

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЛІНГВІСТИКИ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ
Кафедра соціальних технологій

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач кафедри

О.М. Котикова

« _____ » _____ 2021р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ЗДОБУВАЧА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ
«МАГІСТР»

Тема: **«СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА**
СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ»

Виконавець: **Почерняєва Вікторія Іванівна**

Керівник: **кандидат історичних наук, доцент, доцент кафедри соціальних технологій Тімкін Іван Федотович**

Нормоконтролер: _____ Н. Є. Новікова

Київ 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	7
1.1. Аналіз вивчення проблеми суїцидальної поведінки у науковій літературі.....	10
1.2. Сутність, види та засоби суїцидальної поведінки.....	20
1.3. Суїцидальна мотивація та особливості проявів суїцидальної поведінки.....	31
1.4. Соціально–психологічні чинники виникнення та перебігу суїцидальної поведінки підлітків.....	36
Висновки до першого розділу.....	46
Розділ 2. СОЦІАЛЬНО–ПСИХОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ.....	50
2.1. Профілактика суїцидальної поведінки неповнолітніх.....	51
2.2. Організація та результати дослідження суїцидальних тенденцій підлітків.....	55
2.3. Результати проведеного дослідження та їх інтерпретація.....	60
2.4. Програма профілактики суїцидальної поведінки підлітків.....	72
Висновки до другого розділу.....	86
ВИСНОВКИ.....	88
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	92
ДОДАТКИ.....	100

ВСТУП

Тема смерті пронизує все наше життя, актуалізуючись з віком. Для деяких людей вона набуває особливого значення. Самогубство завжди викликало і викликає інтерес, співчуття і, як наслідок цього, бажання розібратися в корінні і витоках цього явища, властивого тільки людині. Інтерес до проблеми самогубства спостерігається у фахівців різних областей : медиків, психологів, соціальних працівників, соціологів, педагогів. Досліджуються причини самогубств, їх статистика, вплив різних соціальних, демографічних, економічних, політичних і інших чинників.

Проблема суїцидальної поведінки є однією з важливих для сучасної України. Наша країна відноситься до держав із високим рівнем суїцидальної активності, а за останні 10 років рівень самогубств зріс майже вдвічі. У 2019 році смерть в результаті самогубства за чисельністю випередила смерть від інфекційних хвороб, хвороб ендокринної системи, смерть від гострого інфаркту міокарду та алкогольного цирозу печінки. Кількість самогубств на 100 тис. населення значно більша за кількість смертей в результаті нещасних випадків, випадкових отруєнь, утоплень та вбивств. Особливою проблемою в Україні є підліткове самогубство. За останні роки різко збільшилася кількість самогубств серед дітей віком 5-14 років (в наш час це 0,5% самогубств серед усіх вікових груп).

Надзвичайно високий рівень самогубств відзначається серед підлітків та молоді, що навчається. У віці до 13 років суїцидальні спроби рідкісні, а починаючи з 14–15 років суїцидальна активність різко зростає, досягаючи максимуму в 16–19 років. Самогубства – друга найбільша причина смертності у віковій групі від 15 до 29 років.

В Україні здійснюється на рік 34,5 дитячих самогубств на 100 тис. населення. Поряд з тим, майже 85% підлітків хоч раз у житті думали про

самогубство. Хоча насправді ніхто з цих дітей не хоче вмирати, просто для дитини думки про самогубство – часто єдиний спосіб звернути на себе увагу батьків, крик про допомогу. У 80 % випадків причиною суїциду серед підлітків виступають стосунки з близькими. За сімейними мотивами діти вдаються до суїциду в 46,9% випадків, через конфлікти з однолітками і за любовних причин – в 13,6% випадків

Більша частина випадків самогубств припадає на групу підлітків чи молоді у перехідному віці, тобто пубертатні суїциди. Підлітковий вік є найскладнішим, найсуперечливішим періодом становлення особистості. Кризовий період зумовлює значні зміни у поведінці, мисленні й уявленнях, манері спілкування. В цей період можуть з'явитися психологічні порушення, що супроводжуються стражданнями, тривожністю, пригніченістю, тобто труднощами невротичного характеру, які спричиняють дезадаптацією в повсякденному житті.

У підлітків із тенденцією до суїцидальності спостерігається своєрідне «викривлення» самосвідомості, тому будь-які різкі фізичні чи психологічні зміни дезінтегрують структуру особистості, штовхаючи до самогубства.

Проблему суїциду і суїцидальної поведінки підлітків досліджували такі вітчизняні (В. Лазаренко, М.Мінц, О.Мусаелян, О. Назаров, Р. Новгородський, А.Олійник, Н.Пихтіна, С.Піддубняк, Д.Солошенко, В.Христенко, І. Шевченко та ін.) та зарубіжні (Т. Горобець, О. Змановська, А. Калашнікова, В. Лапшін, О. Савюк, О. Сисоєв, Е. Шнейдман та ін.) науковці. Окремі аспекти суїцидальної поведінки вивчали В. Войтко, Л. Данілова, Е. Дюркгейм, Д. Лебедев, О. Тімченко та ін., саморуйнівної поведінки – А. Амбрумова, О. Іпатов, О. Трайніна та ін., суїцидальної – В. Герасимова, В. Закондиріна, Р.Масагутов, О. Скоринін-Погребна та інші дослідники.

Об'єктом дослідження виступає суїцидальна поведінка підлітків.

Предметом є соціально–психологічна профілактика суїцидальної поведінки у підлітків.

Мета роботи полягає у дослідженні особливостей та профілактики суїцидальної поведінки підлітків.

Гіпотеза дослідження: своєчасна та кваліфіковано проведена профілактика суїцидальної поведінки підлітків може здійснювати превентивну і обмежуючу функції та контролює виникнення чинників суїцидальної поведінки.

Зазначена мета передбачає виконання таких **завдань**:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми суїцидальної поведінки та розглянути механізм її виникнення та проявів у підлітків.
2. Провести емпіричне дослідження суїцидальних тенденцій підлітків.
3. Розробити соціально-психологічну програму профілактики суїцидальної поведінки підлітків.

Для досягнення поставленої мети та розв'язання завдань використано комплекс **методів дослідження**:

– *теоретичні*: аналіз, синтез, порівняння сучасних наукових досліджень з проблем вивчення суїцидальної поведінки підлітків та молоді в сучасних умовах, а також їх узагальнення, класифікація й систематизація;

– *емпіричні*: спостереження, бесіда, анкетування на визначення особливостей суїцидонебезпечних станів особистості, психодіагностичні методики на з'ясування рівня суїцидальних ризиків.

Практичне значення отриманих результатів полягає у тому, що зміст і результати дослідження можуть бути використані майбутніми соціальними працівниками під час вивчення тем із профілактики суїцидальної поведінки підлітків, а також при розробці та реалізації нових профілактичних програм працівниками ЦСССДМ, членами громадських об'єднань, громадянами, які займаються вищезгаданою проблематикою. Матеріали, подані у роботі, мають на меті допомогти соціальним працівникам, соціальним педагогам і психологам закладів освіти та працівникам соціальних служб при здійсненні

профілактичної роботи у даному напрямі.

Структура роботи. Дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Обсяг основної роботи – 99 сторінок. Список використаної літератури включає 85 найменувань.

Розділ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Німецький психіатр А. Ваєр 100 років тому писав: «Яке жахливе протиріччя у тому, що дитина, народжена і призначена безпосередньо для радісної та безневинної насолоди життям, сама накладає на себе руки» [15, С.12].

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.

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.

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 в усіх країнах і не завжди ставлення до самогубства мало заохочувальний характер. Завжди негативно до цього явища ставилися євреї. 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 самовбивць 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 сприймала 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).

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: самогубцям 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 досягають того віку, коли можна приймати виважені рішення, а отже, не повинні відповідати за наслідки своїх дій.

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 II заповіді самогубців визнавалися недійсними. Самогубство вважалось не лише великим гріхом – його прирівнювали до вбивства.

Перший карний кодекс нової пролетарської держави (1922р.) 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.

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.

1.1. Аналіз проблеми суїцидальної поведінки у науковій літературі.

Розглядаючи проблему суїцидальної поведінки, доцільно уточнити сутність термінів, які використовуються у наукових дослідженнях для тлумачення поняття «самогубство». У науковій психологічній, соціально-педагогічній, соціологічній літературі поряд з терміном «суїцидальна поведінка» (А. С. Калашнікова [16], А. В. Олійник [30], А. М. Сисоєв [44] та ін.) зустрічаються такі синоніми цього поняття, як «аутоагресія», «саморуйнівна поведінка» (А. Г. Амбрумова [3, с. 29-36], Є. Г. Трайніна [65, с. 29-36], А. В. Іпатов [25] та ін.), «аутодеструктивна поведінка» (Т. Н. Горобець [10, с. 236-318], В. Е. Лапшин [18] та ін.). Усі ці терміни включають різні форми суїцидальної поведінки – від несуїцидальної аутоагресії до завершених суїцидів [19, с. 21].

Суїцидальна поведінка є одним із проявів девіантної поведінки, адже являє собою вчинок, що відхиляється від норми, прийнятої в суспільстві [18, с. 27]. Суїцид – навмисне, заздалегідь обдумане позбавлення себе життя, один

з видів насильницької смерті. Людська властивість самознищення існує як «зворотний бік» її саморегулюючої поведінки.

У накових джерелах зазначається, що «самогубство, суїцид (лат. *зні саейге* – вбивати себе) – умисне спричинення власної смерті, часто вчинене з відчаю, причину якого часто відносять до психічних розладів таких як депресія, біполярний розлад, шизофренія, алкоголізм чи наркотична залежність» [28].

Засновником суїцидології вважається Еміль Дюркгейм, французький соціолог. У 1897 році у праці «Самогубство» дослідник акцентує увагу, що самогубство є соціальним фактом. Адже суїцид є наслідком міжособистісного спілкування. Науковець вказує на те, що менш схильними до суїциду є люди, у яких потужно розвинена сітка соціальних зв'язків. За теорією Е. Дюркгейма існує *три види суїцидів*. 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 аномічне (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 нових 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 [20].

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 бажають піти від нестерпних умов справжнього життя, здійснюючи самогубство, а поспішають зі своїм метафоричним поверненням у черво 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.

Послідовник Карла Юнга психоаналітик Джеймс 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» [55].

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 пропасть або лихоманки».

У психології Г. С. 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. С. Салівена, – переорієнтоване на себе вороже ставлення індивіда до інших людей і зовнішнього світу» [53].

Карен Хорні 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.

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.

На думку Е. Шнейдмана, аутоагресивна поведінка – це «дії, спрямовані на нанесення якої-небудь шкоди своєму соматичному або психічному здоров'ю» [46, с. 7]. До суїцидальної поведінки відносяться суїциди, парасуїциди, суїцидальні думки, а також несуйцидальні прояви – психологічна аутоагресія (самозвинувачення, самоприниження; почуття злості, ненависті, відрази до себе), фізична аутоагресія (спричинення болю, страждання) [16], поведінка, що призводить до нанесення собі шкоди без усвідомлення існування суїцидальних намірів (алкоголізм, наркоманія, анорексія, переїдання, провокуюча поведінка, травматичні види спорту, ризикована сексуальна поведінка) [47, с. 98–105].

Що стосується поняття «саморуйнівна поведінка», то воно включає такі

форми поведінкових проявів, як «суїцидальну поведінку, харчову і хімічну залежність (зловживання психоактивними речовинами), фанатичну, аутичну, віктимну поведінку, діяльність з вираженим ризиком для життя (екстремальні види спорту, істотне перевищення швидкості при їзді на автомобілі та ін.)» [12]. Також до саморуйнівної поведінки можна віднести участь підлітків у таких групах, як «Синій кит», «Розбудіть мене в 4.20», де підлітки беруть участь у «квест-грі», «метою якої є нанесення собі самоушкоджень з фіксацією цього за допомогою гаджетів та викладення цих фото в мережі, і останнім кроком – самогубство» [39].

Досліджуючи питання саморуйнівної поведінки людини, О. Нечушкіна відмічає, що саморуйнівна поведінка включає в себе «активність індивіда, що призводить до погіршення здоров'я внаслідок його необізнаності стосовно правил самозбережувальної поведінки; активність, що суб'єктивно розглядається індивідом як така, що спрямована на збереження здоров'я, проте об'єктивно шкодить йому (суперечливі рекомендації традиційної, народної та «популярної» медицини); активність індивіда, що призводить до погіршення здоров'я, незважаючи на поінформованість про те, що подібна поведінка є шкідливою» [35, с. 322–323].

Аутодеструктивна поведінка розглядається науковцями як поведінка, що «відхиляється від психологічної норми, часто медичних норм, загрожуючи цілісності й розвитку особистості» [36]. Вона включає в себе суїцидальну поведінку, поведінку, яка несе загрозу для життя, коли людина надає перевагу екстримальним видам діяльності, віктимну поведінку, адиктивну поведінку (зокрема, фанатичну).

Таким чином переважна більшість сучасних дослідників розглядають суїцидальну поведінку як синонім аутоагресії, саморуйнівної поведінки та суїцидальної поведінки. Термін «суїцидальність» більшість науковців тлумачать як поняття, що «об'єднує:

- 1) завершені самогубства;

- 2) суїцидальні спроби; приготування до спроби піти з життя;
- 3) суїцидальні думки;
- 4) нанесення собі ушкоджень без бажання піти з життя; нанесення собі ненавмисних ушкоджень;
- 5) поведінку, що призводить до нанесення собі шкоди без усвідомлення існування суїцидальних намірів» [47, с. 98–105].

Отже, поведінку людини можна назвати суїцидальною у тому випадку, якщо усвідомлені чи неусвідомлені вчинки особистості відхиляються від норми і несуть психологічну чи фізичну загрозу самій людині.

Розглядаючи проблему суїцидальної поведінки, вчені виокремили певні підходи до розуміння її сутності, виходячи з причин, які спонукають людину до аутоагресії [27, с. 140–143].

В основі психоаналітичного підходу до розуміння суїцидальної поведінки лежить положення, що аутоагресивна поведінка є результатом «складної взаємодії інстинкту життя з інстинктом смерті» [29, с. 20–31]. Яскравим представником цього напрямку є Зигмунд Фрейд, який убачав причину суїцидальної поведінки людини у негативному відношенні її до оточуючого світу, вади якого породжують агресію, і «надалі, під тиском «СуперЕго», змінюють свій напрям із зовнішнього на внутрішній» [28]. 27 квітня 1910 р. на засіданні Віденського психоаналітичного суспільства відбулася дискусія з теми «Самогубство у дітей». Фрейд стверджував, що у своєму прагненні відучити дітей від їхнього досвіду ранніх сексуальних стосунків, педагоги часто залишають ще незрілих учнів перед суворими випробуваннями 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 Фрейда про існування інстинкту смерті.

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 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» [28].

Суїцид і вбивство – це прояви імпульсного і руйнівного впливу Танатоса. Убивство – це агресія, спрямована на інших, а суїцид – це агресія, спрямована на себе. Дуже важливо, підкреслював 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. Психолог робить висновки, що «агресія постійно існує в організмі у вигляді імпульсу, існування якого обумовлено самою природою людського існування» [28].

Прибічниками цього підходу є А. Адлер, С. Гроф, Р. Літмен, К. Меннінгер та інші.

«Бути людиною – означає відчувати свою неповноцінність». Ця теза є основним положенням «індивідуальної психології» Альфреда Адлера [11]. 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» [11].

Зокрема, американський вчений К. Меннінгер виділив «компоненти суїцидальної поведінки: агресія, бажання вбити: суїциденти, які являються інфантильними особистостями, реагують зі злістю на перепони, які стоять на шляху до реалізації їх бажань; провина, звернення агресії на себе бажання бути

вбитим: людина страждає від докорів сумління у зв'язку із порушенням моральних норм, бачить спокутування провини лише в припиненні життя; бажання померти: являється поширеним серед людей, схильних піддавати своє життя необґрунтованому ризику, а також серед хворих, які вважають смерть єдиним виходом при тілесних та душевних стражданнях» [33]. 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.

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 відчують, 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» [67]. Бажання убити в цьому випадку звертається проти «охочого» і реалізується шляхом самогубства.

По–друге, необхідно відчувати бажання бути убитим. Подібно до того, як вбивство є крайньою формою агресії, бажання бути убитим 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.

Представником анатомо-морфологічного підходу є У. Шелдон,

американський лікар і психолог, який стверджував, що «схильність до суїцидальної поведінки визначає конституція тіла» [29, с. 20–31].

Гуманістичний підхід, представниками якого є А. Маслоу, Р. Мей, К. Роджерс, розглядає аутодеструктивну поведінку як феномен, адже «від форми прояву, спрямованості, свідомості залежить вирішення екзистенціального протиріччя» [78].

Феноменологічний напрямок виділився із гуманістичного підходу. Його яскравим представником є Е. Шнейдман – американський психолог, засновник сучасної теорії суїциду. Едвін Шнейдман був першим директором Центру досліджень і профілактики суїцидів 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. Шнейдман, 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 з 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.

Згідно з цим напрямком, аутоагресія розглядається як єдиний спосіб вирішення всіх проблем. Учений описав «декілька найбільш вагомих характеристик суїцидальної поведінки: відчуття нестерпного душевного

болю, ізолюваності від суспільства, безнадійності та безпомічності, думки про смерть як єдиний засіб вирішення всіх проблем» [89].

Отже, можна сказати словами Е. Шнейдмана: «смерть наближається через необережності, необачності, безрозсудності, забудькуватості людини або внаслідок інших схожих психологічних механізмів» [89].

Його поплічник К. Фарбероу заснував концепцію саморуйнівної поведінки, яка розглядає цю проблему у ширшому розумінні: не лише самогубства, але й алкоголізм, токсикоманія, невиправдана схильність до ризику є формами суїцидальної поведінки. Норман Фейбероу є психологом – дослідником, який працює в галузі профілактики самогубств 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 самодеструктивної поведінки, які до цього не належали до суїцидальних. Наприклад, зловживання 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, такі 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» [56].

Що стосується когнітивного підходу, який розглядає аутоагресивну поведінку як наслідок когнітивних спотворень, то його яскравий представник А. Бек «вказує на чутливість аутоагресорів до фруструючого фактора невизначеності, недостатню здатність контролювати свої емоції, а також на

схильність до імпульсивного, необдуманого відреагування, афекту» [3].

Акмеологічний напрямок розглядає аутоагресивну поведінку як складний особистісний комплекс .

Як бачимо, зарубіжні дослідники пропонують різні напрямки, концепції, які пояснюють суїцидальну поведінку як крайню форму суїцидальної поведінки. Найбільш активно цю проблему у наукових колах почали піднімати з кінця ХІХ–початку ХХ століття [4, с. 84–117]. Так, Е. Дюркгейм довів, що кількість самогубств напряму пов'язана з рівнем соціальної інтеграції людини, наскільки «індивід відчуває себе частиною великої групи» [34, с. 56].

Більшість сучасних науковців (А. Амбрумова, О. Савюк, В.Тихоненко та ін) розглядають аутоагресивну поведінку як «наслідок соціально–психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитого нею мікросоціального конфлікту» [1, С.29–36], а суїцидальною поведінкою називають «будь-які внутрішні і зовнішні форми психічних актів, що спрямовуються уявленнями про позбавлення себе життя» [4].

Отже, аналіз соціально-психологічних досліджень проблеми суїцидальної поведінки показав, що суїцид розглядається відповідно до конкретної історичної епохи та соціокультурного середовища. Основною причиною суїцидальної поведінки є соціальна дезадаптація і низький рівень соціальної інтеграції особистості.

1.2. Сутність, види та засоби суїцидальної поведінки

Фахівці визначають суїцид тобто самогубство, як усвідомлювані, навмисні дії, спрямовані на добровільне позбавлення себе життя, що призводять до смерті. Ознаками поняття «самогубство» виступають:

- 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.

Американські психологи, зокрема А. Бергман, підкреслює, що суїцид – це навмисне самопошкодження зі смертельним кінцем, він є виключно людський акт, який зустрічається в усіх культурах. Разом з тим, слід відрізнити самогубство від спроби самогубства, яку Е. Дюркгейм «вбачав у припиненні самовбивчого акту, перш ніж настає смерть. Він вважав, що від власне суїциду не так вже відрізняються вчинки, в яких люди ризикують життям в різних ситуаціях: при актах хоробрості і самопожертви задля порятунку інших, у небезпечних заняттях, ризикованих видах спорту, де є гра зі смертю з прагненням її уникнути, при надмірному виснаженні себе працею, при недбалому ставленні до свого здоров'я, цілковитій відсутності турботи про нього, при легковажному нехтуванні безпекою тощо [3].

Тому вивчення природи суїциду має враховувати цей більш широкий контекст, в центрі якого лежить саме факт самогубства, а навколо нього – більш численні факти свідомого чи несвідомого нехтування життям, як вищої цінності людини. Це підтверджує світова статистика, яка свідчить, що за рік на земній кулі гине від самогубства близько мільйона людей, а спроб самогубств, як вважається, у десятки разів більше. До цього можна додати численні випадки замаскованих самогубств (у транспортних аваріях, хворобах, частині вбивств тощо). Через це деякі мислителі вважають самогубство однією з центральних філософських проблем. Розв'язуючи цю проблему, психологи, лікарі, соціальні працівники, педагоги, використовуючи засоби профілактики, корекції, терапії тощо, утверджують цінність життя, цінність людини, цінність особистості, як вищу гуманістичну цінність світу.

Суїцидальна поведінка – різні форми активності людей, зумовлені прагненням позбавити себе життя і черговим засобом розв'язання особистісної кризи, що виникла при зіткненні особистості з перешкодою на шляху задоволення її найважливіших потреб. На тлі гострого

емоційного стану криза досягає такої інтенсивності, що людина не може знайти правильного виходу зі сформованої ситуації. Вона втрачає сенс життя.

Зазвичай самогубство розглядається як феномен соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціальних конфліктів [10]. Суїцидальна поведінка має внутрішні і зовнішні форми свого прояву.

Внутрішні форми:

- антівітальне подання (тобто роздуми про відсутність цінності життя);
- пасивні суїцидальні думки (представлення на тему своєї смерті при відсутності чіткого задуму на самовільне позбавлення себе життя: «добре б померти» і т. д.);

- суїцидальні задуми;

- суїцидальні наміри.

Зовнішні форми:

- суїцидальні висловлювання;

- суїцидальні спроби;

- завершений суїцид [60].

Суїцидальні задуми – це більш активна форма прояву суїцидальності. Тенденція до самогубства наростає у формі розробки плану: продумуються способи, час і місце самогубства.

Суїцидальні наміри з'являються тоді, коли до задуму приєднується вольовий компонент – рішення, готовність до безпосереднього переходу у зовнішню поведінку.

Суїцидальна спроба – це цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя, не закінчилося смертю. Спроба може бути оборотною і незворотною, спрямованою на позбавлення себе життя або на інші цілі.

Завершений суїцид – дії, завершені летальним результатом. Період від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізації називається *пресуїцид*. Тривалість його може обчислюватися хвилинами (гострий пресуїцид) або місяцями (хронічний пресуїцид). У випадках тривалого пресуїцида процес

розвитку внутрішніх форм суїцидальної поведінки чітко проходить описані вище етапи. При гострих пресуїцидах послідовність не виявляється і можна спостерігати появу суїцидальних задумів і намірів відразу [5].

Пресуїцид включає дві фази:

1. Предиспозиційна фаза характеризується найвищою активністю людини (період пошуку «точки опори»), але ця активність не супроводжується суїцидальними виконавчими діями. У міру того, як вичерпуються варіанти поліпшення ситуації, міцніє думка про її нерозв'язності. Суїцидент гостро відчуває нестерпність існування і, ймовірно, констатує відсутність бажання жити, але думки про самогубство блокуються механізмами захисту. Ще зберігається можливість надати допомогу людині, вивести її з глухого кута.

2. Власне суїцидальна фаза починається, якщо суїцидент не знайшов виходу з кризи, не отримав підтримки, і триває аж до замаху на своє життя. На цьому етапі відбувається поглиблення дезадаптації: у людини виникають суїцидальні думки, а пізніше і обдумування способу самогубства. На цьому етапі зусилля щодо запобігання самогубства, як правило, малоефективні. Необхідне втручання лікаря-психіатра [36].

Структура суїцидальної поведінки:

- 1) соціально-ситуаційні фактори;
- 2) особистісні фактори;
- 3) конфлікт;
- 4) соціально-психологічна дезадаптація;
- 5) крах ціннісних установок (втрата сенсу життя);
- 6) провокуючі фактори;
- 7) мотиваційна готовність;
- 8) схильні зовнішні фактори;
- 9) пресуїцид;
- 10) суїцид.

Існують три основні ознаки наближення суїциду:

•прихований гнів: гнів приховують, видаючи за інші почуття, він спрямований всередину себе, похований, але наявність його можна помітити, тяжка втрата; стан справ не поліпшується, ніхто не може допомогти, немає ніякої надії;

- людина охоплена почуттям безпорадності;
- відхід з життя, в силу його важливості, краще відкласти на деякий час, спокійно все обдумати і т. д. [31].

Розрізняють декілька видів самогубств :

1. Неусвідомлюване самогубство;
2. Самогубство, як ризикована гра і ризикована безпечність;
3. Психопатологічне й агресивно-невропатичне самогубство:
 - а) маніакальне самогубство осіб, охоплених галюцинаціями або маячними ідеями;
 - б) самогубство меланхоліків, що перебувають у стані великого занепаду духу, глибокої скорботи, гіпертрофованих докорів совісті, суму, журби;
 - в) самогубство охоплених нав'язливими ідеями;
 - г) автоматичне чи імпульсивне самогубство;
4. Самогубство психічно-нормальної людини з наступними видами суїцидальної поведінки:
 - а) демонстративно-шантажова форма суїцидальної поведінки:
 - завершені і незавершені самовбивчі дії;
 - поведінка суїцидентів із тривалим і сталим прагненням до смерті; короткочасним, але рецидивним ставленням, що час від часу повторюється; миттєвим, імпульсивним, рецидивним ставленням до смерті;
 - непрямий, напівнавмисний, напівпереднавмисний суїциди, суїцидальний еквівалент, незавершений суїцид, парасуїцид;
 - можливий суїцид, суїцидна гра, провокації агресії на себе;
 - серйозний та несерйозний суїциди;

➤ суїцидні феномени.

б) внутрішні та зовнішні форми суїцидальної поведінки:

➤ внутрішні форми: суїцидальні думки, уявлення, емоційні переживання, задуми, наміри;

➤ зовнішні форми: суїцидальні спроби і завершені суїциди;

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

г) альтруїстичний суїцид, який відбувається у формі самопожертви задля захисту інтересів групи (японські пілоти–камікадзе, релігійні фанатики тощо);

д) аномічний суїцид, який виникає внаслідок знемоги;

е) спровокований засобами масової інформації суїцид;

є) депресивно спричинений суїцид [71].

Ерл Гроллман виділяє особливий вид суїцидів, а саме полунамірених, які виражаються в таких формах [22, С.78]:.

1.Непряме самогубство;

2.автоцид;

3.алкоголізм;

4.наркоманія;

5.самовбивство в результаті нещасного випадку;

6. альтруїстичне самовбивство.

Науковці визначають *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.

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 конформності, схильність до сумнівів, нестійкість емоційної сфери, невпевненість у собі, залежність від оточення, несформованість системи цінностей, нездатність адекватно переробляти конфлікти в міжособистісній сфері, вразливість, інтровертованість, збудливість, нестійкість настрою, схильність до депресивних розладів, неадекватна самооцінка.

Усі ці характерні особливості за наявності особово-травматичної 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.

Виділяються такі загальні психологічні особливості, що характеризують суїцидальну поведінку.

Егоцентризм – людина зосереджена лише на своїх переживаннях, стражданнях. Усе інше для неї просто перестає існувати. Егоцентризм суїцидента вказує на самознищення, високий негативізм до себе.

Аутоагресія – це негативне ставлення до себе, що досягло свого крайнього ступеня. Виявом аутоагресії є самозвинувачення із безмірним перебільшенням своєї провини, негативна самооцінка, думки про самогубство і суїцидальні дії. Аутоагресії в поведінці суїцидента практично завжди передують гетероагресія до близьких людей: підозрілість, необгрунтовані звинувачення, байдуже ставлення до хвороби або смерті іншої людини.

Песимістична внутрішня установка на перспективі виходу з кризи – суїцидальні думки і наміри, стан депресії, тривоги, відчуття провини, підготовка і реалізація суїцидальних дій.

Паранояльність – це ригідність нервово-психічних процесів, наслідок розумових стереотипів, моральний догматизм, схильність до утворення надцінних ідей (під час суїцидальної поведінки – це ідея «відходу з життя» як єдиного способу виходу з кризи).

Виділяють чотири види самогубства:

- егоїстичне (найбільш поширене);
- аномічне;
- фаталістичне;
- альтруїстичне.

Егоїстичне самогубство трапляється, коли індивід слабо пов'язаний із суспільством і живе повністю від нього відокремлюючись. Суть полягає у відчуженості. Людей, схильних до такого виду суїциду, мало що пов'язує з навколишнім світом, оточуючими, у них незначна залежність від людей, схильність до самоти.

Аномічне самогубство – це результат неспроможності людини пристосуватися до швидких змін у суспільстві. Це вид самогубства, коли людина не може раціонально справитися з труднощами і бачать єдиний вихід у смерті. Таке часто трапляється, коли раптово змінюються взаємовідносини людини із суспільством. Наприклад, в успішного учня трапляється низка зривів на одному з предметів і вчитель замість підтримки констатує закономірність того, що трапилося.

Альтруїстичне самогубство трапляється, коли індивід відчуває надобов'язок і ставить інтерес групи вище за власний, коли людина тісно пов'язана з іншими людьми, колективом і готова піти заради нього на все, наприклад, льотчики-камікадзе часів Другої світової війни або людина, що здійснює самоспалення, щоб привернути увагу до якоїсь проблеми.

Фаталістичне самогубство – це результат посиленого контролю групи над індивідом, якому стає нестерпною надмірна опіка.

Самогубства можна класифікувати ще й по-іншому.

Протест або помста – людина вважає, що ніхто її не любить, ніхто не розуміє. Агресію на кривдників вона переносить в агресію на себе.

Заклик – людина вважає, що вона нікому не потрібна, тому своїм вчинком виявляє заклики до оточення про допомогу. Мета суїциду змінити ситуацію за допомогою інших людей. Найбільш часто ці види самогубств трапляються у осіб, яким властивий егоцентризм, негативізм та емоційна нестійкість.

Уникнення – людина випробовує якість страждання і вважає, що далі їй буде ще гірше і вона не в силах це пережити. Єдиний спосіб уникнення – смерть.

Самопокарання – людина зробила вчинок, який вона не може собі пробачити. Відбувається роздвоєння особи на «суддю» і «підсудного». Караючи себе, вона тим самим спокутує свою провину.

Відмова – людина відмовляється від життя внаслідок того, що, на її думку, вона втратила щось важливе для себе і ніколи не поверне того, що було.

Встановлено, що лише у 10 % підлітків у разі самогубства є справжнє бажання покінчити із собою, в останніх 90 % — це «крик про допомогу». Часто суїцидальні дії підлітків мають демонстративний характер, здійснюються у вигляді своєрідного шантажу.

А. Е. Лічко описує три типи суїцидальної поведінки: демонстративна, афектна та справжня (дійсна).

Демонстративна суїцидальна поведінка проводиться для впливу на оточення, щоб позбутися неприємностей, викликати жалість, співчуття або просто привернути до себе увагу, а можливо, і покарати когось, викликавши гнів з боку оточення. Дійсного наміру покінчити з життям тут немає. Людина, яка здійснює демонстративний суїцид, розраховує на те, що її вчасно врятують. Способи суїциду зазвичай лише безпечні (порізи вен на передпліччі,

ліки з домашньої аптечки) або розраховані на те, що серйозна спроба буде попереджена оточенням (приготування до повішення, зображення спроби стрибнути з вікна або кинутися під транспорт на очах у присутніх тощо). Місце і час особа вибирає так, щоб її вчасно помітили і надали допомогу. Суїцид здійснюється або на очах у присутніх, або за декілька хвилин до їхнього приходу. Підлітки найчастіше вдаються до такого типу суїциду.

Часта суїцидальна «сигналізація» нерідко передуює демонстрації або супроводжує її: пишуться прощальні записки, робляться «таємні» зізнання товаришам, записуються в соціальних мережах «останні слова» тощо. Причиною, що підштовхнула підлітка на «суїцид», він сам найчастіше називає «нещасливе кохання». Проте за цим криється лише романтична завіса або ж просто вигадка, спрямована на те, щоб «облагородити» свою особу, створити навколо себе ореол винятковості.

Справжньою причиною найчастіше виявляється уражене самолюбство, втрата цінної для підлітка уваги, страх дескредитації в очах оточення, особливо однолітків. Звичайно, знехтуване кохання завдає чутливого удару по особистості підлітка; тим більше, якщо це відбувається на очах однолітків.

Іншою причиною демонстративного суїциду може бути необхідність вийти із серйозної ситуації, у яку потрапив підліток, уникнути покарання, викликати співчуття. Саме демонстративний суїцид із переживаннями і метушнею оточуючих може давати деяке задоволення «егоцентризму» підлітка. У пошуках справжніх причин такого суїциду важливо також зазначити, де здійснюється його спроба, кому вона адресована. Якщо причиною є розлад відносин із коханою людиною, а демонстрація здійснюється так, що вона не може не побачити; інколи криється також і у відносинах із матір'ю. Якщо причина – знехтуване кохання, а спроба суїциду здійснюється на очах у перехожих, наприклад, перед школою, то можна припустити, що справжньою причиною є серйозні неприємності у школі (конфлікт із учителями або адміністрацією). Суїцидальні демонстрації, що

здійснюються повторно (особливо якщо попередні «мали успіх»), перетворюються «суїцидентом» у своєрідний поведінковий стереотип, до якого вдаються у випадках виникнення конфліктів як до способу їх вирішення.

У деяких підлітків суїцидальні наміри можуть мати характер явного шантажу. Такі спроби найчастіше спровоковані покараннями, які підліток вважає несправедливими, бувають забарвлені відчуттям помсти кривднику, бажанням завдати йому великих неприємностей.

Іншою причиною демонстративного суїциду можуть бути ревності, що виникають у деяких підлітків до об'єкта свого захоплення (закоханості). Така спроба найчастіше може здійснюватися під час сцени ревностей зазвичай на очах у коханої, тому переляк подруги приносить чимале задоволення.

Іноді суїцидальні демонстрації можуть бути наслідком реакції на гострі афектні ситуації. Подібні «афекти» у підлітка найчастіше можуть бути викликані самолюбством, приниженням в очах оточення, втратою надій. На тлі сильного афекту в якийсь момент його розвитку може виникнути справжня суїцидальна мета або бажання махнути на все рукою і покластися на волю випадку. На тлі афекту демонстративні дії можуть завершитися суїцидом, оскільки вони за задумом переходять межу безпечного і призводять до смертельного результату.

Цей вид суїцидальної поведінки розвивається на висоті афекту. У якийсь момент може виникнути думка про те, щоб піти із життя, але найчастіше спроба суїциду має демонстративний характер. Проте на висоті афекту людина може зважитися і на справжній суїцид.

Суїцидальна поведінка може виникати на тлі афектних переживань у деяких підлітків і в так званих «депресивних фазах», якщо в цей час підліток піддається в результаті збігу обставин психічній травматизації, що укріплює в ньому не лише його власні уявлення про свою неповноцінність, а й думки і

бажання суїциду як «єдиного засобу» позбавлення від суб'єктивно нестерпних важких умов дійсності.

Істинна (правдива) суїцидальна поведінка це результат обдуманого рішення піти із життя. Можливі неодноразові спалахи суїцидальних думок без здійснення яких-небудь спроб. Вони можуть з'являтися під час ударів життя по «слабких місцях» підлітка, особливо, якщо у підлітка виникають уявлення про власну неповноцінність, і в критичних ситуаціях, коли можуть мати дійсний суїцидальний характер.

1.3. Суїцидальна мотивація та особливості проявів суїцидальної поведінки

Зовнішні та внутрішні умови полегшують виникнення суїцидальної поведінки, але не визначають його. Справжніми причинами, що «запускають» суїцид, є внутрішні мотиви.

Нерідко суїцидальна мотивація має форму емоційного відгуку на кризову ситуацію. Типовими травматичними для особистості подіями є втрата близької людини, розлучення або розлука. Втрата роботи або здоров'я, загроза кримінального покарання або викриття також сприяють виникненню суїцидальної поведінки. Іноді подібні реакції слідує за великими успіхами - просуванням по службі, різке зростання їх відповідальністю, досягненням заповітної мети і т. п.

У різних ситуаціях можуть діяти різні мотиви суїцидальної поведінки: протест, помста, заклик про допомогу, уникнути страждання, самопокарання, відмова від існування [28].

Наприклад, у суїцидальних спробах молодого людини можна виділити наступні спонукання. Це може бути сигнал «зауважте на мене; я потребує допомоги». Також підлітки можуть намагатися маніпулювати іншими, наприклад дівчинка приймає велику дозу пігулок, щоб змусити свого друга повернутися до неї. Інший варіант - прагнення покарати інших, можливо,

сказати батькам: «Ви пошкодуєте, коли я помру». Реакція на почуття надсильного сорому чи провини, прагнення уникнути зіткнення з надзвичайно хворобливою ситуацією, дію ЛСД та інших наркотиків - все це приклади мотивуючих факторів.

Стресові ситуації актуалізують індивідуально забарвлені надцінні переживання (індивідуальні сенси), які можуть носити як стійко-особистісний, так і ситуаційний характер. А.Г.Амбрумова виділила шість типів непатологічних реакцій у дорослих людей з суїцидальною поведінкою:

- емоційний дисбаланс (наявність негативних афектів);
- песимізм (все погано, ситуація не має виходу, в майбутньому немає нічого хорошого);
- негативний баланс (раціональне сверхкритично «підведення життєвих підсумків»);
- демобілізація (відмова від контактів і діяльності через почуття самотності і знехтуванням);
- опозиція (агресивна позиція із звинуваченнями на адресу оточуючих, що переходить в аутоагресивних, частіше демонстративну);
- дезорганізація (стан тривоги з вираженими соматовегетативних порушеннями).

Нерідко підкреслюється тісний зв'язок між суїцидом і любовним потягом. Смерть у цьому випадку може мати особливий сенс для люблячої людини – можливість возз'єднатися з коханим після смерті або знайти ту любов, на яку вона марно сподівалася за життя. При пристрасній закоханості суїцидальну поведінку є спробою відновити втрачений контроль над собою, зняти нестерпне напруження [5].

Аналізуючи почуття, що стоять за суїцидальними діями, можна видіти чотири основні причини самогубства:

- ізоляція (почуття, що тебе ніхто не розуміє, тобою ніхто не цікавиться);

- безпорадність (відчуття, що ти не можеш контролювати життя, все залежить не від тебе);
- безнадійність (коли майбутнє не віщує нічого хорошого);
- почуття власної незначущості (вражене почуття власної гідності, низька самооцінка, переживання некомпетентності, сором за себе) [32].

Психоаналітична традиція дозволяє наблизитися до розуміння глибинних механізмів суїцидальної поведінки – його несвідомих мотивів. Давно помічено, що декларовані мотиви поведінки часто не відповідають його дійсним причин. Психоаналітичні дослідження дозволяють розмежувати свідомі і несвідомі детермінанти суїцидальності.

Спочатку в психоаналізі була прийнята гіпотеза К. Абрахама та З. Фрейда, що пояснює суїцидальну поведінку як результат звернення агресії проти власної особистості внаслідок втрати об'єкта. У роботі «Сум і меланхолія» З. Фрейд розкриває динаміку самогубства через агресію до тієї частини Я, яка інтроєцировать травмує (втрачений) об'єкт. Таким чином, Я розправляється з «поганими» внутрішніми об'єктами. Дана теорія містила одне важливе нововведення – визнання провідної ролі близької людини в динаміці суїцидальної поведінки.

Так, на втрату об'єкта (втрата, розчарування, розрив) людина, схильна до депресії, спочатку реагує ненавистю. Але в силу надзвичайної значущості об'єкта віна змушена захищатися від афекту. Ненависть, спочатку спрямована на втрачений об'єкт, обертається проти власної персони. Розвивається важкий депресивний стан (меланхолія, за Фрейдом), наслідком якого і стає суїцид [72].

У більш пізніх роботах З. Фрейда самогубство розглядається як прояв вродженого потягу до смерті. Суїцидальна поведінка має місце в тому випадку, якщо саморуйнівні імпульси значно переважають над імпульсами до самозбереження.

Розвиваючи ці ідеї, Меннінгер вказував, що в кожній суїцидальній дії можна виявити три тенденції:

- бажання вбити (дериват спрямованої назовні агресії),
- бажання бути вбитим (наслідок докорів совісті у зв'язку з першим бажанням);
- бажання померти – бути мертвим (похідне потягу до смерті в чистому вигляді) [54].

Ці тенденції проявляються у мотивах помсти, аутоагресії, догляду, «тимчасової смерті», самопокарання, символічного виконання сексуальних бажань, і т. п. [45].

Оскільки крім потягу до смерті є ще потяг до життя(що складається з сексуального потягу і потягу до самозбереження), остільки суїцидальні дії поряд з деструктивними містять також і конструктивні мотиви. Такими можуть бути: заклик про допомогу, пошук контакту, втеча від небезпеки, бажання паузи або відходу. Таким чином, в суїцидальних діях одночасно виявляються протилежні наміри: агресія–аутоагресія, заклик–втечу.

Рінгель прийшов до найважливішого висновку, що будь-якій суїцидальній дії передуює синдром, що складається з трьох компонентів. Це:

- інверсія агресії (звернення на себе);
- суїцидальні фантазії;
- звуження. Звуження, викликане образами, розчаруваннями та невдачами, означає регресивну тенденцію розвитку (часткове повернення на попередні стадії). У результаті чого обмежуються внутрішні і зовнішні можливості розвитку, редукуються міжособистісні відносини, спотворюється об'єктивне сприйняття. Автор вважає, що в основі регресії лежить важка невротизація в дитинстві з переживанням «незахищеності».

Іншою ознакою депресії і суїцидальної поведінки є порушення регуляції самооцінки. Основою для розвитку такої нарцисичної уразливості може бути:

- рання розлука з матір'ю у віці від шести місяців (Р. Шпіц);
- відсутність прийняття та емоційного розуміння з боку матері в ранньому віці 16 - 24 міс.

Це, у свою чергу, призводить до амбівалентності, агресивному примусу батьків, депресивного афекту. У дитини не формуються внутрішні психологічні структури, здатні регулювати самооцінку.

Отже, ще одним несвідомим механізмом формування суїцидальної поведінки може бути надмірна нарцисична потреба. Відомо, що нарцисизм пов'язаний з почуттям грандіозності та необхідністю отримувати підтвердження своєї цінності ззовні. Іншою стороною нарцисичної динаміки є переживання сорому, заздрості, порожнечі й неповноцінності. Об'єктивно несприятливі ситуації, пов'язані з поразками, відсутності успіху, конфліктом, стресом, можуть посилити дані афекти до рівня їх нестерпності і появи суїцидальних намірів [47].

Відповідно до теорії нарцисизму, суїцидальна поведінка є компенсацією нарцисичного кризи за рахунок регресії до гармонійного первісного стану. Ця модель також успішно може використовуватися для пояснення інших форм девіантної поведінки (залежностей, втечі з дому, бродяжництва).

З іншого боку, суїцидальна поведінка особистості є важким випробуванням для оточуючих. Можна говорити про феномен, схожий з співзалежності. Суїцид змінює життя всієї родини, робить її своїм заручником. Частина емоційних переживань людей, близьких суїциденту, короткочасна, інші тривають довгі роки, деякі – все життя. Кожен член сім'ї платить за це певну психологічну ціну. К.Лукас і Г.Сейген називають це угодами. Спостерігаються такі моделі небажаної поведінки у відповідь на самогубство близької людини:

- пошук тих людей, які можуть бути відповідальні за смерть тих, хто наклав на себе руки, замість прийняття події як особистої волі суїцидента;
- прийняття жалоби на довгі роки – замість того, щоб продовжувати жити;
- переживання провини і самобичування;
- соматизація – відхід у хворобу замість спонтанного вираження почуттів;

- самообмеження – відхід від радощів життя;
- втеча в роботу, в сексуальні зв'язки, в аддикцію – замість того, щоб визнати і висловити свої почуття;
- нарешті, новий суїцид – «ти помер, значить, помру і я».

Таким чином, психоаналітичні концепції сприяють розумінню глибинної мотивації суїцидальної поведінки, яка сягає своїм корінням в ранні стосунки особистості з близькими людьми. Вплив сім'ї на подальшу поведінку особистості важко переоцінити.

1.4. Соціально–психологічні чинники виникнення та перебігу суїцидальної поведінки підлітків

Причина суїцидальної поведінки – поняття глибоке і складне. Воно сягає своїм корінням в соціально-психологічний аналіз проблеми. Причина – це все те, що викликає і обумовлює суїцид.

Крім головної причини можуть бути ще й другорядні (хвороба, сімейно-побутові труднощі і т.д.). Від причини слід відрізнити умови і привід. Під умовами розуміють такий комплекс явищ, який хоч і не породжує конкретні наслідки, але виступає необхідною передумовою їх становлення і розвитку. Немає причин і наслідків без певних умов. Умови суттєво впливають не тільки на дії причин, а й на характер наслідків. Одні й ті ж причини в неоднакових умовах призводять до різних наслідків. Аналізуючи причини суїцидів, доводиться повсюдно зустрічатися із залежністю їх від умов [11].

Привід на відміну від причини – це подія, яка виступає поштовхом для дії причини. Привід носить зовнішній, випадковий характер і не служить ланкою в ланцюзі причинно–наслідкових відносин. Тому аналіз приводів самогубств з виявляє їх причин [50].

А.Є. Личко до числа найбільш частих причин суїцидів серед підлітків відносить:

- 1) втрату коханої людини;
- 2) стан перевтоми,
- 3) уражене почуття власної гідності;
- 4) руйнування захисних механізмів особистості в наслідок вживання алкоголю, гіпногенних психотропних засобів і наркотиків;
- 5) ототожнення себе з людиною, яка вчинила самогубство;
- 6) різні форми страху, гніву і печалі з різних приводів.

Д.Д. Федотов відзначає, що суїцидальні спроби і наміри (за типом істеричних реакцій) частіше виникають у відповідь на систематичне словесне приниження, ігнорування їх думки близькими, утиск самостійності, у відповідь на конфліктні ситуації, пов'язані зі зловживанням алкоголем і прийомом інших наркотичних засобів, внаслідок властивих даному віку сексуальних проблем. Суїциди і замаху, зумовлені психічними розладами (афективно–шокові і депресивні реакції) частіше виникають в результаті незаслуженого покарання або приниження, що виходять від батьків і друзів, образи почуття дружби і любові, виключення з різних причин з навчального закладу, зради [19].

А.А. Султанов, вивчаючи причини суїцидальної поведінки у здорових юнаків, виділив три основні групи факторів: 1) дезадаптація, пов'язана з порушенням соціалізації, коли місце молодого людини в соціальній структурі не відповідає рівню його домагань, 2) конфлікти з родиною, частіше всього зумовлені неприйняттям системи цінностей старшого покоління; 3) алкоголізація і наркотизація як ґрунт для виникнення суїцидальної ситуації і передумов для швидкої її реалізації.

Основні концепції, що пояснюють суїцидальну поведінку можна умовно розділити на три групи: соціологічну, психопатологічну і соціально–психологічну.

У рамках соціологічного підходу декларується зв'язок між суїцидальною поведінкою і соціальними умовами. В основі подібних поглядів лежить вчення Е. Дюркгейма про порушенні в ціннісно-нормативної системі товариств. На самогубства, часто, впливає політична ситуація, в тому числі війни також відомо, що економічні кризи володіють здатністю посилювати схильність до самогубства.

Депресія переживається суб'єктивно як пригнічений настрій; як стан безнадійності, беспорядності, провини. У конкретної людини не менше двох тижнів повинні виявлятися три і більше ознак:

- зниження інтересів або задоволення від діяльності, зазвичай приємною;
- відсутність реакції на діяльність (події), які в нормі її викликають;
- пробудження вранці за два (або більше) години до звичайного часу;
- зовні виражена психомоторна загальмованість;
- помітне зниження (підвищення) апетиту;
- зниження ваги;
- помітне зниження лібідо;
- зниження життєвої енергії;
- підвищена стомлюваність.

Разом з соматичними називають психологічні ознаки: зниження самооцінки; безпричинне відчуття самоосуду; надмірне і неадекватне відчуття провини; повторювані думки про смерть, суїцидальна поведінка, нерішучість. Іншим симптомом є порушення ясності або ефективності мислення. Депресивний стан, таким чином, крім суб'єктивно поганого настрою має виражені соматичні прояви, знижену самооцінку, порушення мислення .

Соціально-психологічні концепції пояснюють суїцидальну поведінку соціально-психологічними чи індивідуальними чинниками. Перш за все, самогубства зв'язуються з втратою сенсу життя. В. Франкл вказував, що пов'язана з цим екзистенціальна тривога переживається як жах перед безнадією, відчуття порожнечі і безглуздості, страх провини й осуду.

А. Г. Амбрумова і ряд інших дослідників розцінюють суїцидальну поведінку як наслідок соціально–психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту [14].

Н.В.Конанчук, В.К.Мягер виділили три основні властивості, характерних для суїцидента [46]:

- 1) підвищена напруженість потреб;
- 2) підвищена потреба в емоційній близькості при понад значущості відносин;
- 3) низька фрустраційна толерантність і слабка здатність до компенсацій.

Підсумовуючи вище сказане, можна скласти узагальнений психологічний портрет суїцидента. Для нього характерна як занижена самооцінка так і висока потреба в самореалізації. Це сенситивна, емпатична людина зі зниженою здатністю переносити біль. Її відрізняють висока тривожність і песимізм, тенденція до самозвинувачення і схильність до звуженого мислення. Також відзначаються труднощі вольового зусилля і тенденція відходу від вирішення проблем.

В основі механізму суїцидальної поведінки лежать негативні соціальні й особистісні чинники. До негативних соціальних чинників слід віднести:

- розлучення;
- смерть близьких;
- нещасливе кохання;
- труднощі у навчанні;
- втрату роботи тощо.

До особистісних чинників належать:

- характер людини;
- тип темпераменту;
- вольові якості;
- розлад поведінки;

- психопатологічні розлади тощо.

Суїцидальна поведінка підлітків має свою специфіку, тому деякі науковці, зокрема Д. Солошенко, виділяють такі фази суїцидальної поведінки [43, С. 33]:

1. Фаза обдумування. Підліток свідомо обдумує намір щодо здійснення суїциду. Його нічого більше не цікавить: ні родинні справи; ні власні речі, яких вона позбувається; ні взаємини з близькими і друзями тощо. Вона стає агресивною, замкнутою, не звертає уваги на свій зовнішній вигляд.

2. Фаза амбівалентності. Якщо з'являються додаткові негативні стресові фактори, то наступає дана фаза. Молода людина своєю поведінкою може сигналізувати оточуючим про наміри щодо суїциду. Якщо близькі почують цей «крик про допомогу», то можна допомогти індивіду і не допустити суїциду.

3. Фаза суїцидальної спроби. Ця фаза у підлітків проходить дуже швидко.

Як відмічає В. Сіляхіна, «більшість суїцидальних підлітків (до 70%) обмірковують і здійснюють суїцид упродовж 1 -2 тижнів. Але підлітковому віку властива імпульсивність дій, тому іноді тривалість усіх трьох фаз може бути дуже короткою, не більше 1 години» [45]. Тому психологи і лікарі повинні вміти дуже швидко реагувати на дії підлітків, щоб вчасно надати адекватну допомогу.

Розглядаючи механізм суїцидальної поведінки, В. Войтко стверджує, що «суїцидальна поведінка включає усі прояви суїцидальної активності - думки, наміри, висловлювання, загрози, спроби самогубства, - і являє собою ланцюг аутоагресивних дій людини, свідомо чи навмисно спрямованих на позбавлення себе життя через зіткнення з нестерпними життєвими обставинами» [23, С. 12]. На думку Д. Солошенка, ця поведінка складається з таких етапів:

1. Етап суїцидальних тенденцій. Людина втрачає сенс життя, власне

життя, відповідно, знецінюється; суїцидальні наміри виявляються у думках особи, спрямуванні, почуттях тощо.

2. Етап суїцидальних дій. Суїцидальні тенденції призводять або до суїцидальної спроби, або до завершеного суїциду.

3. Етап постсуїцидальної кризи. Цей етап настає у тому випадку, коли суїцидальна спроба була невдалою і триває «до повного зникнення суїцидальних тенденцій» [33, С. 10-28].

Серед підлітків частіше трапляються суїцид-протест і суїцид-заклик, рідше - суїцид-самопокарання і суїцид-відмова.

Протестні форми суїцидальної поведінки мають на меті негативно вплинути на значущих для суїцидента осіб (групи), які вороже, агресивно ставляться до нього. Підліток передбачає, що карою для кривдників будуть каяття, муки совісті, громадські, правові санкції. Цей тип суїцидальної мотивації базується на високій самооцінці її суб'єкта.

Самогубство-заклик покликане активізувати допомогу, втручання з метою радикальної зміни ситуації. Самопокарання є наслідком почуття провини перед ким-небудь, відмова ж проявляється рідко, насамперед у ситуаціях філософсько-песимістичного ставлення до світу в цілому.

Здебільшого підлітковий суїцид зумовлений віковими психологічними особливостями, серед яких домінують егоцентризм, негативізм, емоційна нестійкість, інфантилізм.

Передумовами до самогубства підлітків виступають:

- невміння підлітка розуміти та проявляти свої почуття, пояснювати свої переживання;
- особливість відчуття свого місця у світі: з одного боку - вже не дитина (переживає дорослі бажання), а з іншого - індивід, який залежить від сім'ї (яка, в свою чергу, стає менш значимою, ніж однолітки);
- нестійкість самооцінки, неадекватне уявлення про власну компетентність;

- максималізм у оцінюванні себе та інших, нездатність прогнозувати наслідки своїх дій.

Особистісно-психологічною основою суїцидальності неповнолітніх є депресивні розлади, насамперед імпульсивність, емоційна незрілість і нестійкість.

Імпульсивність дітей-суїцидентів проявляється в нездатності осмислювати, критично зважувати своє суїцидальне рішення, передбачати наслідки свого вчинку, шукати несуїцидальні можливості ефективно захистити себе, свої інтереси. Підліток не може тривалий час обмірковувати прийняття рішення.

Емоційна нестійкість, нестриманість провокує різноманітні конфліктні ситуації. Емоційна незрілість підлітків як нерозвинене співпереживання-співчуття до страждань інших людей, відсутність самовідданої прихильності, любові, емоційний егоцентризм, а також сугестивність (навіювання) є важливою передумовою суїцидальності. Вона проявляється в тому, що неповнолітній некритично переносить у сферу свого “Я” душевні переживання як реальних суїцидентів, так і героїв художніх творів, які справили на нього сильне “привабливе” враження. У підлітків виражені здібності до самопереживання та співчуття, при цьому вони часто залежать від думки оточуючих.

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

- серйозні проблеми у сім'ї;
- відвернення однолітків;
- смерть улюбленої або значущої людини;
- розрив стосунків з коханою людиною;
- міжособистісні конфлікти або втрата значущих відносин;
- проблеми з дисципліною або із законом;
- тиск, здійснюваний групою однолітків, передусім той, що

пов'язаний із наслідуванням самопошкоджуючій поведінці інших;

- тривале перебування у ролі жертви;
- розчарування успіхами у школі чи інституті, або невдачі у навчанні;
- високі вимоги у навчальному закладі до підсумкових результатів учбової діяльності (ЗНО);
- проблеми із працевлаштуванням і погане економічне становище, фінансові проблеми;
- небажана вагітність, аборт і його наслідки (у дівчат);
- зараження СНІД або хворобами, що передаються статевим шляхом;
- серйозні тілесні хвороби;
- надзвичайні зовнішні ситуації і катастрофи.

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

- психічні відхилення у батьків, особливо афективні (депресії та інші душевні захворювання);
- зловживання алкоголем, наркоманія або інші види анти су спільної поведінки у сім'ї;
- сімейна історія суїцидів або суїцидальних спроб членів сім'ї;
- насилля у сім'ї (особливо фізичні і сексуальні);
- недостача уваги і турботи про дітей у сім'ї, погані стосунки між членами сім'ї і нездатність продуктивного обговорення сімейних проблем;
- часті лайки між батьками, постійне емоційне напруження і високий рівень агресивності у сім'ї;
- розлучення батьків, ухід одного з них із сім'ї або його смерть;
- часті переїзди, зміна міста проживання сім'ї;
- надто низькі або високі очікування і боку батьків по відношення до дітей;

- зайва авторитарність батьків;
- відсутність у батьків часу і недостатня увага до становища дітей, нездатність до виявлення прояву дистресу і негативного впливу оточуючої дійсності.

Як вказує В.І. Силяхіна, більшість суїцидальних підлітків (до 70%) обмірковують і здійснюють суїцид впродовж 1-2 тижнів. Але підлітковому віку властива імпульсивність дій, тому іноді тривалість усіх трьох фаз може бути дуже короткою, не більше 1 години. Звичайно, що це вимагає від оточуючих, особливо від психологів і лікарів, оперативних дій у наданні адекватної допомоги таким підліткам.

Як зазначає психолог В.П. Мушинський [33], «суїцидальна поведінка включає усі прояви суїцидальної активності - думки, наміри, висловлювання, загрози, спроби самогубства, - і уявляє собою ланцюг аутоагресивних дій людини, свідомо чи навмисно спрямованих на позбавлення себе життя через зіткнення з нестерпними життєвими обставинами. Така поведінка є динамічним процесом і складається з наступних етапів:

1. Етап суїцидальних тенденцій - вони є прямими чи непрямими ознаками, що свідчать про зниження цінності власного життя, про втрату сенсу життя, про небажання жити; суїцидальні тенденції виявляються у думках, намірах, почуттях або загрозах.

2. Етап суїцидальних дій - він починається, коли відповідні тенденції приходять у дію; під суїцидальною спробою розуміється суїцид, який незалежних від людини обставин був відвернутий і не привів до летального наслідку; суїцидальні тенденції можуть трансформуватися у завершений суїцид, результатом якого є смерть людини.

3. Етап постсуїцидальної кризи - він продовжується з моменту здійснення суїцидальної спроби до повного зникнення суїцидальних тенденцій» [33, С. 4].

Суїцидологи зазначають, що абиякі несподівані або драматичні зміни,

що впливають на поведінку підлітка чи юнака, абиякі зміни в їх поведінці, словесні й емоційні ознаки слід сприймати всерйоз, вони наведені нижче (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Ознаки суїцидальної поведінки підлітків

Вид ознаки	Ознака
Поведінкові	<ul style="list-style-type: none"> - будь-які раптові зміни у поведінці і настроях, особливо тих, що віддаляють від близьких людей; - схильність до необачних і безрозсудних вчинків; - надмірне споживання алкоголю чи таблеток; - відвідування лікаря без очевидної необхідності; - розлучення з дорогими речами або грошима; - придбання засобів скоєння суїциду; - підведення підсумків, приведення справ до порядку, приготування до уходу; - нехтування зовнішнім виглядом.
Словесні	<ul style="list-style-type: none"> - упевнення у безпорадності і залежності від інших; - прощання; розмови або жарти щодо бажання померти; - повідомлення про конкретний план суїциду; подвійна оцінка значущих подій; повільна, маловиразна мова; - висловлювання самозвинувачень.
Емоційні	<ul style="list-style-type: none"> - амбівалентність, подвійність емоцій і почуттів; - безпорадність, безнадійність; - переживання горя; - ознаки депресії; - почуття провини або відчуття невдачі, поразки; - надмірні побоювання або страхи; - почуття власної малозначущості; - неуважність, розсіяність або розгубленість.

Деякі з цих ознак мають «подвійне» значення, тобто можуть свідчити не тільки про суїцидальну загрозу, а і про інші особистісні проблеми, кризи у житті юної людини. Для уточнення висновку про наявність суїцидальної

загрози доцільно використовувати спеціальні психодіагностичні засоби - карти, опитувальники, тести.

Отже, основними чинниками, які визначають схильність підлітків до суїцидальної поведінки, є втрата життєвих орієнтирів, невміння продуктивно використовувати вільний час, втеча від вирішення особистих проблем, соціально-психологічна дезадаптація особистості, одним з проявів якої є психологічна криза.

Висновки до першого розділу

Суїцидальна поведінка є одним із проявів девіантної поведінки, адже являє собою вчинок, що відхиляється від норми, прийнятої в суспільстві. Суїцид – навмисне, заздалегідь обдумане позбавлення себе життя, один з видів насильницької смерті.

Засновником суїцидології вважається Еміль Дюркгейм, французький соціолог. Суїцидальна поведінка – різні форми активності людей, зумовлені прагненням позбавити себе життя і черговим засобом розв'язання особистісної кризи, що виникла при зіткненні особистості з перешкодою на шляху задоволення її найважливіших потреб.

Спеціалісти визначають суїцид тобто самогубство, як усвідомлювані, навмисні дії, спрямовані на добровільне позбавлення себе життя, що призводять до смерті. Ознаками поняття «самогубство» виступають:

- 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.

Розрізняють декілька видів самогубств :

1. Неусвідомлюване самогубство;

2. Самогубство, як ризикована гра і ризикована безпечність;
3. Психопатологічне й агресивно-невропатичне самогубство;
4. Самогубство психічно-нормальної людини з певними видами суїцидальної поведінки.

5. Кіберсуїцид. Кіберсуїцид – це самогубства, які відбуваються в результаті знайомства і спілкування через Інтернет.

Науковці 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 конформності, схильність до сумнівів, нестійкість емоційної сфери, невпевненість у собі, залежність від оточення, несформованість системи цінностей, нездатність адекватно переробляти конфлікти в міжособистісній сфері, вразливість, інтровертованість, збудливість, нестійкість настрою, схильність до депресивних розладів, неадекватна самооцінка.

В основі механізму суїцидальної поведінки лежать негативні соціальні й особистісні чинники. До негативних соціальних чинників слід віднести: розлучення, смерть близьких, нещасливе кохання, труднощі у навчанні, втрату роботи тощо. До особистісних чинників належать характер людини, її тип темпераменту, вольові якості, розлад поведінки, психопатологічні розлади тощо

Причинами суїцидів у дитячому й підлітковому віці можуть бути:

1. Несформоване розуміння смерті. У свідомості підлітка смерть не означає безповоротного припинення життя. Дитина думає, що все можна буде повернути назад. У підлітків розуміння й усвідомлення страху смерті формується не раніше 18 років.

2. Відсутність ідеології в соціумі. Підліток у суспільстві «без батьківщини і прапора» частіше відчуває свою непотрібність, упадає в депресію.

3. Раннє статеве життя призводить до ранніх розчарувань. У певний момент ситуація, після якої, на думку підлітка, «жити далі просто неможливо» (розрив із коханим/коханою, небажана вагітність тощо). Суїцидальна поведінка в підлітків часто пояснюється тим, що молоді люди, не маючи життєвого досвіду, не можуть правильно визначити мету свого життя і шляхи її досягнення.

4. Дисгармонія в родині.

5. Саморуїнлива поведінка (алкоголізм, наркоманія, криміналізація).

6. Реакція протесту, особливо частим джерелом якого є порушені внутрішньосімейні, внутрішньошкільні або внутрішньогрупові взаємини.

7. Депресія – також одна з причин, що підводять підлітка до суїцидальної поведінки.

Від причини слід відрізнити умови і привід. Під умовами розуміють такий комплекс явищ, який хоч і не породжує конкретні наслідки, але виступає необхідною передумовою їх становлення і розвитку. Привід на відміну від причини – це подія, яка виступає поштовхом для дії причини. Привід носить зовнішній, випадковий характер і не служить ланкою в ланцюзі причинно-наслідкових відносин.

Основними чинниками, які визначають схильність підлітків до суїцидальної поведінки, є втрата життєвих орієнтирів, невміння продуктивно використовувати вільний час, втеча від вирішення особистих проблем, соціально-психологічна дезадаптація особистості, одним з проявів якої є психологічна криза.

Отже, для ефективного виявлення суїцидальних тенденцій слід сформуванати адекватне ставлення до цього явища, подолати помилкові думки, стереотипи щодо його розуміння у широких верствах населення. Також

необхідно звертати увагу на будь-які зміни в поведінці та вчинках підлітків та молоді.

РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНО–ПСИХОЛОГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ

Враховуючи негативні тенденції сучасного українського суспільства є очевидним, що профілактика суїцидальних намірів серед школярів та молоді стає все більш актуальною. Так за даними Єдиного державного реєстру досудових розслідувань, у 2017 році вчинили самогубство 166 підлітків, у 2018-му – 97, у 2019 – 111, а у 2020 році – 123 неповнолітніх. Станом на грудень 2021 року зафіксовано 126 випадків та 99 спроб [63]. Найчастіше накладають на себе руки підлітки у віці від 12 до 16 років. Це пов'язує це, з виникненням та активізацією так званих "груп смерті" у соціальних мережах [інтернет джерело].

Серед основних причин, через які діти йдуть на суїцид, можна виокремити наступні :

- сварки з батьками;
- доведення дітей до самогубства через соцмережі;
- булінг – знущання та цькування з боку однокласників або інших учасників освітнього процесу;
- нерозділене кохання;
- проблеми в сім'ї тощо.

Сучасний підліток більш вразливий, ніж його однолітки ще років 5 тому через наявність майже у кожного можливості втечі від реальності за допомогою гаджетів. Серед доступних контентів існують і такі, що несуть загрозу здоров'ю та життю. У кризовій ситуації у дитини єдиним «другом» може бути віртуальний.

2.1. Профілактика суїцидальної поведінки неповнолітніх

У науці існує термін – «пубертатний суїцид». Ним позначають явище підліткових самогубств. Психічна організація підлітка нестійка, причому на всіх рівнях: інтелекту, почуттів, емоцій. Підлітки вкрай нестабільні у самооцінці і при цьому – великі максималісти; вони завжди сумніваються у своїх знаннях та здібностях, для них характерна часта зміна настрою, тривожність. У них легко виникають страхи. Іноді невеликий конфлікт у сім'ї або в школі може стати поштовхом для того, щоб дитина увійшла до депресивного стану.

У сучасному суспільстві важливим є стримування зростання кількості суїцидів серед підлітків та підвищення ефективності превентивних заходів. Особливості суїцидальної поведінки підлітків обумовлені вихованням, впливом групи і найближчого мікросоціуму, особистими та психологічними характеристиками. Тому виникає потреба у розробці нових методів роботи соціального педагога, психолога і соціального працівника, які будуть відображати стратегію превентивної роботи у сучасному соціумі, відповідно до основних тенденцій, причин і факторів суїцидальної поведінки підлітків.

Профілактика суїцидальної поведінки підлітків повинна здійснювати контролюючу і обмежуючу функції щодо доступу до різних засобів аутоагресії та контролювати чинники суїцидальної поведінки, групи ризику молодих людей, надавати медико-психологічну допомогу кожній потребуючій особі.

Існують різні точки зору, щодо надання психологічної допомоги у випадках суїцидальної поведінки. Так на думку психолога О. Змановської, психологічну допомогу варто надавати уже тим людям, які здійснили невдалу спробу суїциду. Науковець радить «використовувати консультування, підтримку, моральну допомогу. Головна мета – попередити подальші спроби суїциду, зміцнити віру в життя, допомогти оволодіти ситуацією, в якій опинилася людина, показати інші виходи зі складної ситуації» [33, с. 175].

Слово «превенція» (профілактика) походить від латинського «ргасуспігс» - «передувати, передбачати». Знання соціальних і психологічних провісників суїциду може допомогти нам зрозуміти і запобігти йому.

Виходячи з цього, дослідник М. Мінц дає наступне трактування поняттю «суїцидна превенція»: «це превентивна профілактика самогубств, мета якої полягає в інформаційно – пропагандистській роботі з населенням, націленій на попередження самогубств, здійснення соціально-психологічної допомоги» [55, с. 195].

Суїцидна превенція включає в себе первинну профілактику, вторинну (суїцидальна інтервенція) і третинну профілактику (суїцидальна поственція).

Аналіз літератури дозволяє виокремити в суїцидальній поведінці первинну профілактику має надати населенню інформацію про суїцид; навчити розпізнавати ознаки суїцидальної і суїцидальної поведінки; повідомити про те, де можна отримати психологічну та соціально-педагогічну допомогу.

Вторинну профілактику (суїцидальна інтервенція) надається особам при потенційному суїциді. Так, вчені Н. Пихтіна і Р. Новгородський у навчально-методичному посібнику «Профілактика та соціально-педагогічна робота з дітьми девіантної поведінки» визначають її мету, яка «спрямована на відвернення акту саморуйнування, самознищення та зберегти життя людині як найвищу суспільну цінність» [32, с. 207, 208]. Науковці звертають увагу на те, що після суїцидальної спроби варто «оточити людину турботою, не акцентуючи увагу на причинах спроби суїциду, а допомогти адаптуватись до життя, показати позитивні сторони людського існування та важливість для оточуючих збереженого життя» [32, с. 207/208].

Третинну профілактику (суїцидальна поственція) проводиться із застосуванням медикаментозної терапії, психотерапії та психологічної адаптації. Вона здійснюється у трьох напрямках:

- 1) індивідуальна психотерапія, коли допомога надається

безпосередньо суїциденту;

2) сімейна психотерапія - робота проводиться із близьким оточенням людини, яка скоїла замах на власне життя;

3) надання соціальної та правової допомоги [32, с. 207-208].

Визначаючи результативність превентивної роботи з підлітками, яким властива суїцидальна поведінка, науковець М. Мінц робить висновки, що після проведеної профілактичної роботи у суїцидента має сформуватися стійке переконання в тому, що «важкий емоційний стан тимчасовий і з часом обов'язково покращиться; інші люди в аналогічних ситуаціях відчували себе також тяжко, але згодом їх стан повністю нормалізувався; життя людини є цінністю і потрібне її рідним і близьким, а відхід її з життя стане для них глибокою та невиліковною травмою» [25, с. 196].

Профілактична робота щодо суїцидальних тенденцій підлітків повинна включати «три обов'язкових компоненти: освітній, психологічний, соціальний» [68].

1. Освітній компонент. Молода людина повинна знати якнайбільше про себе, розуміти свої почуття, емоції, причини схильності до суїцидальної поведінки; знати про дію на людський організм психоактивних речовин, про механізми протікання різних видів аутоагресії та розуміти до яких наслідків може призвести така поведінка.

2. Психологічний компонент включає корекцію окремих психологічних особливостей, які спричиняють аутоагресивну поведінку. Варто сформувати адекватну самооцінку молодої людини, «уміння в залежності від ситуації сказати «ні» або попросити про допомогу, або самому прийняти важливе рішення та взяти на себе відповідальність за його виконання» [28].

3. Сутність соціального компоненту полягає у допомозі в соціальній адаптації; оволодінні навичками спілкуватися у сімейному колі, з протилежною статтю і близькими друзями, з одногрупниками у навчальному

закладі, з викладачами.

Психологічна допомога, яка надається підліткам для попередження суїцидальної поведінки, повинна бути гуманістично спрямованою і ґрунтуватися на принципах конфіденційності, добровільності, особистій зацікавленості, прийнятті людиною відповідальності за своє життя, взаємній довірі, підтримці, повазі особистості та індивідуальності.

Для досягнення успіху, профілактична робота з попередження суїцидальної поведінки підлітків має бути комплексною, послідовною, диференційованою та своєчасною. Профілактична робота здійснюється у різних формах [28].

1. Спеціально організоване соціальне середовище. Зрозуміло, що навколишнє середовище, у якому перебуває молода людина, безпосередньо впливає на формування суїцидальної поведінки. Тому, через засоби масової інформації, соціальну рекламу, виступи кумирів підлітків слід впливати на соціум, проводити планоміру політику з формування установок підлітків на здоровий спосіб життя.

2. Інформування підлітків можна здійснювати, використовуючи лекції, бесіди, за допомогою поширення спеціальної літератури, перегляду і обговорення кінофільмів серед студентів.

3. Активне навчання соціальним навичкам можна реалізовувати за допомогою групових тренінгів (наприклад, тренінги стійкості до негативного соціального впливу, навчання соціально-важливим навичкам, формування життєвих навичок тощо).

4. Спеціально організована діяльність студентської підлітків - науково-дослідницька робота, заняття творчістю у студентських студіях, благодійна і волонтерська діяльність, емоційно насичене спілкування . Для цього варто враховувати вікові особливості підлітків. Така діяльність має бути альтернативою аутоагресивній поведінці.

5. Формування здорового способу життя. Особливо цінується «вміння

людини протистояти несприятливим факторам середовища, дотримання режиму праці та відпочинку, виключення надмірності у їжі та алкоголі, регулярне заняття спортом. Молода людина мусить мати правильні уявлення про особисту відповідальність за своє здоров'я, досягнення гармонії з навколишнім світом та самою собою» [28].

6. Активізація особистісних ресурсів відбувається за рахунок всіх видів діяльності, які підвищують активність молоді, допомагають збереженню її здоров'я, формують «іmunітет» до негативного зовнішнього впливу та здійснюють профілактику саморуїнливої поведінки.

7. Зменшення шкоди сформованої аутодеструктивної поведінки спрямоване «на профілактику рецидивів чи їх негативних наслідків» [28].

Для ефективного проведення профілактичної роботи із застосуванням першої та другої форм профілактики у нашій країні діють закони, спрямовані на попередження і подолання суїцидальної поведінки; проходяться наукові конференції, медичні форуми; у закладах освіти впроваджується система заходів, спрямованих на попередження девіантної, аутоагресивної та суїцидальної поведінки.

Таким чином, превенція і профілактика суїцидальної поведінки є надзвичайно важливою і нагальною потребою у сучасному соціумі, адже завдяки цій роботі зберігаються людські життя і підлітки мають змогу відчувати себе повноцінними членами суспільства.

2.2. Організація та результати дослідження суїцидальних тенденцій підлітків

Для визначення суїцидальних тенденцій підлітків нами було проведено емпіричне дослідження.

Мета емпіричного дослідження – виявити тенденції суїцидальної

поведінки у підлітків.

Експериментальна база дослідження – Лубенський навчально-виховний комплекс № 9.

Вибірка – 52 учня 9 х класів у віці від 14 до 15 років.

Вивчення означеної проблеми передбачало розв'язання ряду **завдань**:

1. Організація дослідження та підбір психодіагностичного інструментарію, щодо визначення чинників та суїцидальних тенденцій учнівської молоді.

2. Діагностика впливу таких психологічних чинників як депресія, акцентуації характеру на формування суїцидальної поведінки підлітків; діагностика суїцидальних схильностей підлітків.

3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів, формування висновків, обумовлених даною проблемою, та надання практичних рекомендацій стосовно профілактики суїцидальної поведінки підлітків.

Хід роботи: Емпіричне дослідження проводилось у три етапи:

Перший етап – визначення методологічної бази дослідження, підбір психодіагностичного матеріалу дослідження.

Другий етап – обробка проведених методик, внесення даних до статистичних таблиць та статистична обробка результатів дослідження. Статистична обробка отриманих результатів емпіричного дослідження проводилась за допомогою статистичного пакету SPSS Statistic 20.

Третій етап – кількісний аналіз та якісна інтерпретація даних психодіагностичного дослідження відповідно кожного критерію.

Опис психодіагностичних методик дослідження соціально-психологічних чинників суїцидальних тенденцій у учнівської молоді.

В процесі проведення емпіричного дослідження кожен досліджуваний, що входив у вікову групу 14-15 років, виконав п'ять психодіагностичних методик для визначення суїцидальних тенденцій підлітків.

Одним із соціально-психологічних чинників суїцидальних тенденцій є депресія. Для дослідження депресії використовувалась методика *«Шкала депресії» в адаптації Т.І. Балашової*. Метою методики є диференціальна діагностика депресивних станів і станів, близьких до депресії. Шкала депресії включає 20 тверджень. Рівень депресії (РД) розраховується за формулою . Якщо РД не більше 50 – стан без депресії ; 50-59 - легка депресія ситуативного чи невротичного генезу; 60-69 - субдепресивний стан або маскована депресія; 70 і більше - справжнє депресивний стан .

Ще одним із важливих психологічних чинників суїцидальних тенденцій є акцентуації характеру. Цей критерій розкриває особливість характеру, що знаходиться в межах клінічної норми, при якій окремі його риси надмірно посилені. Вданому дослідженні для встановлення даного критерію використовувалась методика *«Модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру» О.Є. Лічко, С. Л. Подмазіна*. Опитувальник включає в себе 143 твердження, які складають 10 діагностичних і одну контрольну шкалу (шкала брехні). У кожній шкалі по 13 тверджень. Твердження в тексті опитувальника представляються у випадковому порядку. Результати інтерпретуються за допомогою 10 діагностичних шкал та шкали неправди. Шкали методики відповідають певним типам.

Для діагностики суїцидальних схильностей була проведена методика *«Тест на виявлення суїцидального ризику» П.І. Юнацкевича*. Методика призначена для виявлення схильності до суїцидальних реакцій. Питання методики є адекватними суїцидальних проявів. Використання даних питань і тверджень в якості додаткового стимульного матеріалу дозволяє при проведенні обстеження виявляти осіб, які мають схильності до суїцидальних реакцій. При інтерпретації отриманих даних слід пам'ятати, що методика

констатує лише початковий рівень розвитку схильності особистості до суїциду в період її обстеження. При наявності конфліктної ситуації, інших негативних умов і деформируючих мотивації вітального існування (ослаблення мотивації подальшого життя) ця схильність може розвиватися.

Опитувальник включає в себе 45 запитань, результат інтерпретується за допомогою двох діагностичних шкал і шкали неправди.

Для виявлення рівня прояву суїцидальних реакцій у підлітків нами була застосована *методика вивчення схильності до суїцидальної поведінки М.В. Горської*. Вона спрямована на визначення осіб, які мають схильності до суїцидальних тенденцій. Методику можна застосовувати з 14 років. Їй притаманні висока надійність та валідність. Опитувальник включає 40 тверджень, інтерпретація результатів визначається за 4 шкалами сума балів яких визначає показник схильності до суїцидальної поведінки. Виділяють такі шкали:

шкала тривожності - виявляє рівень здатності індивіда до відчуття тривоги.

шкала фрустрації - виявляє показчик психічного стану, який виникає через реальна або уявні перешкоди, що заважають досягненню мети.

шкала агресії- виявляє підвищену психологічну активність, прагнення до лідерства через застосування сили по відношенню до інших людей.

шкала ригідності-утруднення в зміні визначеної суб'єктом діяльності в умовах, які об'єктивно потребують її перебудови [18].

Узагальнюючим етапом емпіричного дослідження стала *методика «Опитувальник суїцидального ризику» (модифікація Т.Н. Разуваєвої)*. Методика дозволяє виявити рівень сформованості суїцидальних намірів. Методика складається з 8 шкал, що відображають конкретні фактори суїцидального ризику, а саме: демонстративність, афективність, унікальність, неспроможність, соціальний песимізм, злам культурних бар'єрів, максималізм, тимчасові перспективи, антисуїцидальний фактор.

Методи математичної статистики. В даному дослідженні застосувався критерій Колмагорова-Смірнова та коефіцієнти кореляції Пірсона і Спірмена. Для перевірки характеристик розподілу застосовувався критерій Колмагорова-Смірнова

Критерій Колмагорова-Смірнова дозволяє з'ясувати, чи відповідає розподіл даних нормальному розподілу, чи значно відхиляється від нього, наскільки часто результати респондентів відповідають крайнім значенням. Якщо рівень значимості $p \leq 0,05$, то такий емпіричний розподіл суттєво відрізняється від нормального, а якщо $p > 0,05$, то роблять висновок про приблизну відповідність даного емпіричного розподілу нормальному.

Якщо розподіл відповідає нормальному то надалі для виявлення зв'язку застосовується коефіцієнт кореляції Пірсона. Коефіцієнт r -Пірсона застосовується для вивчення взаємозв'язку змінних, що досліджується на одній і тій же вибірці. Коефіцієнт кореляції Пірсона дозволяє виявити лінійну кореляцію, тобто прямий або зворотний зв'язок між змінними та їх абсолютними значеннями. Він дозволяє також виявити наскільки тісним є цей зв'язок.

У випадку, якщо після перевірки розподілу, було виявлено, що він значно відхиляється від нормального, то надалі застосовується коефіцієнт кореляції Спірмена. Метод рангової кореляції Спірмена дозволяє визначити тісноту (силу) і напрям кореляційного зв'язку між двома ознаками або двома профілями (ієрархіями) ознаки. Також був використаний дисперсійний аналіз [18].

Отже, обраний нами психодіагностичний інструментарій використовувався для вивчення суїцидальної поведінки багатьма психологами-теоретиками як в нашій країні, так і закордоном (Р. Сабірова, Ю. Афонькіна, Н. Карпова, С. Пакуліна). Він відповідає всім психометричним вимогам. По-перше, наявний детальний опис того, що саме вимірює методика. По-друге, зазначена інформація про процедуру проведення, обробку

отриманих результатів, тобто інструкція. По-третє, існує опис тестових норм щодо високого, середнього, низького рівнів. Методики є надійними, валідними, стандартизованими, достовірними. Складова надійності говорить про те, що присутня узгодженість та постійність результатів визначеного психодіагностичного інструментарію при його первинному і повторному застосуванні на респондентах. Валідність характеризується наявними відомостями про область дослідження та репрезентативність, тобто методика відповідає тому, що саме вона вимірює та наскільки якісно. У свою чергу стандартизація пояснює як повинна відбуватися процедура проведення та оцінюватися виконання методики: дослідження проводиться в однакових умовах, всім респондентам надаються бланки, інструкція подається в письмовому вигляді, якщо досліджуваному щось не зрозуміло з приводу запитання, то експериментатор не повинен надавати пояснень тощо. Методикам властива достовірність, а отже результати є стійкими до нещирості та помилок, що можуть їх спотворювати.

Визначені нами методики відповідають меті роботи, віковим особливостям, їх проходження та обробка не займають багато часу, вони є легкими для сприймання та зрозумілими. Таким чином, за результатами проведеного психологічного емпіричного дослідження, використовуючи обраний психодіагностичний інструментарій, ми зможемо визначити схильність респондентів до суїцидальної поведінки.

2.3. Результати проведеного дослідження та їх інтерпретація

Обробка результатів емпіричного дослідження проводилась в два основних етапи:

Перший етап: підрахунок даних за шкалами психодіагностичних методик шляхом виділення значимих для обробки показників з отриманих емпіричних матеріалів.

Другий етап: статистична обробка отриманих результатів за методиками.

Шкала депресії (Т.І. Балашовой). Дана методика була використана для діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії в учнівської молоді. Індивідуальні результати респондентів представлені у Додатку А. Групові дані дослідження представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Групові показники вираженості депресивних станів

№	Назва шкали	Надвисокий рівень		Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
		Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%
1.	Рівень депресії	-	-	1	1,9	1	1,9	50	96,1

Проаналізувавши дані таблиці можна зробити висновки, що 96,1 % респондентів мають низький рівень депресії, який означає що опитувані позитивно ставляться до свого життя і тих подій, які в ньому відбуваються. Їх задовольняє навчання, оточення, вони не мають значних проблем у сімейних стосунках та міжособистісному спілкуванні. Відчувають свою корисність та необхідність для суспільства та живуть достаньо повним життям. Даний рівень депресії не є основою для суїцидальної поведінки.

Для наочного представлення отриманих даних зобразимо результати респондентів у вигляді діаграми (рис. 2.1).

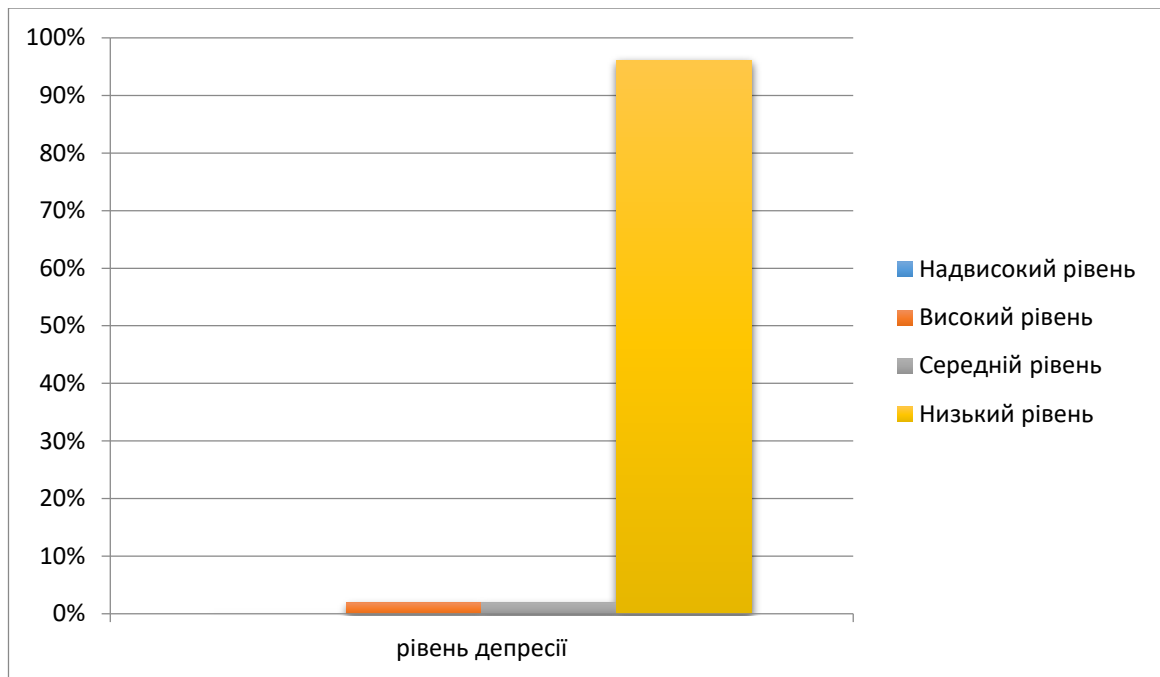


Рис. 2.1. Групові показники вираженості депресивних станів

Після наочного представлення даних стало очевидним, що найбільш вираженим у учнівської молоді виявився низький рівень депресії – 96,1%, що означає мінімальний ризик до суїцидальних тенденцій.

Модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру (О.Є. Лічко-С.Л. Подмазін). За допомогою методики Лічко можна визначити акцентуації характеру в підлітковому і юнацькому віці. Групові дані дослідження типів акцентуацій характеру представлені в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Групові показники вираженості акцентуацій характеру

№	Назва шкали	Кількість респондентів	%
1.	Гіпертимний тип	8	15,3
2.	Циклоїдний тип	10	19,2
3.	Лабільний тип	8	15,3
4.	Астено-невротичний тип	4	7,6
5.	Сензитивний тип	4	7,6

6.	Тривожно-педантичний тип	2	3,8
7.	Інтравертований тип	3	5,7
8.	Збудливий тип	4	7,6
9.	Демонстративний тип	13	25
10.	Нестійкий тип	3	5,7

Для того, щоб проаналізувати який тип акцентуації характеру є домінуючим зобразимо отримані дані у вигляді діаграми (рис. 2.2).

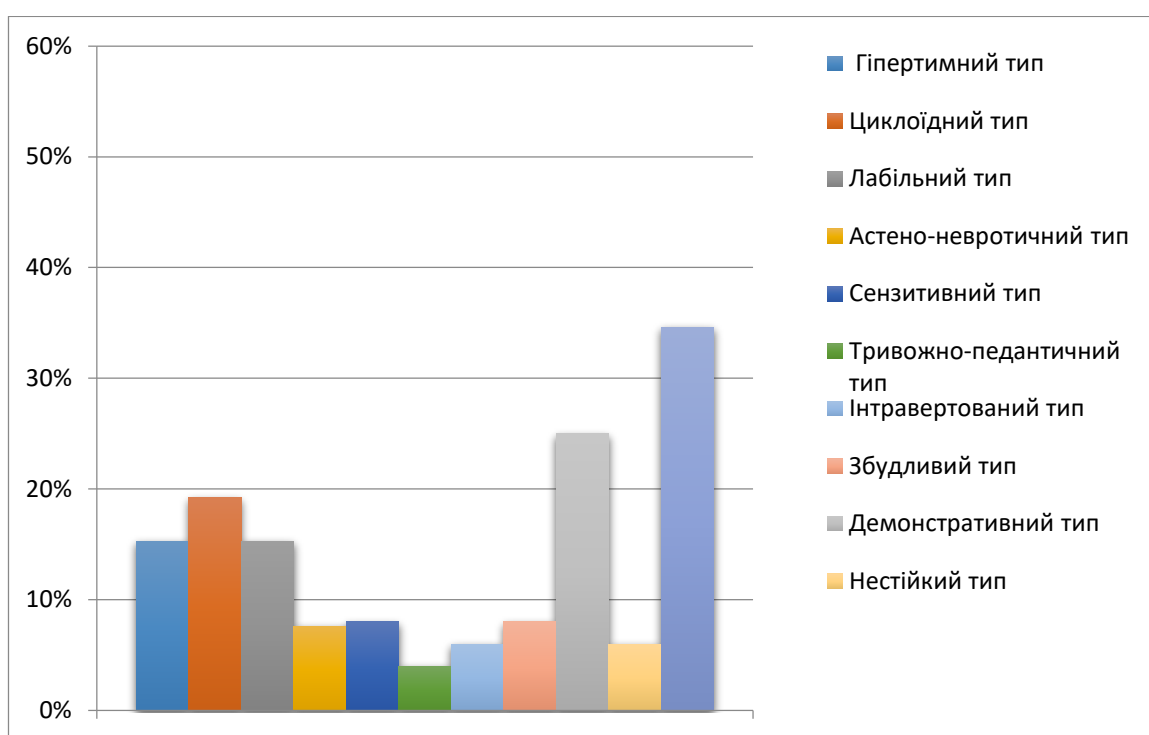


Рис. 2.2. Групові показники вираженості акцентуації характеру

Як видно з Рис. 2.2. у підлітків найбільше виражений демонстративний тип характеру (25%), менш виражені – циклоїдний (19%), гіпертимний тип (15%), лабільний тип (15%) решта типів виражені в найменшій кількості респондентів. Також ми бачимо, що в 35% респондентів слабо виражений або не виражений зовсім жоден тип, це означає, що дані акцентуації є прихованими (латентними). Такі акцентуації можуть виявлятися несподівано

під впливом психогенних ситуацій, які стосуються "місця найменшого опору", при цьому не викликаючи психічних розладів при дії сильних психогенних подразників іншого типу.

Висока вираженість демонстративного типу характеру виявляється демонстративністю, підвищеною здатністю до витіснення, жвавостю, легкістю у встановленні контактів. Респонденти з даним типом схильні до фантазування, брехливості і удавання, спрямованим на прикрашання своєї персони, авантюризму, артистизму і позерства. Ними рухає прагнення до лідерства, потреба у визнанні, схваленні, спрага постійної уваги до своєї персони, жадоба влади, похвали; перспектива бути непоміченим обтяжує їх. Відзначається безмежний егоцентризм. Зазвичай похвала інших в їхній присутності викликає у них особливо неприємні відчуття, вони цього не виносять, але в будь-якій компанії прагнуть до лідерства, до заняття виняткового положення. Самооцінка далека від об'єктивності. Можуть дратувати інших своєю самовпевненістю і високими домаганнями, систематично самі провокують конфлікти, але при цьому активно захищаються. Володіючи патологічною здатністю до витіснення, вони можуть цілком і повністю забути те, що вони не бажають знати. Це розковує їх у брехні. Зазвичай брешуть з невинним обличчям, оскільки те, про що вони говорять в даний момент, для них є правдою. Здатні захопити інших неординарністю свого мислення і вчинків.

Опитувальник суїцидального ризику (модифікація Т.Н. Разуваєвої). За допомогою даної методики ми діагностували суїцидальний ризик у учнівської молоді також виявили рівні сформованості суїцидальних намірів. Дана методика містить 9 субшкальних діагностичних концептів, показники загальної вираженості яких представлені в наступній в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Групові показники по діагностичним субшкалам

№	Назва субшкали	Кількість респондентів	%
1.	Демонстративність	38	73
2.	Афективність	47	90
3.	Унікальність	31	60
4.	Неспроможність	45	87
5.	Соціальний песимізм	51	98
6.	Злам культурних бар'єрів	41	79
7.	Максималізм	33	67
8.	Тимчасова перспектива	35	67
9.	Антисуїцидальний фактор	45	86

Для наочного представлення отриманих даних по субшкалам зобразимо результати респондентів у вигляді діаграми (Рис. 2.3.)

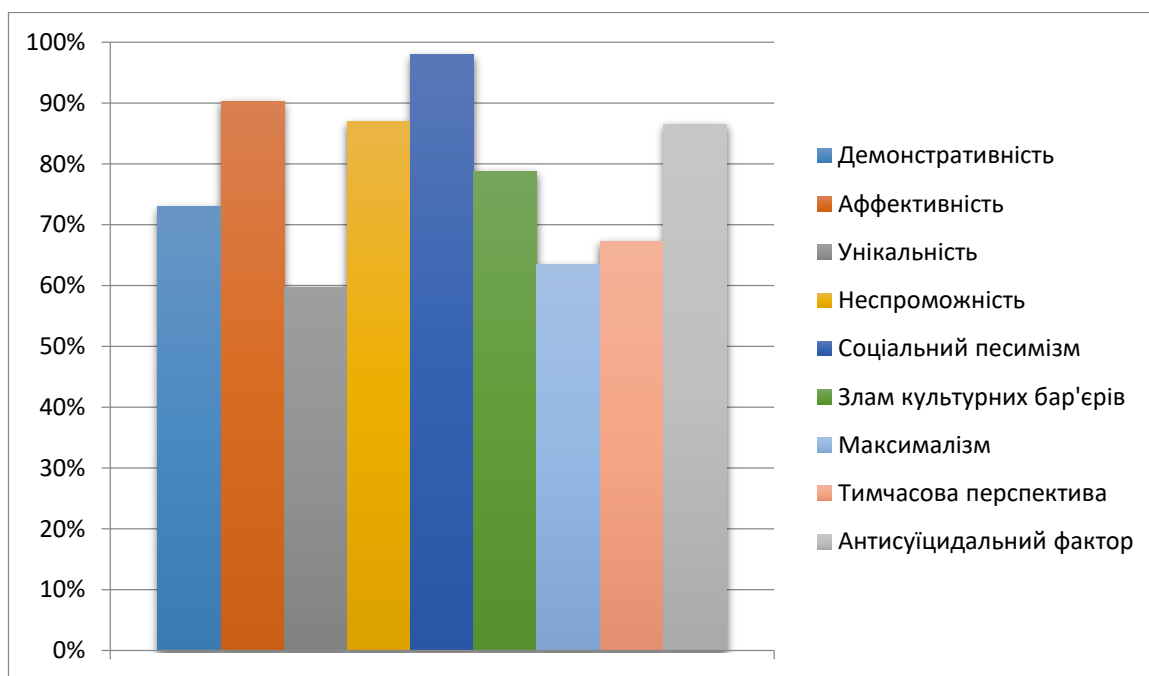


Рис. 2.3. Групові дані по субшкальним показникам

Як видно з Рис. 2.3. у підлітків найбільш виражений соціальний песимізм (98%), це означає, що респонденти негативно сприймають навколишній світ. Сприйняття світу як ворожого, який не відповідає уявленням про нормальні або задовільні для людини стосунки з оточуючими. Даний чинник виявляється в недовірі до оточуючих і тих, які відносяться дружелюбніше ніж очікував

респондент, які допомагають іншим, якщо це пов'язано із особистими незручностями. Такі особистості потрапивши в певну ситуацію, вважають, що обставини в яких вони опинилися, відрізняються особливою несправедливістю. Тому даний чинник є небезпечним і несе суїцидальний ризик який може призвести до суїцидальної поведінки.

Також високо вираженою є афективність (90%), що виражається в домінуванні емоцій над інтелектуальним контролем в оцінці ситуації. Готовності реагувати на психотравматичну ситуацію безпосередньо емоційно. У крайньому варіанті може виявитись афективна блокада інтелекту. Такі особистості все відчують гостріше, ніж більшість людей, часом у них бувають напади нестримного сміху або плачу, що свідчить про високу емоційність. В ситуаціях коло їх ображають, вони прагнуть довести кривдникові, що він вчинив несправедливо. Часто діють необдуманно, підкоряючись першому пориву та в подальшому перебільшують значення свого вчинку і не можуть викинути думки про це з голови. Афективність є небезпечною для тих осіб, які мають високий рівень суїцидального ризику, адже в нестандартних та несподіваних ситуаціях в емоційному сплескі, можуть вчинити необдуманий вчинок, який може бути трагічним.

Таким чином, проаналізувавши дані по субшкальним показникам, можна зроби загальні висновки, щодо суїцидального ризику.

Групові дані дослідження відображено у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Групові дані суїцидального ризику за Т.Н. Разуваєвою

№	Назва шкали	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
		Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%
1.	Суїцидальний ризик	14	26,9	16	30,7	22	42,3

Для наочного представлення отриманих даних зобразимо результати респондентів у вигляді діаграми (рис. 2.4.).

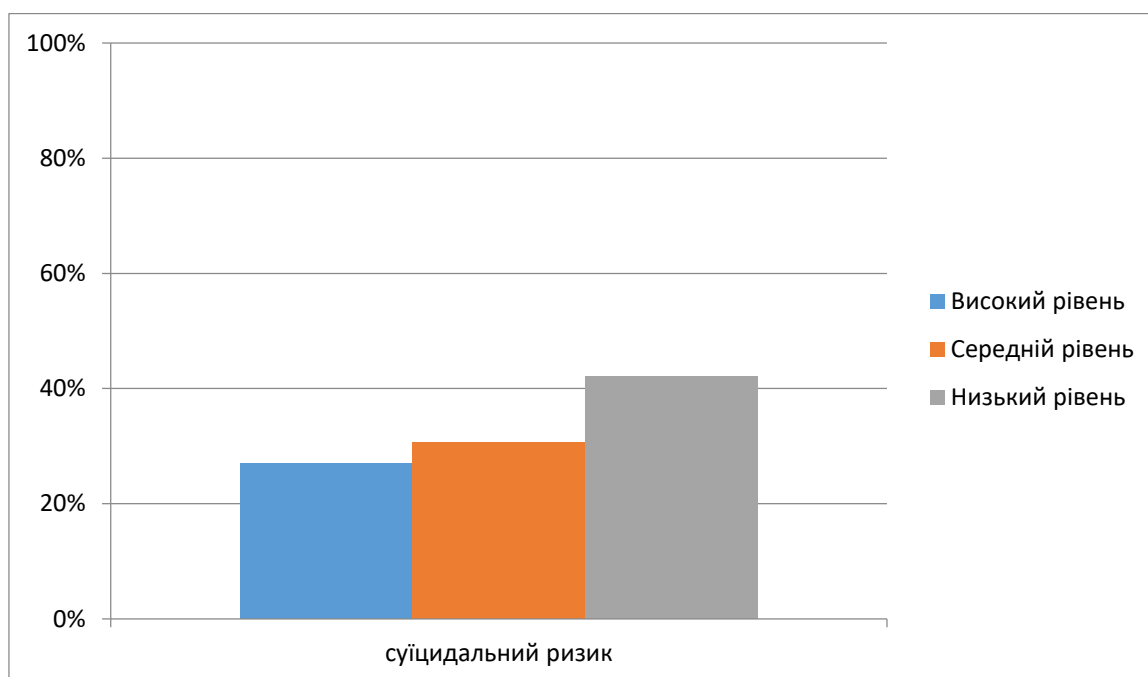


Рис.2.4. Групові показники суїцидального ризику за Т.Н. Разуваєвою

Отже, з представленої діаграми можна зробити висновок, що з опитаних респондентів 42% мають низький рівень суїцидального ризику, який свідчить про те, що суїцидальні симптоми не виражені. Дані респонденти не мають суїцидальних нахилів та негативних помислів.

Середній рівень суїцидального ризику мають 31% опитаних, в даних респондентів неяскраво виражені суїцидальні нахили, високий рівень суїцидального ризику мають 27% респондентів які потребують професійної допомоги з метою польшого запобігання небажаних, трагічних наслідків.

Методика «Тест на виявлення суїцидального ризику». За допомогою даної методики ми виявили схильність до суїцидальних реакцій. Групові показники представлені в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

Групові показники схильності до суїцидальних реакцій

№	Назва шкали	Низький рівень прояву		Нижчий середнього рівень прояву		Середній рівень прояву		Вище середнього рівень прояву		Високий рівень прояву	
		Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%
1.	Схильність до суїцидальних реакцій	8	15	29	56	12	23	3	6	-	-

Отже, з таблиці 2.5. можна зробити висновки, що у учнівської молоді схильність до суїцидальних нахалів знаходиться на рівні нижче середнього. Для наочного представлення отримані дані зобразимо в гістаграмі (Рис. 2.5.).

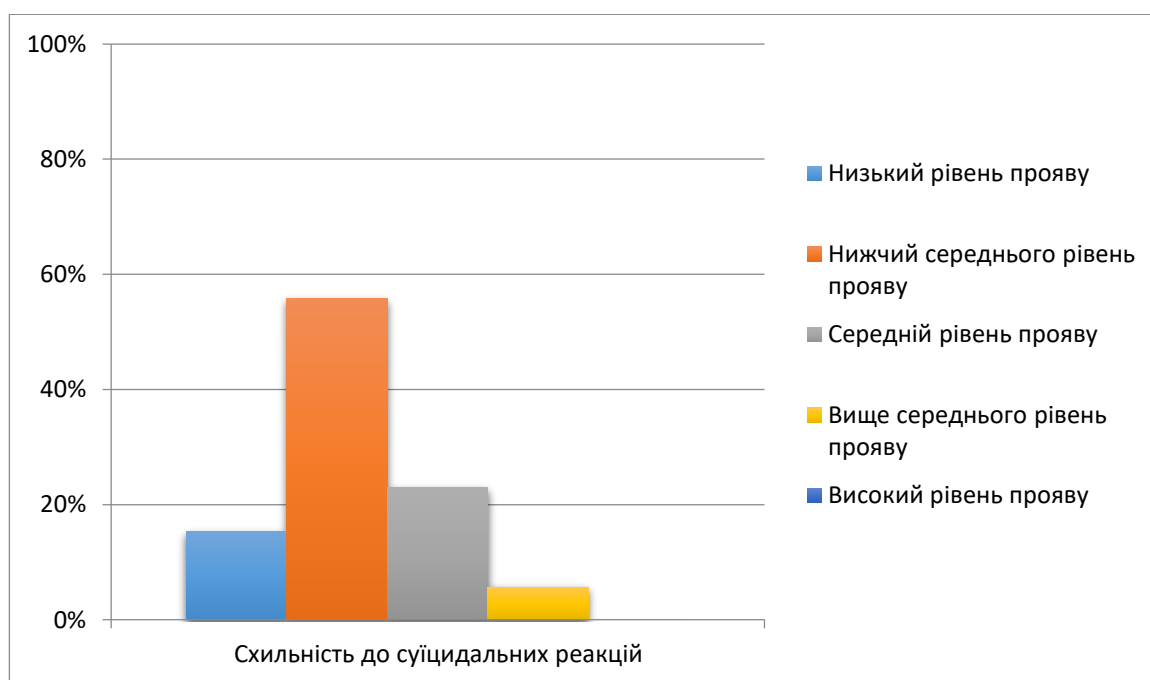


Рис. 2.5. Групові показники рівнів прояву суїцидальних реакцій

Як видно з Рис. 2.5. у респондентів домінує рівень прояву суїцидальних нахалів нижчий середнього (56%), який свідчить про те, що можуть

виникнути суїцидальні реакції тільки на фоні тривалої психічної травматизації і при реактивних станах психіки.

Середній рівень прояву суїцидальних нахилів у учнівської молоді складає 23%, у даних респондентів потенціал схильності до суїцидальних реакцій не відрізняється високою стійкістю.

Респонденти які мають рівень вищий середнього (6%), відносяться до групи суїцидального ризику з високим рівнем прояву схильності до суїцидальних реакцій. Вони можуть при труднощах у професійній адаптації, серйозних конфліктах зробити суїцидальну спробу або реалізувати саморуйнівну поведінку.

Методика вивчення схильності до суїцидальної поведінки (М.В. Горська). За допомогою даної методики, ми виявили схильність до суїцидальної поведінки у респондентів. Методика включає 4 шкали, групові показники яких представлені в наступній діаграмі.

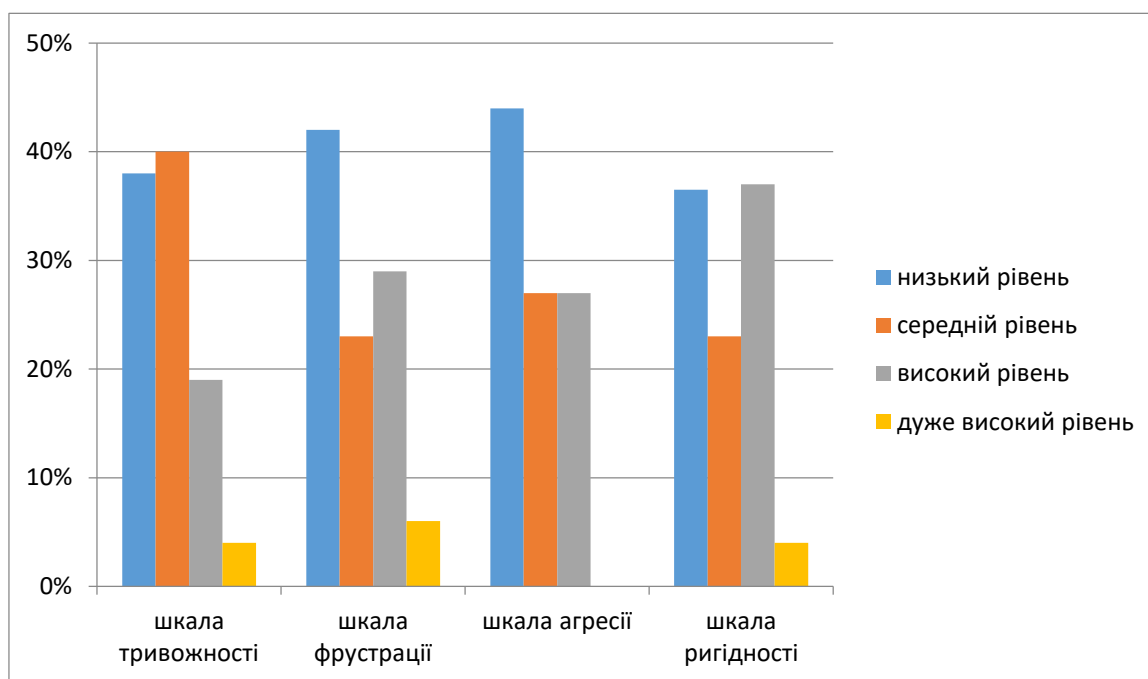


Рис. 2.6. Групові показники рівнів субшкальних характеристик

Проаналізувавши дані діаграми, можна робити висновки, що в шкалі тривожності домінує середній рівень (40%) та низький (38%), що свідчить про те, що у респондентів рівень затності до відчуття тривого знаходиться в нормі і не несе суїцидального ризику.

Шкала фрустрації знаходиться на низькому рівні (42%), відносно інших, який свідчить про те, що в респондентів відсутні реальні або уявні перешкоди, що заважають досягненню мети. Дана характеристика не виражена і не може призвести до суїцидальної поведінки.

Вираженість шкали агресії такої є на низькому рівні (44%), відносно інших рівнів, що виявляє не підвищену психологічну активність, але в надто знижені показники є небезпечними, адже це може свідчити про пасивність і байдужість до всього.

Шкала ригідності має низький рівень (37%) та високий (37%), що свідчить про те, що в респондентів часто змінюються умови діяльності, які потребують їх перебудови.

Таким чином, проаналізувавши дані по субшкальним показникам, можна зробити загальні висновки, щодо схильності до суїцидальної поведінки. Групові дані дослідження відображено у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

Групові показники схильності до суїцидальної поведінки

№	Назва шкали	Низький рівень		Норма		Високий рівень	
		Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%	Кількість респондентів	%
1.	Суїцидальний ризик	27	52	9	17	16	31

Для наочного представлення отримані дані зобразимо в діаграмі (Рис.2.8).

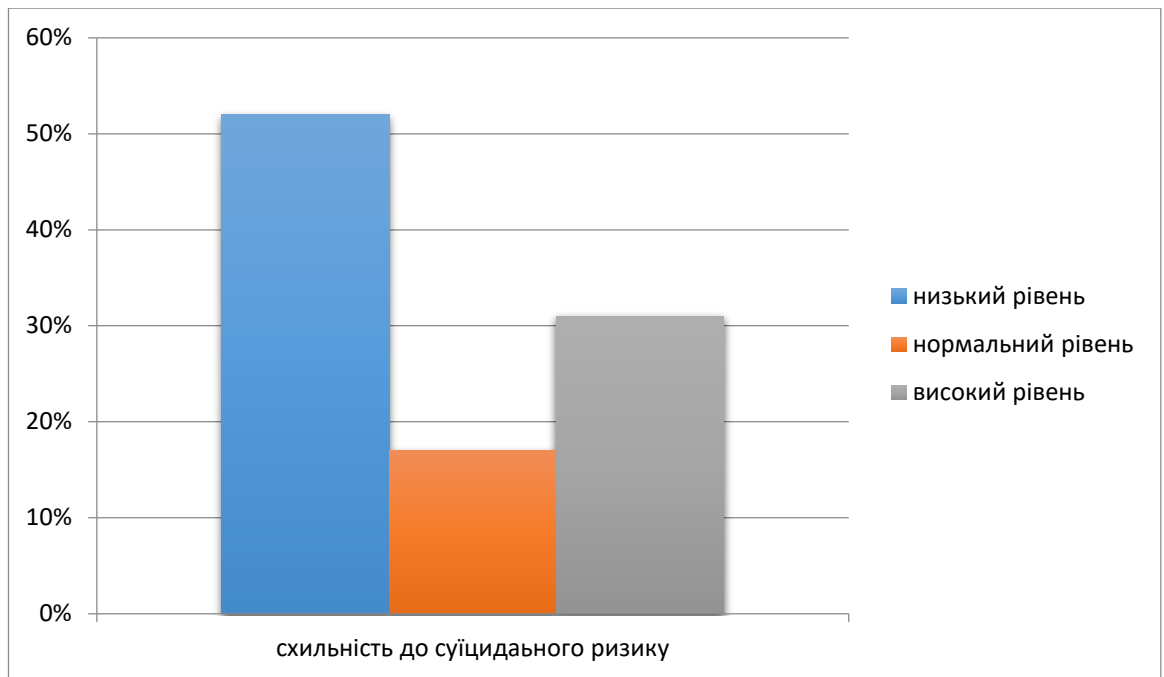


Рис. 2.8. Групові показники схильності до суїцидальної поведінки

Після наочного представлення даних стало очевидним, що 52% респондентів мають низький рівень схильності до суїцидального ризику, це означає, що в них негостро виражені субшкальні характеристики і дані респонденти не схильні до суїцидальної поведінки. Разом з тим 31% респондентів мають високий рівень схильності до суїцидальної поведінки і вони входять до групи ризику і в складних життєвих обставинах можуть вчинити суїцидальну спробу.

Отже, результати дослідження схильності учнів до суїцидальної поведінки показало, що гострих проблем таких як депресія, схильність до суїциду в межах даної вибірки не існує. Але варто звернути увагу на тривожність та можливість виникнення суїцидальних реакцій у підлітків на фоні тривалої психічної травматизації і при реактивних станах психіки.

2.4. Програма профілактики суїцидальної поведінки підлітків

На сьогоднішній момент у психологічній науці накопичено чималий досвід систематичної роботи із профілактики суїциду серед підлітків.

Одним із провідних напрямків є профілактична та рекорекційна робота у навчальних закладах. В листі Міністерства освіти № 1/9-241 від 27.06.2011 р. сказано наступне: «...Першочерговою умовою попередження самогубств серед учнів є ретельне психолого-педагогічне виявлення дітей, чий особистісні риси створюють підвищений ризик суїциду, індивідуальна робота з цією категорією дітей, розробка системи профілактичних заходів, широка просвітницька робота з сім'ями» [78].

Практична робота з такими дітьми свідчить, що своєчасне та кваліфіковане втручання дає позитивний результат.

Система роботи з профілактики суїциду запропонована шкільним психологом В. Силяхіною складається з семи компонентів [65]:

1. Психологічна просвіта.
2. Створення позитивного психологічного клімату в навчальному закладі й сім'ї.
3. Психологічна та педагогічна діагностика суїцидальних тенденцій.
4. Психологічне консультування підлітків.
5. Психолого-педагогічна корекція суїцидальних тенденцій.
6. Систематичний контроль і врахування динаміки змін в особистості та поведінці учнів.
7. При потребі – переадресування суїцидальної справи спеціалістам медичного профілю (див. схему 2.1).

Розглянемо цю систему докладніше.

I. Психологічна просвіта з профілактики суїциду передбачає створення у навчальному закладі інформаційного куточка з методичною літературою,

телефоном довіри, даними про адреси і режими роботи кризових центрів, центрів практичної психології та соціальної роботи з молоддю, спеціалізованих відділень лікарень.



Схема 2.1. Система роботи з профілактики суїциду

Передбачається проведення відповідної роботи на семінарах, у майстернях, класах, групах:

1.1. З педагогами на семінарах «Емоційні розлади у дітей та підлітків», «Фактори, що впливають на суїцидальну поведінку підлітка», «Як підняти соціальний статус учня в групі», «Цінність особистості у психології, педагогіці та суспільстві»; в педагогічній майстерні — «Вибір адекватних методів педагогічної дії», «Що робити, якщо ми все перепробували?», «Як допомогти вашій дитині?», «Дитина з неблагополучної сім'ї», «Конфлікти між учителями й підлітками» тощо.

1.2. З батьками – психологічний клас «У сім'ї – підліток», «Емоційні порушення у дітей», «Депресивні стани у підлітків», «Алкоголізм і наркоманія

у підлітковому віці», «Психологія особистісних і міжособистісних конфліктів»; групи зустрічей для батьків проблемних учнів.

1.3. З учнями – цикл бесід про цінність особистості й сенс життя (1–3-й роки навчання); диспут для учнів старших груп; уроки психології – для учнів першого року навчання: «Я – це Я», «Я маю право відчувати і висловлювати свої почуття»; для учнів другого року навчання: «Невпевненість у собі», «Конфлікти», «Підліток і дорослий»; для учнів третього року навчання: «Спілкування з дорослими», «Спілкування з однолітками», «Спілкування з однолітками протилежної статі», «Підліткові ініціації», «Основні проблеми підліткового віку», «Стрес» тощо.

II. Створення позитивного психологічного клімату в навчальному закладі та сім'ї, що передбачає виконання всіх планових заходів з культурної, громадської, виховної роботи, які сприяють формуванню позитивних громадянських, естетичних почуттів, духовності учнів і педагогів. Психолог бере участь у цих заходах, підтримує директора і педагогічний колектив.

III. Психологічна й педагогічна діагностика суїцидальних тенденцій полягає у виконанні психологами таких дій.

3.1. У процесі спостереження – звернення уваги педагогів на фактори ризику суїцидальності учнів:

- а) спадковість;
- б) вербальна і фізична агресія;
- в) висока конфліктність спілкування; прагнення до домінування або орієнтація на залежність;
- г) ізоляція або неприйняття однолітками;
- г) різкі зміни в поведінці, імпульсивність, неадекватність реакцій;
- д) низький або високий IQ;
- е) неадекватна самооцінка;
- е) несприятливе сімейне оточення, рання дорослість;

ж) психотравматичні події (смерть близької людини, міжособистісний конфлікт, поганий вчинок, погані стосунки у сім'ї тощо);

з) алкоголізм і наркоманія, асоціальний спосіб життя.

3.2. Виявлення ознак емоційних порушень:

а) втрата апетиту або імпульсивне ненажерство, безсоння або підвищення сонливості впродовж останніх декількох днів;

б) часті скарги на соматичні хвороби;

в) незвичне неохайне ставлення до своєї зовнішності;

г) постійне почуття самотності, непотрібності, провини або суму;

г) нудьга під час перебування у звичайному оточенні або виконання роботи, яка раніше подобалась;

д) втеча від контактів, ізоляція від друзів і сім'ї, перетворення на людину-одинака;

е) порушення уваги зі зниженням якості роботи;

є) занурення у роздуми про смерть;

ж) відсутність планів на майбутнє;

з) раптові напади гніву, навіть через дрібниці.

3.3. Використання спеціальних психодіагностичних методів:

а) методика визначення здатності учня до адаптації у кризові періоди розвитку;

б) соціометрія і референтометрія;

в) малюнкові тести (ДДЛ, «Моя сім'я»);

г) методика «Шкільна тривожність» Філіпса;

г) тест «Ставлення до життя» (Т. Шрайдер);

д) «Вербальний і фрустраційний тест» (Л. Собчик);

е) методика визначення рівня нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації у стресі;

є) об'єктивна методика визначення типу темпераменту за Б. Цукановим;

ж) модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру в підлітків (О. Лічко, С. Подмазін) і карта виявлення ризику суїцидальності (В. Прийменко);

з) тест на визначення суїцидального ризику ;

и) тест на виявлення суїцидальних намірів (Н. Шавровська, О. Гончаренко, І. Мельникова);

і) методика вивчення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська);

ї) методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності (Д. Расел і М. Фергюсон);

й) шкала депресії (адаптація Г. Балашова);

к) методика діагностики соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс і Р. Раймонд).

При нагоді можуть використовуватися й інші методики, орієнтовані на виявлення ознак ризику суїцидальної поведінки.

IV. V. Психологічне консультування та психолого-педагогічна корекція суїцидальних тенденцій: робота психолога у цьому напрямку має бути комплексною і передбачати такі заходи.

1. Консультативна робота з батьками, педагогами й учнями, спрямована на зняття факторів, що спонукають чи провокують суїцид.

2. Підвищення або розвиток позитивної самооцінки цінності особистості, її соціального статусу в групі, тренінги особистісного зростання.

3. Профілактика порушень психічного здоров'я.

4. Навчання конструктивних поведінкових реакцій у проблемних ситуаціях.

5. Навчання технік керування емоціями, зняття м'язового й емоційного напруження.

VI. Систематичний контроль і врахування динаміки змін в особистості та поведінці учнів. Цей компонент системи полягає у

неперервному масовому моніторингу ознак, тенденцій, ризиків суїцидальної поведінки учнів на всіх етапах роботи психолога, зокрема і на тих, що здійснюються за іншими розділами планових заходів психологічної служби навчального закладу.

VII. При потребі – переадресування суїцидальної справи спеціалістам медичного профілю. На всіх етапах роботи можуть бути визначені ознаки психічних захворювань, що викликають суїцидальну поведінку. Тому психолог має бути готовий проконсультуватися з психіатром і передати йому справу.

Враховуючи основні елементи системи можна скласти програму профілактики суїцидальної поведінки. Запропонована програма може бути реалізована у як у загальноосвітній школі так і у професійно-технічних та вищих навчальних закладах.

1 етап. Скринінгове обстеження: виявлення підлітків з високим ризиком суїцидальної поведінки за допомогою “Опитувальника суїцидальної поведінки”.

В результаті тестування можна отримати 4 показники: рівень суїцидальності, наявність в оточенні осіб із суїцидальною поведінкою, ставлення до життя та до смерті, та загальний бал, отриманий за всіма запитаннями методики.

2 етап. Проведення індивідуального інтерв'ю.

Для більш точної діагностики ризику суїцидальної поведінки підлітків запрошують на індивідуальну бесіду. Метою індивідуального інтерв'ю є встановлення часу, причини виникнення суїцидальних ідеацій та їх наявність на момент обстеження. Окрім вказаної мети, при проведенні інтерв'ю вважається за необхідне зібрати короткий анамнез життя та основні біографічні дані досліджуваного. Тому структура інтерв'ю може бути наступною:

1. Прізвище, ім'я, по батькові, стать, вік, клас, школа, склад сім'ї.

2. Стосунки з однокласниками, вчителями в школі, родичами, друзями. Доцільно з'ясувати найбільш стресогенні фактори в цьому середовищі.
3. Здоров'я: захворювання самого підлітка, можливі наявні хвороби у членів сім'ї: Тут треба звернути увагу на проблеми зі сном, апетитом, загальний тонус, колір обличчя, фон настрою на момент інтерв'ю, темп мовлення, логічність та швидкість мислення і т. ін.
4. Соціальний розвиток: дитячі спогади, актуальна життєва ситуація, спілкування, хобі.
5. Стосунки з протилежною статтю, сексуальний досвід.

Після з'ясування основних біографічних та анамнестичних даних можна звернутися до безпосередньої мети інтерв'ю – суїцидальної поведінки. Вже той факт, що підліток відповідаючи на “Опитувальник суїцидальної поведінки” визнав наявність у нього суїцидальних ідецій, полегшує наступний крок, і можна при постановці запитань орієнтуватись на його відповіді. Також, можна ставити конкретні запитання, стосовно часу та причин їх виникнення.

Окрім цього, треба з'ясувати, що саме думає підліток стосовно власних суїцидальних тенденцій.

Тут може бути два випадки:

1. “Це було давно, я тоді була нерозумною маленькою дівчинкою, зараз я подорослішала і розумію всю безглуздість своїх вчинків чи фантазій”;
2. “Так, у мене були суїцидальні думки, і я вважаю, що в подібній ситуації вони можуть з'явитися знову”.

Другий варіант відповіді вимагає тривалої роботи зі ставленням підлітка до власної суїцидальної поведінки. Найчастіше, ці підлітки потрапляють до групи ризику В або С (розподіл на групи описується далі).

Чинник наявності в оточенні суїцидентів є одним за найважливіших у формуванні суїцидальної поведінки підлітків. Тому встановити, хто саме в оточенні скоїв суїцидальну спробу чи суїцид, з яких причин, і головне, як до цього ставиться підліток, чи розглядає він самогубство як прийнятний для

себе спосіб вирішення проблем, – все це необхідно з'ясувати в процесі інтерв'ю.

З етап. Розподіл досліджуваних на групи в залежності від наявності суїцидальних ідеацій та рекомендацій з приводу надання психологічної допомоги.

1. Оптимальним буде випадок, коли у підлітка зараз немає суїцидальних тенденцій і він критично ставиться до їх виникнення в минулому (група А). В цьому випадку треба наголошувати на правильності цієї позиції, підкреслювати негативні наслідки спроби самогубства, як для підлітка, так і для оточуючих, і зауважити, що у будь-якому разі самогубство – це не вихід, і мабуть гіршого варіанту вирішення проблем придумати неможливо. Потім треба підкреслити роль та завдання психолога у наданні допомоги саме в подібних кризових ситуаціях і заручитись обіцянкою підлітка, що у випадку виникнення проблем він обов'язково звернеться за допомогою, перш, ніж розглядатиме ймовірність самогубства.
2. Наступна група (група В) – це підлітки, у яких зараз немає суїцидальних думок, але вони з'являлися в минулому неодноразово, причому не лише на рівні уявлень чи фантазій, а й продумування місця, часу, методу та планування самогубства. Ставлення може бути як критичним, так і схвальним, у будь-якому випадку ця група розглядається як група ризику скоєння самогубства. З цією групою можна працювати на двох рівнях:
 - психологічний тренінг, спрямований на:
 - формування впевненості в собі;
 - позитивного ставлення до життя ;
 - покращення комунікативних вмінь;
 - підвищення самооцінки.
 - індивідуальна психокорекційна робота з елементами когнітивної, біхевіоральної та екзистенційної психотерапії.

3. Група С - підлітки з наявністю суїцидальних спроб, самопошкоджень в анамнезі та актуальних суїцидальних тенденцій на момент інтерв'ю. Ця група є найнебезпечнішою, з точки зору скоєння самогубства, і потребує негайного втручання психолога.

4 етап. Психокорекційна робота з підлітками за наявності суїцидальних ідеацій. Психокорекційна робота повинна включати елементи кризової психотерапії, а також подальшу індивідуальну психокорекційну роботу з елементами когнітивної, екзистенційної та біхевіоральної психотерапії.

Основними етапами кризової психотерапії є кризова підтримка та кризове втручання. На першому етапі основною метою роботи є зняття негативних афективних переживань, відреагування почуттів. Підлітку дається можливість виразити будь-яку емоцію, ставлення до оточення, ситуації чи власного стану. Особливо важливою стає перша бесіда з ним, під час якої психолог забезпечує емпатійне вислуховування, безоціночне сприйняття підлітка. Після того, як клієнт виговориться, зменшиться емоційна напруга, необхідно перейти до інтелектуального оволодіння ситуацією. Метою стає виявлення дійсних чинників психотравмуючої ситуації, впливу на її розвиток дій клієнта та його оточення, оцінювання дій та почуттів.

На етапі кризового втручання фахівець намагається подолати винятковість ситуації, зняти її гостроту шляхом встановлення послідовності дій, вербалізації переживань і пошуком джерела емоцій, які привели до суїцидальної поведінки. Застосовується терапія успіхами та досягненнями – техніка, при якій фахівець акцентує увагу на успіхах підлітка, сильних сторонах його особистості, труднощах, які він подолав.

Наступним прийомом є планування дій, необхідних для подолання кризової ситуації. Підлітку пропонується розглянути кілька варіантів вирішення ситуації (бажано, щоб він приймав активну участь у продукуванні альтернатив та виборі найкращої з них). Основні прийоми: інтерпретація

(психолог висловлює гіпотези, щодо можливих варіантів розвитку ситуації та її вирішення), планування (підліток спонукається до вербального оформлення планів вирішення ситуації та конкретних дій), впровадження планів в реальне життя, активна психологічна підтримка, логічна аргументація (роз'яснення можливих наслідків вчинків, що допомагає клієнту зрозуміти ймовірні наслідки його дій незалежно від того, негативні вони чи позитивні; функція: примусити клієнта усвідомити вплив його дій та полегшувати прийняття рішень на майбутнє).

Програма соціальної профілактики підлітків, схильних до суїциду

Мета програми: Профілактика самогубства та станів, що його провокують (депресія, стрес), реабілітація осіб, схильних до суїцидальних тенденцій, формування позитивного ставлення до життя, розвиток комунікативних навичок, виховання поваги одне до одного, толерантного ставлення до оточуючих.

Завдання програми:

- корекція ставлення до власного «Я»: корекція системи цінностей та потреб учнів; допомога учням у досягненні впевненості у собі, підвищення відчуття власної гідності, формування адекватної самооцінки;
- корекція поведінки: формування вміння адаптуватися у новому оточенні;
- корекція ставлення до інших: розвиток уміння протистояти негативному впливу оточення та придбання навичок виходу зі скрутних і небезпечних стосунків, навичок самозахисту, набуття і зміцнення вольових якостей; формування вміння знаходити способи виходу з конфліктних ситуацій та навичок спілкування;
- корекція ставлення до реальності: набуття і зміцнення вольових якостей під час подолання труднощів та перешкод; виховання оптимізму

стосовно реальності життя;

- залучення до спільної соціально-педагогічної роботи фахівців різних сфер;

- створення та впровадження комплексу заходів, спрямованих на профілактику аутоагресивної поведінки.

Контингент: учнівська молодь.

Вік: 13-15 років.

Період: 3 місяці.

Діагностичний етап

Мета: діагностика особливостей розвитку підлітків; виявлення рівня схильностей до суїцидальної та аутоагресивної поведінки; діагностика комунікативних навичок; формування загальної профілактичної програми.

№	Тема заходу	Форма проведення	Залучені спеціалісти
1.	Карта визначення ризику суїцидальності (В.М.Прийменко).	Діагностичний тест, індивідуальна робота.	Соціальний педагог
2.	Тест на виявлення суїцидальних намірів (Н. Шавровська, О. Гончаренко, І. Мельникова).	Діагностична методика, індивідуальна робота.	Соціальний педагог/психолог, соціальний працівник
3.	Модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру у підлітків (О.Є. Лічко - СІ. Подмазін).	Діагностична методика, індивідуальна робота.	Соціальний педагог/психолог, соціальний працівник
4.	Методика «Соціометрія» (Я. Морено).	Діагностична методика.	Соціальний педагог/соціальний працівник

Основний етап

Мета: реалізація запланованих комплексних заходів, спрямованих на профілактику та реабілітацію підлітків, схильних до суїциду

№	Тема заходу	Форма проведення	Залучені спеціалісти
1.	Тренінгове заняття «Жити - це	Груповий	Соціальний педагог, соціальний працівник

	здорово!». Мета: 1) сприяти розпізнаванню школярем важких для нього ситуацій, 2) навчити дітей аналізувати їх; 3) виробити алгоритм поведінки дитини в критичних для неї ситуаціях. Профілактика агресії. План: <ul style="list-style-type: none"> - Вправа «Будьмо знайомі»; - Прийняття правил роботи в групі; - Вправа «Дерево очікувань»; - Вправа «Коло асоціацій»; - Вправа «Я зараз та я в майбутньому»; - Вправа «Потрібні слова»; - Притча «Колодязь»; - Вправа «Цінності»; - Вправа «Життя - це...»; - Рефлексія. 	тренінг	
4.	Виховна година «Гра власним життям». Мета: розглянути проблему псевдосуїциду через призму психології підлітка; акцентувати увагу на аморальності гри власним життям та небезпеці такої поведінки.	Групова виховна година	Соціальний педагог, соціальний працівник
5.	Індивідуальні консультації для дітей, схильних до суїцидальних тенденцій та їх батьків. Мета: допомогти учням зрозуміти суть та цінність життя; розвивати в учнів уміння бачити в життєвих негараздах тільки тимчасові труднощі і бажання долати їх.	Індивідуальна робота	Соціальний педагог/ психолог, соціальний працівник
6.	Лекція з елементами диспуту «Від протистояння до розуміння!» Мета: профілактика суїцидального ризику, ознайомлення підлітків з їх фізіологічними змінами, як нормальним явищем, орієнтація у зовнішніх, емоційних та вегетативних порушеннях при суїцидальному ризику, надання буклетів щодо необхідних дій в ситуації прояву суїцидальної поведінки.	Групова робота	Медичний працівник
7.	Флеш-моб «Ми голосуємо за життя!». Мета: розвивати соціально - комунікативні навички, спрямовувати підлітків на творчу діяльність та вміння розвивати свій потенціал.	Масова робота	Соціальний педагог/психолог/ вчителі

8.	<p>Тренінг «Із кожного лабіринту завжди є вихід!».</p> <p>Мета: формування стійкої позитивної самооцінки і впевненої поведінки; вироблення механізмів саморегуляції на основі свідомого вольового зусилля; створення стійкої оптимістичній установки на подолання стресу; створення психологічного настрою на подальшу діяльність.</p> <p>План:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Вправа «Привітання»; - Вправа «Крапля»; - Ділова гра «Незвичайний подарунок»; - Руханка; - Вправа «Важлива інформація для тебе»; - Вправа «Берег досягнень»; - Вправа «Ходіння над прірвою»; - Обговорення заняття, рефлексія. 	Груповий тренінг	Соціальний педагог/ психолог, соціальний працівник
9.	<p>Сімейний квест «Моя сім'я - моя схованка».</p> <p>Мета: запобігання підліткових суїцидів; організація спільної взаємодії; формування уваги до одне одного; прийняття та підтримка. Відомо, що однією з найбільш часто зустрічаються причин суїциду у дітей і підлітків є конфлікти, нерозуміння в сім'ї між дітьми та батьками.</p> <p>План:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Завдання «Вікторина»; - Завдання «Крокодил»; - «Шифр»; - «Моя дитина - супер!»; - «Вежа»; - Завдання «Дім моєї мрії»; - «Контакт». - Фінальне завдання «Листи одне одному». 	Квест	Соціальний педагог/психолог/ соціальний працівник /батьки
10.	<p>Виховна година «Цінуй своє життя».</p> <p>Мета: формування життєстійких</p>	Групова виховна година	Соціальний педагог

	позицій у підлітків; спонукання до роздумів про цінності людського життя і неповторності свого власного; вироблення вміння планувати позитивний образ свого майбутнього.		
11.	Інформативна лекція. Мета: надання інформації про соціально-психологічну службу, Інтернет-ресурсу щодо вирішення проблемних запитань та ситуацій підлітків, буклети про можливість; отримання психологічної допомоги в закладі освіти, інших установах і організаціях, а також отримання анонімної екстреної допомоги за міським "телефоном довіри".	Групові лекції	Соціальний педагог, соціальний працівник
12.	Психологічна гра «Моє життя єдине». Мета: розвиток ціннісного ставлення до життя; підвищити рівень прийняття себе; профілактика емоційного неблагополуччя; усвідомлення власних почуттів, думок; прийняття власної унікальності. План: - «Моя думка...»; - «Продовжи фразу»; - «Ситуації»; - «Завтра я хотів би. ».	Гра	Соціальний педагог/ психолог, соціальний працівник

Заключний етап

Мета: повторне проведення діагностичних методик, перевірка тенденцій підлітків до самогубства. В ситуації виявлення гострого суїцидального ризику організоване звернення до фахівців медиків (психіатрів, психотерапевтів). При потребі – переадресування суїцидальної справи спеціалістам медичного профілю – рекомендація відвідати дитячого психоневролога, психотерапевта, психіатра. Встановлюється систематичний контроль і врахування динаміки змін в особистості та поведінці підлітків - постійний моніторинг ознак, тенденцій, ризиків суїцидальної поведінки на всіх етапах роботи. Аналіз результатів діяльності, визначення основних позитивних та негативних сторін програми профілактики. Складання висновків щодо проведеної роботи.

Розроблена нами типова психолого-педагогічна програма профілактики суїцидальної поведінки підлітків включає такі напрями роботи, як психологічну просвіту усіх учасників навчально-виховного процесу, покращення психологічного мікроклімату, діагностичну роботу з профілактики суїцидальної поведінки підлітків, психолого-педагогічне консультування і психолого-педагогічну корекцію суїцидальної поведінки підлітків.

Роблячи висновок, варто відмітити, що психолого-педагогічна програма профілактики суїцидальної поведінки учнівської молоді є ефективним засобом надання соціально-педагогічної і психологічної допомоги підліткам, схильним до суїцидальної поведінки.

Висновки до другого розділу

Профілактика суїцидальної поведінки підлітків повинна здійснювати контролюючу і обмежуючу функції щодо доступу до різних засобів аутоагресії та контролювати чинники суїцидальної поведінки, групи ризику молодих людей, надавати медико-психологічну допомогу кожній потребуючій особі.

Суїцидальна превенція: це превентивна профілактика самогубств, мета якої полягає в інформаційно – пропагандистській роботі з населенням, націленій на попередження самогубств, здійснення соціально-психологічної допомоги. Вона включає в себе первинну профілактику, вторинну і третинну профілактику .

Для визначення суїцидальних тенденцій підлітків нами було проведено емпіричне дослідження. До нього було залучено 52 учня 9 х класів у віці від 14 до 15 років. Мета дослідження – виявити тенденції суїцидальної поведінки у підлітків. В процесі проведення емпіричного дослідження кожен досліджуваний виконав п'ять психодіагностичних методик для визначення суїцидальних тенденцій підлітків («Шкала депресії» в адаптації Т.І.

Балашової, «Модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру» О.Є. Лічко, С. Л. Подмазіна, «Тест на виявлення суїцидального ризику» П.І. Юнацкевича, методика вивчення схильності до суїцидальної поведінки М.В. Горської, «Опитувальник суїцидального ризику» (модифікація Т.Н. Разуваєвої)).

Результати дослідження схильності учнів до суїцидальної поведінки показало, що гострих проблем таких як депресія, схильність до суїциду в межах даної вибірки не існує. Але варто звернути увагу на тривожність та можливість виникнення суїцидальних реакції у підлітків на фоні тривалої психічної травматизації і при реактивних станах психіки.

Враховуючи результати діагностичного дослідження ми розробили психолого-педагогічну програму профілактики суїцидальної поведінки підлітків. Метою програми є проведення превентивної роботи з учнівською молоддю для попередження суїцидальної поведінки; діагностична робота з виявлення осіб з групи ризику; проведення інформаційної роботи, для підвищення рівня знань підлітків стосовно суїцидальної поведінки та її наслідків; формування мотивації до здорового способу життя і практичних навичок збереження життя і здоров'я людини.

Психолого-педагогічна програма профілактики суїцидальної поведінки повинна стати ефективним засобом надання соціально-педагогічної і психологічної допомоги підліткам, схильним до суїцидальної поведінки.

ВИСНОВКИ

Для досягнення висунутої у нашому дослідженні мети та реалізації поставлених завдань, а також перевірки висунутої гіпотези було проведене теоретико-емпіричне дослідження. За його результатами можна констатувати наступне:

1. У результаті теоретичного аналізу наукової літератури було виділено основні підходи до розробки проблеми суїцидальної поведінки підлітків: психоаналітичний (розуміння суїцидальної поведінки як результату взаємодії інстинктів життя і смерті), гуманістичний (екзистенціальне протиріччя впливає на появу суїцидальної поведінки), феноменологічний (суїцид є засобом вирішення проблем особистості), когнітивний (когнітивні спотворення викликають аутоагресивну поведінку), акмеологічний (аутоагресивна поведінка є складним особистісним комплексом).

Суїцидальна поведінка – різні форми активності людей, зумовлені прагненням позбавити себе життя і черговим засобом розв'язання особистісної кризи, що виникла при зіткненні особистості з перешкодою на шляху задоволення її найважливіших потреб.

Аналіз поняття «суїцидальна поведінка» як багатоаспектного соціального феномена дав можливість прослідкувати механізм виникнення суїцидальної поведінки та дослідити особливості її проявів у підлітків. Визначено, що механізм суїцидальної поведінки включає такі події, як деформація особистості під впливом негативних соціальних факторів, конфлікти, соціально-психологічну дезадаптацію, розчарування у життєвих цінностях, поєднання зовнішніх негараздів із мотиваційною готовністю людини, прийняття рішення померти, парасуїцид, суїцид. Аутоагресивна поведінка підлітків складається з трьох фаз: фаза обдумування, амбівалентності та суїцидальної спроби.

Спеціалісти визначають суїцид тобто самогубство, як усвідомлювані,

навмисні дії, спрямовані на добровільне позбавлення себе життя, що призводять до смерті. Ознаками поняття «самогубство» виступають:

- 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.

Розрізняють декілька видів самогубств :

1. Неусвідомлюване самогубство;
2. Самогубство, як ризикована гра і ризикована безпечність;
3. Психопатологічне й агресивно-невропатичне самогубство;
4. Самогубство психічно-нормальної людини з певними видами суїцидальної поведінки.

5. Кіберсуїцид. Кіберсуїцид – це самогубства, які відбуваються в результаті знайомства і спілкування через Інтернет.

Науковці 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 конформності, схильність до сумнівів, нестійкість емоційної сфери, невпевненість у собі, залежність від оточення, несформованість системи цінностей, нездатність адекватно переробляти конфлікти в міжособистісній сфері, вразливість, інтровертованість, збудливість, нестійкість настрою, схильність до депресивних розладів, неадекватна самооцінка.

В основі механізму суїцидальної поведінки лежать негативні соціальні й особистісні чинники. До негативних соціальних чинників слід віднести: розлучення, смерть близьких, нещасливе кохання, труднощі у навчанні, втрату роботи тощо. До особистісних чинників належать характер людини, її тип

темпераменту, вольові якості, розлад поведінки, психопатологічні розлади тощо

Основними чинниками, які визначають схильність підлітків до суїцидальної поведінки, є втрата життєвих орієнтирів, невміння продуктивно використовувати вільний час, втеча від вирішення особистих проблем, соціально-психологічна.

2. Профілактика суїцидальної поведінки підлітків повинна здійснювати контролюючу і обмежуючу функції щодо доступу до різних засобів аутоагресії та контролювати чинники суїцидальної поведінки, групи ризику молодих людей, надавати медико-психологічну допомогу кожній потребуєчій особі.

Для визначення суїцидальних тенденцій підлітків нами було проведено емпіричне дослідження. Було виявлено, що загальний рівень ризику до суїцидальних тенденцій є низьким, що видно з наступних результатів за методиками.

За результатами методики «Шкала депресії» було виявлено, що у респондентів домінуючим є низький рівень депресії – 96,1%, що свідчить про відсутність ризику до суїцидальних тенденцій. Високий та середній рівні склали по 2%, а надвисокий рівень взагалі відсутній у респондентів.

За результатами методики «Модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру» було виявлено, що у респондентів демонстративний тип характеру виражений у 25%, менш виражені – циклоїдний (19%), гіпертимний тип (15%), лабільний тип (15%), астено-невротичний (8%), збудливий (8%), сенситивний (8%), інтравертований (6%), нестійкий (6%), тривожно-педантичний (4%). Також в 35% респондентів слабо виражений або не виражений зовсім жоден тип, це означає, що дані акцентуації є прихованими (латентними).

За результатами методики «Тест на виявлення суїцидального ризику» було виявлено, що у респондентів домінує рівень прояву суїцидальних нахилів нижчий середнього (56%).

За результатами методики «Вивчення схильності до суїцидальної поведінки» було виявлено, що в 52% респондентів мають низький рівень схильності до суїцидального ризику це означає, що дані респонденти не схильні до суїцидальної поведінки.

Результати дослідження схильності учнів до суїцидальної поведінки показало, що гострих проблем таких як депресія, схильність до суїциду в межах даної вибірки не існує. Але варто звернути увагу на тривожність та можливість виникнення суїцидальних реакції у підлітків на фоні тривалої психічної травматизації і при реактивних станах психіки.

3. Враховуючи результати емпіричного дослідження ми розробили психолого-педагогічну програму профілактики суїцидальної поведінки підлітків. Метою програми є проведення превентивної роботи з учнівською молоддю для попередження суїцидальної поведінки; діагностична робота з виявлення осіб з групи ризику; проведення інформаційної роботи, для підвищення рівня знань підлітків стосовно суїцидальної поведінки та її наслідків; формування мотивації до здорового способу життя і практичних навичок збереження життя і здоров'я людини.

Розроблена нами типова психолого-педагогічна програма профілактики суїцидальної поведінки підлітків включає такі напрями роботи, як психологічну просвіту усіх учасників навчально-виховного процесу, покращення психологічного мікроклімату, діагностичну роботу з профілактики суїцидальної поведінки підлітків, психолого-педагогічне консультування і психолого-педагогічну корекцію суїцидальної поведінки підлітків.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агишева Н. К. Внутрличностный конфликт и пути его разрешения / Н. К. Агишева // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16, вип. 2. – С. 63 – 66.
2. Амбрумова А. Г. Пути и становление отечественной суицидологии / А. Г. Амбрумова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – № 4.
3. Амбрумова А. Г. Суицид как феномен социальнопсихологической дезадаптации личности / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко // Актуальные вопросы суицидологии. – М., 1978.
4. Амбрумова А. Г. Диагностика суицидального поведения: метод, рекомендации / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. – М., 1980.
5. Амбрумова А.Г. Возрастные аспекты суицидального поведения / А. Г. Амбрумова // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии: Сб. научн. Тр. – М.,1989.
6. Амбрумова А.Г., Вроно Е.М. , Комарова Л.Э.Суицидальное поведение в роду других девиаций подростков /А. Г. Амбрумова, Е.М. Вроно, Л.Э Комарова // Комплексные исследования в суицидологии: Сб. научн. Тр. – М., 1986.
7. Амбрумова А. Г. Роль личности в проблеме суицида // Актуальные проблемы суицидологии. М.: Изд-во Московс-кого НИИ психиатрии, 1981.
8. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Мотивы самоубийств / А. Г. Амбрумова //Социологические исследования. – 1987. № 6
9. Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения / А. Г. Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии / Под ред. Портнова А.А. – М., 1978. – 239 с.
10. Амбрумова А. Г. О самоубийцах / А. Г. Амбрумова // Аргументы и факты. – 1994. – № 12.

11. Амбрумова А. Г. Психология одиночества и суицид / А. Г. Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии / Под ред. Ковалева В. В. – М., 1981. – 264 с.

12. Балабанова Л. М. Мотивационные аспекты формирования суицидального поведения у юношей и его психокоррекция / Л. М. Балабанова, А. Д. Михайленко // Медицинская психология. – 2007. – Т. 2, №1. – С. 42 – 44.

13. Бехтерев В. М. О причинах самоубийства и о возможной борьбе с ним / В. М. Бехтерев, В. М. Ев // Труды Первого русского съезда невропатологов и психиатров. – М., 1926. – С. 117.

14. Блінова О. Є. Психологічні фактори суїцидальної поведінки у підлітковому віці / О. Є. Блінова // Актуальні проблеми суїцидології. Зб. наукових праць. Частина 1. – К., 2012. – С. 31–32.

15. Вагин И. Психология жизни и смерти / И.Вагин. – СПб.: Питер, 2011.

16. Вашека Т.В. Рання діагностика та профілактика суїцидальної поведінки у підлітковому віці /Т.В. Вашека // Практична психологія та соціальна робота, № 6 (87), 2016.-С 64-66.

19. Ващенко Р.В., Сулицький В.В. Структура психологічного втручання після суїцидальної спроби / Р.В. Ващенко, В.В. Сулицький // Психологія суїцидальної поведінки; Діагностика, корекція, профілактика. Зб. наук. пр. / За заг. ред. С.І. Яковейка. – К.: РВВ КІВС. 2000. – С.45.

20. Вилюнас В. К. Психология эмоций. / В. К. Вилюнас, Ю. Б. Гиппенрейтер. – СПб. : Питер, 2015. – 404 с.

21. Войцех В. Ф. К проблеме раннего прогноза суицидального поведения / В.Ф. Войцех // Клинические Павловские чтения: Сб. раб. Вып. 5. «Кризисные состояния. Суицидальное поведение». – СПб., 2002. – С. 13–18.

22. Войтко В.В. Емоційні порушення в дитячому віці та їх корекція [методичні рекомендації]. / В.В. Войтко. – Кіровоград: КОППО, 2016. – 60 с.

23. Вострокнутов Н. В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы

диагностики и реабилитации // Школьная дезадаптация. Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. – М., 1995. – С.8-11.

24. Волкова Л. Н. Психолого-педагогическая поддержка детей суицидентов / Л. Н. Волкова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 2008. – № 2. – С. 36–43.

25. Вроно Е. Предотвращение самоубийства. Руководство для подростков. – М.: Академический Проспект. – 2011.

26. Гоулман Д. «Деструктивные эмоции. Как с ними справиться». / Д. Гоулман. – М.: Попурри, 2015. – 307 с.

27. Гишинский Я.И. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других "отклонений". - СПб.: Издательство "Юридический центр Пресс". – 2004.

28. Гишинский Я. И., Юнацкевич П. И. Социологические и психолого-педагогические основы суицидологии. СПб.: Медицинская пресса, 1999.

29. Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция / Э. Гроллман // Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийств в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. – М. : Когито–Центр, 2001. – С. 270–352.

30. Диагностика и коррекция социальной дезадаптации подростков: Пособие для психологов, педагогов, психосоциальных и социальных работников / Под ред. С.А. Беличевой. - М.: Ред. изд. Центр Консорциума «Социальное здоровье России», 2010. – 183 с.

31. Етичний кодекс психолога / Основи практичної психології / Н. Пинок, Т.Титаренко, Н.Чепелева та ін.: Підручник. Вид. 3. К.: Либідь., 2006. –536 с

32. Диагностика школьной дезадаптации / Под ред. С. А. Беличевой, И. А. Коробейникова, Г. Ф. Кумариной. – М., 2013.

33. Дуткевич Т. В. Загальна психологія. Теоретичний курс [Текст]: навч. посіб. для студентів / Дуткевич Т. В.; Кам'янець-Поділ. нац. ун-т ім. Івана

Огієнка, Факультет корекц. та соц. педагогіки і психології, каф. психології освіти. - Кам'янець-Подільський: Зволейко Д. Г. [вид.], 2015. - 431 с.

34. Дюркгейм Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение / Пер. с фр., составление, послесловие и примечания А. Б. Гофмана. – М.: Канон, 1995. – 352 С.

35. Ефремов В. С., Точиллов В. А. Депрессия и суицид // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний. СПб.: Изд-во ВМедА, 2000.

36. Завадська Н. В. Проблема самогубства у підлітковому середовищі/ Н.В. Завадська // Соціальний працівник. – 2017. – № 2. – С. 10-12.

37. Зотов М. В., Петрукович В. М. Внимание к мотивационно значимым стимулам как основа методического подхода к исследованию мотивации и его реализация на примере оценки суицидальных тенденций / М.В. Зотов, В.М.Петрукович // Современная психология: состояние и перспективы. М.: Изд-во ИП РАН, 2012.

38. Кириленко Т. С. Психологія: емоційна сфера особистості / Т. С. Кириленко. – К.: Либідь, 2007. – 256 с.

39. Колодич Е. Н. Коррекция эмоциональных нарушений у детей и подростков: Учеб. пособие для студентов психологических факультетов, практических психологов. / Е. Н. Колодич. - Мн.: РИПО, 1999. – 94 с.

40. Коррекционная педагогика в начальном образовании: Учеб. пособие для студентов средних педагогических учебных заведений / Г.Ф.Кумарина, М.Э. Вайнер, Ю.Н. Вьюнкова и др.; Под ред. Г.Ф. Кумариной. – М.: Изд. центр «Академия», 2011. – 320 с.

41. Крайг Г. Психология развития / Грэйс Крайг ; [пер. с англ. Н. Мальгиной и др.]. – СПб. : Питер, 2010. – 992 с.

42. Кротенко В.І. Психологічні особливості емпатії підлітків : дис. канд. психол. наук: 19.00.07/ В.І. Кротенко. – К.: Національний педагогічний університет імені М.П.Драгоманова, 2017. – 193 с.

43. Кузнецов П.С. Адаптация как функция развития личности / П.С. Кузнецов. – Саратов: СГУ, 1991 – 76 с.
44. Калинин В. В. Факторы риска развития суицидального поведения у больных эпилепсией / В. В. Калинин, Д. А. Полянский // Журн. неврологии и психиатрии. – 2003. – № 3. – С. 18–21.
45. 34. Кулганов В.А., Юнацкевич П.И. Как не стать психом. - СПб.: Антон, 2019.
46. Лазуренко О. О. Проблема емоційності в психології / О. О. Лазуренко // Проблеми загальної та педагогічної психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – К., 2004. Т. VI, вип. 4. – С. 170-176.
47. Личко, А.Е. О циклоидной психопатии и циклоидной акцентуации личности у подростков [Текст] / А.Е. Личко, С.Д. Озерецковский. – С.Пб.: Питер, 2016 – 235 с.
48. Лісова О.С. Психологія суїцидальної поведінки / О.С. Л. Лісова: Навчальний посібник. – Чернівці, 2014.
49. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. – Л.: Медицина, 2017.
50. Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства/ К. Лукас, Г. Сейден // Пер. с англ. – М., Смысл. – 2010.
51. Макарова И.В. Педагог-психолог. Основы профессиональной деятельности / И.В.Макарова, Ю.Г.Крылова. - Самара: Издательский Дом БАХРАХ-М, 2004. - 288 с.
52. Малкина-Пых И.Г. Психология поведения жертвы: Справочник практического психолога / И.Г. Малкина-Пых. М.: Эксмо, 2012. С. 34.
53. Меннингер К. Война с самим собой / К. Меннингер// Пер. с англ. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.
54. Моргун В.Ф., Седых К.В. Делинквентный подросток. Учебное пособие. -Полтава, 2005.

55. Мушинский В.П. Особенности суицидального поведения у подростков: Методические материалы. - Днепропетровск: ДОМУППСР, 2011.- 10с. -Рукопись.

56. Мягков А.Ю., Смирнова Е.Ю. Структура и динамика незавершенных убийств // СОЦИС (Социологические исследования). - 2017. - №3.

57. Немов Р.С. Психология: В 3 х кн. - Кн.1 / Р.С. Немов. - М.: Просвещение, 2014. - 684 с.

58. Никитин Е.П., Харламенкова Н.Е. Феномен человеческого самоутверждения / Е. П. Никитин, Н.Е. Харламенкова. - Санкт- Петербург: Алетейя, 2010. - 342 с.

59. Особистість у розвитку: психологічна теорія і практика. Монографія / С. Д. Максименко, В. Л. Зливков, С. Б. Кузікова. - Суми: Вид-во Сум.ДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. - 430 с.

60. Психология социальной работы: Учебник для бакалавров, 2-е изд., /И.Н.Галасюк, О.В.Краснова, Т.В.Шинина. - М.: Дашков и К., 2020. - 302 с.

61. Петрукович В. М., Зотов М. В., Иванов А. О., Бондаренко И. В. Психофизиологический подход к диагностике суицидального поведения // Военно-медицинский журнал, 2002. Т. 323. № 6.

62. Подмазин СИ., Сибиль Е.И. Как помочь подростку с «трудным» характером. -К.: НПЦ «Перспектива», 2016. - 160 с.

63. Попередження суїцидальної поведінки дітей та підлітків // Все для вчителя. - 2021. - № 30. - С. 53-64.

64. Прийменко В.М. Суїцидальна поведінка. Психологічний аналіз і профілактика (Методичні рекомендації для практичних психологів і соціальних педагогів). - К.: КМПУ імені Б.Д. Грінченка, 2015.

65. Психологія суїциду: Навчальний посібник / За ред. В.П.Москальця. - Київ - Івано-Франківськ: Плай, 2012.

66. Роджерс К. Становлення особистості. Погляд на психологію / К. Роджерс - М. : Джексон-Прес, 2011. - 416 р.

67. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. - СПб, 2010. - 390 с.
68. Розанов В.А., Моховиков А.Н., Стилиха Р. Предупреждение самоубийств у молодежи: Семейное руководство. Одесса: Общест. организация «Экологическое здоровье человека». - 2013.
69. Романовська Д., Собкова С. Робота з підлітками, схильними до суїциду // Психолог, № 15 (207), 2016.
70. Сабат Н. Профілактика суїцидальної поведінки серед підлітків // Соціальний педагог. - 2017. - № 11. - С 35-37.
71. Сокирьська Л. Попередження суїцидальної поведінки дітей та підлітків // Соціальний педагог. - 2017. - № 1. - С. 30-34.
72. Силяхина В.И. Система работы по профилактике суицида (методические рекомендации). - Кривой Рог: СО111 №4, 2005. - 34 с.
73. Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии // Е.М. Вроно, Н.А. Ратинова. О возрастном своеобразии аутоагрессивного поведения у здоровых подростков. - М. - 1989.
74. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г.В. Старшенбаум. - М.: «Когито-Центр», 2015.
75. Суицид. Хрестоматия по суицидологии. – К., 1996
76. Тихоненко В. А., Сафуанов Ф. С. Введение в суицидологию // Медицинская и судебная психология / Под ред. Т. Б. Дмитриевой, Ф. С. Сафуанова. М.: Генезис, 2014.
77. Тихоненко, В. А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии. Труды Московского НИИ психотерапии МЗ РСФСР [Текст] / В. А. Тихоненко – М., 1978. - Т. 82.
78. Тарасов, Е. Популярная психотерапия [Текст] / Е. Тарасов. – М.: Гранд, 1997.
79. Хухлаева, О., Курилина, Т., Федорова, О. Счастливый подросток [Текст] / О. Хухлаева, Т. Курилина, О. Федорова. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000.

80. Цуканов, Б. И. Время в психике человека [Текст] / Б. И. Цуканов. – Одесса: Астропринт, 2000. – 220 с.
81. Цушко, І.І., Рудомьоткіна, О. А. Попередження суїцидальної поведінки дітей та підлітків (Методичні рекомендації для педагогів, практичних психологів, соціальних педагогів, батьків) [Текст] / І.І. Цушко, О. А. Рудомьоткіна. – Київ: НМЦППСР МОН і АПН України, 2006. - 13 с.
82. Чуприков, А. П., Пилягина, Г. Я., Войцех, В. Ф. Суицидология. Основные термины и понятия [Текст] / А. П. Чуприков, Г. Я. Пилягина, В. Ф. Войцех. – К., 2019.
83. Шавровська, Н., Гончаренко, О., Мельникова, І. Суїцид як соціально-психологічний феномен [Текст] / Н. Шавровська, О. Гончаренко, І. Мельникова // Психолог. – 2012. – № 38– 39. - С. 46-57.
84. Шнейдман Э. Душа самоубийцы [Текст] / Э. Шнейдман. – М.: Смысл, 2011.
85. Етичний кодекс психолога // Основи практичної психології: Підручник [Текст] / В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін. – К: Либідь, 2006. – 536 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

ШКАЛА ДЕПРЕССИИ (АДАПТАЦИЯ Т.И.БАЛАШОВОЙ)

Шкалы: уровень депрессии

НАЗНАЧЕНИЕ ТЕСТА

Опросник разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики.

Полное тестирование с обработкой занимает 20-30 минут.

Инструкция к тесту

Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

- А (1) – никогда или изредка
- В (2) – иногда
- С (3) – часто
- D (4) – почти всегда или постоянно

ТЕСТ

1. Я чувствую подавленность.
2. Утром я чувствую себя лучше всего.
3. У меня бывают периоды плача или близости к слезам.
4. У меня плохой ночной сон.
5. Аппетит у меня не хуже обычного.
6. Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать с ними, находиться рядом.
7. Я замечаю, что теряю вес.
8. Меня беспокоят запоры.
9. Сердце бьется быстрее, чем обычно.
10. Я устаю без всяких причин.
11. Я мыслю так же ясно, как всегда.
12. Мне легко делать то, что я умею.

13. Чувствую беспокойство и не могу усидеть на месте.
14. У меня есть надежды на будущее.
15. Я более раздражителен, чем обычно.
16. Мне легко принимать решения.
17. Я чувствую, что полезен и необходим.
18. Я живу достаточно полной жизнью.
19. Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру.
20. Меня до сих пор радует то, что радовало всегда.

ОБРАБОТКА И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТА

Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле:

УД = Σ пр. + Σ обр.; где • **Σ пр.** – сумма зачеркнутых цифр к "прямым" высказываниям № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

• **Σ обр.** – сумма цифр, "обратных" зачеркнутым, к высказываниям № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Например:

- у высказывания №2 зачеркнута цифра 1, мы ставим в сумму 4 балла;
- у высказывания №5 зачеркнут ответ 2 – ставим в сумму 3 балла;
- у высказывания №6 зачеркнут ответ 3 – ставим в сумму 2 балла;
- у высказывания №11 зачеркнут ответ 4 – ставим в сумму 1 балл и т.д.

В результате получаем УД, который колеблется от 20 до 80 баллов.

- Если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии.
- Если УД от 50 до 59 баллов, то делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза.
- Показатель УД от 60 до 69 баллов – субдепрессивное состояние или маскированная депрессия.
- Истинное депрессивное состояние диагностируется при УД более 70 баллов.

МОДИФІКОВАНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ТИПІВ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ У ПІДЛІТКІВ (О.Є.ЛІЧКО -С.І.ПОДМАЗІН)

Інструкція

Ребята, каждый из вас хочет знать особенности своего характера, по крайней мере, его наиболее яркие, выпуклые черты. Знание своего характера позволяет управлять собой: лучше взаимодействовать с людьми, ориентироваться на определенный круг профессий и т.д. Ведь характер - это основа личности.

Данный тест поможет вам определить тип вашего характера, его особенности.

Вам предложены **Лист вопросов** и **Лист ответов**. Прочитав в Листе ответов каждый вопрос-утверждение, решите: типично, характерно это для вас или нет. Если да, то тогда обведите кружком номер этого вопроса на Листе ответов, если нет, то просто пропустите этот номер.

Чем точнее и искреннее будут ваши выборы - тем лучше вы узнаете свой характер.

После того как Лист ответов будет заполнен, подсчитайте сумму набранных вами баллов по каждой строке (один номер, взятый в кружок, - это один балл). Проставьте эти суммы в конце каждой строки.

Лист вопросов

1. В детстве я был веселым и неугомонным.
2. В младших классах я любил школу, а затем она начала меня тяготить.
3. В детстве я был таким же, как и сейчас: меня легко было огорчить, но и легко успокоить, развеселить.
4. У меня часто бывает плохое самочувствие.
5. В детстве я был обидчивым и чувствительным.
6. Я часто опасаюсь, что с моей мамой что-то может случиться.
7. Мое настроение улучшается, когда меня оставляют одного.
8. В детстве я был капризным и раздражительным.
9. В детстве я любил беседовать и играть со взрослыми.
10. Считаю, что самое важное – несмотря ни на что, как можно лучше провести сегодняшний день.
11. Я всегда сдерживаю свои обещания, даже если это мне невыгодно.
12. Как правило, у меня хорошее настроение.
13. Недели хорошего самочувствия сменяются у меня неделями, когда и самочувствие, и настроение у меня плохое.
14. Я легко перехожу от радости к грусти и наоборот.
15. Я часто испытываю вялость, недомогание.
16. К спиртному я испытываю отвращение.
17. Избегаю пить спиртное из-за плохого самочувствия и головной боли.
18. Мои родители не понимают меня и иногда кажутся мне чужими.
19. Я отношусь настороженно к незнакомым людям и невольно опасаюсь зла с их стороны.
20. Я не вижу у себя больших недостатков.
21. От нотаций мне хочется убежать подальше, но если не получается, то молча слушаю, думая о другом.
22. Все мои привычки хороши и желательны.
23. Мое настроение не меняется от незначительных причин.
24. Я часто просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня предстоит сделать.

25. Я очень люблю своих родителей, привязан к ним, но, бывает, сильно обижаюсь и даже ссорюсь.
26. Периодами я чувствую себя бодрым, периодами – разбитым.
27. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях.
28. Мое отношение к будущему часто меняется: то я строю радужные планы, то будущее кажется мне мрачным.
29. Я люблю заниматься чем-нибудь интересным в одиночестве.
30. Почти не бывает, чтобы незнакомый человек сразу внушил мне симпатию.
31. Люблю одежду модную и необычную, которая привлекает взоры.
32. Больше всего люблю сытно поесть и хорошо отдохнуть.
33. Я очень уравновешен, никогда не раздражаюсь и ни на кого не злюсь.
34. Я легко схожусь с людьми в любой обстановке.
35. Я плохо переношу голод – быстро слабею.
36. Одиночество т переношу легко, если оно не связано с неприятностями.
37. У меня часто бывает плохой, беспокойный сон.
38. Моя застенчивость мешает мне подружиться с теми, с кем мне хотелось бы.
39. Я часто тревожусь по поводу различных неприятностей, которые могут произойти в будущем, хотя повода для этого нет.
40. Свои неудачи я переживаю сам и ни у кого не прошу помощи.
41. Сильно переживаю замечания и отметки, которые меня не удовлетворяют.
42. Чаще всего я свободно чувствую себя с новыми, незнакомыми сверстниками, в новом классе, лагере труда и отдыха.
43. Как правило, я не готов в уроки.
44. Я всегда говорю взрослым только правду.
45. Приключения и риск меня привлекают.
46. К знакомым людям я быстро привыкаю, незнакомые могут меня раздражать.
47. Мое настроение прямо зависит от школьных и домашних дел,
48. Я часто устаю к концу дня, причем так, что кажется – совсем не осталось сил.
49. Я стесняюсь незнакомых людей и боюсь заговорить первым.
50. Я много раз проверяю, нет ли ошибок в моей работе.
51. У моих приятелей бывает ошибочное мнение, будто бы я не хочу с ними дружить.
52. Бывают иногда дни, когда я без причины на всех сержусь.
53. Я могу сказать о себе, что у меня хорошее воображение.
54. Если учитель не контролирует меня на уроке, я почти всегда занимаюсь чем-нибудь посторонним.
55. Мои родители никогда не раздражают меня своим поведением.
56. Я могу легко организовать ребят для работы, игр, развлечений.
57. Я могу идти впереди других в рассуждениях, но не в действиях.
58. Бывает, что я сильно радуюсь, а потом сильно огорчаюсь.
59. Иногда я делаюсь капризным и раздражительным, а вскоре жалею об этом.
60. Я чрезмерно обидчив и чувствителен.
61. Я люблю быть первым там, где меня любят, бороться за первенство я не люблю.
62. Я почти не бываю полностью откровенным, как с приятелями, так и с родными.
63. Рассердившись, я могу начать кричать, размахивать руками, а иногда и драться.
64. Мне часто кажется, что при желании я мог бы стать актером.
65. Мне кажется, что тревожиться о будущем бесполезно – все само собой образуется.
66. Я всегда справедлив в отношениях с учителями, родителями, друзьями.
67. Я убежден, что в будущем исполнятся все мои планы и желания.
68. Иногда бывают такие дни, что жизнь мне кажется тяжелей, чем на самом деле.
69. Довольно часто мое настроение отражается в моих поступках.
70. Мне кажется, что у меня много недостатков и слабостей.
71. Мне бывает тяжело, когда я вспоминаю о своих маленьких ошибках.
72. Часто всякие размышления мешают мне довести начатое дело до конца.
73. Я могу выслушивать критику и возражения, но стараюсь все равно все сделать по-своему.

74. Иногда я могу так разозлиться на обидчика, что мне трудно удержаться, чтобы тут же не побить его.
75. Я практически никогда не испытываю чувство стыда или застенчивости.
76. Не испытываю стремления к занятиям спортом или физкультурой.
77. Я никогда не говорю о других дурно.
78. Люблю всякие приключения, охотно иду на риск.
79. Иногда мое построение зависит от погоды.
80. Новое для меня приятно, если обещает для меня что-то хорошее.
81. Жизнь кажется мне очень тяжелой.
82. Я *часто* испытываю робость перед учителями и школьным начальством.
83. Закончив работу, я долго волнуюсь по поводу того, что мог сделать что-то неверно.
84. Мне кажется, что другие меня не понимают.
85. Я часто огорчаюсь из-за того, что, рассердившись, наговорил лишнего.
86. Я всегда сумею найти выход из любой ситуации.
87. Люблю вместо школьных занятий сходить в кино или просто прогулять уроки.
88. Я никогда не брал в доме ничего без спроса.
89. При неудаче я могу посмеяться над собой,
90. У меня бывают периоды подъема, увлечений, энтузиазма, а потом может наступить спад, апатия ко всему.
91. Если мне что-то не удастся, я могу отчаяться и потерять надежду.
92. Возражения и критика меня очень огорчают, если они резкие и грубые по форме, даже если они касаются мелочей.
93. Иногда я могу расплакаться, если читаю грустную книгу или смотрю грустный фильм
94. Я часто сомневаюсь в правильности своих поступков и решений
95. Часто у меня возникает чувство, что я оказался ненужным, посторонним.
96. Столкнувшись с несправедливостью, я возмущаюсь и сразу же выступаю пробив нее.
97. Мне нравится быть в центре внимания, например, рассказывать ребятам разные забавные истории
98. Считаю, что лучшее времяпрепровождение – это когда ничего не делаешь, просто отдыхаешь.
99. Я никогда не опаздываю в школу или еще куда-нибудь
100. Мне неприятно оставаться долго на одном месте.
101. Иногда я так расстраиваюсь из-за ссоры с учителем или сверстниками, что не могу пойти в школу.
102. Я не умею командовать другими людьми.
103. Иногда мне кажется, что я тяжело и опасно болен.
104. Не люблю всякие опасные и рискованные приключения,
105. У меня часто возникает желание перепроверить работу, которую я только что выполнил.
106. Я боюсь, что в будущем могу остаться одиноким.
107. Я охотно выслушиваю наставления, касающиеся моего здоровья.
108. Я всегда высказываю свое мнение, если что-то обсуждается в классе.
109. Считаю, что никогда не надо отрываться от коллектива.
110. Вопросы, связанные с полем и любовью, меня совершенно не интересуют.
111. Всегда считал, что для интересного, заманчивого дела все правила можно обойти.
112. Мне иногда бывают неприятны праздники.
113. Жизнь научила меня быть не слишком откровенным даже с друзьями.
114. Я ем мало, иногда подолгу вообще ничего не ем.
115. Я очень люблю наслаждаться красотой природы.
116. Уходя из дому, ложась спать, я всегда проверяю: выключен ли газ, электроприборы, заперта ли дверь.
117. Меня привлекает только то новое, что соответствует моим принципам и интересам.
118. Если в моих неудачах кто-то виноват, я не оставляю его безнаказанным.
119. Если я кого-то не уважаю, мне удастся вест себя так, что он этого не замечает.
120. Лучше всего проводить время в разнообразных развлечениях.

121. Мне нравятся все школьные предметы.
122. Я часто бываю вожакom в играх.
123. Я легко переношу боль и физические страдания.
124. Я всегда стараюсь сдерживаться, когда меня критикуют или когда мне возражают.
125. Я слишком мнителен, беспокоюсь обо всем, особенно часто – о своем здоровье.
126. Я редко бываю беззаботно веселым.
127. Я часто загадываю себе различные приметы, и стараюсь строго следовать им, чтобы все было хорошо.
128. Я не стремлюсь участвовать в жизни школы и класса,
129. Иногда я совершаю быстрые, необдуманные поступки, о которых потом сожалею.
130. Не люблю заранее рассчитывать все расходы, легко беру в долг, даже если знаю, что к сроку отдать деньги будет трудно.
131. Учеба меня тяготит, и если бы меня не заставляли, я вообще не учился бы.
132. У меня никогда не было таких мыслей, которые нужно было бы скрывать от других.
133. У меня часто бывает настолько хорошее настроение, что у меня спрашивают, отчего я такой веселый.
134. Иногда у меня настроение бывает настолько плохим, что я начинаю думать о смерти.
135. Малейшие неприятности слишком огорчают меня.
136. Я быстро устаю на уроках и становлюсь рассеянным.
137. Иногда я поражаюсь грубости и невоспитанности ребят,
138. Учителя считают меня аккуратным и старательным.
139. Часто мне приятней поразмышлять наедине, чем проводить время в шумной компании.
140. Мне нравится, когда мне подчиняются.
141. Я мог бы учиться значительно лучше, но наши учителя и школа не способствуют этому.
142. Не люблю заниматься делом, требующим усилий и терпения.
143. Я никогда никому не желал плохого.

Методика выявления склонности к суицидальным реакциям (ср-45)

Методика предназначена для выявления склонности к суицидальным реакциям. Позволяет выявлять лиц, имеющих склонности к суицидальным реакциям, и формировать из них группу риска. Является авторской разработкой (П.И. Юнацкевич).

Вопросы являются адекватными суицидальным проявлениям. Их валидизация произведена благодаря клиническим исследованиям лиц с суицидальным поведением (n = 175).

При интерпретации полученных данных следует помнить, что методика констатирует лишь начальный уровень развития склонности личности к суициду в период ее обследования. При наличии конфликтной ситуации, других негативных условий и деформирующейся мотивации витального существования (ослабление мотивации дальнейшей жизни) эта склонность может развиваться [20].

Опросник

Инструкция: Вам будут предложены утверждения, касающиеся Вашего здоровья и характера. Если Вы согласны с утверждением, поставьте «+» в графе «Да» в регистрационном бланке, если нет – поставьте «-» в графе «Нет». Над ответами старайтесь долго не задумываться, правильных или неправильных ответов нет.

1. Как Вы считаете, может ли жизнь потерять ценность для человека в некоторой ситуации?
2. Жизнь иногда хуже смерти.
3. В прошлом у меня была попытка уйти из жизни.
4. Меня многие любят, понимают и ценят.
5. Можно оправдать безнадежно больных, выбравших добровольную смерть.
6. Я не думаю, что сам могу оказаться в безнадежном положении.
7. Смысл жизни не всегда бывает ясен, его можно иногда потерять или не найти.
8. Как Вы считаете, оказавшись в ситуации, когда Вас предадут близкие и родные, Вы сможете жить дальше?
9. Я иногда думаю о своей добровольной смерти.
10. В любой ситуации я буду бороться за свою жизнь, чего бы мне это не стоило.
11. Всегда и везде стараюсь быть абсолютно честным человеком.
12. У меня, в принципе, нет недостатков.
13. Может быть, дальше я жить не смогу.
14. Удивительно, что некоторые люди, оказавшись в безвыходном положении, не хотят покончить с собой.
15. Чувство обреченности в итоге приводит к добровольному уходу из жизни.
16. Если потребуется, то можно будет оправдать свой уход из жизни.
17. Мне не нравится играть со смертью в одиночку.
18. Часто именно первое впечатление о человеке является определяющим.
19. Я пробовал разные способы ухода из жизни.
20. В критический момент я всегда могу справиться с собой.
21. В школе я всегда отличался (отличалась) только хорошим поведением.
22. Могу обманывать окружающих, чтобы ухудшить свое положение.
23. Вокруг меня достаточно много нечестных людей.
24. Однажды я выбирал несколько способов покончить с собой.
25. Довольно часто меня пытаются обмануть или ввести в заблуждение.
26. Я бы не хотел моментальной смерти после тяжелых переживаний.
27. Я стал бы жить дальше, если бы случилась мировая ядерная война.

28. Человек волен поступать со своей жизнью так, как ему хочется, даже если он выбирает смерть.
29. Если человек не умеет представлять себя в выгодном свете перед руководством, то он многое теряет.
30. Никому никогда не писал предсмертную записку.
31. Однажды пытался покончить с собой.
32. Никогда не бывает безвыходных ситуаций.
33. Пробовал покончить с собой таким образом, чтобы не чувствовать сильной боли.
34. Надо уметь скрывать свои мысли от других, даже если им нет до меня дела.
35. Душа человека, наверное, испытывает облегчение, если сама оставляет этот мир.
36. Могу оправдать любой свой поступок.
37. Если я что-то делаю, а мне начинают мешать, то я все равно буду делать то, что задумал.
38. Чтобы человеку избавиться от неизлечимой болезни и перестать мучиться, он, наверное, должен сам прекратить свои муки и уйти из этой жизни добровольно.
39. Бывает, сомневаюсь в психическом здоровье некоторых моих знакомых.
40. Однажды решался покончить с собой.
41. Меня беспокоит отсутствие чувства счастья.
42. Я никогда не иду на нарушение закона даже в мелочах.
43. Иногда мне хочется заснуть и не проснуться.
44. Однажды мне было стыдно из-за того, что хотелось бы уйти из жизни.
45. Даже в самой тяжелой ситуации я буду бороться за свою жизнь, чего бы мне это не стоило.

Ключ шкалы лжи (L)

«Да» (+)

«Нет» (-)

11, 12, 18, 21, 23, 25, 29, 34, 39, 42

Подсчитывается количество совпадений ответов с ключом. Оценочный коэффициент (L) выражается отношением количества совпадающих ответов к максимально возможному числу совпадений (10):

$$L = N/10 \pm 0,16$$

где N – количество совпадающих с ключом ответов.

Показатели, полученные по шкале лжи, могут варьировать от 0 до 1. Показатели, близкие к 1, свидетельствуют о высоком стремлении приукрасить себя и неадекватности ответов, близкие к 0 – о низком уровне и относительно надежной (при условии $L < 0,6 \pm 0,16$) достоверности результатов обследования.

$$CP = (A + B) - B$$

Интерпретация

Низким считается суицидальный риск до 10 баллов, средним – от 10 до 15 баллов, высоким – более 15 баллов.

Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки М.В.**Горської**

Мета: виявлення схильності індивіда до суїцидальної поведінки.

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

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

Бланк опитувальника

1. Я часто невпевнений у своїх силах.
1. Нерідко мені здається безвихідним становище, з якого можна було б знайти вихід.
2. Я часто залишаю за собою останнє слово.
3. Мені важко змінювати свої звички.
4. Я часто червонію через дрібниці.
5. Неприємності мене часто засмучують, і я впадаю у розпач.
6. Нерідко в розмові я перериваю співрозмовника.
7. Мені важко переключитися з однієї справи на іншу.
8. 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.
- ii. Шкала агресії: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39.
- iii. 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

Опросник суицидального риска модификация Т.Н. Разуваевой

Цель: экспресс-диагностика суицидального риска; выявление уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства. Предназначена для учащихся 8-11 класса. Возможно индивидуальное и групповое тестирование.

Инструкция: Я буду зачитывать утверждения, а Вы в бланке для ответов ставить в случае согласия с утверждением "+", в случае несогласия с утверждением "-".

1. Вы все чувствуете острее, чем большинство людей.
2. Вас часто одолевают мрачные мысли.
3. Теперь Вы уже не надеетесь добиться желаемого положения в жизни.
4. В случае неудачи Вам трудно начать новое дело.
5. Вам определенно не везет в жизни.
6. Учиться Вам стало труднее, чем раньше.
7. Большинство людей довольны жизнью больше, чем Вы.
8. Вы считаете, что смерть является искуплением грехов.
9. Только зрелый человек может принять решение уйти из жизни.
10. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
11. Обычно Вы осторожны с людьми, которые относятся к Вам дружелюбнее, чем Вы ожидали.
12. Вы считаете себя обреченным человеком.
13. Мало кто искренне пытается помочь другим, если это связано с неудобствами.
14. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает.
15. Человек, который вводит других в соблазн, оставляя без присмотра ценное имущество, виноват примерно столько же, сколько и тот, кто это имущество похищает.
16. В Вашей жизни не было таких неудач, когда казалось, что все кончено.
17. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой.
18. Вы считаете, что всегда нужно вовремя поставить точку.
19. В Вашей жизни есть люди, привязанность к которым может очень повлиять на Ваши решения и даже изменить их.
20. Когда Вас обижают, Вы стремитесь во что бы то ни стало доказать обидчику, что он поступил несправедливо.
21. Часто Вы так переживаете, что это мешает Вам говорить.
22. Вам часто кажется, что обстоятельства, в которых Вы оказались, отличаются особой несправедливостью.
23. Иногда Вам кажется, что Вы вдруг сделали что-то скверное или даже хуже.
24. Будущее представляется Вам довольно беспросветным.
25. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным путем.
26. Будущее слишком расплывчато, чтобы строить серьезные планы.
27. Мало кому в жизни пришлось испытать то, что пережили недавно Вы.
28. Вы склонны так остро переживать неприятности, что не можете выкинуть мысли об этом из головы.
29. Часто Вы действуете необдуманно, повинуясь первому порыву.

Обработка результатов

По каждому субшкальному диагностическому концепту подсчитывается сумма положительных ответов. Полученный балл уравнивается в значениях с учетом индекса (см. Таблицу №1). Делается вывод об уровне сформированности суицидальных намерений и конкретных факторах суицидального риска.

Таблица №1

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

Содержание субшкальных диагностических концептов

- 1. Демонстративность.** Желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Оцениваемое из внешней позиции порой как "шантаж", "истероидное выпячивание трудностей", демонстративное суицидальное поведение переживается изнутри как "крик о помощи". Наиболее суицидоопасно сочетание с эмоциональной регидностью, когда "диалог с миром" может зайти слишком далеко.
- 2. Аффективность.** Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте - аффективная блокада интеллекта.
- 3. Уникальность.** Восприятие себя, ситуации, и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, не похожего на другие, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид. Тесно связана с феноменом "непроницаемости" для опыта, т.е. с недостаточным умением использовать свой и чужой жизненный опыт.
- 4. Несостоятельность.** Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, "выключенности" из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога - "Я плох".
- 5. Социальный пессимизм.** Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Социальный пессимизм тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. В отсутствие Я наблюдается экстрапунитивность по формуле внутреннего монолога "Вы все недостойны меня".

6. **Слом культурных барьеров.** Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. Заимствование суицидальных моделей поведения из литературы и кино. В крайнем варианте - инверсия ценности смерти и жизни. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам это может говорить только об "экзистенции смерти". Одна из возможных внутренних причин культа смерти - доведенная до патологического максимализма смысловая установка на самодеятельность: "Вершитель собственной судьбы сам определяет конец своего существования".
7. **Максимализм.** Инфантильный максимализм ценностных установок. Распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере. Невозможность компенсации. Аффективная фиксация на неудачах.
8. **Временная перспектива.** Невозможность конструктивного планирования будущего. Это может быть следствием сильной погруженности в настоящую ситуацию, трансформацией чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем.
9. **Атисуицидальный фактор.** Даже при высокой выраженности всех остальных факторов есть фактор, который снимает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. В определенном смысле это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы.

Бланк ответов

Номер утверждения	+ / -	Номер утверждения	+ / -
1		16	
2		17	
3		18	
4		19	
5		20	
6		21	
7		22	
8		23	
9		24	
10		25	
11		26	
12		27	
13		28	
		29	
15			

Програма соціальної профілактики підлітків, схильних до суїциду**Контингент:** учнівська молодь.**Вік:** 13-15 років.**Період:** 3 місяці.**Діагностичний етап**

Мета: діагностика особливостей розвитку підлітків; виявлення рівня схильностей до суїцидальної та аутоагресивної поведінки; діагностика комунікативних навичок; формування загальної профілактичної програми.

№	Тема заходу	Форма проведення	Залучені спеціалісти
1.	Карта визначення ризику суїцидальності (В.М.Прийменко).	Діагностичний тест, індивідуальна робота.	Соціальний педагог
2.	Тест на виявлення суїцидальних намірів (Н. Шавровська, О. Гончаренко, І. Мельникова).	Діагностична методика, індивідуальна робота.	Соціальний педагог/психолог, соціальний працівник
3.	Модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру у підлітків (О.Є. Лічко - СІ. Подмазін).	Діагностична методика, індивідуальна робота.	Соціальний педагог/психолог, соціальний працівник
4.	Методика «Соціометрія» (Я. Морено).	Діагностична методика.	Соціальний педагог/соціальний працівник

Основний етап

Мета: реалізація запланованих комплексних заходів, спрямованих на профілактику та реабілітацію підлітків, схильних до суїциду

№	Тема заходу	Форма проведення	Залучені спеціалісти
1.	Тренінгове заняття «Жити - це	Груповий	Соціальний педагог, соціальний працівник

	<p>здорово!».</p> <p>Мета: 1) сприяти розпізнаванню школярем важких для нього ситуацій, 2) навчити дітей аналізувати їх; 3) виробити алгоритм поведінки дитини в критичних для неї ситуаціях. Профілактика агресії.</p> <p>План:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Вправа «Будьмо знайомі»; - Прийняття правил роботи в групі; - Вправа «Дерево очікувань»; - Вправа «Коло асоціацій»; - Вправа «Я зараз та я в майбутньому»; - Вправа «Потрібні слова»; - Притча «Колодязь»; - Вправа «Цінності»; - Вправа «Життя - це...»; - Рефлексія. 	тренінг	
4.	<p>Виховна година «Гра власним життям».</p> <p>Мета: розглянути проблему псевдосуїциду через призму психології підлітка; акцентувати увагу на аморальності гри власним життям та небезпеці такої поведінки.</p>	Групова виховна година	Соціальний педагог, соціальний працівник
5.	<p>Індивідуальні консультації для дітей, схильних до суїцидальних тенденцій та їх батьків.</p> <p>Мета: допомогти учням зрозуміти суть та цінність життя; розвивати в учнів уміння бачити в життєвих негараздах тільки тимчасові труднощі і бажання долати їх.</p>	Індивідуальна робота	Соціальний педагог/ психолог, соціальний працівник
6.	<p>Лекція з елементами диспуту «Від протистояння до розуміння!» Мета: профілактика суїцидального ризику, ознайомлення підлітків з їх фізіологічними змінами, як нормальним явищем, орієнтація у зовнішніх, емоційних та вегетативних порушеннях при суїцидальному ризику, надання буклетів щодо необхідних дій в ситуації прояву суїцидальної поведінки.</p>	Групова робота	Медичний працівник
7.	<p>Флеш-моб «Ми голосуємо за життя!».</p> <p>Мета: розвивати соціально - комунікативні навички, спрямовувати підлітків на творчу діяльність та вміння розвивати свій потенціал.</p>	Масова робота	Соціальний педагог/психолог/ вчителі

8.	<p>Тренінг «Із кожного лабіринту завжди є вихід!».</p> <p>Мета: формування стійкої позитивної самооцінки і впевненої поведінки; вироблення механізмів саморегуляції на основі свідомого вольового зусилля; створення стійкої оптимістичній установки на подолання стресу; створення психологічного настрою на подальшу діяльність.</p> <p>План:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Вправа «Привітання»; - Вправа «Крапля»; - Ділова гра «Незвичайний подарунок»; - Руханка; - Вправа «Важлива інформація для тебе»; - Вправа «Берег досягнень»; - Вправа «Ходіння над прірвою»; - Обговорення заняття, рефлексія. 	Груповий тренінг	Соціальний педагог/ психолог, соціальний працівник
9.	<p>Сімейний квест «Моя сім'я - моя схованка».</p> <p>Мета: запобігання підліткових суїцидів; організація спільної взаємодії; формування уваги до одне одного; прийняття та підтримка. Відомо, що однією з найбільш часто зустрічаються причин суїциду у дітей і підлітків є конфлікти, нерозуміння в сім'ї між дітьми та батьками.</p> <p>План:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Завдання «Вікторина»; - Завдання «Крокодил»; - «Шифр»; - «Моя дитина - супер!»; - «Вежа»; - Завдання «Дім моєї мрії»; - «Контакт». - Фінальне завдання «Листи одне одному». 	Квест	Соціальний педагог/психолог/ соціальний працівник /батьки
10.	<p>Виховна година «Цінуй своє життя».</p> <p>Мета: формування життєстійких</p>	Групова виховна година	Соціальний педагог

	позицій у підлітків; спонукання до роздумів про цінності людського життя і неповторності свого власного; вироблення вміння планувати позитивний образ свого майбутнього.		
11.	Інформативна лекція. Мета: надання інформації про соціально-психологічну службу, Інтернет-ресурсу щодо вирішення проблемних запитань та ситуацій підлітків, буклети про можливість; отримання психологічної допомоги в закладі освіти, інших установах і організаціях, а також отримання анонімної екстреної допомоги за міським "телефоном довіри".	Групові лекції	Соціальний педагог, соціальний працівник
12.	Психологічна гра «Моє життя єдине». Мета: розвиток ціннісного ставлення до життя; підвищити рівень прийняття себе; профілактика емоційного неблагополуччя; усвідомлення власних почуттів, думок; прийняття власної унікальності. План: - «Моя думка...»; - «Продовжи фразу»; - «Ситуації»; - «Завтра я хотів би. ».	Гра	Соціальний педагог/ психолог, соціальний працівник

Заключний етап

Мета: повторне проведення діагностичних методик, перевірка тенденцій підлітків до самогубства. В ситуації виявлення гострого суїцидального ризику організоване звернення до фахівців медиків (психіатрів, психотерапевтів). При потребі – переадресування суїцидальної справи спеціалістам медичного профілю – рекомендація відвідати дитячого психоневролога, психотерапевта, психіатра. Встановлюється систематичний контроль і врахування динаміки змін в особистості та поведінці підлітків - постійний моніторинг ознак, тенденцій, ризиків суїцидальної поведінки на всіх етапах роботи. Аналіз результатів діяльності, визначення основних позитивних та негативних сторін програми профілактики. Складання висновків щодо проведеної роботи.