виокремлюють три стадії: 1) тривала історія наявності проблем у дитячому віці та ранній підлітковій фазі (наприклад, діти позбавлені батьківської уваги і турботи); 2) період ескалації, коли приєднуються всі проблеми даного періоду розвитку; 3) в останній стадії підліток повністю відчужений від своїх близьких; це період психологічно вимушеної та дуже важко переносимо самотності, коли будь-який чинник може стати «останньою краплею» [36, с. 241].

Б. Карвасарський [19] у структурі суїцидонебезпечних реакцій виокремлює три компоненти: афективний, когнітивний і поведінковий. Змістом афективного компоненту служать, зокрема, переживання емоційної ізоляції та безвихідності; реакції тривоги, депресії, туги, образи; у деяких випадках має місце апатія, відчуття безсилля, прагнення до самоти. Когнітивний компонент суїцидального кризового стану включає уявлення про власну непотрібність, неспроможність, безцільність і болісність подальшого життя, висновок про неможливість розв'язання кризи через відсутність часу або можливості. Поведінковий компонент, окрім власне суїцидальної поведінки, включає також і поведінкову, часто високу, активність у спробах вирішення кризового стану, у тому числі використання не адаптивних варіантів допінг-поведінки типу «втечі в алкоголізацію і наркотизацію», проявів агресивних і дисоціальних тенденцій.

Парасуїцид – це незавершені суїцидальні дії, які є або проявом суїцидального шантажу, або етапом суїцидальної поведінки, що передують завершеному істинному суїциду.

Важливим при аналізі фактів суїцидальної поведінки є її типологізація, хоча вона завжди є умовною. Так, на думку А. Лічко, у підлітків суїцидальна поведінка набуває трьох форм [36, с. 242–243]:

- істинний суїцид, тобто усвідомлені та ретельно сплановані дії, метою яких є позбавлення себе життя; такий підліток, маючи істинні суїцидальні наміри, свою поведінку будує так, щоб ніхто не міг перешкодити досягненню мети. Всі спроби скоюються без наслідків, а способи суїциду в цих випадках вибираються «найжорсткіші»: само повішання, застосування вогнепальної зброї чи падіння з великої висоти;

- афективний суїцид. Такі дії обумовлені надзвичайно сильним афектом, що виник у результаті раптової гострої психотравмуючої події або під впливом акумуляції хронічних психотравм. Це може бути суїцид у дівчини-підлітка, яка втратила коханого, а потім ще й дізналася, що вагітна. Тут як засоби покінчити життя виступають предмети, що несподівано виявилися в полі зору суїцидента; а також суїциденти вдаються до спроб повішення, отруєння токсичними і сильнодіючими препаратами;

- демонстративно-шантажна поведінка має на меті тиск на оточуючих, як правило, на батьків, іноді на коханих, щоб примусити їх змінити або вирішити кризову ситуацію. Тому всі спроби скоюються у присутності оточуючих або в межах їх досяжності; способи суїцидальної поведінки частіше за все виявляються у вигляді порізів вен, уживання неотруйних ліків, імітації повішення.

Підлітковий романтизм, екстремізм, радикалізм, віра в добро, мрії про чарівну принцесу (принці) – усе це наївні штампи, нав'язані з дитинства. Стикаючись із реальністю, яка протилежна їхнім надіям і сподіванням, їхнім романтичним мріям, підлітки розчаровуються в житті і зважуються на такий відчайдушний і трагічний крок, як самогубство. Водночас, за даними статистики, лише у 10% підлітків є істинне бажання убити себе, в 90% суїцидальна поведінка – це «крик про допомогу», звернений до рідних і близьких. Невипадково, що 80% спроб скоюються удома, притому в денний і вечірній час [38]. І лише кожна четверта спроба суїциду закінчується самогубством і то через необережність.

Суїцидальна поведінка у підлітків часто пояснюється тим, що молоді люди, не маючи достатнього життєвого досвіду, не в змозі правильно визначити мету свого життя і намітити шляхи її досягнення. Так, І. Павлов пояснював самогубство втратою «рефлексу мети» [28, с. 270].

Л. Шнейдер самогубство у підлітків пов'язує з віковими особливостями цього періоду [63]. Так, у рамках кризи періоду дорослішання підлітки скаржаться на депресивний стан, викликаний тим, що їх ніхто не розуміє, що вони самотні, не знайшли свого місця в житті, не заслуговують пошани, не мають власного «Я» та ін. Все це веде до появи сильних депресивних станів. Кризу юної особистості загострюють також дія світової економічної кризи, негаразди внутрішньо сімейного порядку, кризові стани батьків (рис.1.2).

Л. Шнейдер самогубство у підлітків пов'язує з віковими особливостями цього періоду [63]. Так, у рамках кризи періоду дорослішання підлітки скаржаться на депресивний стан, викликаний тим, що їх ніхто не розуміє, що вони самотні, не знайшли свого місця в житті, не заслуговують пошани, не мають власного «Я» та ін. Все це веде до появи сильних депресивних станів. Кризу юної особистості загострюють також дія світової економічної кризи, негаразди внутрішньо сімейного порядку, кризові стани батьків (рис. 1.2).

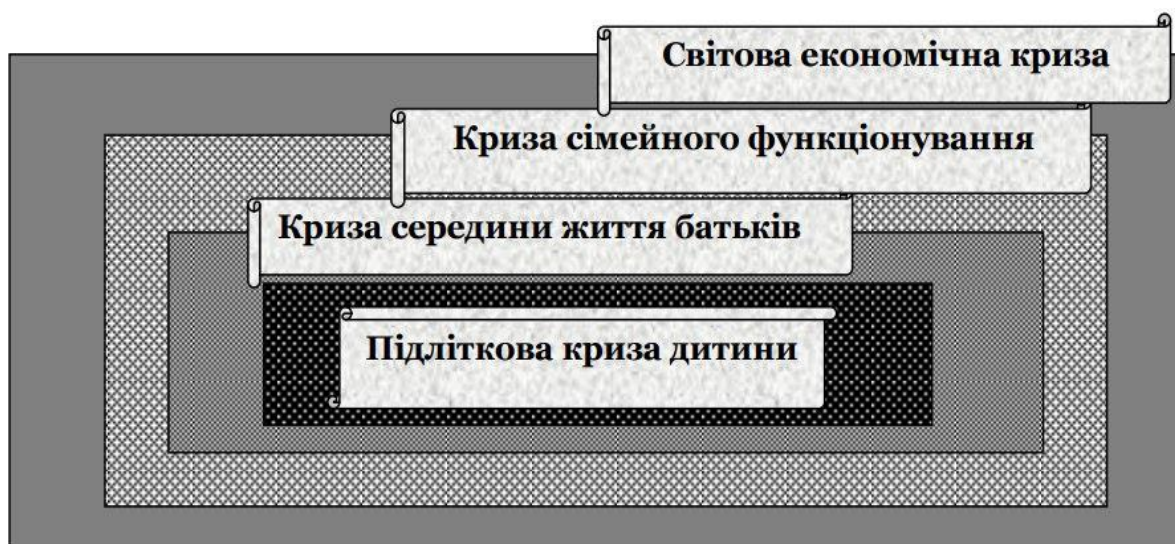


Рис. 1.2. Чинники підліткової кризи (Л. Шнейдером)

Водночас Н. Вінчук зауважує, що багато хто із тинейджерів, які намагаються убити себе, борються із гнівом та імпульсивністю, деякі із них часто знаходяться в стані сильного стресу через постійні сімейні конфлікти, проблеми у школі, неадекватні взаємовідносини з однолітками та соціальну ізоляцію [8, с. 155].

А. Грішило зауважує, що причинами суїцидальної поведінки підлітків можуть стати також нещасливе кохання, зміна місця проживання, суїциди в родині, алкоголізм, вживання наркотиків і токсичних речовин, хронічні або смертельні хвороби [14]. На думку О. Змановської, можна говорити про значний вплив на суїцидальну поведінку підлітків міжособистісних відносин з однолітками і батьками. При цьому в передпубертатному віці переважають «сімейні проблеми», а в пубертатному – «сексуальні» та «любовні» [14, с. 147].

Деякі дослідники також виокремлюють тих підлітків, які знаходяться в зоні підвищеного суїцидального ризику. Це депресивні підлітки; підлітки, котрі зловживають алкоголем і наркотиками; підлітки, які або скоювали суїцидальну спробу; або обдаровані підлітки, жертви насильства. Таким чином, у молодій людині, що знаходиться під пресом хоча б однієї із цих ситуацій або проблем, може не виявитися емоційних, розумових або фізичних сил протистояти будь-яким іншим неприємностям. І тоді суїцид може стати для неї єдиним прийнятним виходом [38].

Проте наявність психотравмуючої ситуації – недостатня умова для здійснення суїциду. Друга складова – особистісні особливості суїцидента. До них відносяться: напруга потреб і бадань, невміння знайти способи їх задоволення, відмова від пошуку виходу зі складних ситуацій, низький рівень самоконтролю, невміння ослабити нервово-психічну напругу, емоційна нестабільність, імпульсивність, підвищена навіюваність, безкомпромісність і відсутність життєвого досвіду [63]. У підлітків суїцид частіше зустрічається при таких типах акцентуації характеру, як істероїдний, сенситивний, емоційно-лабільний, астенічний. Фоном є високий рівень агресивності.

О. Моховик вказує також на деякі особливості суїцидальної поведінки у молодому віці [26]:

1. Недостатньо адекватна оцінка наслідків аутоагресивних дій. Поняття «смерть» у цьому віці звичайно сприймається досить абстрактно, як щось тимчасове, схоже на сон, не завжди пов'язане з власною особою.

2. Несерйозність, скороминушість і незначущість (з погляду дорослих) мотивів, якими діти пояснюють спроби самогубства. Цим обумовлені труднощі своєчасного розпізнавання суїцидальних тенденцій та істотна частота несподіваних для навколишніх випадків.

3. Наявність взаємозв'язку спроб самогубства дітей і підлітків з девіантною поведінкою: втеча з дому, прогулами школи, раннім курінням, дрібними правопорушеннями, конфліктами з батьками, алкоголізацією, наркотизацією, сексуальними ексцесами і т.д.

4. В дитячому і підлітковому віці виникненню суїцидальної поведінки сприяють депресивні стани.

Наявність різних причин виникненню кризового стану у підлітків, на думку Л. Шнейдер, пояснює той факт, що саме підлітковій віковій групі властиві різні типи суїцидальної поведінки [63]. Зокрема, суїцидом підліток може намагатися: позбулися нестерпних переживань, піти від травмуючи умов, викликати жалість і співчуття, добитися допомоги чи участі, привернути уваги до своїх проблем. Суїцидальна поведінка може забарвлюватися почуттям помсти кривдникам, «які потім пошкоднують», у ній можуть виявлятися риси патологічної упертості в переслідуванні мети за всяку ціну. Нерідко це акт відчаю.

Вікова своєрідність суїцидальної поведінки психічно здорових підлітків, крім всього іншого, полягає в специфіці їх дій [38]:

1. Самоушкодження. В анамнезі – виховання в неблагополучних, асоціальних сім'ях; частіше всього епілептоїдний тип акцентуації характеру; пубертатна криза некомпенсована; шкільна адаптація порушена. Емоційний

стан під час само ушкодження – злість, образа. Для таких підлітків характерне об'єднання в асоціальні угруповання.

2. Демонстративно-шантажні суїциди з агресивним компонентом. Сім'я цих підлітків, як правило, конфліктні, але не асоціальні. Частіше за все для таких підлітків характерні: істероїдний або збудливий типи акцентуації; менш виражена пубертатна декомпенсація; в групі однолітків – дискомфорт, зважаючи на завищені домагання. В початкових класах адаптація в нормі, з появою труднощів порушується. Актом суїциду в цьому випадку підліток прагне довести свою правоту і помститися кривднику. При цьому характерна негайна реалізація, яка нерідко веде до «перегрівання», що закінчується летально. Якщо ситуація докладним чином не вирішується – можливий повтор.

3. Демонстративно-шантажні суїциди з маніпулятивною мотивацією. Сім'ї таких підлітків дисгармонійні, з неадекватним вихованням, в якому багато суперечностей. Для цих підлітків характерна, як правило, істероїдна акцентуація, в пубертатні – демонстративність, примхливість, уміла маніпуляція. До 5-6 класу вони добре адаптовані, проте з появою труднощів шкільної програми, зважаючи на завищену самооцінку і рівень домагань, можлива дезадаптація. У зв'язку із цим у групі однолітків вони спочатку є лідерами, але потім їх чекає падіння авторитету. Передсуїцид в цьому випадку більш тривалий, оскільки відбувається раціональний пошук більш безболісних способів, що не приносять збитку (при цьому оточуючим наперед повідомляється про наміри, обчислюється безпечна доза ліків). При вирішенні ситуації суїцидальним способом відбувається його закріплення.

4. Суїциди з мотивацією самоусунення. Сім'я цих підлітків зовні благополучна, але нестабільна; конфлікти носять прихований характер. Тому для таких підлітків характерні: висока тривожність, нестійка самооцінка, почуття вини; емоційна-лабільна, нестійка, сенситивна акцентуація, психічний інфантилізм; а також несамостійність, конформність, пасивність, низька стресова толерантність. Пубертатна криза, як правило, виявляється в неврастенію. Невдачі в школі викликають страх, провину. В групі однолітків

ці підлітки мають низький статус, не можуть протистояти тиску, а тому часто залучаються до асоціальної діяльності. Передсуїцид у цьому випадку тривалий, з відчуттям страху; вибираються, як правило, достатньо небезпечні способи. В найближчому перед суїциді – страх смерті, сором, каяття; ризик повтору невеликий.

Узята окремо, сама по собі, кожна із цих ситуацій або проблем зовсім не означає, що підліток, який з нею зіткнувся, обов'язково скоїть самогубство. Проте такого роду проблеми, безумовно, ускладнюють йому життя.

Незважаючи на різноманітність форм прояву і методів реалізації суїцидальної поведінки, можна виділити те, що об'єднує всі самогубства.

Е. Шнейдман описує їх загальні риси [30, с. 16-17]:

Загальною метою всіх самогубств є пошук рішення. Суїцид не є випадковою дією. Його ніколи не роблять безглуздо або безцільно. Він слугує виходом із ускладнень, кризи або нестерпної ситуації. Суїциду властива логіка і доцільність, його вважають єдиною доступною відповіддю на запитання: як можна вибратися, що робити? Мета кожного суїциду – знайти рішення проблеми, що стоїть перед людиною і викликає інтенсивні страждання. Щоб зрозуміти причину самогубства, потрібно дізнатися, які проблеми людина повинна була вирішити.

Загальним завданням всіх суїцидів є припинення свідомості. Суїцид парадоксальним чином є одночасним рухом до чогось і від чогось. Основне практичне завдання суїциду – це те, до чого відбувається рух, повне припинення потоку своєї свідомості, нестерпного болю як рішення хворобливих і насущних життєвих проблем. Людині, яка зневірилася, приходить у голову думка про можливість припинення свідомості як відповідь або вихід із ситуації за наявності у нього душевного хвилювання, підвищеного рівня тривожності і високого летального потенціалу, які становлять три необхідні частини суїциду. Після цього виникає іскра, що ініціює, і активний суїцидальний сценарій починає здійснюватися.

Загальний стимул під час суїциду є нестерпний психічний біль. Якщо припинення своєї свідомості – це те, до чого рухається суїцидально налаштована людина, то душевний біль – це те, від чого вона прагне втекти. Тому суїцид найлегше зрозуміти як поєднання руху у напрямі до припинення потоку свідомості і втечі від психічного болю і нестерпного страждання.

Загальним стресором під час суїциду є фрустровані психологічні потреби. Суїцид слід розуміти не як безглуздий і необґрунтований вчинок, а як реакцію на фрустровані психологічні потреби людини. Передусім суїцид здійснюється через нереалізовані або незадоволені потреби. Задоволення фрустрованих потреб – і суїцид не виникне.

Загальною суїцидальною емоцією є безпорадність – безнадійність. У суїцидальному стані виникає відчуття безпорадності – безнадійності: «Я нічого не можу зробити (окрім здійснення самогубства), і ніхто не може мені допомогти (полегшити біль, який я відчуваю)». Ця генералізована емоція виявляється в сум'ятті і тривозі. Як свідчить клінічний досвід, на людину в стані душевного сум'яття з вираженими летальними тенденціями недоцільно і марно впливати шляхом напучень, пояснювальних бесід, осуду, тиску. Найбільш ефективним шляхом зниження інтенсивності суїцидальних намірів є непряма дія за допомогою зменшення емоційної напруженості. Тому метою втручання є зниження тиску, що надається на людину реальними життєвими обставинами і викликає в неї емоційну напруженість.

Загальним внутрішнім ставленням до суїциду є амбівалентність. Для самогубства типовий стан, коли людина одночасно намагається перерізати собі горло і благає про допомогу. Разом з цим обидва прагнення є щирими, невдаваними. Амбівалентність найбільш характерна для ставлення до суїциду. Людина одночасно відчуває потребу зробити його і бажає (і навіть планує) порятунку і втручання інших. Психолог повинен використовувати таку амбівалентність, щоб врятувати клієнта.

Загальним станом психіки є звуження когнітивної сфери. Було б не зовсім правильно вважати суїцид виявом психозу, неврозу або психопатії.

Точніше його можна схарактеризувати як швидкоплинне афективне й інтелектуальне звуження свідомості з обмеженням використання можливостей. Синонімом звуження є «тунельність», тобто різке обмеження варіантів вибору поведінки, доступних для свідомості певного індивіда, коли він не знаходиться в стані паніки, що може довести його до дихотомічного мислення: або якийсь особливий дозвіл усій ситуації загалом, або припинення потоку свідомості. Важливо протидіяти звуженню думок суїцидальної людини, роблячи спроби розсунути психічні шори, збільшуючи кількість варіантів вибору.

Загальною дією під час суїциду є агресія (втеча). Втечу представляє намір людини віддалитися від зони лиха. Варіантами втечі є, наприклад, відхід із будинку або сім'ї, звільнення з роботи, дезертирство з армії. Суїцид у цих випадках означає граничну, остаточну втечу. Слід розрізняти нешкідливе бажання піти і потребу покінчити зі всім, піти назавжди. Сенс самогубства полягає в радикальній і остаточній зміні декорацій. Дією, що призводить до цього, і є «відхід».

Загальним комунікативним актом під час суїциду є повідомлення про свій намір. Люди, які мають намір скоїти самогубство, унаслідок амбівалентного до нього ставлення свідомо або несвідомо подають сигнали лиха, скаржаться на безпорадність, шукають можливості порятунку. Загальною комунікативною дією під час самогубства є не ворожнеча, лють, руйнування і навіть не відхід від інших людей всередину себе, а повідомлення про свої суїцидальні наміри. Усі науковці, які нині працюють в галузі суїцидології, знають про характерні як вербальні, так і невербальні ознаки такого повідомлення. Їх розпізнавання є незамінною умовою превенції суїцидів.

Загальною закономірністю суїциду є відповідність суїцидальної поведінки загальному стилю поведінки протягом життя. Суїцидальній поведінці можна знайти відповідності у стилі й характерні поведінки людини протягом її життя. Необхідно повернутися до попередніх моментів

переживання душевного хвилювання, оцінити здатність особи переносити психічний біль, спробувати знайти парадигми втечі, що вже використалися.

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

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

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

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

втрата роботи призводять до значних психологічних зрушень особи [62, с. 50].

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

Кількість суїцидів серед лікарів у США становить від 28 до 40, а в загальній популяції – 12,3 на 100 тисяч. Встановлено, що лікарі піддаються щонайменше удвічі більшому суїцидальному ризику, ніж решта населення країни. У 1987 році у статті, опублікованій у «Журналі Американської медичної асоціації», наведений факт про те, що самогубства жінок-лікарів у 4 рази вірогідніші, ніж серед інших представниць жіночої статі. Цей показник приблизно такий самий, як і в лікарів-чоловіків. В. Саймон стверджує, що до найбільшого суїцидального ризику схильні анестезіологи, офтальмологи і особливо психіатри [50, с. 61].

Хоча кількість самогубств серед жінок зростає, проте частота самогубств у чоловіків вища. «В даний час стало ясно, що думка про зменшення відмінностей між статями і прогноз, що жінки незабаром здійснюватимуть суїциди з такою ж або навіть вищою частотою, що і чоловіки, є нічим не підтвердженою гіпотезою» (Дж. Макинтош «Суїцид і поведінка, загрозлива життю», 1986). Нині співвідношення чоловіків і жінок, які завершують своє життя самогубством, становить 4:1. У міру старіння (у віці 65-85 років) воно зростає від 4 до 6-9 чоловічих самогубств на кожне жіноче.

Жінки становлять – $\frac{3}{4}$ з тих, хто здійснює спроби самогубства у віці від 15 до 40 років. $\frac{3}{4}$ - завершених самогубства припадає на частку чоловіків. Пояснення цього факту полягає в методах самогубства: жінок зазвичай більше цікавить питання про те, що відбувається з їхнім тілом після смерті. Більшість чоловіків частіше здійснює суїцид шляхом повішення,

використання вогнепальної зброї або стрибків із висоти. Переважна більшість жінок майже завжди використовувала пасивні засоби саморуйнування, наприклад, снодійні препарати, отруту або газ. Отруєння барбітуратами менше змінює зовнішність, ніж вогнепальне поранення в голову. Багато судових експертів вважають, оскільки жінки більше дізнаються про летальні можливості певних отрут, вони виявляють більшу цікавість до таких насильницьких методів, як повішення або застосування вогнепальної зброї [50, с. 62].

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

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

Частота самогубств серед самотніх людей після 35 років стає вищою, ніж у овдовілих. Вадливу роль у цьому відіграють діти: вони дають можливість відчувати себе потрібним, надають значення подальшому існуванню батьків. На відміну від цього, неодружена людина часто відчуває себе позбавленою близьких, які піклуються про неї. Положення посилюється і тим, що майбутнє загрожує для неї ще більшою самотністю, соціальною ізоляцією і занедбаністю.

Частота самогубств серед розведених пар у 4-5 разів перевищує її порівняно з одруженими. Тому розлучення можна уподібнити різновиду смерті. Він означає не лише втрату друга, помічника по будинку, кухаря і прачки, тесляра і слюсаря, батька чи матері. Крім того, через розлучення людина може позбутися дому, дітей або втратити друзів. Розлучення, крім всього іншого, призводить до втрати для людини ставлення «Ми», адже залишається лише «Я». Розлучення майже завжди означає прощання з надіями, обіцянками і мріями.

Причинами суїциду серед молоді можуть бути і шкільні проблеми, пов'язані з перевантаженням, неуспішністю, конфліктами із вчителями або однолітками. Нерідко причинами суїциду є її конфліктні відносини з батьками. Більше 40% людей, які здійснювали самогубства, страждали психічними захворюваннями.

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

А. Амбрумова визначає суїцид як дії, що містять у явному або неявному вигляді намір позбавлення себе життя, а суїцидальна поведінка – це наслідок соціально-психологічної дезадаптації особи в умовах мікросоціального конфлікту [30, с. 21].

Порушення звичних життєвих умов чи то зовнішніх обставин, чи стану здоров'я індивіда не завжди призводять до намірів піти із життя. Дуже важливо, як людина сама інтерпретує ці обставини, чи це для неї життєвий крах, безвихідна ситуація, особиста катастрофа або лише епізод. Чи є у неї бажання і готовність докласти всі зусилля, щоб пристосуватися до нових життєвих умов, щось змінити і продовжувати жити чи ні. Багато тут залежить від її особистих якостей.

Психологи стверджують, що самогубцям зазвичай притаманні такі індивідуальні психологічні особливості: ранимість, інфантильність, гострота

переживань, схильність до самоаналізу, сором'язливість, боязливість, рефлексивність, підвищена чутливість, недолік самоконтролю, імпульсивність, відсутність комфортності, схильність до сумніви, нестійкість емоційної сфери, невпевненість у собі, залежність від оточення, не сформованість системи цінностей, нездатність адекватно переробляти конфлікти в міжособистісній сфері, вразливість, інтровертованість, збудливість, нестійкість настрою, схильність до депресивних розладів, неадекватна самооцінка.

Усі ці характерологічні особливості за наявності травми вальної ситуації полегшують суїцид, вони формують психічний стан, що спонукає до самогубства. Людина зневірюється, тужить, перебуває в стані пригніченості, тривоги, страху або апатії, безрадісності, депресії. У неї легко розвивається відчуття безнадійності, провини, сорому і ганьби.

Отже, суїцидальна поведінка підлітка – це крик про допомогу. Підліток, який замислюється про суїцид, усе-таки сподівається, що щось зміниться на краще, що хоч хтось побачить, як він потребує допомоги, розуміння й підтримки, як йому хочеться поділитися своїми переживаннями. Тоді він і починає поводитися так, щоб привернути увагу до себе. А завдання друзів і батьків побачити цю зміну в поведінці.

1.3. Причини суїцидальної поведінки молоді, профілактика суїцидальних переживань підлітків

Питання підліткового суїциду є складною та актуальною соціально-педагогічною проблемою, що дає підстави активно розглядати, досліджувати та розробляти стратегії та програми надання допомоги підтокам-суїцидентам. Як доводить практика, підлітки з суїцидальними намірами потребують як медичної, психіатричної, так і соціально-педагогічної допомоги.

Профілактика суїцидальної поведінки охоплює різноманітні заходи, спрямовані на зниження рівня ауто агресивної активності, зокрема на

запобігання формуванню суїцидальних намірів, вчиненню суїцидальних дій і рецидивам суїцидальної поведінки, здійснюється за різними критеріями.

За змістом профілактики суїцидальної поведінки визначають:

- спеціалізовані психіатричні, терапевтичні (медикаментозні й не медикаментозні) заходи, спрямовані на запобігання формуванню (рецидивам) суїцидальної активності, а також на лікування психічних розладів, що спричиняють суїцидогенез;

- психолого-корекційні заходи, мета яких полягає у зміні особистісних установок щодо аутогресивних проявів, підвищенні рівня психологічної захищеності, формуванні антисуїцидального бар'єру (активізації антисуїцидальних факторів особистості);

- соціальні заходи, зорієнтовані на зміну соціального статусу, соціально-економічних умов життя потенційних суїцидентів;

- інформаційно-навчальні заходи щодо поширення знань про особливості генезису і формування самовбивчої поведінки, способи самопомогі при виникненні аутогресивних виявів, робота суїцидологічних служб;

- спеціалізовані навчальні суїцидологічні програми для спеціалістів, які працюють у галузі суїцидології і суміжних галузях.

За послідовністю здійснення профілактики самовбивчих тенденцій розрізняють:

- первинна (заходи, які проводять із суїцидентами з метою запобігання повторним спробам);

- вторинна (робота із суб'єктами, які здійснили спробу самогубства, для уникнення рецидивів суїцидальної поведінки);

- третина (надання допомоги близькому оточенню осіб, які скоїли суїцидальну спробу, для уникнення рецидивів суїцидальної поведінки) [44, с. 85].

Вирішувати дану проблему має не тільки суспільство в цілому, але й кожна людина, особливо та, яка повинна знаходитися поруч з молоддю,

допомагати їй у складній ситуації, а саме – практичний психолог, діяльність якого пропонуємо здійснювати у двох напрямках:

- превентивному – виявлення за допомогою діагностичного інструментарію в молодіжному середовищі осіб, схильних до суїцидальної поведінки та проведення з ними групової й індивідуальної соціально-педагогічної роботи, що дозволить запобігти суїциду;

- інтервентному (проводиться разом із психологом) – здійснюється в період, коли молода людина знаходиться вже на рівні суїцидальних думок і намірів.

Соціально-психологічна діяльність здійснюється на індивідуальному рівні, спрямована на визначення конкретних причин суїцидальної поведінки та їх усунення шляхом відновлення усвідомлення самоцінності особистості та втрачених контактів із навколишніми [44, с.56].

На цьому етапі важливе місце повинна займати також соціально-психологічна робота, яка може організаційно реалізовуватися у наступних формах:

- індивідуальна, суть якої полягає у здійсненні соціальної допомоги, соціальних послуг та соціальної реабілітації відповідно до потреб особистості та характеру самих проблем. Реалізація дій спрямованих на відновлення, збереження здоров'я дитини, психологічної рівноваги, соціальної активності, навчальної, дозвілєвої, творчої, спортивної діяльності, створення умов для набуття неповнолітніми необхідного досвіду для самостійного позитивного вирішення власних проблем;

- групова, призначення якої – організація соціально значущих ініціатив, участі особистості в соціально спрямованій діяльності дитячих громадських об'єднань, організацій за місцем проживання з метою навчити дитину новим навичкам, які у майбутньому допоможуть досягти поставленої мети, розширити або змінити коло знайомих, однодумців, друзів;

- соціально-значуща діяльність – залучення підлітка до участі в роботі дитячих та молодіжних рухів з метою розширення соціальних контактів;

- соціально-психологічна та юридична підтримка, призначення якої є надання професійної допомоги та опосередкована діяльність професіоналів із соціальної роботи у розв'язанні різноманітних проблем у тому числі в аспекті попередження суїцидальних спроб, або їх повторення;

- консультування, у ході якого виявляється і накреслюються напрями виходу з проблеми, що постала перед підлітком;

- науково-обґрунтовані своєчасно застосовані дії держави, соціальних інституцій, у тому числі Центрів соціальних служб для молоді, спеціальних установ, професіоналів, волонтерів.

Отже, технології соціально-психологічної роботи з підлітками, схильними до самогубства, спрямовані на те, щоб поставити дану форму девіантної поведінки під спеціальний контроль, що включає наступні заходи:

1. Виявлення за допомогою діагностичного інструментарію в молодіжному середовищі осіб, схильних до суїцидальної поведінки та проведення з ними групової й індивідуальної соціально-педагогічної роботи.

2. Визначення конкретних причин суїцидальної поведінки та їх усунення шляхом відновлення усвідомлення самоцінності особистості та втрачених контактів із навколишніми.

Складність феномена самогубства полягає у тому, що дуже важко зрозуміти стан людини, яка має суїцидальні наміри, адже кожний випадок має власні індивідуальні особливості. Перш ніж вказати на причини самогубства, варто зазначити, що виділити один або кілька факторів чи мотивів неможливо, зазвичай це явище супроводжується складним комплексом причин, обставин чи нюансів, які призводять до того, що людина вдається до таких крайнощів, як самогубство.

Спеціалісти, які займалися дослідженням причин суїцидальної поведінки, на першому місці виділяють проблеми, що пов'язані з стосунками з батьками. Приблизно в 70% випадків ці проблеми безпосередньо пов'язані з суїцидом, на другому місці – труднощі, пов'язані зі школою чи університетом, на третьому – проблеми взаємин з друзями, в основному протилежної статі [5, с. 124]. Відповідно до чого, дитина завдяки суїциду намагається викликати певні дії з боку іншої особи або осіб чи спонукати зміни у ставленні до неї оточуючих людей.

В. Тихоненко запропонував свою класифікацію мотивів суїцидальної поведінки серед підлітків, яка ґрунтується на категорії особистісного смислу і складається з 5 мотивів.

Форма суїцидальної поведінки – «протест» виражається у намаганні підлітка негативно вплинути на ворожу та агресивну до нього об'єктивну складову конфліктної ситуації. Словесно це можна виражатися у фразах на зразок «ніхто мене не розуміє», «усі проти мене», «справедливості немає», «більш нема сил боротися» і таке інше. А от «помста» є конкретною формою протесту у вигляді ушкодження ворожому оточенню. Форма такої поведінки може виникнути в особистостей з високою самооцінкою.

Форма типу «заклику» є менш активною з боку особистості і має метою зміну ситуації завдяки активації допомоги зовні. Вербальні показники такої поведінки: «я нікому не потрібен», «за що ви мене так мучите?» і т. і..

Суїциди «ухилення» виникають при загрозі особистісному або біологічному існуванню, якому протидіє висока самоцінність. Підліток не може витримати таку загрозу та обирає самоусунення: «далі буде ще гірше», «діватися нема куди», «мені не витримати цієї ганьби» і т. і.

«Самопокарання» відбувається при внутрішньому конфлікті двох ролей: «Я – суддя» та «Я – підсудний». Причому самогубство може бути як з точки зору «судді» (знищення ворогу у собі), так і з боку «підсудного» (покутування провини), як то «ніколи не пробачу собі». При самогубствах «відмови» ціль та мотив суїциду наближуються, бо мотивом є відмова від

існування, а ціллю – позбавлення себе життя. Вербально це може висловлюватися як «ніколи не повернути минулого», «все втрачено», «це – кінець» [22, с. 48].

Суїцидальна поведінка особи вмотивована одним або кількома чинниками. У підлітковому і юнацькому віці суїцидальна поведінка властива інфантильним, егоцентричним, емоційно нестійким з ознаками негативізму особам. У зв'язку з цим в цьому віці серед мотивів самогубства домінують форми «протест» і «заклик».

У науковій літературі причини самогубства розглядаються поряд з чинниками суїцидальної поведінки, зокрема нейробіохімічними, соціальними, філософсько-психологічними [11].

Доцільним, на наш погляд, є розгляд вище зазначених чинників для глибшого аналізу причин суїциду. У науковій літературі виділяють наступні теорії причин суїциду:

- біологічна теорія – розглядає генетичний вплив на суїцидальну поведінку;
- психологічна – розглядає зв'язок самогубства та аутоагресії, негнучкого мислення, зміни системи цінностей тощо;
- соціальна – звертає увагу на фактор самотності та соціальну інтеграцію, нестачу соціальних відносин, конфлікт людини та суспільства при дослідженні такого явища, як самогубство [5].

Найчастішими мотивами самогубств у підлітків є невдале кохання, образи оточуючих, особисто-сімейні конфлікти, страх перед кримінальною відповідальністю, покаранням чи ганьбою, складнощі у навчанні.

На основі аналізу літератури можна виділити вікові причини самогубств. У підлітків 14-20 років серед причин самогубства виявилися наступні психотравмуючі ситуації: виховання в неповних сім'ях, випадки сексуального насилля, смерть товаришів та родичів. У більшості випадків суїцидальні тенденції виникали при наявності у підлітка почуття безнадії, низької самооцінки, конфліктних відносин з батьками та однолітками.

У дітей до 14 років самогубства часто пояснюються довготривалими чи постійними сварками та проблемами у сім'ї. Зазвичай змістом самогубств є відсутність любові, ізоляція від членів сім'ї чи смерть когось з родичів чи товаришів. У віці 12-13 років самогубства частіше скоюють хлопчики. Так як для підлітків суїцидонебезпечними є внутрішньосімейні конфлікти, то вони й «адресують» самогубства найближчим родичам. Поширеною причиною появи суїцидальної поведінки у дітей є випадки сексуального насилля. Для суїцидентів цієї вікової групи також характерна наявність фізичних чи психічних розладів.

Також варто зазначити, що однією з причин суїциду підлітків виступає інтернет. Інтернет вбиває українських підлітків. У ті хвилини, коли батьки нічого не підозрюють, їх дитина може копирсатися в соцмережі та обирати квести в так званих групах смерті. Небезпечна гра вже вбила сотні дітей. Суть цих спільнот може подаватись по різному, але зводиться до одного – гра, протяжністю в 50 днів, результат якої один: у разі виграшу – смерть.

Жертви просяться в гру самі або ж адміни груп смерті вишукують їх по депресивним постам на сторінках в соцмережах.

Кожен день діти повинні прокидатися о 4:20. Адміни смерті ведуть з ними уявно задушевні бесіди, просять повідомити домашню адресу, дані про сім'ю і власних страхах. Потім, користуючись цією ж інформацією, дітей поступово схиляють до суїцидальних думок – «що йому не місце в цьому світі, що тут його ніколи не зрозуміють і не приймуть, що навколо світ сірий, а інший світ – прекрасний».

У підлітковому віці, коли навіть найменші неприємності здаються трагедією, діти легко піддаються такому впливу. Так що «адмінам смерті» не складає труднощів швидко вселити дитині необхідність переходу «в інший світ». Тоді починається гра в смерть.

Дитині дають завдання, в основному пов'язані з нанесенням собі каліцтв або ризикованими ситуаціями. Хто вони – ці адміністратори груп смерті, точно не встановлено досі. Одні вважають, що вони – наркоторговці,

інші – професійні психологи, треті наполягають на тому, що вони - просто психопати.

Таким чином, в основі суїцидальної поведінки підлітків лежить велика кількість різноманітних причин та мотивів. Аналіз мотивів суїцидальної поведінки серед підлітків підводить до висновку, що даний життєвий період є «найсприятливішим» для здійснення самогубства.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ СХИЛЬНОСТЕЙ УЧНІВ ЗАКЛАДІВ ЗАГАЛЬНОЇ СЕРЕДНЬОЇ ОСВІТИ

2.1. Організація і проведення емпіричного дослідження

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

Під час психодіагностичного дослідження причин суїцидальних переживань підлітків був використаний комплекс методик. Це дозволило порівнювати між собою результати властивостей особистості і схильності до суїцидальною поведінкою.

Дослідницько-експериментальна робота виконувалася на базі Перегонівського ліцею Перегонівської сільської ради Голованівського району Кіровоградської області. Основну вибірку склали 40 здобувачів освіти.

Враховуючи окреслені труднощі дослідження особливостей суїцидальної поведінки, нами був сформований комплекс методик вивчення схильності до суїцидальної поведінки та індивідуально-особистісних та соціально-психологічних якостей підлітків.

Для вивчення суїцидальної поведінки підлітків нами були проведені такі методики: *методика «Вивчення схильності до суїцидальної поведінки»*

М. Горської [38] (Додаток А); *методика дослідження вольової саморегуляції* Є. Ейдмана та А. Зверькова (Додаток Б) [38]; *методика виявлення схильності до емпатії* І. Юсупова (Додаток В) [38]; *дослідження імпульсивності* В. Лосєнкова (Додаток Г) [38].

Метою методики вивчення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська) є вивчити домінуючі характеристики тривожності, фрустрації, агресії та ригідності. Підліткова тривожність є рисою особистості підлітка, яка характеризує емоційну сферу. Негативні емоційні стани часто можуть привести до агресивних, афективних дій, а також до соматичних порушень, які можуть привести до суїциду. Фрустрація, яка є дезорганізацією свідомості і діяльності в стані безнадійності, втратою життєвою перспективою, веде до зниження особистісних потреб. Відсутність рішення проблеми фрустрації підлітка підсилює захисні механізми свідомості, що сприяють когнітивному спрощенню і впливають на зниження почуття самозбереження. Оскільки суїцид – це агресія, спрямована на себе, то причиною самогубства є негативне ставлення суб'єкта до зовнішнього світу, недоліки якого викликають агресивні реакції. Ригідність передбачає невміння перебудувати в голові картину світу при появі нової інформації, яка не переконує підлітка [32]. Підлітки, які не бажають сприймати зміни в оточуючому, знаходяться не в ладах з самими собою, схильні до суїцидальних думок і дій, що ми визначаємо в даній методиці через показник схильності до суїцидальної поведінки.

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

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

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

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

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження за допомогою підбраного комплексу діагностичних процедур мало на меті вирішення дослідницького завдання – дослідити соціально-психологічні характеристики сучасних підлітків.

За методикою вивчення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська) 27,5 % досліджуваних мають високий рівень схильності до суїцидальної поведінки. Високий рівень по шкалах коливається між 20-27,5 % досліджуваних, тільки по шкалі фрустрації високий рівень мають більше, а саме 45 % (рис. 2.1.).

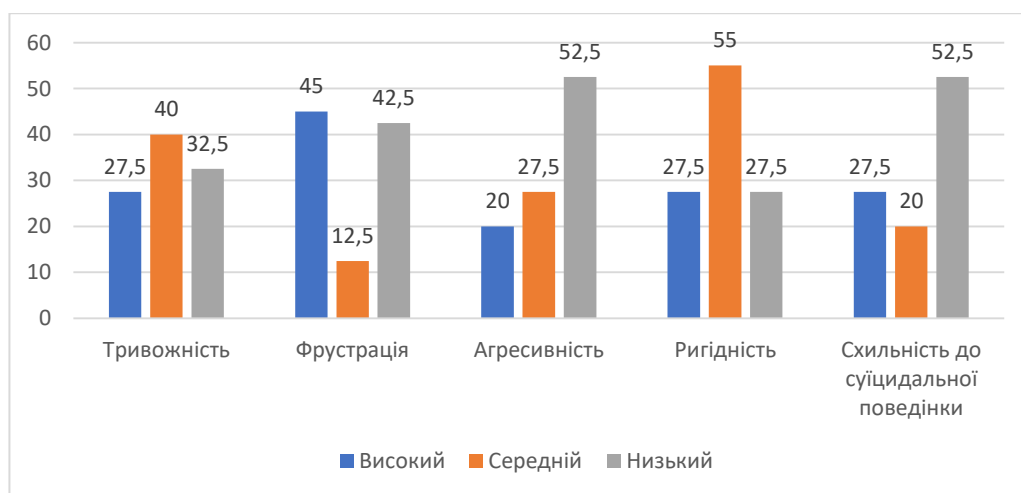


Рис. 2.1. Показники шкал методики вивчення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська), у %

За шкалою «Тривожність» високий бал отримали 27,5 % досліджуваних (Рис. 2.2). Особливості таких підлітків можуть виявлятися у невпевненості у собі, порушенні діяльності, почутті неповноцінності, занепокоєнні, непереносимості важких ситуацій.

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

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

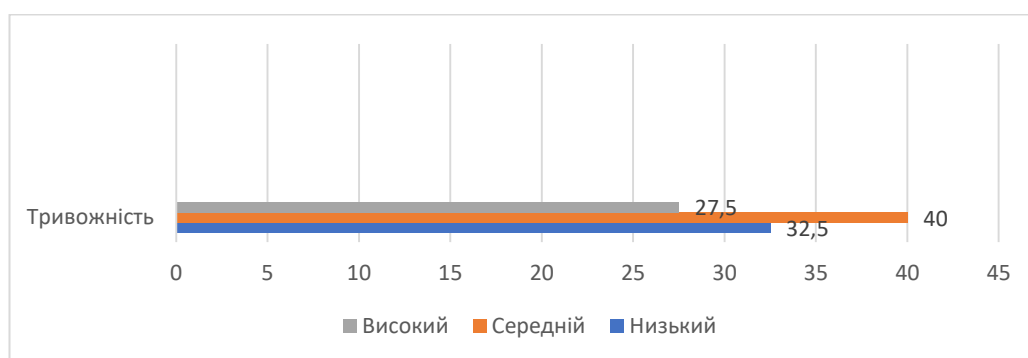


Рис. 2.2. Показники шкали тривожності, у %

Середній рівень тривожності проявився у 40 % опитаних підлітків.

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

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

Низький рівень тривожності отримали 32,5 % досліджуваних.

Підлітки з низьким рівнем тривожності характеризуються самодисципліною, адекватними вимогами до себе та достатнім

самоконтролем. У стосунках з іншими вільно відстоюють власну життєву позицію, ініціативні, налаштовані на успіх та рішучі у діях і вчинках. Зміни у житті сприймають позитивно. Проте, низький рівень тривожності також може свідчити про наявність «неадекватного спокою» або «прихованої тривожності».

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

За шкалою «Агресивність» високий бал отримали 20% досліджуваних (Рис. 2.3).

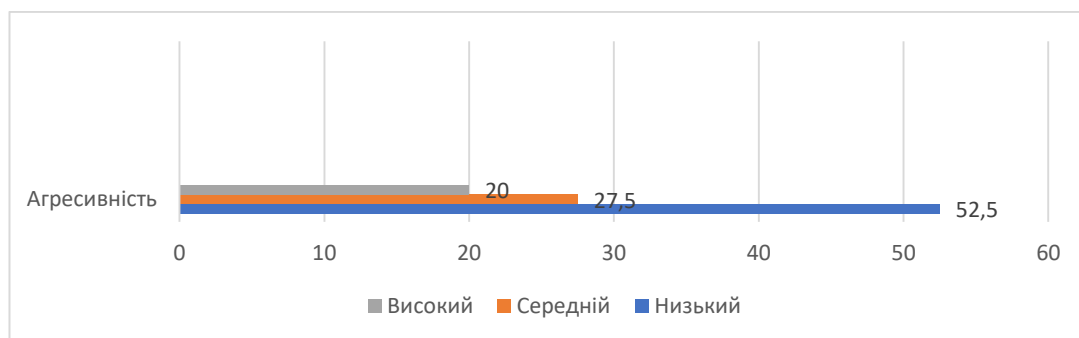


Рис. 2.3. Показники шкали агресивності, у %

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

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

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

Середній рівень агресії проявили 27,5 % досліджуваних.

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

Низький рівень агресивності виявився у 52,5 % досліджуваних підлітків. Для таких підлітків характерна недовірливість і обережність, прояви заздрості і ненависті, які обумовлені почуттями образи та заздрості. Зазвичай такі люди переносять агресію на тварин, неживі предмети і т.д. Високі показники по шкалі «Ригідність» отримали 27,5 % досліджуваних (Рис. 2.4).

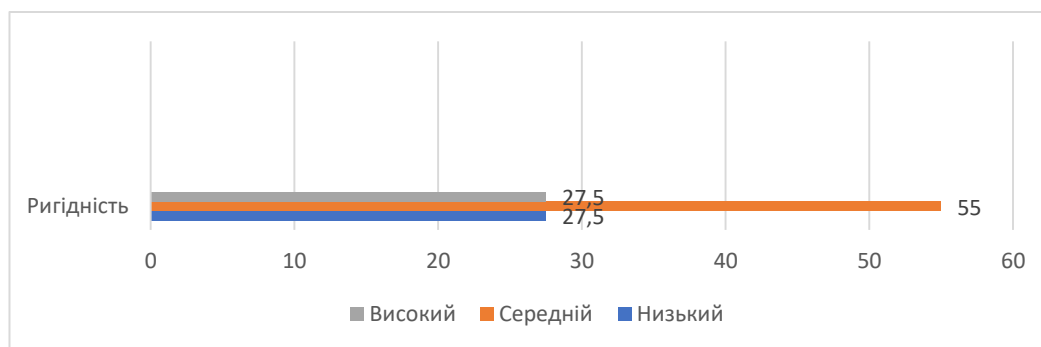


Рис. 2.4. Показники шкали ригідності, у %

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

Непередбачені ситуації в цілому лякають таких підлітків, вони стараються уникати їх до останнього. Навіть у абсолютно нових ситуаціях вони стараються придержуватись старих і перевірених шаблонів поведінки. Вони важко змінюють свої думки щодо навколишнього середовища з отриманням нової інформації, аргументів тощо, їм важко змінювати план дій

та вийти за рамки перевірених схем. Підліток надовго емоційно «застрягає» на певних об'єктах і ситуаціях, при цьому емоційна реакція не завжди відповідає реальній події. Дитині нелегко перелаштовувати систему внутрішніх причин, мотивацій які спонукають його до діяльності. Часто проявляється схильність до створення надцінних ідей.

Середній рівень ригідності проявляють 55 % вибірки.

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

Низький рівень ригідності виявлено у 27,5 % підлітків.

Такі підлітки люди дуже рухливі, гнучкі, позитивно ставляться до всього нового, легко переключаються, здатні до породження оригінальних ідей. Високі показники за шкалою «Фрустрація» отримали 45 % досліджених підлітків (Рис. 2.5).

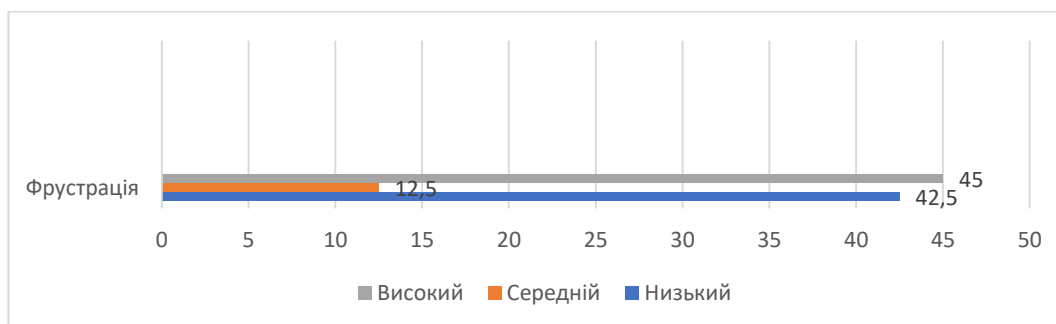


Рис. 2.5. Показники шкали фрустрації, у %

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

Низькі показники фрустрації проявляються у 42,5 % дітей.

Підлітки з низькими показниками за шкалою «Фрустрація» як правило мають високу самооцінку, вони не бояться труднощів та стійкі до невдач.

Високі показники за шкалою «Схильність до суїцидальної поведінки» отримали 27,5 % підлітків (Рис. 2.6).

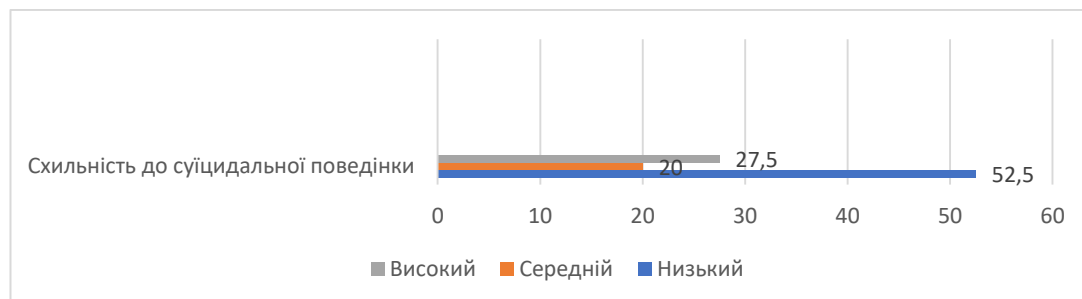


Рис. 2.6. Показники шкали схильності до суїцидальної поведінки, у %

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

Проаналізувавши методику дослідження вольової саморегуляції, ми виявили, що високий і низький рівні за шкалами «Саморегуляція», «Наполегливість» та «Самовладання» розподілились приблизно по половині (рис. 2.7.).

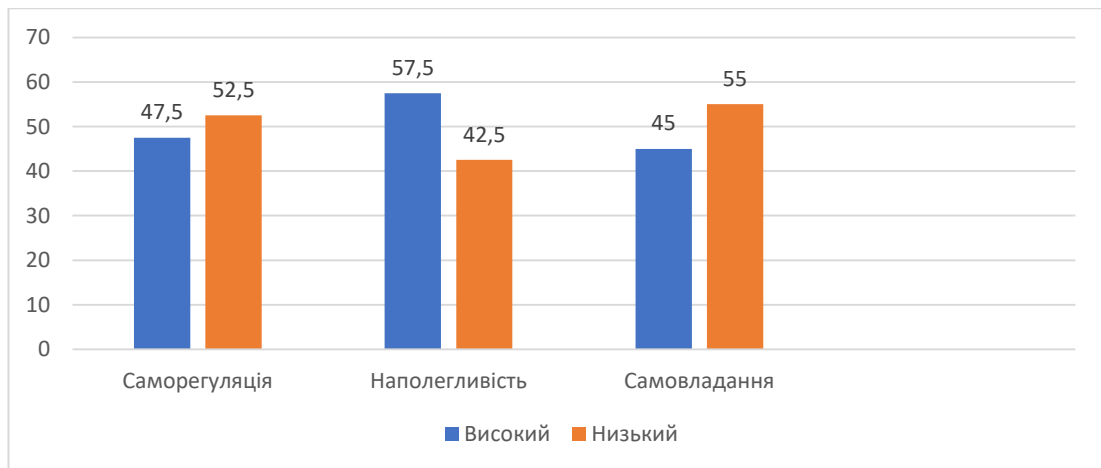


Рис. 2.7. Показники шкали методики дослідження вольової саморегуляції, у %

За шкалою «Саморегуляція» високий бал отримали 47,5 % досліджуваних. Такий бал зазвичай отримують самостійні, емоційно зрілі та упевнені у собі люди. Для них характерні такі риси, як реалістичність власних поглядів, постійність намірів, почуття особистого обов'язку. В основному вони планомірно втілюють власні наміри, здатні контролювати свої вчинки, у них виражена соціально-позитивна спрямованість.

Низький бал отримали 52,5 % досліджуваних. Такий рівень отримують емоційно нестійкі, чутливі та невпевнені у собі діти. Цим підліткам характерна імпульсивність, вони постійно змінюють плани при заниженій активності.

Шкала «Наполегливість» описує силу намірів людини – її прагнення до закінчення початої справи. Високі значення тут отримали 57,5 % опитуваних. Високі бали отримують працездатні люди, які активно прагнуть до завершення запланованого. Такі підлітки поважають соціальні норми, прагнуть до повного підпорядкування таким нормам. У граничних проявах можлива поява маніакальних тенденцій або/та втрата гнучкості поведінки.

Низький рівень отримали 42,5 % вибірки. Такі бали за даною шкалою характеризують невпевнених у собі, імпульсивних, непослідовних у своїх діях і думках підлітків. У таких дітей підвищена чутливість, гнучкість і винахідливість, що компенсує занижений фон активності. Тенденція до

вільного трактування соціальних норм також часто спостерігається у таких підлітків.

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

Високий бал отримали 45 % підлітків. Їх можна охарактеризувати як упевнених в собі, готових до нового, непередбаченого. Їм характерний внутрішній спокій, свобода поглядів та тенденція до радикалізму і новаторства.

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

Низький рівень самовладання виявився у 55 % досліджених. Такі підлітки спонтанні, у них переважають традиційні погляди, що захищає людину від внутрішніх конфліктів та пов'язаних з цим сильних переживань.

Методика виявлення схильності до емпатії Юсупова показала, що у 8% досліджуваних емпатійність на дуже високому рівні, дуже низька – у 5%. Найбільш поширений рівень емпатійності – нормальний (33%) (рис. 2.8.).

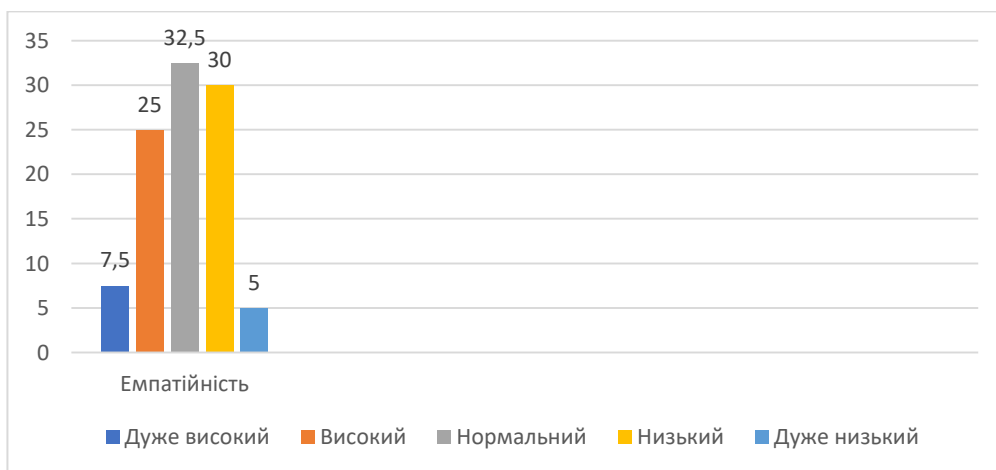


Рис. 2.8. Показники шкал методики дослідження схильності до емпатії (І. Юсупов), у %

Дуже високий рівень розвитку емпатії проявили 7,5 % підлітків. Такі діти болісно реагують на критику, чутливі до образ та вразливі. Вони тонко реагують на настрій співрозмовника, їм нелегко бути в присутності «важких

людей». Серед таких дітей досить поширений комплекс провини через страх завдати комусь клопоту чи образити.

У 25 % досліджуваних проявився високий рівень емпатійності. Такі особистості схильні пробачати іншим помилки та недоліки, чутливі до проблем оточуючих. Комунікбельні, для них легко встановити контакт. Такі підлітки намагаються уникати конфліктів, схильні до компромісів.

Нормальний рівень емпатії властивий 32,5 % вибірки. Такі люди стримано проявляють свої емоції, та судять про людей за їхніми діями, а не власними почуттями. У взаємодії делікатні, якщо не впевнені, що їхня точка зору буде прийнята, зазвичай її не виголошують.

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

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

Результати методики дослідження імпульсивності за В. Лосенковим показали, що у більшості досліджуваних проявляється середній рівень імпульсивності (51%), низький рівень імпульсивності мають 20% вибірки (рис. 2.9.).



Рис. 2.9. Показники шкали методики дослідження імпульсивності (В. Лосенкова), у %

Високий рівень імпульсивності проявили 30 % опитуваних. Для імпульсивних підлітків властиво не мати життєвих планів, інтереси змінюються дуже швидко і часто.

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

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

Таким чином, актуальним, на нашу думку, є звернення уваги на дітей, у яких було виявлено суїцидальні схильності, проведення профілактичної і корекційної роботи практичним психологом навчального закладу задля запобігання суїцидального ризику. Ставимо собі за мету розробити рекомендацій щодо попередження виникнення і прояву суїцидальної поведінки, з метою подолання проявів тривожності, агресивності, фрустрації, надмірної імпульсивності.

2.3. Розробка рекомендацій щодо попередження виникнення і прояву суїцидальної поведінки

Суїцидальна поведінка не є виключно медичною чи соціально-психологічною проблемою. Причини такого складного феномену як суїцид включають в себе соціальні, економічні, психологічні, культурні, релігійні і медичні фактори ризику. Профілактика суїцидальних дій є комплексним завданням, виконання якого можливе за ефективної взаємодії різних

прошарків суспільства, має бути забезпечена комплексним підходом та вироблення конкретної превентивної стратегії.

Форми профілактики підліткової суїцидальності у школі:

- дотримання педагогічної етики;
- засвоєння знань з вікової патопсихології;
- виявлення підлітків, схильних до суїцидальної поведінки;
- патронаж сімей, у яких проживають діти групи ризику, використання прийомів сімейної психотерапії, надання консультативної допомоги батькам;
- нерозголошення фактів суїцидальних випадків у шкільному середовищі;
- привернення уваги батьків до умов зберігання лікарських препаратів;
- формування в учнів таких понять, як «цінність людського життя», «мета та сенс життя», а також індивідуальних прийомів психологічного захисту у складних життєвих обставинах [24, с. 26].

Таким чином, основним завданням превентивної профілактики є поширення інформації, щодо ознак та чинників підліткового самогубства. Це необхідно у роботі з педагогічними працівниками та батьками, які можуть надати допомогу практичному психологу чи соціальному педагогу при виявленні підлітків з суїцидальним ризиком. Профілактична робота з попередження суїциду передбачає створення у навчальному закладі інформаційного куточку з методичною літературою, адресою і телефонами довіри, даних про режими роботи кризових центрів.

Профілактика самогубства у навчальному закладі буде ефективною за умов:

- коли у педагогічному процесі навчального закладу буде організована психолого-педагогічна робота, спрямована на надання допомоги підліткам в усвідомленні ними життя як головної цінності та на активізацію самопізнання учнів через психологічну просвіту;

- взаємодія структур системи, превенції буде спрямована на позитивну зміну зовнішнього середовища підлітків, що сприятиме внутрішнім змінам особистості (самостабілізація), а також їм буде надаватися системна соціально-психологічна підтримка;

- буде організована робота, спрямована на збагачення спеціальної компетентності батьків та спеціалістів соціально-психологічної служби [24, с. 27].

Стратегічними напрямками батьківської допомоги дітям із суїцидальним ризиком спеціалісти вважають покращення взаємостосунків у сім'ї, підвищення самооцінки, самоповаги дитини, а також заходи з покращення міжособистісного спілкування у сім'ї. Всі ці заходи мають призвести до піднесення самоцінності особистості дитини, її життя до такої міри, коли суїцидальні дії втрачають будь-який сенс.

Для підвищення самооцінки доцільно користуватися наступними заходами:

- завжди підкреслюйте все добре й успішне, що властиве вашій дитині. Це підвищує впевненість у собі, зміцнює віру у майбутнє, покращує її стан;

- не чиніть тиск на підлітка, не висувайте надмірних вимог у навчанні, житті тощо;

- демонструйте дитині справжню любов до неї, а не тільки слова, щоб вона відчула, що її дійсно люблять;

- приймайте, любіть своїх дітей такими, якими вони є – не за гарну поведінку та успіхи, а тому, що вони ваші діти, ваша кров, ваші гени, майже ви самі;

- підтримуйте самостійні прагнення своєї дитини, не захоплюйтесь її оцінюванням, не судіть її, знайте, що шлях до підвищення самооцінки проходить через самостійність і власну успішну діяльність дитини;

- слід тактовно і розумно підтримувати усі починання своєї дитини, які ведуть до підвищення самооцінки, особистісного зростання,

фізичного розвитку, успішної власної діяльності і життєдіяльності: майте на увазі, що підліток рано чи пізно має стати незалежним від своєї сім'ї й однолітків, налагодити стосунки із протилежною статтю, підготувати себе до самотійного життя і праці, виробити власну життєву позицію.

Батькам необхідно звертати увагу на такі моменти у поведінці та висловлюваннях підлітків, схильних до кризових ситуацій і суїцидальних спроб:

- скарги на відсутність сенсу життя: «Навіщо мені жити?», «Який сенс в тому, що я живу?»;

- висловлювання дитини: «Мені усе надоїло!», «Не хочу нікого бачити, не хочу нічим займатися!»;

- скарги на дурні передчуття: «Я відчуваю, що скоро помру!»;

- підвищений, стабільний інтерес до питань смерті, загробного життя, до похоронних ритуалів;

- словесні натяки на смерть, що наближується: «Потерпіть, недовго вам залишилося мучитися!», «Ви ще пожалієте, але буде пізно!»;

- неведення особливого порядку у своїй кімнаті, серед своїх особистих речей, роздача деяких речей товаришам, остаточне з'ясування стосунків;

- раптове, без видимих причин, настання спокою, смиренного стану після стресу або тривалого стану депресії;

- таємні приготування до чогось, що дитина відмовляється пояснювати;

- тривалий стан внутрішньої зосередженості, що не було раніше для дитини характерним, відсутність бажання спілкуватися з друзями, родичами, ходити в гості, грати, вести активний спосіб життя.

У випадку, коли ваші діти виявляють суїцидальні тенденції або відчай, слід поводитися наступним чином [57]:

1. Залишайтеся самими собою, щоб дитина сприймала вас як щире, чесну людину, якій можна довіряти.

2. Дитина має відчувати себе на рівних з вами, як з другом, що дозволить встановити з донькою або сином довірливі, чесні стосунки, кінець кінцем – довірити вам усю правду, те, що в думках у дитини.

3. Важливо не те, що ви говорите, а як ви це говорите, чи є у вашому голосі щире переживання, турбота про дитину.

4. Майте справу з людиною, а не з «проблемою», говоріть з дитиною на рівних, не припускайтеся діяти як вчитель або експерт, чи розв'язувати кризу прямолінійно, що може відштовхнути дитину.

5. Зосередьте свою увагу на почуттях дитини, на тому, що замовчується нею, дозвольте їй вилити вам душу.

6. Не думайте, що вам слід говорити кожного разу, коли виникає пауза у розмові з дитиною, використовуйте час мовчання для того, щоб краще подумати і вам, і дитині.

7. Виявляйте щире участь і інтерес до дитини, не вдавайтесь до допиту з пристрастю, задавайте прості, щирі запитання («Що трапилось?», «Що відбулось?»), які будуть для дитини менше загрозливими, аніж складні, «розслідувальні» запитання.

8. Спрямовуйте розмову в бік душевного болю, а не від нього, адже ваш син або донька саме вам, а не чужим людям може повідомити про інтимні, особистісні, хворобливі речі.

9. Намагайтеся побачити кризову ситуацію очима своєї дитини, приймайте її бік, а бік інших людей, котрі можуть спричинити їй біль, або котрим вона може зробити боляче.

10. Надайте сину або доньці можливість знайти свої власні відповіді, навіть тоді, коли ви вважаєте, що знаєте вихід із кризової ситуації.

11. Ваша роль полягає в тому, щоб надати дружню підтримку, вислухати, бути зі своєю дитиною, що страждає, навіть якщо вирішення проблеми начебто не існує. Дитина у стані горя, в ситуації безвихіддя може примусити вас відчувати себе безпорадними і нерозумними, але вам, на щастя, найчастіше і не слід виробляти будь-які певні рішення, негайно

змінити життя, або навіть рятувати її – ваш син або донька врятуються самі і прятують своє життя, слід тільки довіряти їм.

12. І останнє – якщо ви не знаєте, що говорити, не говоріть нічого, але будьте поруч!

Рекомендації соціальним педагогам, практичним психологам, класним керівникам, кураторам груп, батькам по наданню допомоги підліткам у яких виявлені ознаки суїцидальної поведінки [57]:

1. Стратегічними напрямками батьківської допомоги дітям із суїцидальним ризиком є покращення взаємостосунків у сім'ї, підвищення самооцінки, самоповаги дитини, а також заходи з покращення міжособистісного спілкування у сім'ї.

2. Для підвищення самооцінки доцільно користуватися наступними заходами: завжди підкреслюйте все добре й успішне, що властиве вашій дитині. Це підвищує впевненість у собі, зміцнює віру у майбутнє, покращує стан; не чинить тиск на підлітка, не висувайте надмірних вимог у навчанні, житті тощо; демонструйте дитині справжню любов до неї, а не тільки слова, щоб вона відчула, що її дійсно люблять; приймайте, любіть своїх дітей такими, якими вони є – не за гарну поведінку та успіхи, а тому, що вони ваші діти, ваша кров, ваші гени, майже ви самі; підтримуйте самостійні прагнення своєї дитини не захоплюйтесь оцінюванням, не судіть її, знайте, що шлях до підвищення самооцінки проходить через самостійність і власну успішну діяльність дитини; слід тактовно і розумно підтримувати усі починання своєї дитини, які ведуть до підвищення самооцінки, особистісного зростання, фізичного розвитку, успішної власної діяльності і життєдіяльності: майте на увазі, що підліток рано чи пізно має стати незалежним від своєї сім'ї й однолітків, налагодити стосунки із протилежною статтю, підготувати себе до самостійного життя і праці, виробити власну життєву позицію.

3. У випадку, коли діти виявляють суїцидальні тенденції або відчай, слід поводитися наступним чином [57]:

1) Залишайтеся самими собою, щоб дитина сприймала вас як щире, чесну людину, які можна довіряти. Дитина має відчувати себе на рівних з вами, як з другом, що дозволить встановити з донькою або сином довірливі, чесні стосунки, кінець кінцем – довірити вам усю правду, те, що на умі у дитини.

2) Важливо не те, що ви говорите, а як ви це говорите, чи є вашому голосі щире переживання, турбота про дитину.

3) Майте справу з людиною, а не з «проблемою», оворіть з дитиною на рівних, не припускайтеся діяти як вчитель або експерт, чи розв'язувати кризу прямолінійно, що може відштовхувати дитину.

4) Зосередьте свою увагу на почуттях дитини, на тому, що замовчується нею, дозвольте їй вилити вам душу.

5) Не думайте, що вам слід говорити кожного разу, коли виникає пауза у розмові з дитиною, використовуйте час мовчання для того, щоб краще подумати і вам, і дитині.

6) Виявляйте щире участь і інтерес до дитини, не удавайтеся до допиту з пристрастю, задавайте прості, щирі запитання («Що трапилось?», «Що відбулося?»), які будуть для дитини менше загрозливими, аніж складні запитання.

7) Спрямовуйте розмову у бік душевного болю, а не від нього, адже ваш син або донька саме вам, а не чужим людям може повідомити про особисті, хворобливі речі.

8) Намагайтеся побачити кризову ситуацію очима своєї дитини, приймайте її бік, а не бік інших людей, котрі можуть спричинити її біль, або котрим вона може зробити боляче.

9) Надайте сину або доньці можливість знайти свої власні відповіді, навіть тоді, якщо ви вважаєте, що знаєте вихід із кризової ситуації.

10) Ваша роль полягає в тому, щоб надати дружню підтримку, вислухати, бути зі своєю дитиною, що страждає, навіть якщо вирішення проблеми начебто не існує. Дитина у стані горя, в ситуації безвихіддя може

примусити вас відчувати себе безпорадними і дурними, але вам, на щастя, найчастіше і не слід виробляти будь-які певні рішення, негайно змінити життя, або навіть рятувати її – ваш син або донька врятуються самі і врятують своє життя, слід тільки довіряти їм.

У випадку, якщо існує реальний суїцидальний ризик, або вже відбулася спроба, то батькам можна порадити наступне: першим кроком у запобіганні самогубства завжди буває встановлення довірливого спілкування; батькам слід подолати ситуацію, коли необхідність бесіди з дитиною про її суїцидальну спробу загострюється їх власні психологічні конфлікти, або виявляє існуючі проблеми. Слід і в цій ситуації віддавати перевагу бажанню поговорити з сином або донькою і водночас – долати страх перед цією бесідою, щоб обов'язково відбулося спілкування й обговорення проблеми; діти у стані суїцидальної кризи стають надто чутливими, особливо до того, як говориться те, що говориться дорослими; тому не можна виливати на дитину несвідому чи свідому агресію; іноді корисно стає невербальна комунікація – жести, доторкання тощо; якщо батьки відчувають, що дитина начебто відвертає їх допомогу, їм слід пам'ятати, що вона водночас і бажає, і не хоче її; тому для досягнення позитивного результату у діалозі необхідно м'якість і наполегливість, терпіння і максимальний прояв співчуття і любові.

Рекомендуємо у випадку виникнення ознак суїцидальної поведінки в учнів здійснювати наступні види допомоги: підбирайте ключі до розгадки суїциду; приймайте суїцидента як особистість; налагодьте турботливі стосунки; не сперечайся; запитуйте; не пропонуйте невиправданих утіх; пропонуйте конструктивні підходи; вселяйте надію; оцініть міру ризику самогубства; не залишайте людину одну у випадку високого суїцидального ризику; зверніть за допомогою до спеціалістів; важливо якомога довше зберігати турботу і підтримку учня; використовуйте засоби піднесення цінності особистості дитини, її життя.

Ці заходи стануть ефективнішими, якщо здобувачі освіти довіряють керівникові навчального закладу, класному керівнику, куратору групи,

працівнику психологічної служби, батькам, знають, що вони ніколи не зраджував дитину і не зрадить її у кризовій ситуації.

У випадку, коли ваші діти виявляють суїцидальні тенденції або відчай, слід поводитися наступним чином [57]:

1. Залишайтеся самими собою, щоб дитина сприймала вас як щире, чесну людину, якій можна довіряти.

2. Дитина має відчувати себе на рівнях з вами, як з другом, що дозволить встановити з донькою або сином довірливі, чесні стосунки, кінець кінцем – довірити вам усю правду, те, що на умі у дитини.

3. Важливо не те, що ви говорите, а як ви це говорите, чи є у вашому голосі щире переживання, турбота про дитину.

4. Майже справу з людиною, а не з «проблемою», говоріть з дитиною на рівних, не припускайтеся діяти як вчитель або експерт, чи розв'язувати кризу прямолінійно, що може відштовхнути дитину.

5. Зосередьте свою увагу на почуттях дитини, на тому, що замовчується нею, дозвольте їй вилити вам душу.

6. Не думайте, що вам слід говорити кожного разу, коли виникає пауза у розмові з дитиною, використовуйте час мовчання для того, щоб краще подумати і вам, і дитині.

7. Виявляйте щире участь і інтерес до дитини, не удавайтеся до допиту з пристрастю, задавайте прості, щирі запитання («Що трапилось?», «Що відбулося?»), які будуть для дитини менше загрозливими, аніж складні, «розслідувальні» запитання.

8. Спрямовуйте розмову у бік душевного болю, а не від нього, адже ваш син або донька саме вам, а не чужим людям може повідомити про особистісні, хворобливі речі.

9. Намагайтеся побачити кризову ситуацію очами своєї дитини, приймайте її бік, а не бік інших людей, котрі можуть спричинити їй біль, або котрим вона може зробити боляче.

10. Надайте сину або доньці можливість знайти свої власні відповіді, навіть тоді, якщо ви вважаєте, що знаєте вихід із кризової ситуації.

11. Ваша роль полягає в тому, щоб надати дружню підтримку, вислухати, бути зі своєю дитиною, що страждає, навіть якщо вирішення проблеми начебто не існує. Дитина у стані горя, в ситуації безвихіддя може примусити вас відчувати себе безпорадними, але вам, на щастя, найчастіше і не слід виробляти будь-які певні рішення, негайно змінити життя, або навіть рятувати її – ваш син або донька врятуються самі і врятують своє життя, слід тільки довіряти їм.

Також, на нашу думку, доцільним у профілактиці суїцидальної поведінки серед підлітків та молоді є телефон довіри [40, с. 73].

Служба невідкладної телефонної допомоги може певним чином підтримати у суїцидента мужність для подальшого життя і подолання психологічної кризи. Спеціалісти, зокрема Г. Старшенбаум, О Моховіков, виділяють такі принципи роботи телефону довіри із потенційними суїцидентами:

- абонент має бути впевнений у цілковитій конфіденційності;
- жодну інформацію, отриману від нього, не можна без дозволу абонента поширювати за межі служби;
- потрібно виключити будь-яку імовірність конфесійного, релігійного, політичного або ідеологічного тиску;
- працівники служби проходять ретельний відбір і навчання, у ході якого у них розкривають і розвивають здатність розуміти іншу людину, виявляти емпатію і солідарність із нею;
- на абонента не покладають жодних фінансових чи будь-яких інших зобов'язань;
- працівник служби не може давати свідчень представникам влади і правопорядку без згоди абонента і керівництва служби.

Спеціалісти виділяють такі завдання кризового телефонного консультування:

- вловити «сигнали», що свідчать про суїцидальні тенденції;
- оцінити ступінь суїцидального ризику;
- виявити ненав'язливу, м'яку турботу про клієнта, допомогти йому прийняти рішення на користь дій, що виключають самогубство, хоча б у найближчий час.

Кризовий консультант має бути готовим до роботи як із «поганим», так і з «добрим» слухачем. Перший перериває розмову, змінює тему, дає поради, ображає, намагається вирішити чужу проблему, наприклад, проблему консультанта, заповнює всі паузи балаканиною, ігнорує запитання тощо. Другий тип зручніший у роботі, оскільки частіше погоджується, розкриває себе, приймає себе, спілкується тепло і приязно, переживає те ж, що і консультант, входить у його становище, віддзеркалює його думки і почуття, не засуджує тощо.

Важливо вміти якомога довше підтримувати розмову з потенційним суїцидентом, встановити з ним емпатичні стосунки, але не виявляти надмірну турботливість, що може викликати у суїцидента побоювання щодо втрати ним контролю над власним рішенням. Неприпустимі байдужість та іронічні провокації щодо клієнта, прямі запитання про його особистість чи місце проживання. Якщо клієнт уже здійснив суїцидальні дії (наприклад, прийняв пігулки), то слід підтримувати з ним контакт, щоб визначити його адресу і повідомити про це родичам, службі порятунку або в пункт швидкої допомоги.

Телефонне консультування суїцидентів має незаперечні «просторові і часові» переваги, оскільки дозволяє психотерапевтично впливати на них на будь-якій відстані і в будь-який час. Ще однією перевагою є максимальна анонімність, що є важливою для деяких суїцидентів. Це гарантує психологічну безпеку абонента, оскільки він може будь-якої миті припинити контакт.

Телефонна комунікація сприяє кращому усвідомленню клієнтом суїцидальної ситуації (сприяє її вербалізуванню, кращому відреагуванню

афектів, потребує включення розумової діяльності і, зрештою, дозволяє інтелектуально оволодіти травматичною ситуацією, зменшити почуття тривоги, переходу до конструктивної особистісної позиції) [40].

Головним же для телефонної терапії є досягнення ефекту «довірчості», тобто надання бесіді особливої інтимності, атмосфери взаємної довіри, що полегшує розкриття глибоких особистих проблем та їхнє вирішення.

При врахуванні зазначених особливостей телефонної терапії суїцидентів вона дозволяє запобігти подальшому розвитку гострих кризових станів, розв'язати проблемну психотравматичну ситуацію, а отже і відвернути можливу спробу самогубства. Вирішуються основні завдання телефонної терапії:

- допомогти в опануванні і подоланні актуальної психотравматичної ситуації (емпатійна підтримка та когнітивне керівництво поведінкою клієнта);

- корекція неадаптивних особистісних установок, що зумовлюють розвиток кризових станів і суїцидальних тенденцій [40].

Г. Страшенбаум наголошує, що вирішення цих завдань вимагає дотримання певних принципових умов здійснення екстреної телефонної психотерапії:

- анонімність абонента, що зміцнює його почуття безпеки, порушене психотравматичною подією, і підвищує ступінь довіри при обговоренні особистих проблем;

- встановлення відносин «партнерського співпереживання», оскільки емоційно нейтральні стосунки сприймаються кризовими клієнтами як неприйняття і відторгнення;

- доступність психотерапевта, що досягається повідомленням абоненту графіка роботи телефонного терапевта і запрошенням до подальшого звернення до нього - це знижує переживання самотності і безпорадності;

- послідовність етапів психотерапії, що дуже важливо, оскільки незавершеність одного етапу і перехід до наступного призводить до нарощування надмірної вимогливості до клієнта, підтримує його почуття неспроможності, знижує самооцінку, а отже – підтримує суїцидальний ризик [40].

Перша психотерапевтична бесіда з абонентом відіграє вирішальну роль для запобігання наростання кризи. Вона містить п'ять етапів, які мають свої завдання і особливі прийоми.

1. *Перший, початковий етап* допомагає у встановленні контакту, під час якого слід переконати клієнта в емоційному прийнятті і співчутті йому, а також у тому, що психотерапевт володіє необхідними професійними знаннями і життєвим досвідом. На цьому етапі здійснюються такі заходи:

- вентиляція почуттів клієнта, прийняття його злості і готовності до маніпулятивних дій;

- надається гарантія того, що терапевт може бути корисним клієнту і зацікавлений у подальшій розмові з ним;

- підкріплення позитивних настроїв клієнта, приміром, через задоволення від його дій;

- застосування прийому вербалізації суїцидальних переживань;

- висловлення психотерапевтом співчутливої емпатії;

- визнання страждань суїцидента, наприклад, так: «Той факт, що ви зателефонували мені й обговорюєте тему самогубства, виразно свідчить, що вам погано, і ви потребуєте допомоги; тепер, коли я це знаю, немає потреби завдавати собі шкоди, давайте краще обговоримо, як вам допомогти»;

- дослідження суїцидального ризику – абонента прямо запитують, чи збирається він скоїти суїцид, чи готовий у нього план, чи є доступ до засобів самогубства;

- укладання договору про відмову від самогубства, чим завершується перший етап роботи.

2. *Другий етап* полягає в інтелектуальному оволодінні суїцидальною ситуацією і передбачає виконання таких прийомів:

- структурування ситуації, коли терапевт співчутливо вислуховує клієнта і зменшує емоційну напруженість, ставить відповідні запитання, якими формує в абонента об'єктивну і послідовну картину суїцидальної ситуації в розвитку;

- додання винятковості ситуації, коли психотерапевт тактовно підкреслює, що аналогічні переживання і ситуації трапляються достатньо часто, що ситуація клієнта не є унікальною, її можна зрозуміти, пояснити і подолати;

- включення ситуації в контекст життєвого шляху і доведення можливості її зміни;

- зняття гостроти ситуації, коли клієнту показують, що у нього є час на обдумування і прийняття рішення, і пришвидшувати розв'язання кризової ситуації не варто;

- терапія успіхами і досягненнями, коли абонента спонукають розказати про свій психологічний потенціал до подолання важких випадків у житті і тактовно підкреслити його сили протистояти суїциду;

- повторення змісту висловлювань суїцидента, чим йому демонструють, що його уважно слухають і правильно розуміють;

- віддзеркалення та розподіл емоцій між суїцидентом та консультантом (відчай, тривога, горе, сором, образа, приниження);

- пошук джерел емоцій, коли абонента просять вказати на безпосередні причини свого емоційного стану: «Що саме у цій ситуації вас так зачіпає?»;

- формулювання ситуації – завершальна, підсумкова фаза другого етапу, на якій психотерапевт висловлює точне формулювання ситуації клієнта – завдяки цьому клієнт раціоналізує події, інтелектуально оволодіває і реалістично сприймає їх; усвідомлення пацієнтом того, що його розуміють,

зменшує переживання самотності і безвиході, а отже падає і суїцидальний ризик.

3. *Третій етап* передбачає у планування дій із подолання критичної ситуації, які згруповані у такі прийоми:

- ідентифікація цілей розв'язання ситуації;
- фокусування на ситуації й обговорення конкретних планів, а не втеча від суті проблеми, що намагаються робити деякі клієнти;
- інтерпретація гіпотез про можливі способи розв'язання ситуації;
- планування через спонукання клієнтів до вербального оформлення планів подальшої діяльності;
- утримування паузи, коли терапевт своїм мовчанням дає клієнту нагоду виявити ініціативу, вербалізувати розроблювані ним плани поведінки.

4. *Четвертий етап* передбачає корекцію суїцидальних установок абонента через переконання його у тому, що:

- емоційно тяжкий стан, який він переживає зараз, – це тимчасово, у процесі психотерапії все покращиться, як в аналогічних ситуації» це відбувалося з іншими людьми;
- життя клієнта потрібне його рідним, близьким, друзям, для яких його самогубство буде важкою травмою;
- кожна людина має право чинити зі своїм життям, що хоче, але краще зробити це після повернення душевної рівноваги;
- слід стимулювати уяву суїцидента оптимістичними перспективами майбутнього на основі терапії аперцепцією, що вимагає від психотерапевта вміння «малювати словами», «показувати майбутнє»;
- для подолання уявлення деяких абонентів про суїцид як спосіб вплинути на іншу людину, слід зрозуміти, що хоче клієнт «повідомити» значущого іншому своєю спробою самогубства, і розробити інакший спосіб донесення до цієї людини такого переживання.

5. *П'ятий етап* – завершення терапії – має зміцнити впевненість клієнта у своїх силах. Для цього слід обговорити з ним, яким чином

розв'язання цієї проблеми буде корисним для подолання кризових ситуацій надалі.

Під час телефонного консультування, на думку О. Моховікова, мають бути заборонені такі прийоми:

1. *Висловлювання-рішення*, що перекладають відповідальність з абонента на консультанта:

- вказівки, накази, спонукання;
- попередження, погрози, переконування;
- моралізування, повчання, настанови;
- поради, пропозиції, рішення;
- переконання шляхом суперечки, ігнорування, читання нотацій.

2. *Висловлювання, які знижують самооцінку співрозмовника:*

- осуд, критика, незгода, звинувачення;

- надмірне схвалення, маніпулятивна згода, блюзнірське схвалення, обіцянка нагороди;

- висміювання, намагання присоромити;
- інтерпретації, аналіз, постановка діагнозу;
- переконування, формальна підтримка як «заговорювання зубів»;
- розслідування, допит.

3. *Висловлювання-заперечення* – аби принизити значення переживань абонента – втеча від проблеми, відволікання, насміхання.

О. Моховіков попереджає і про типові помилки телефонного діалогу:

- надмірно швидке визначення проблеми;
- бесіда про проблему, а не про людину;
- неприйняття цінностей абонента;
- обговорення хибної проблеми;
- погляд «згори»;
- надмірне уточнення;
- звинувачення і позиції експерта.

Існують також і підстави для припинення телефонного консультування, приміром, коли абонент віддає перевагу консультанту певної статі; наполегливо цікавиться особистістю або деталями життя консультанта; вимагає настанов; наполягає на зустрічі з консультантом і просить зателефонувати йому; реагує на численні пропозиції й альтернативи відповідями: «Так, але...»; розповідає різноманітні історії або просто теревенить; просить: «Зачекайте, поки я...»; постійно повторюється; чекає гарантій або прагне перекласти відповідальність на консультанта; коли консультант вичерпав усі свої сили і потребує завершення розмови [40].

Отже, профілактика суїцидальної поведінки постає важливим соціально-психологічним завданням, здійснення якого можливе при інтеграції зусиль великої кількості установ в єдину превентивну стратегію.

ВИСНОВКИ

Теоретико-експериментальне дослідження проблеми дослідження суїциду підлітків як прояву соціальної дезадаптації дозволило зробити такі висновки:

1. Здійснено аналіз теоретичних основ досліджуваної проблеми. З'ясовано, що явище підліткового суїциду набуває останнім часом тенденцію розвитку, що обумовлено як психофізіологічними особливостями даного віку, так і впливом зовнішніх факторів.

Дослідження подібних питань особливого значення набуває в підлітковому віці, оскільки саме з цим періодом онтогенезу пов'язаний той рівень розвитку ціннісних орієнтацій, який забезпечує їх функціонування як особливої системи, яка надає визначальний вплив на спрямованість особистості, її активну соціальну позицію.

На нашу думку, суїцидальна поведінка – це аутодеструктивна поведінка людини, спрямована на навмисне позбавлення себе життя, а також відмова від реальних можливостей уникнути смерті в критичній ситуації. Суїцидальна поведінка, як результат багатофакторного процесу дезадаптації обумовлений соціальними чинниками: проблемами в сімейному колі, проблемами у спілкуванні з однолітками, шкільними проблемами, впливом ЗМІ, несформованим розумінням смерті, нещасним коханням, раннім статевим життям, само руйнівною поведінкою, та рядом психологічних чинників: фрустрація потреб прояві почуття «дорослості»; формування негативної «Я – концепції»; принизливе ставлення підлітка до себе, що проявляється в низькій самооцінці і відсутності самоповаги; криза ідентичності.

Здійснивши теоретичний аналіз проблеми суїциду ми визначили, що в основі будь-якої діяльності людини лежить мотив, що спонукає її до діяльності. Однак співвідношення діяльності і мотиву як особистісного утворення не просте і неоднозначне. Соціально-економічна ситуація, що

склалася в Україні, вимагає термінового вирішення проблем соціально-психологічного захисту дітей та підлітків.

2. Розкрито особливості соціально-психологічної допомоги підлітку-суїциденту; визначити специфіку суїцидальної поведінки підлітків.

Встановлено, що підлітки рідко мають бажання померти, вони просто намагаються уникнути нестерпних обставин і в такий спосіб розв'язати власні проблеми або подолати депресію. Діти, насамперед, не хочуть підкорятися законам «дорослого життя». Враховуючи викладене вище, можна зробити висновок, що ефективна соціально-психологічна система практичних заходів щодо запобігання і профілактики суїциду може бути створена лише на основі глибокого дослідження причин, умов і механізмів суїцидальної поведінки підлітків, які відкривають шляхи її прогнозування, а отже, і можливості управління нею.

Спеціалісти, які займалися дослідженням причин суїцидальної поведінки зазначають, що така поведінка підлітків зазвичай вмотивована одним або декількома чинниками. Серед яких на першому місці проблеми пов'язані з стосунками з батьками, на другому – проблеми пов'язані з труднощами в школі, на третьому – проблеми взаємин з друзями чи особами протилежної статі.

У науковій літературі виділяють теорії причин суїциду, а саме: біологічна (генетичний вплив на суїцидальну поведінку); психологічна (розглядає зв'язок самогубства та зміни системи цінностей, негнучкого мислення підлітків); соціальна (конфлікт людини та суспільства, соціальна інтеграція та нестача соціальних відносин як одна з причин самогубства).

3. Експериментально досліджено соціально-психологічні характеристики сучасних підлітків. Встановлено, що результати усіх методик доповнюють, конкретизують і підтверджують один одного. На основі цих результатів, ми можемо припустити, що майже третина досліджуваних мають один або декілька яскраво виражених показників, що можуть призвести до суїцидальної поведінки. Високий рівень схильності до суїцидальної

поведінки показали 27,5 % досліджуваних за методикою вивчення схильності до суїцидальної поведінки.

Зауважимо, що є звернення уваги на дітей, у яких було виявлено суїцидальні схильності, проведення профілактичної і корекційної роботи практичним психологом навчального закладу задля запобігання суїцидального ризику. Ставимо собі за мету розробити рекомендації щодо попередження виникнення і прояву суїцидальної поведінки, з метою подолання проявів тривожності, агресивності, фрустрації, надмірної імпульсивності.

4. Розроблено рекомендації щодо попередження виникнення і прояву суїцидальної поведінки. Розкрито особливості соціально-психологічної допомоги підлітку-суїциденту. З'ясовано, що в процесі роботи з підлітками профілактика суїцидальної поведінки ефективними є такі форми роботи:

- дискусії на теми сенсу життя та вирішення проблемних ситуацій;
- навчання соціальним навичкам та умінням подолання стресу;
- надання підліткам соціально-психологічної підтримки за допомогою включення сім'ї, школи, друзів і т.д.;
- проведення індивідуальних і групових психокорекційних занять щодо підвищення самооцінки, збільшення рівня самоконтролю, розвитку адекватного ставлення до власної особистості, емпатії;
- оволодіння навичками практичного застосування активної стратегії проблем, удосконалення пошуку соціальної підтримки, психологічна корекція пасивної стратегії уникнення, вироблення мотивації на досягнення успіху тощо.

Провідним методом психологічної допомоги людині зі сформованою суїцидальною поведінкою виступає кризове консультування, мета якого – «відтягнути час» і дочекатися закінчення небезпечного періоду, залучення підлітка до психологічного процесу (у нього виникає бажання дізнатися, куди веде його психолог, і він може вирішити «почекати» з виконання своїх

суїцидальних намірів). При цьому вкрай важливо дотримуватися принципу безперервності роботи і забезпечувати спадкоємність змісту занять.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анищенко Л. А., Молочко Т. М. Превенція суїцидальної поведінки підлітків. Чернігів: ОППО ім. К. Д. Ушинського, 2021.
2. Балухтіна О. М., Лебеденко В. В. Технології соціальної роботи з профілактики суїцидальної поведінки у підлітків. *Інноваційний потенціал соціальної роботи в сучасному світі: на межі науки та практики* : матеріали І Міжнародної науково-практичної конференції (20–21 травня 2021 р., м. Чернігів). Чернігів: НУ «Чернігівська політехніка», 2021. С. 46–48.
3. Барановська О. П., Іващенко А. І. Гендерні особливості поведінки підлітків у конфліктних ситуаціях. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 10(15) С. 388–400.
4. Барсученко І. В. Психологічні особливості самоактуалізації та делінквентності неповнолітніх. *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 7(25) С. 349–359.
5. Бацилева О. В., Пузь І. В. Психологічні аспекти прояву інтернет-адикції у молодіжному середовищі. *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. №4. С. 48–52.
6. Бейник К. В., Єсіна Н. О. Технологія соціальної профілактики суїцидальної поведінки старших підлітків арт-терапевтичними засобами в закладах загальної середньої освіти. *Актуальні проблеми досліджень у галузі соціальної педагогіки і соціальної роботи*: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів вищої освіти (19 травня 2023 р., м. Харків). Харків: ХНПУ імені Г.С. Сковороди, 2023. С. 112–117.
7. Будагов Р. С. Булінг та його вплив на злочинність неповнолітніх. *Вплив рівня дозвілля та відпочинку молоді на зниження рівня злочинності* : матеріали регіонал. наук.-практ. семінару (31 трав. 2019 р., м. Дніпро). Дніпро :Видавець Біла К.О., 2019. С. 24–27
8. Величко Т. П. Психологічні чинники суїцидальних ризиків. *Габітус*. 2020. Вип. 19. С. 100–105.

9. Войтко В. Характерні особливості суїциду та суїцидальної поведінки: навч.-метод. посібник. Кропивницький: КЗ «КОШПО імені Василя Сухомлинського», 2016. 44 с.
10. Габрієлян А. Е. Профілактика суїцидальної поведінки підлітків. Шкільному психологу. *Усе для роботи: наук.-метод. журнал.* 2019. №2 (122). С. 2–7.
11. Гук О., Гриник І. Профілактика суїцидальної поведінки підлітків як актуальносоціально-педагогічна проблема. *Молодь і ринок.* 2021. №2 (188). С. 81–85.
12. Гук О., Гриник І. Профілактика суїцидальної поведінки підлітків як актуальна соціально-педагогічна проблема. *Молодь і ринок.* 2021. №2 (188). С. 81–85.
13. Заверико Н. В. Технології соціально-педагогічної підтримки сім'ї з дитиною. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології.* 2015. № 8 (52). С. 333–340.
14. Зелінський О. О. Вікові особливості суїцидальної поведінки підлітків. Теорія та практика психокорекції особистості: електронний збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції (м. Умань, 26 жовтня 2023 р.). Умань, 2023. С. С. 69–71. URL: <http://surl.li/mzjse>
15. Іваць А. Р., Романів О. П., Надь Б. Я. Соціально-психологічні чинники та фактори ризику суїцидів серед осіб молодого віку. *Україна. Здоров'я нації.* 2018. Вип. 3/1 (51). С. 28–29.
16. Інформація та рекомендації батькам учнів «Підліток і суїцид». URL: <https://vseosvita.ua/library/informacia-ta-rekomendacii-batkam-ucniv-pidlitok-i-suicid-434843.html> (дата звернення 10.05.2023).
17. Йосифович Д. І., Пряхіна Н. О. Психологічні особливості самоактуалізації старшокласників, схильних до протиправної поведінки. *Бочаровські читання: матеріали наук.-практ. конф., присвяч. пам'яті проф. С. П. Бочарової.* Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2016. С. 180–183.

18. Катеринюк В. І. Арт-терапевтичні вправи та техніки у контексті попередження девіацій у дітей та підлітків. *Наукові записки РДГУ*. 2017. Вип. 17 (60). С. 138–144.
19. Ковальчук Т. І. Профілактика суїцидальної поведінки старшокласників сільських шкіл. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. Київ: НАКККіМ, 2015. С. 73.
20. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Корня Л. В. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців: методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с.
21. Коломієць Л., Сольвар В., Кожедуб Т. Обґрунтування теоретико-методологічних засад емпіричного дослідження самореалізації підлітків. *Психологічний журнал*. 2019. № 5 (12). С. 43–58.
22. Красильникова А. О. Зв'язок «груп смерті» з підлітковим суїцидом. *Педагогіка і психологія: актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі*: матер. міжн. наук.-практ. конф. (м. Київ, Україна, 2–3 квітня 2021 р.). Київ: ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2021. 180 с.
23. Лазор К. П. Основні теоретичні підходи до розуміння причин девіантної поведінки підлітків. *Габітус*. 2021. Вип. 21. С. 72–76.
24. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
25. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П., Мельник А. П., Хлівна О. М., Дучимінська Т. І. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: на допомогу практичному психологу: навч.-метод. посіб. Вид. 2-ге, змін. та доп. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 276 с.
26. Маланюк Д. О. Індивідуально-психологічні детермінанти прояву підліткових девіацій. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2018. № 2. С. 195–203.

27. Матюха Є.О. Суїцидальна поведінка як об'єкт соціальної роботи: тези доп. міжн. студ. наук.-практ. конф. Ніжин, 2017. С.40–41.
28. Мельник А. П., Магдисюк Л. І., Дучимінська Т. І. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики: навчально-методичний посібник. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 152 с.
29. Методичні рекомендації щодо формування безпечної поведінки дітей у соціальних мережах / за заг.ред. В. В. Сокурєнко. Харків, 2021. URL: <https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/8dd091c8-d8d4-4095-b6a5-7f1b6990af29/content>
30. Музиченко І. В. Суїцидальна поведінка у підлітків: причини та особливості перебігу. *Modern research in world science: proceedings of III International Scientific and Practical Conference (12–14 June 2022, Lviv)*. Lviv, Ukraine. 2022. С. 1116–1121.
31. Музиченко І. В. Психологічні особливості суїцидальної поведінки особистості. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*. 2017. № 9 (64) С. 11–15.
32. Музиченко І. В., Ткачук І. І. Психологічні особливості дитячого та підліткового суїциду. *Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби: метод. рек.* Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. С. 17–28.
33. Погорілко О. В., Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Аутоагресивна поведінка підлітків. Полтава, 2017. URL: <http://repository.pdmu.edu.ua/bitstream/123456789/7198/1/Autoagresivna%20povedinka%20pidlitkiv.pdf>
34. Поліщук О., Зелінський О. Особливості психологічної профілактики підлітків із суїцидальною поведінкою. *Сучасні тренінгові технології для розвитку особистості: еко-тренінг: тези доповідей VI Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Умань, 25-26 квітня 2023 р.)*. Умань, 2023. С. 84–86. URL: <http://surl.li/hdujr>

35. Прийменко В. М. Суїцидальна поведінка. Психологічний аналіз іпрофілактика: методичні рекомендації для практичних психологів і соціальних педагогів. Київ : КМПУ ім. Б. Д. Грінченка, 2015. 43 с.
36. Профілактика деструктивної поведінки підлітків: навчально-методичний посібник / за заг. ред. Журавель Т. В., Удовенко Ю. М. Київ: Видавництво ФО-П Буря О.Д., 2022. 144 с.
37. Ратинська О. М. Соціальна профілактика адиктивної поведінки підлітків. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Педагогіка. Соціальна робота»*. 2016. № 1(38). С. 233–237.
38. Реуцький М. В. Епідемічний суїцид: соціально-психологічні аспекти. *Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості : матер. III Міжн. наук.-практ. конф. (30 верес. – 01 жовт. 2021 р., м. Херсон)*. Херсон : ФОП Вишемирський В.С., 2021. С. 69.
39. Реуцький М. В. Суїцидальна поведінка: історія вичення питання, психоедукація та психопрофілактика, виклики та феномени сучасності. *Адаптація: психолого-медичні проблеми: колективна монографія /за заг. ред. Л. М. Пріснякової*. Дніпро : Дніпров. гум. ун-т, 2022. С. 120–137.
40. Рябчич Ю. Соціально-психологічні детермінанти суїцидальної поведінки. *Київський журнал сучасної психології та психотерапії*. 2021. №1. С. 71–85.
41. Сапельнікова Т. С., Білоцерківська Ю. О. Чинники конфліктної поведінки школярів 10-11 класів. *Науковий вісник ХДУ. Серія «Психологічні науки»*. 2019. № 1. С. 67–72.
42. Саржевський С. Н. Суїцидологія : навчальний посібник для лікарів інтернів з спеціалізації «Психіатрія». Запоріжжя, 2020. 87 с.
43. Свідовська В. Адиктивна поведінка підлітків як проблема наукового дослідження. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2020. Вип. 6. С. 108–114
44. Сергієні О. В., Костова В. В. Психологічні особливості підлітків, схильних до суїцидальної поведінки. *Науковий вісник Херсонського*

державного університету. Серія: Психологічні науки. 2016. Вип. 4. С. 199–203.

45. Синишина В. М. Психологічні чинники суїцидальної поведінки серед військовослужбовців. *Матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації»: Зб. наук. праць*. Переяслав, 2021. Вип. 73. С. 118–121

46. Статистика самогубств неповнолітніх в Україні. URL: <https://hromadske.ua/samogubstvo>

47. Терлюк Л. Особливості суїцидальної поведінки у підлітків: теоретичний аспект. *Студентський науковий вісник*. 2017. № 42. С. 59–62.

48. Теслюк В., Куль А. Дослідження поширеності булінгу серед підлітків. *SWorldJournal*. 2022. №3. С. 126–130.

49. Федоренко Р. П. Психологія суїциду : навч. посіб. / Волинський національний університет імені Лесі Українки. Вид. 2-ге, змін. та доп. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 492 с.

50. Федоренко Р. П. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 224 с.

51. Федоренко Р. П. Психологія суїциду: навчальний посібник. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 492 с.

52. Федосєєва І. В. Вікові особливості суїцидальної поведінки підлітків. *Молодий вчений*. 2016. № 9.1. С. 161–165.

53. Хараджи М. В.; Kharadzhy M.; Пуха К. В.; Pukha K. Особливості розвитку емоційного інтелекту у підлітків, які перебувають у конфлікті з законом. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 12(17). С. 460–470.

54. Чернега А. О. Суїцидальна поведінка підлітків як соціально – психологічне явище. *Young scientist*. 2020. №8.1. С. 89–92. URL: <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2020/8.1/20.pdf>

55. Чумак Т. В. Попередження ризику суїцидальної поведінки підлітків: збірник наукових праць за матеріалами VII Всеукраїнської науково-практичної конференції. 2018. С. 163–166.

56. Amy Novotney. Stopping military and veteran suicides. URL: <https://www.apa.org/monitor/2020/01/ce-corner-suicide> (дата звернення: 15.07.2023).

57. Bondy B., Buettner A., Zill P. Genetics of suicide. *Molecular Psychiatry*. 2016. Vol. 11 (4). P. 336–351.

58. Bridge J. A., Goldstein T. R., Brent D. A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016. Vol. 47 (3–4). P. 372–394.

59. Bucker S., Nuraydin S., Simonsmeier B.A., Schneider M., Luhmann M. Subjective well-being and academic achievement: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*. 2018. T. 74. C. 83–94.

60. Converse P. D., Beverage M. S. Vaghef K., Moore L .S. Self-control over time: Implications for work, relationship, and well-being outcomes. *Journal of Research in Personality*. 2018. T. 73. C. 82–92.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки

(М. Горська)

Мета: виявлення схильності індивіда до суїцидальної поведінки.

Форма проведення: індивідуальна чи групова.

Час: 30-45 хв.

Вік: із 14 років.

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

Бланк опитувальника

1. Я часто невпевнений у своїх силах.
2. Нерідко мені здається безвихідним становище, з якого можна було б знайти вихід.
3. Я часто залишаю за собою останнє слово.
4. Мені важко змінювати свої звички.
5. Я часто червонію через дрібниці.
6. Неприємності мене часто засмучують, і я впадаю у розпач.
7. Нерідко в розмові я перериваю співрозмовника.
8. Мені важко переключитися з однієї справи на іншу.
9. Я часто прокидаюся вночі.
10. При великих неприємностях я беру провину на себе.
11. Мене легко роздратувати.
12. Я дуже обережний у зміні свого життя.
13. Я легко впадаю у розпач.
14. Нешастя і невдачі нічого мене не вчать.
15. Мені доводиться часто робити зауваження іншим.
16. У суперечці мене важко переконати.
17. Я переймаюся навіть через уявні неприємності.
18. Я часто відмовляюся від боротьби тому, що вважаю її марною.
19. Я хочу бути авторитетом для оточення.
20. Нерідко не полишають думки, яких слід було б позбутися.
21. Мене лякають труднощі, з якими зіткнуся в житті.
22. Нерідко почуваюся беззахисним.
23. У будь-якій справі я не задовольняюся малим, а хочу досягти максимального успіху.

24. Я легко зближуюся з людьми.
25. Я часто звертаю увагу на свої недоліки.
26. Інколи у мене буває пригнічений настрій.
27. Мені важко стримувати себе, коли я гніваюсь.
28. Я дуже хвилююсь, якщо в моєму житті несподівано щось змінюється.
29. Мене легко переконати.
30. Я відчуваю розгубленість, коли у мене виникають труднощі.
31. Мені більше подобається керувати, а не підкорятися.
32. Нерідко я виявляю упертість.
33. Мене хвилює стан мого здоров'я.
34. У скрутні хвилини я іноді поводжуся, як дитина.
35. У мене різка жестикуляція.
36. Я неохоче йду на ризик.
37. Я важко витримую очікування чогось.
38. Я думаю, що ніколи не зможу виправити своїх недоліків.
39. Я – мстивий.
40. Мене засмучують навіть незначні порушення моїх планів.

Обробка результатів:

I. Шкала тривожності: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37.

II. Шкала фрустрації: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38.

III. Шкала агресії: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39.

IV. Шкала ригідності: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40.

Інтерпретація результатів:

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

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

0-7 балів – низький рівень тривожності;

8-11 балів – середній рівень тривожності;

12-16 балів – високий рівень тривожності;

17 балів і більше – дуже високий рівень тривожності.

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

0-7 балів – низький рівень фрустрації;

8-9 балів – середній рівень фрустрації;

10-15 балів – високий рівень фрустрації;

16 балів і більше – дуже високий рівень фрустрації.

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

0-10 балів – низький рівень агресивності;

11-12 балів – середній рівень агресивності;

13-16 балів – високий рівень агресивності;

17 і більше – дуже високий рівень агресивності.

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

0-10 балів – низький рівень ригідності;

11-12 балів – середній рівень ригідності;

13-16 балів – високий рівень ригідності;

17 балів і більше – дуже високий рівень ригідності.

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

0-38 балів – рівень схильності до суїцидальної поведінки низький;

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

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

**Методика дослідження вольової саморегуляції А. Зверькова та
Є. Ейдмана**

Вік досліджуваних: з 14 років.

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

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

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

Тестовий матеріал:

1. Якщо в мене щось не виходить, то нерідко виникає бажання покинути цю справу.
2. Я не відмовляюся від своїх задумів і справ, навіть якщо доводиться вибирати між ними та приємною компанією.
3. За необхідності мені неважко стримати спалах гніву.
4. Звичайно я зберігаю спокій, чекаючи товариша, який спізнюється на призначений час.
5. Мене важко відірвати від розпочатої роботи.
6. Мене дуже вибиває з колії фізичний біль.
7. Я завжди намагаюся вислухати співрозмовника, не перебиваю, навіть якщо не терпиться йому заперечити.
8. Я завжди відстоюю свою позицію у розмові.
9. Якщо треба, я можу не спати кілька ночей (наприклад, робота, чергування) і весь наступний день бути «в гарній формі».
10. Мої плани занадто часто перекреслюються зовнішніми обставинами.
11. Я не вважаю себе терплячою людиною.
12. Не так просто мені примусити себе байдуже спостерігати хвилююче видовище.

13. Мені рідко вдається примусити себе продовжувати роботу після серії прикрих невдач.

14. Якщо я ставлюся до когось погано, мені важко приховати зневагу до нього.

15. За потреби я можу займатися своєю справою в незручних та в не пристосованих до цього умовах.

16. Мені дуже ускладнює роботу усвідомлення того, що її необхідно виконати в точно визначений термін.

17. Я вважаю себе рішучою людиною.

18. З фізичною втомою я справляюся значно краще, ніж інші.

19. Краще зачекати ліфт, ніж підійматися сходами.

20. Зіпсувати мені настрої не так просто.

21. Інколи якась дрібниця заповнює мої думки, не дає спокою, і я не можу її позбутися.

22. Мені важче, ніж іншим зосередитися на завданні чи на роботі.

23. Сперечатися зі мною важко.

24. Я завжди прагну довести розпочату справу до кінця.

25. Мене легко відвернути від справ.

26. Я іноді помічаю, що намагаюся домогтися свого всупереч об'єктивним обставинам.

27. Люди іноді заздрять моєму терпінню та допитливості.

28. Мені важко зберегти спокій у стресовій ситуації.

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

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

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

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

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

Ключ для підрахунку індексів вольової саморегуляції:

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

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

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

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

Субшкала наполегливості характеризує силу намірів людини – її прагнення до здійснення розпочатої справи. На позитивному полюсі – діяльні, працездатні люди, які активно прагнуть до виконання запланованого.

їх мобілізують перешкоди на шляху до мети, не відвертають альтернативи і спокуси, головна їхня цінність – розпочата справа. Таким людям притаманна повага до соціальних норм, прагнення повністю підпорядковувати свою поведінку цим нормам. У крайньому прояві можлива втрата гнучкості поведінки, поява маніакальних тенденцій.

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

Субшкала самовладання відображає рівень довільного контролю емоційних реакцій і станів. Високий бал отримують люди емоційно стійкі, які добре володіють собою в різноманітних ситуаціях. Характерний для них внутрішній спокій, упевненість у собі звільняють від страху перед невідомим, підвищують готовність до сприймання нового, непередбаченого і, як правило, поєднуються із свободою поглядів, з тенденцією до новаторства і радикалізму. Разом з тим прагнення до постійного самоконтролю, надмірне свідоме обмеження спонтанності може призвести до підвищення внутрішньої напруженості, до переважання постійної стурбованості та втоми

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

Виявлення схильності до емпатії (за методикою І. Юсупова)

Вік досліджуваного: з 15 років.

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

Текстовий матеріал:

1. Мені більше подобаються книжки про подорожі, ніж книжки про долю людей.
2. Дорослих людей дратує турбота батьків.
3. Мені подобається розмірковувати про причини успіхів або невдач людей.
4. Серед музичних творів віддаю перевагу сучасним.
5. Якщо хвора людина виявляє дратівливість та незадоволення, до цього слід ставитись поблажливо.
6. Хвору людину потрібно постійно підтримувати морально.
7. Стороннім людям не слід втручатися в особистісні конфлікти, що виникають між двома особами.
8. Літні люди зазвичай дуже образливі і вимогливі.
9. У дитинстві сумна музика викликала у мене смуток, навіть сльози.
10. Якщо мої батьки роздратовані, то це впливає і на мій настрій.
11. Мені байдуже, що мене хтось критикує.
12. Мені більше до вподоби роздивлятися портрети, ніж пейзажі або натюрморти.
13. Я вибачаю батьків навіть у тих випадках, коли вони не праві.
14. Якщо кінь погано працює, його потрібно бити.
15. Коли я читаю про драматичні події з життя людей, то переживаю так, наче це відбувається зі мною.
16. Батьки ставляться до дітей несправедливо.
17. Я не можу залишатися осторонь, коли бачу, як сперечаються підлітки або дорослі.
18. Я не звертаю уваги на поганий настрій батьків.
19. Мені подобається спостерігати за поведінкою тварин, я навіть відкладаю інші справи.
20. Фільми та книжки можуть викликати сльози лише у сентиментальних та несерйозних людей.
21. Мені цікаво спостерігати за людьми, їхньою поведінкою, мімікою.
22. У дитинстві я приносив додому безхатніх кошенят, цуценят.
23. Всі люди озлоблені.
24. Коли дивлюся на незнайому людину, то мені хочеться відгадати, яке в неї життя.
25. У дитинстві навколо мене збиралася купка молодших за мене дітей.
26. Коли бачу поранену тварину, намагаюсь їй допомогти.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Обробка результатів.

Перед підрахунком результатів варто перевірити ступінь щирості учня.

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

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

Результати тестування можна підрахувати за такою шкалою:

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

Аналіз результатів.

82-90 балів. Дуже високий рівень емпатійності. Людина дуже вразлива, чутлива до образ, болісно реагує на критику. У спілкуванні тонко реагує на настрій співрозмовника, погано почувається в присутності «важких людей».

Досить часто відчуває комплекс провини, побоюючись завдати комусь клопоту або образити.

63-81 бал. Висока емпатійність. Людина чутлива до проблем оточуючих, великодушна, схильна пробачати іншим недоліки та помилки. З інтересом ставиться до людей. Емоційно чутлива, комунікабельна, швидко встановлює контакт і знаходить спільну мову. Намагається уникати конфліктів, знаходячи компромісні рішення. В оцінці довіряє скоріш власним відчуттям, ніж аналітичним висновкам.

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

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

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

Дослідження імпульсивності (В. Лосєнков)

Вік досліджуваного: з 14 років.

Матеріали та обладнання: тест-опитувальник, ручка.

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

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

Текст опитувальника:

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

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

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

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

III. Ви завжди виконуєте свої обіцянки?

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

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

1. Дуже часто.
2. Досить часто.
3. Досить рідко.
4. Майже ніколи.

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

1. Так, завжди володію.
2. Мабуть, завжди.
3. Мабуть, ні.
4. Ні, не володію.

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

1. Таке трапляється дуже часто.
2. Буває час від часу.
3. Таке трапляється рідко.
4. Такого взагалі не буває.

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

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

VIII. Чи могли б ви назвати себе цілеспрямованою людиною?

1. Так, звичайно.
2. Мабуть, так.
3. Швидше всього, ні.
4. Ні.

IX. Чи дотримуєтеся ви у словах і вчинках прислів'я «сім разів відміряй, один раз відріж»?

1. Так, завжди.
2. Часто.
3. Рідко.
4. Ні, майже ніколи.

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

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

XI. Ви сумніваєтесь у своїх силах і здібностях?

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

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

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

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

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

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

1. Згоден, саме так воно і є.
2. Швидше всього, це так.
3. З цим я навряд чи погоджуюся.
4. Я з цим, звичайно, не згоден.

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

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

XVI. Зазвичай вас важко вивести із себе?

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

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

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

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

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

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

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

XX. Ви досить неврівноважена людина?

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

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

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

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

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

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

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