

ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ МИХАЙЛА КОЦЮБИНСЬКОГО

ІНСТИТУТ ПЕДАГОГІКИ, ПСИХОЛОГІЇ І МИСТЕЦТВ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему: «**Психологічні аспекти ауто деструктивної поведінки підлітків**»

Студентки групи МБПС
Галузі знань 0301 Соціально-політичні науки
Напряму підготовки 8.030102 Психологія
Черній Тетяни Сергіївни
Керівник: кандидат психологічних наук, доцент
Антонюк М.С,

Національна шкала _____

Кількість балів: _____ Оцінка: ECTS _____

Голова комісії: _____

(підпис) (прізвище та ініціали)

Члени комісії: _____

(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

Вінниця – 2016

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ АУТОДЕСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ	
1.1 Психологічні особливості підліткового віку.....	7
1.2 Суїцид як форма девіантної поведінки.....	13
1.3 Особливості суїцидальної поведінки підлітків.....	26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ АУТОДЕСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ	
2.1 Методологічні основи експериментального дослідження.....	34
2.2 Аналіз отриманих результатів дослідження проблеми психологічних аспектів аутодеструктивної поведінки підлітків.....	45
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ АУТОДЕСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ	
3.1 Психологічна програма корекції аутодеструктивної поведінки підлітків...	64
3.2 Аналіз психологічних аспектів аутодеструктивної поведінки підлітків.....	75
ВИСНОВКИ.....	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	86
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність дослідження: Звертаючи свій погляд у глибину століть, завжди і всюди ми стикаємося в історії людства з феноменом самогубства. Не дивно при цьому, що самогубство завжди викликало і викликає інтерес, співчуття і, як наслідок цього, бажання розібратися в корінних витоках цього явища, властивого тільки людині.

Випадки самогубства відомі людству з глибокої давнини. Про них згадується у міфах та легендах світу, літературних пам'ятках більшості народів, на всіх континентах. Збереглися відомості про самогубства видатних діячів різних часів та народів. За даними А.Г. Амбрумової в СРСР за 1982-1989 рр. скоїли самогубство понад 500 тис. осіб. На сьогодні Україна ввійшла до групи країн з досить високим рівнем суїцидальної активності[4, 41с.].

Звертаючись до статистики скоєння суїциду, бачимо що від зовнішніх причин у 2012 р. в Україні померли 40,5 тисяч осіб (у першому півріччі 2013 року – понад 19 тисяч), з них більше 9 тисяч – від навмисних самоушкоджень, тобто – самогубств, що є кожною п'ятою смертю від неприродних причин. Цей показник у 1,5 рази вище, ніж смертність від ДТП і в 1,5 рази – ніж у країнах Євросоюзу. Таким чином, смертність в результаті суїцидальної активності вийшла на друге місце в Україні після природної смерті та смерті від зовнішніх причин. Більшість осіб, що скоїли самогубство, є підлітками у віці до 14 років.

Але понад усе непокоїть навіть не абсолютне значення кількості самогубств, а тенденція їх зростання в усьому світі.

Суїцид, як вважає А.Г. Амбрумова, – це форма насилля, спрямованого на себе, це смерть, що настає внаслідок довільного самоушкодження або самоотруєння. В правовому аспекті для реєстрації причини смерті суїцид визначають як самодеструктивну дію, що здійснюється особою, яка усвідомлює свої вчинки і їх можливі наслідки[4, 40с.].

Проблему суїциду розглядало багато вчених, та в них сформувались певні концепції щодо суїцидальної поведінки.

Біолого-медичний аспект самогубства розглядали С. Пеппер, Г. Муррей, Р. Дакінс, Е.Ескіроль, С.Є. Бурден, П.Г.Розанов, Ф.К.Тереховко та ін..

У розвиток психологічного напрямку у вивченні суїциду великий внесок внесли З. Фрейд, К. Менінгер, Р. Литман, Е. Шнейдман. Дослідженням причин девіантної поведінки займалися Е. Дюркгейм, М. Смелзер, У. Томас, Р. Мертон, В. Міллер, Г.Беккер.

У розвиток вітчизняної суїцидології зробив значний внесок академік К. Герман, що вказав тенденцію зростання самогубств серед дітей та підлітків, В.М. Бехтерєв і І.А. Сікорський, звернули увагу на значення виховання в етіології суїцидальної поведінки.

Вивченням самогубства як комплексного явища займалися А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко, Е.М. Вроно, І.Б. Бойко, С.В. Бородін, А.С.Михлин, І.А. Алієв і ін. [60, 65с.].

Зарубіжний дослідник Е. Дюркгейм один з перших порушив проблему відхилення від норм поведінки людини в книзі «Самогубство» (1897).

Загальне визначення суїциду – це самогубство, тобто навмисне позбавлення себе життя. Самогубство - добровільне позбавлення себе життя, деструктивний спосіб вирішення внутрішньо особистісного (рідше - міжособистісного) конфлікту [10, 78с.].

Характерним для мотивації підліткових самогубств є домінування почуттів безнадії та безпорадності, підвищена чутливість до образи власної гідності, максималізм в оцінках подій і людей, невміння передбачати справжні наслідки своїх вчинків. Властива періоду становлення особистості самовпевненість у поєднанні з вище вказаними рисами породжує відчуття безвихідності, фатальності конфлікту, загострює переживання відчаю та самотності. При такому внутрішньому стані навіть незначний стрес може призвести до небезпеки суїциду дитини або підлітка[21, 23с.].

Таким чином, актуальність вивчення аутодеструктивної поведінки у підлітків та її особистісних детермінант обумовлена потребами сучасного суспільства. Аутодеструктивна поведінка підлітка відіграє істотну роль у

процесах десоціалізації і деформації особистості - на наступних вікових етапах. Тому, ґрунтуючись на наявних розробках, необхідно продовжувати її дослідження. В зв'язку з цим темою дипломної роботи є: «Психологічні аспекти аутодеструктивної поведінки підлітків».

Мета: Дослідити психологічні чинники, які впливають на аутодеструктивну поведінку підлітків.

Об'єкт: Аутодеструктивна поведінка підлітків.

Предмет: Психологічні фактори аутодеструктивної поведінки підлітків.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз літератури з проблеми аутодеструктивної поведінки підлітків.
2. Вивчити особливості суїцидальної поведінки.
3. Проаналізувати результати досліджень психологічних чинників, які впливають на аутодеструктивну поведінку.
4. Виявити вплив стану депресії в осіб старшого підліткового віку на схильність до самогубства.
5. Ознайомитися з методами профілактики осіб, схильних до суїциду.

Методи дослідження:

1. Теоретичні: комплексний аналіз наукової літератури з психології, соціології, інших наук та її узагальнення.

2. Емпіричні (психодіагностичні) методики: Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська), Методика діагностики прихованих суїцидальних намірів, Опитувальник депресивності Т. Бека, Модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру у підлітків (О.Є. Лічко - С.Л. Подмазін).

Теоретико-методологічні основи: У вивченні проявів і чинників суїцидальної поведінки за основу брались філософські та соціологічні тлумачення явища (В.А. Бачинін, М.О. Бердяєв, Е. Дюркгайм, О.Ф. Коні)[11]; загальні положення психодинаміки суїцидальності (К. Лукас, К. Маннінгер, Г.М. Сейден, В. Франкл, З. Фройд, Е. Фромм, Е.С. Шнейдман); дослідження

соціальних і особистісних чинників суїцидальної поведінки (Н.В. Абдюкова, Н.І. Бережна, О.Г. Пасічний, В.П. Москалець, О.М. Моховиков, Л.Е. Орбан-Лембрик, В.В. Суліцький); положення про зв'язок суїцидальності з особливостями рефлексії (Е. Стенгель) та когнітивності (М. Урсула); тлумачення патопсихологічних проявів суїцидальності (М.В. Миколайський); дослідження особливостей суїцидальної поведінки у підлітків (А. Аптер, О.Є. Блінова, О.О. Куракін, О.Б. Старовойтенко, Г.В. Старшенбаум, С.Г. Шебанова, К. Хоутен); уявлення про імітаційні чинники суїцидальної поведінки (В.В.Кобильченко Д. Вассерман, С. Шаллер, А. Шмітке); вивчення діагностично-профілактичних засобів попередження та способів корекції суїцидальності (Г.Я. Пилягіна, Ю.Р. Сидорик).

Теоретична значущість: Теоретичне значення дослідження полягає у з'ясуванні психологічних аспектів аутодеструктивної поведінки підлітків.

Практична значущість: Практична значущість нашої дослідницької роботи полягає в тому, що результати дослідження можуть знайти застосування в розкритті психологічних аспектів аутодеструктивної поведінки підлітків. Отримані результати можуть бути корисними для виявлення та профілактики суїцидальних тенденцій у підлітків.

Структура роботи: Дипломне дослідження складається зі вступу, трьох розділів, які включають теоретичну та практичну частину, що містить констатуючий та формуючий експеримент, висновків, списку літератури, що нараховує 60 джерел. Робота містить 8 рисунків (діаграм) та 11 додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ АУТОДЕСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ

1.1 Психологічні особливості підліткового віку.

Зазвичай підлітковий вік охоплює період від 11-12 до 15 років. Це є учні 5-9 класів. Цей період є одним з найскладніших у житті людини. Часто його називають "критичним", "зламним" або "перехідним" віком.

Анатомо-фізіологічний розвиток у підлітковому віці характеризується перебудовою організму дитини - статевим дозріванням.

Підлітковий вік також називають пубертатним періодом - стадія, коли людина досягає статевого дозрівання (в середньому триває 3-4 роки). На цій стадії у підлітків інтенсивно росте скелет тіла. Спочатку дозрівають внутрішні органи, а потім збільшуються зовнішні розміри тіла. У дівчаток розширюється таз, плечі залишаються такими ж як були. У хлопчиків збільшується ширина плечей, а розміри тазу залишаються незмінними. Відповідно росту скелету відбувається розвиток маси тіла, м'язової та жирової тканин. Розвиваються вторинні статеві ознаки: у дівчаток починається розвиток грудей, відбувається оволосіння лобка, з'являються перші менструації (у середньому в 13 років); у хлопців збільшуються яєчка, також настає оволосіння лобка (в середньому в 12-13 років), через два роки після цього з'являється волосся під пахвами, починає рости борода, відбувається ломка голосу. Також пубертатний період характеризується високою гормональною активністю, що впливає на розвиток організму та поведінку дитини. На цьому фоні з'являється сексуальна поведінка, виокремлюється статева роль - уявлення про себе, установки і поведінка в соціальних ситуаціях, як індивіда чоловічої або жіночої статі.[12, 46 с.]

Психологічно підлітковий вік украй суперечливий, він характеризується максимальними диспропорціями в рівні й темпах розвитку. Найважливішою психологічною особливістю є його почуття дорослості. Воно виражається в тому, що рівень домагань підлітка передбачає його майбутнє становище, якого

він фактично ще не досяг. Саме на цьому ґрунті в підлітка виникають типові вікові конфлікти з батьками, педагогами й самим собою.

У цілому - це період завершення дитинства й початку «виростання» з нього. На думку Оліфірович Н.І., проблеми, що виникають у підлітків, також часто стосуються: взаємовідносин у групі однолітків; взаємовідносин з особами протилежної статі; взаємин з батьками; взаємовідносин з вчителями; питань усвідомлення власної особистості; труднощів у навчанні; необхідність знайти вихід з будь-якої скрутної ситуації.

Підліток має пройти свою кризу ідентичності. При цьому перебування тільки в соціальній ролі сина чи дочки стає недостатнім для того, щоб адаптуватися до дорослого життя. Тому він розширює сферу своїх соціальних контактів, виходячи за межі родини. Цей процес полегшує підтримка з боку родини, впевненість у її стабільності та надійності.

У пошуках власної ідентичності підліток може кидати виклик сімейним правилами, що регламентує його особисте життя. Це нерідко призводить до зростання конфліктності в сім'ї, основними областями якої є: акуратність, допомога в домашньому господарстві, успішність у школі, спілкування з однолітками, зовнішній вигляд підлітка, шкідливі звички, питання еротики і сексу.

Більшість конфліктів впливає з напруженості, створюваної потребою підлітків у самостійності і усвідомленням дорослими відповідальності за своїх дітей. У силу цих обставин, сім'ї необхідно перерозподілити зони відповідальності і визначити, яка частка відповідальності підлітка. Родині потрібно виробити угоду з приводу того, за що може відповідати дитина, а за що - ні, які тепер обов'язки батьків.

Цей процес може бути дуже болючим, супроводжуватися конфліктами, відсутністю взаєморозуміння з обох сторін, небажанням рахуватися з почуттями один одного, спробами батьків посилити контроль за підлітком і емоційної відстороненістю від його реальних труднощів, неприйняттям його нового статусу.

У підлітковому віці людина ще не сформована. Будь-яке втручання в життя підлітка викликає тривогу і сприймається ним як загроза її цілісності. Настає статеve дозрівання. Ці зміни можуть стати чинником ускладнень дитячо-батьківських відносин у тому випадку, якщо у батьків є власні невирішені конфлікти у взаємодії з представниками свого, або протилежної статі. Батьки більше не володіють всією повнотою влади і повинні вважатися з усе зростаючою компетентністю підлітка. У зв'язку з цим їм необхідно надати йому більше автономії і бути більш гнучкими в прийнятті його зростаючої незалежності.

У підлітків, не здатних відокремитися від своїх батьків, можуть спостерігатися депресивні симптоми. Депресія може розвиватися у разі, коли підліток намагається задовольнити потреби батьків на шкоду власним. Підліткова депресія може ховатися за проблемною поведінкою в школі, гіперсексуальністю і асоціальною поведінкою дитини. У подібних випадках батьки зазвичай застосовують каральні заходи впливу, що ще більше погіршує депресію.

Загальні закономірності підліткового віку проявляють себе через індивідуальні варіації, що залежать не тільки від оточуючого підлітка середовища й умов виховання, але й від особливостей організму або особистості. Підлітковий вік займає важливу фазу в загальному процесі становлення людини як особистості, коли на основі якісно нового характеру, структури й складу діяльності дитини заставляються основи свідомого поведіння, вимальовується загальна спрямованість у формуванні моральних знань і соціальних установок.[1, 123с.]

Американський психолог Ст. Хол ще на початку ХХ століття, докладно висвітлив цю тему. Підлітковий вік він відносив до перехідного, проміжного періоду розвитку, періоду “бурі й натиску”, а зміст підліткового віку він охарактеризував як “кризу самосвідомості”. Тільки переборовши цю кризу, підліток здобуває “почуття індивідуальності”. А поки це не наступило, він буде перебувати в стані пошуку свого “я”, йому буде властива нестійкість,

яка проявляється в наступних моментах: висока активність змінюється ослабленням, самовпевненість змінюється сором'язливістю, егоїзм може переходити в альтруїзм, веселий, піднятий настрій змінюється апатією, спокійна зосередженість раптом переходить у нескінченні міркування, прагнення до новацій може поступитися місцем любові до рутини й т.д. [26, 67с.].

Німецький філософ і психолог Е. Шпрангер виділяє й описує три типи розвитку підліткового віку. Перший тип розвитку - це "підліткова криза", коли дитина переживає свій вік, як "друге народження". Другий тип розвитку відрізняє стабільний і поступовий ріст, коли дитина плавно прилучається до "дорослої діяльності". Третій тип розвитку являє собою більше активне самовиховання, яке свідомо направляється самим індивідом, подолання зусиллям волі, власних недоліків, у тому числі тривоги, кризових проявів, а також більш ясне усвідомлення своєї індивідуальності. [26, 37с.]

За словами Б.Ц. Бадмаєва, "підлітковий вік найбільш важкий для вчителів і батьків, найбільш критичний для самих підлітків. Девіантна поведінка підлітків приносить багато турбот не тільки безпосереднім вихователям - учителям, але й всій виховно-освітній і правоохоронній системі. І в медицині тут є проблеми, пов'язані з нервово-психічними розладами підлітків, наркоманією, сексуальними відносинами й т.п."

Перехід до періоду підліткового віку супроводжується різким ламанням психіки, що одержало назву "підліткової кризи", коли навчальна діяльність перестає чинити той вплив на розвиток, який вона мала в попередній період, а провідною діяльністю стає спілкування з однолітками (за Д. Б. Ельконіним інтимно-особистісне спілкування), психологічне віддалення від дорослих, із частими конфліктами [41, 39с.].

Однією з вікових особливостей підлітків є підвищена стомлюваність. Вчений Г.Г. Шахвердов, який багато років вивчав особливості протікання фізіологічної перебудови організму, знаходить наступні причини виникнення цієї проблеми: "У підлітка більш інтенсивно функціонують

гіпофіз, щитовидна залоза й статеві залози. Передня частка гіпофіза стимулює ріст організму в довжину й разом із щитовидною залозою підсилює обмін речовин в організмі”. “Серцево-судинна система ще не досить досконала. У середньому шкільному віці у зв'язку із загальним ростом тіла в довжину спостерігається інтенсивне зростання всієї серцево-судинної системи при деякій невідповідності росту серця й судин”. “На самому початку цього віку ріст серця трохи затримується, кров'яний тиск знижується, що супроводжується часто загальним недокрів'ям, і, зокрема, недокрів'ям мозку, млявістю й підвищеною стомлюваністю”. Саме в цьому віці відбувається все більша витрата енергії, яка не може залишитися без певних наслідків. Звідси напрошується висновок про те, що навіть звичайні навантаження приводять до перевтоми [41, 43с.].

К. Д. Ушинський у роботі “Людина як предмет виховання” вказував, що педагог, який прагне виховувати людину, повинен, насамперед, пізнати її у всіх відношеннях. “Вивчайте закони тих психічних явищ, якими ви хочете управляти, і чиніть у відповідності із цими й тими обставинами, у яких ви хочете їх прикласти” [41, 49с.].

В 60-і роки ХХ століття Д. Б. Ельконін висловив гіпотезу про те, що “немає підстав для абсолютизації існуючої схеми віків, заснованої на середньостатистичних вікових нормах розвитку, для перетворення їх у якийсь інваріант будь-якого можливого шляху розумового розвитку. Ця схема відображає лише цілком певний і конкретний шлях розумового розвитку дітей, що протікає в конкретно-історичних формах...” [17, 54с.].

Психічна діяльність людини носить опосередкований характер. Тому індивідуально-вікові особливості підлітків опосередковані культурно-історичним середовищем, у якому вони живуть і розвиваються, з умовами, що впливають із його, навчання й виховання, носять тимчасово просторовий характер. Так, наприклад, Піаже вважав, що логічні операції розвиваються в дітей тільки після 11-12 років. Дослідження Л.А. Венгера, П.Я. Гальперина,

Д.Б. Ельконіна, В.В. Давидова показали, що при зміні умов навчання, міняються вікові межі й форми психічного розвитку дітей.

Оригінальну концепцію вікового підходу розробила Л.І. Божович, що опиралася на введене Л.С. Виготським поняття про соціальну ситуацію розвитку. Фундаментальною є сформульована нею теза про те, що справді віковий підхід припускає не тільки урахування тих властивостей, які яскраво проявляються на даному віковому етапі, але й опору на ті особливості, які ще не повністю виявилися на даному шаблі розвитку, яким належить майбутнє. З погляду Л.І. Божович, віковий підхід - це виховання дитини з урахуванням перспектив її розвитку.

1.2 Суїцид як форма девіантної поведінки

Самогубство , суїцид , (від лат. *sui caedere* - вбивати себе) - цілеспрямоване позбавлення себе життя, як правило, добровільне (хоча бувають і випадки вимушеного самогубства) і самостійне (У деяких випадках здійснюється за допомогою інших людей). 10 вересня проголошений ВООЗ Всесвітнім днем "запобігання самогубствам". Іноді несамостійне позбавлення себе життя теж вважається самогубством, особливо якщо самогубець був фізично не в змозі зробити це.

Всі самогубства можна умовно розділити на два класи - істинні і демонстративні (так званий парасуїцид або псевдосуїцид). Як правило, псевдосуїцид скоюється у стані афекту і є не стільки спробою позбавити себе життя, скільки «криком про допомогу», спробою звернути на себе і свої проблеми увагу оточуючих. Ці дії так само називають «Демонстративна спроба суїциду». На противагу псевдосуїцидам, справжній суїцид - це як правило добре спланований захід, мета якого - будь ціною позбавити себе життя незалежно від думки і реакції рідних, близьких, друзів і т.д.

Поведінка, яка зазвичай не приводить до негайної смерті, але є небезпечною і скорочує життя (пияцтво, куріння, відмова від медичної допомоги при серйозних захворюваннях, навмисне нехтування ПДР або технікою безпеки, екстремальний спорт без належного тренування і екіпірування), при тому, що людина розуміє її небезпеку, але можливий ризик їй байдужий, називається саморуїнівною поведінкою. Деякими дослідниками така поведінка виділяється в третій клас самогубств - прихований суїцид .

Спроба убити себе, яка не вдалася, називається спробою самогубства . Спроба самогубства називається серйозною , якщо вона могла призвести до смерті з великою ймовірністю. Спроби суїциду, залежно від обраного способу самогубства, здатні пошкодити здоров'я людини, яка вчинила цей акт.

Невдалі самогубці схильні доводити розпочату спробу до завершення.

Перешкодою для здійснення суїциду можуть бути антисуїцидальні фактори особистості, знецінюється самогубство як спосіб вирішення проблем і

формується антисуїцидальний бар'єр . Як правило, такими чинниками є нереалізовані творчі плани, усвідомлення безглуздості самогубства, страх заподіяти душевний біль рідним і близьким, невпевненість у надійності обраного способу самогубства, а також релігійні та соціальні табу, пов'язані з проблемою смерті і самогубства. Для деяких особистостей сам акт самогубства як символ (або просто як невдалий акт) може бути символом слабкості[8, 36с.].

Феномен самогубств відомий давно. Самогубства були особливо поширені в країнах традиційного буддизму (Індія, Китай, Японія). Буддизм вчить, що весь світ має одну спільну душу, яка не вимагає у людини звіту в її справах, що людська душа це лише частка світового духу, яка після смерті людини зливається з ним. Після смерті проходить перевтілення в іншу істоту, оболонку якої людина заслужила під час життя. Отже, чим менше людина буде жити, тим менше вона нагрішить і тим більше після смерті перевтілиться в вищу по рангу істоту, або досягне стану нірвани, тобто навечно зільється з вищим духом без перевтілення, під час якого можна згрішити.

Тому самогубство в цих країнах схвалювали. Так, японець, який вирішив добровільно піти з життя, широко рекламував свій намір, а натовп друзів, знайомих і незнайомих йому людей заохочував це рішення і підтримував його впевненість в нікчемності життя.

До цих пір в Японії в один з святкових днів року люди, які душевно підготували себе до смерті, збираються з усієї країни, піднімаються на ритуальну скелю священного для японців вулкану Фудзіяма і масово кидаються в провалля. Щороку в Японії виходить фільм, де артист, який грає роль головного героя, гине не бутафорно, а в дійсності, прославляючи своє ім'я.

У Філіпінах фанатично віруючі молоді католики в свято Пасхи з'їжджаються в столицю, де добровільно піддаються смерті через розпінання на хресті. Причому офіційна пропаганда властей і навіть особисте втручання Папи Римського, направлені на викорінення цього звичаю, мало що змінило. В Індії секта гіпнософістів культивувала байдуже відношення до життя, а в смерті бачила лише перемену місця проживання. Не дивно, що ще до початку ХХ

століття в цій країні існував обряд самоспалювання дружин після смерті чоловіка. В Єгипті в часи Марка Антонія існувала академія - сіналофіменон, члени якої по черзі здійснювали самогубства, а на засіданнях обговорювали і вигадували нові легкі і "приємні" його методи. В Європі у стародавніх кельтів вважали ганебним померти в ліжку. Відчуваючи приближення смерті, вони влаштовували пишній і почесний банкет, а після відсвяткування кидалися зі скал в море.

Вислови древніх філософів Риму, певною мірою відображають характер відношення суспільства до самогубств того часу. Так, Сенека холонокровно говорив: "Якщо вам подобається життя, то живіть, а якщо надоїло, то йдіть туди звідки прийшли" — тобто в небуття. Пліній називав самогубство "найвеличнішою милістю, котра дана людині". Він вважав, що "людина... може позбутись життя коли захоче". Все ж відношення до самогубств в Римській імперії і Греції було різним. Якщо в Римській імперії питання про дозволеність суїцидального акту вирішував суд, то в Греції самогубців об'являли злочинцями, відсікали їм руки і ховали окремо.

В Росії, коли в часи правління Петра I проходила церковна реформа старовіри не бажали прийняти нові обряди і організували масове самоспалювання в церквах, що в окремих регіонах набуло характеру своєрідної епідемії. Царський уряд як міг боровся з масовими самогубствами, нерідко навіть силою військ. Самогубця чекав ритуал ганьби узаконений Петром I і у воєнному уставі: "...Кату тіло самогубця відволікати в нечисте місце і закопати, а до цього протягнути тіло по головних, багатолюдних вулицях".

Дискримінаційні заходи у відношенні до самовбивців традиційно існували в Україні, чому в значній мірі сприяло християнство, яке суворо засуджувало спроби замаху на власне життя.

Взагалі слід відмітити, що друга половина ХХ століття характеризується різким збільшенням кількості самогубств і замахів на своє життя. Причому ця тенденція особливо помітна в економічно розвинених країнах. Так за даними ВОЗ (1960), у віковій групі від 15 до 44 років самогубство було другою із

основних причин смерті в Японії, третьою в ФРН, Данії, Швеції і Швейцарії, четвертою — в Канаді, Австралії і США. В 1970-72рр. 5000000 людей усього світу щорічно закінчували життя самогубством. В 80 роках ХХ століття різко збільшилось число суїцидів у Великобританії, Польщі і США. В європейських країнах показник самогубств в цей час відмічався на рівні 15-40 на 100 тисяч населення.

Слід зауважити, що на думку більшості авторів, цифри, які характеризують суїцидальну активність населення, в дійсності є вищими в неофіційних даних: суїцидальні спроби часто приховуються самими суїцидентами та їх родичами, а ряд самогубств помилково кваліфікуються і реєструються як нещасні випадки чи вбивства.

На один завершений суїцид припадає три незавершених. Виходячи з цих розрахунків, можна вважати вірогідним, що дійсне число самогубств не менше ніж у два рази більше ніж, зареєстрованих. Це пояснюється тим, що родичі стараються приховати цей факт з морально-етичних позицій[8, с.43-46].

Теорії самогубств.

Самогубство як предмет вивчення і сьогодні ще пронизаний неправдивими відомостями та упередженнями. Тому вчені присвячують свої праці з'ясуванню його психології і психопатології, з тим, щоб допомогти виявляти і розуміти людей з суїцидальними тенденціями. Слід зауважити, що в питанні про суїцид не існує повної згоди навіть між великими теоретиками. Представники різних наукових напрямів, послідовники численних психологічних шкіл розглядають його під різними кутами зору.

Зігмунд Фрейд

27 квітня 1910р. на засіданні Віденського психоаналітичного суспільства відбулася дискусія на тему "Самогубство у дітей". Фрейд говорив, що, хоча про самогубство відомо мало, але, мабуть, воно дійсно є запереченням життя із-за пристрасного бажання смерті. Це твердження передувало положенню Фрейда про існування інстинкту смерті.

Робота Фрейда "Печаль і меланхолія" присвячена його теорії суїциду.

Є два види потягів: один з них - інстинкт життя, Ерос, інший - це потяг до смерті, руйнації та 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 з часом старіє, вічний же Танатос залишається надзвичайно наполегливим "до самого кінця, протягом життя людини, досягаючи своєї мети лише приводячи її до смерті".

Суїцид і вбивство являють собою прояви імпульсивного і руйнівного впливу Танатоса. Вбивство - це агресія, спрямована на інших, а суїцид - це агресія, спрямована на себе.

Карл Меннінгер

Меннінгер згоден з Фрейдом в тому, що в житті людини існує боротьба між інстинктами самозбереження і саморуйнування. Дослідивши глибинні мотиви самогубства, він виділив три складові частини суїцидальної поведінки.

Для того щоб здійснити самогубство, по-перше, необхідно мати бажання вбити. Воно, наприклад, проявляється у люті немовлят, якщо їх бажання фруструються. "Подібно грудним дітям, які не бажають відлучення від грудей і відчують, що у них забирають щось, на що вони мають право, ці люди (суїциденти), будучи в більшості інфантильними, можуть не витримати перешкод на шляху виконання їх бажань". Бажання вбити в цьому випадку звертається проти "того хто бажає" і реалізується шляхом самогубства.

По-друге, необхідно мати бажання бути вбитим. Подібно до того, як вбивство є крайньою формою агресії, бажання бути вбитим являє собою крайню форму підпорядкування. Вимоги совісті часто виявляються такими непохитними, що позбавляють людину внутрішнього спокою. Щоб бути покараним за порушення моральних норм, люди часто ставлять себе в ситуацію, в якій вони змушені страждати. Зрештою, вони спокутують свою провину лише тим, що повинні бути вбиті.

Останнім складовим спонуканням є бажання померти. Його можна проілюструвати прагненнями деяких відчайдушних водіїв або альпіністів, які буквально мають потребу в тому, щоб піддавати себе постійній небезпеці.

Бажання померти дуже поширене і серед душевнохворих, особливо тих, які вважають, що смерть є єдиними ліками від їх душевних мук.

Альфред Адлер

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

Карл Юнг

Торкаючись питання про самогубство, Юнг вказував на несвідоме прагнення людини до духовного переродження. Воно може стати важливою причиною смерті від власних рук. Люди прагнуть піти від нестерпних умов реального життя, здійснюючи самогубство.

Крім того, вони поспішають зі своїм метафоричним поверненням в череву матері. Тільки після цього вони перетворюються на дітей, знову народжених в безпеці. Образною мовою символічної мудрості віків ("архетипи") є знамените Розп'яття: після смерті людини чекає нагороду у вигляді нового життя внаслідок воскресіння.

Джеймс Хіллмен

Послідовник Юнга психоаналітик Джеймс Хіллмен відноситься, ймовірно, до захисників самогубства. Він вважав превентивні підходи юриспруденції, медицини та теології щодо суїциду перешкодами для його адекватного розуміння. Хіллмен вказував, що занадто довго погляди на суїцид були моралістичними і ірраціональними в тому сенсі, що його слід запобігати, що б не було. Медицина, на його думку, ніколи чесно не дивилася в обличчя цієї

проблеми, бо метою лікарів завжди було продовження життя людини. Юридична наука, в свою чергу, вважала, що ми можемо, не порушуючи закон, вбивати собі подібних різними способами і з різних мотивів, але, лицемірно заявляла вона, ми не маємо права ні за яких обставин виправдатися і отримати прощення за вбивство самих себе. Священики ж, вважав він, перешкоджають самогубству не тому, що це суперечить волі Бога, а з "причини" неправильно зрозумілої теологічної догми.

Хіллмен вважав, що суїцид є важливим і законним способом набуття смерті, яка "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, як якщо б вона була наслідком нападу лева, падіння у прірву або лихоманки".

Геррі Стек Саллівен

У психології Саллівен розробив теорію міжособистісного спілкування. Так само, як електрони приводяться в рух магнітним тяжінням, так і людина реагує на інших значущих людей. Взаємини індивіда з іншими людьми є найважливішим моментом життя. Кожна людина має три уособлення "Я". Коли людина відчуває себе в безпеці, вона є "хорошим Я"; в стані тривоги вона стає "поганим Я"; в психотичних кошмарах індивід перетворюється в "не-Я". Людина оцінює себе головним чином у відповідності зі ставленням до неї інших людей.

Якщо виникне загроза її безпеки із-за недозволеної кризи, то конфлікт і тривога можуть стати нестерпними для людини. У цих обставинах у неї може виникнути бажання перевести своє "погане" в "не-Я" і таким чином здійснити суїцид. В стані депресії і саморуйнування також є привабливою альтернативою для індивіда. Суїцид відображає, на думку Саллівена, переорієнтоване на себе вороже ставлення індивіда до інших людей і до зовнішнього світу.

Карен Хорні

Вона вважала, що якщо б дітям забезпечили оточення, без тривоги, то вони б росли і процвітали. Однак культура, релігія, політика й інші суспільні сили вступають у змову з метою спотворення розвитку особистості дитини.

Відчуваючи себе в небезпечному оточенні, діти розглядають світ як вороже середовище для життя. Це викликає у них появу описаної Хорні "основної тривоги". Суїцид може виникнути як наслідок дитячої залежності, глибоко укорінених почуттів неповноцінності або того, що Хорні називає "ідеалізованим образом", наявними у людини про самого себе. Самогубство може бути також "суїцидом виконання", із-за виникнення у людини почуття невідповідності стандартам, очікуваних суспільством. У відповідності з поглядами Хорні, суїцид є результатом поєднання внутрішніх характеристик особистості та чинників навколишнього середовища.

Еміль Дюркгейм

У роботі "Самогубство"(1897), він стверджував, що самогубство, яке на той час вважалося суто особистісним феноменом, що може бути краще пояснено, як реакція людини на особливості, з якими він живе. Частоту саморуйнування можна чітко пов'язати з певними соціальними умовами. Дюркгейм встановив взаємозв'язок суїциду - вчинку конкретного індивіда з оточенням, в якому він існує.

Згідно з теорією Дюркгейма існує три види суїцидів. Більшість суїцидів егоїстичні. Саморуйнування в цьому випадку пояснюється тим, що індивід відчуває себе відчуженим і роз'єднаним з суспільством, сім'єю і друзями. Існує також аномічне (від аномія -"безправ'я") самогубство, яке виникає, коли людина зазнає невдачі в адаптації до соціальних змін. Такі суїциди часті у часи суспільних криз, таких як економічна депресія, або, навпаки, у часи процвітання, коли здійснюють суїциди нувориші, які не можуть пристосуватися до нових для них стандартів життя. Останнім типом є альтруїстичне самогубство, при якому авторитет групи над індивідом є настільки великим, що він втрачає свою ідентичність і в силу цього жертвує собою на благо суспільства.

Норман Фейбероу

Норман Фейбероу є психологом - дослідником, який працює в області профілактики самогубств протягом більше чверті століття. У свій час він був президентом Міжнародної асоціації профілактики суїцидів і заснував міжнародний рух, діяльність якого сприяла організації більш ніж 200 центрів профілактики самогубств в одних тільки США. У своїй книзі "Багатообразне самогубство" (1980) Фейбероу вперше описав і систематично дослідив ті форми саморуйнівної поведінки, які до цього не відносились до суїцидальних. Наприклад, зловживання різними речовинами, включаючи наркотики, алкоголь і тютюн; соматичні хвороби: захворювання серця або травми хребта, при яких пацієнти не дотримуються призначеного лікування та режиму; злочини, проституція, делінквентна поведінка, які небезпечні можливістю краху особистості; екстремальні види спорту, такі як стрибки з парашутом, у воду з великої висоти. Фейбероу так коментує ці екстремальні захоплення: "Суспільство цінує небезпечні і ризиковані вчинки, так як вони посилюють інтерес до життя, сприяють прояву інтенсивних емоцій, а також стимулюють дослідження невідомого і пізнання всього нового".

Едвін Шнейдман

Едвін Шнайден був першим директором Центру досліджень та профілактики суїцидів в Лос-Анджелесі. У 1957 році в співавторстві з Норманом Фейбероу він випустив книгу "Прикмети самогубства". Через 4 роки він написав книгу "Крик про допомогу". Обидві ці книги вважаються класичними в області суїцидології. У своїй книзі "Смерть людини" (1980) Шнейдман, ґрунтуючись на класичних спостереженнях, наводить типологію індивідів, які грають безпосередню, причому часто свідому, роль у наближенні своєї смерті.

Шукачі смерті розлучаються з життям навмисно, причому таким чином, що спасіння є неможливим або вкрай неймовірним.

Ініціатори смерті: до них відносяться невиліковно хворі, які позбавляють себе систем забезпечення, від'єднуючи голки або катетор.

Гравці зі смертю - це ті, хто, говорячи мовою гри, роблять на своє життя ставки в ситуації з відносно низькою ймовірністю виживання, як наприклад, в російській рулетці, де шанси загинути складають 5 з 6 . Існує тип людей які схвалюють смерть, хоча і не відіграють активної ролі в її наближенні, але чесно заявляють, що бажали б свого кінця. Цей тип найчастіше зустрічається серед тривожної молоді та самотніх людей похилого віку. Підсумовуючи, можна сказати словами Шнейдмана "смерть наближається із-за необережності, необачності, нерозсудливості, забудькуватості людини або внаслідок інших подібних психологічних механізмів"[18, с.231-242].

Соціально-демографічні фактори:

Стать. Суїцидальні спроби частіше роблять жінки, але здебільшого їх не завершують. Методи суїциду більш безболісні з меншими муками. Чоловіки рідше вдаються до самогубств, але частіше їх завершують. У них частіші самопошкодження. Співвідношення суїцидних актів серед жінок і чоловіків приблизно 2,5- 3:1.

Вік. 15-19 років смертність від самогубств вища, ніж від пневмонії, туберкульозу і поліомієліту. 20-30 років — пік суїцидних актів, 50-64р. частота суїцидів знижується, а в 65-70р. знову підвищується. У молодих людей суїциди зустрічаються частіше, ніж у осіб похилого віку, але мають менш серйозний характер.

Місце проживання. В містах суїциди зустрічались частіше ніж в селах, в теперішній час частота більш-менш зрівнялась.

Сімейний стан. Суїцидний ризик вищий серед самотніх, бездітних і осіб, які проживають окремо від родичів. Суїцидонебезпечні стани частіше виникають в дезінтегрованих, дисгармонійних сім'ях.

Суспільно-професійний стан. Серед суїцидентів переважають студенти вузів, учні ПТУ, медичні працівники, водії транспорту (чоловіки), працівники сфери побутового обслуговування (жінки), і некваліфіковані робочі. В принципі до суїциду веде не стільки професійне положення, скільки фактор так

званої "горизонтальної професійної мобільності", тобто часта зміна місця роботи і професії.

Соціально-економічні фактори.

В період воєн і революцій кількість самогубств значно зменшується, а під час економічних (безкровних) криз — збільшується.

Психічна патологія. Душевнихворі скоюють суїциди в 20-100 разів частіше, ніж здорові особи. Найбільш високий суїцидний ризик відмічається при психотичних формах депресій, шизофренії, неалкогольних токсикоманіях і психопатіях.

Розглянемо деякі чинники, часто що призводять до суїцидальної реакції докладніше:

1. Сімейні чинники. Щоб зрозуміти людей які схильні до суїциду, треба знати про їхнє сімейне життя, оскільки воно відбиває емоційні порушення членів сім'ї. У сім'ї виникатимуть кризові ситуації смерть близьких, розлучення, серйозне захворювання чи втрата роботи. Також в членів сім'ї можуть виникати гнів, обурення. Зазвичай, щоб відреагувати свої емоції, можуть несвідомо вибрати одного з близьких об'єктом агресії, яка може призвести до самогубства.

2. Порушення поведінки. Ознаки самогубства бувають різними залежно від віку. У юнаків найбільш явним натяком на суїцидальні тенденції є зловживання алкоголем і наркотиками. Приблизно половина молодих людей, які робили суїцид, приймали ліки, прописані батькам. У людей середнього віку – це неможливість контролювати свою життєву ситуацію, що часто проявляється у якомусь психосоматичному захворюванні. У людей ознаками суїцидальних думок можуть бути балачки про «відмову» від чогось.

3. Психічне захворювання. Депресивні розлади є однією з найбільш поширених нервово-психічних проблем суспільства. Кожен четвертий суїцидент - це хворі, які страждають психозами, шизофренією на маніакально-депресивний психозом. Хворі, які страждають психогенетичною депресією, часто роблять суїцидальні дії на початку і при затиханні психозу. Як було

зазначено, найуразливішими є люди, які у минулому здійснювали спроби самогубства, чи тісно контактували з тими, хто намагався, чи здійснив це.

4. Емоційні порушення. Емоційні порушення є одним із найголовніших показників можливості суїциду. Будь-який раптовий особистісний конфлікт завжди є серйозним попередженням. Більшість потенційних самогубців страждають від депресії. Депресія часто починається поступово, з'являється тривога та зневіра. Люди можуть помітити це на початку спілкування. Вони спочатку тільки помічають, що часом стали пригніченими, сумні "хандрять", майбутнє виглядає тьмяним, і вважають, що його не можна змінити. Часто вони думають, що хворіють на рак, психічним чи невиліковним захворюванням. Перед суїцидом вони починають думати про смерть. Їм буває важко виконувати навіть прості обов'язки, прийняти найпростіше рішення. Вони скаржаться на млявість, недостатність життєвої енергії і втому.

Ознаками емоційних порушень є:

- втрата апетиту чи імпульсивна обжерливість, безсоння чи підвищена сонливість;
- часті скарги на соматичні нездужання (на біль у животі, головний біль, постійну втому, часту сонливість);
- незвичайно зневажливе ставлення до свого зовнішнього вигляду;
- відчуття самотності, марності, провини чи смутку;
- відчуття нудьги під час перебування у звичному оточенні чи виконання роботи, що раніше приносила задоволення;
- ухиляння від контактів, ізоляція від друзів і сім'ї;
- заглибленість в думки про смерть;
- відсутність планів на майбутнє;
- раптові напади гніву, що найчастіше виникають через дрібниці.

5. Ситуаційні чинники.

Стрессова ситуація робить людей більш сприйнятливими до самогубства. Саме тоді щось відбувається і в середині, і навколо них. У кризових обставинах вони втрачають всі перспективи, під загрозою виявляється їх виживання.

Прогнози на майбутнє здаються похмурими і безнадійними. Ситуації бувають різні: хронічні хвороби, економічні негаразди, смерть коханої людини, розлучення і сімейні конфлікти.

Соціологи розглядають самогубство як барометр соціальної напруги. Психологи інтерпретують його як реакцію тиску на особистість. Але ті й інші згодні, що самогубство виникає, коли в людини з'являється відчуття відсутності прийняттого шляху до гідного існування. Разом з тим далеко ще не кожен, хто має порушення через неприйняття суспільством або невдачі на роботі, стає жертвою самогубства. Немає однієї причини, через котру людина позбавляє себе життя[45, с.24-31].

1.3 Особливості суїцидальної поведінки підлітків

Дошкільникам не властиві міркування про смерть, хоча ця тема не проходить повз них (казки, життєві події). У 10-12 років смерть сприймається як тимчасове явище. З'являється розмежування понять життя і смерті, але емоційне відношення до смерті абстрагується від власної особистості.

Прагнення бути свідком реакції інших на свою смерть або сподівання на «друге народження» характеризує суїцидентів дитячого й підліткового віку. Уявлення про смерть у дитини змінюється: від повної відсутності у свідомості дитини уявлення про смерть до формального знання про неї та знайомства з атрибутами відходу з життя (поняттями жалоби, похорону тощо). Знання про смерть дитина не співвідносить ні зі своєю особистістю, ні з особистістю когонебудь із близьких; в неї не сформоване уявлення про незворотність смерті, що вважається тривалою відсутністю або іншим існуванням. Дитина визнає можливість двоїстого буття: для людей вважатися й бути мертвим і водночас самому спостерігати їхній розпач, бути свідком власного похорону й каяття своїх кривдників.

Відсутність страху смерті — особливість дитячої психології. Було б помилково вважати суїцидальні спроби дітей і підлітків лише демонстративними діями. Діти через брак життєвого досвіду й інформації не можуть зробити свідомий вибір. Невміння розрахувати, відсутність знань про способи самогубства створюють підвищену загрозу смерті незалежно від форми аутоагресії.

Небезпека зростає також через вікові особливості. У підлітків формується страх смерті, який, однак, ще не базується на усвідомленому уявленні про цінність життя. «Метафізична інтоксикація», властива психології підлітка, виражається, зокрема, у поглиблених роздумах на тему життя та смерті. Загальна нестійкість, недостатність критики, підвищена самооцінка й егоцентризм створюють умови для зниження цінності життя, що негативно забарвлює емоційність підлітка, а в конфліктній ситуації створює передумови для суїцидальної поведінки.

Аналізуючи суїцидонебезпечні конфліктні ситуації, фахівці переконалися, що для дитини або підлітка їх можуть провокувати незначні, на думку дорослих, неприємності. Однак певний максималізм в оцінках, невміння передбачати справжні наслідки своїх учинків і прогнозувати завершення ситуації, відсутність життєвого досвіду, властиві періоду дитинства, створюють відчуття безвихідності, неможливості розв'язати конфлікт, породжують почуття розпачу й самотності. Усе це робить навіть незначну конфліктну ситуацію суїцидонебезпечною для дитини й особливо для підлітка, що інколи недооцінюється дорослими. Це спричиняє підвищений суїцидальний ризик у пубертатному віці, що, зокрема, підтверджується й статистично.

Формування суїцидальної поведінки в дитячому й підлітковому віці багато в чому залежить і від певних особливостей особистості суїцидента.

За А. Амбрумовою і Є. Вроно, для підлітків із суїцидальною поведінкою характерні такі риси: імпульсивність, збудливість, емоційна нестійкість, підвищена сугестивність, сенситивність, несамостійність мислення. Однак перераховані особливості певною мірою властиві всім підліткам, чим і пояснюється високий відсоток гострих реакцій на стрес і реактивні стани, що визначають передсуїцидальний період у підлітковому віці[4, 50с.].

Ці риси, нерідко виражені на рівні акцентуації характеру, створюють передумови для соціально-психологічної дезадаптації особистості в пубертатний період. За даними А. Личко, при демонстративній суїцидальній поведінці 50 % підлітків виявилися представниками істероїдного, істероїдно-нестійкого й гіпертимно-істероїдного типів, 32 % – епілептоїдного й епілептоїдно-істероїдного типів і лише 18 % – представниками всіх інших типів. Водночас суїцидальні спроби в більшості випадків здійснювали представники сенситивного (63 %) і циклоїдного (25 %) типів. Багато авторів зауважують надзвичайно низьку суїцидальну активність шизоїдів у підлітковому віці.

А. Личко виокремлює три типи суїцидальної поведінки в підлітків: демонстративна, афективна та справжня.

Демонстративна суїцидальна поведінка — це не завжди усвідомлене підлітком прагнення привернути увагу до ситуації, в яку він потрапив, викликати співчуття, уникнути очікуваних неприємних наслідків за якісь учинки, вийти зі складної ситуації, а також налякати (шантаж, погрози, вимагання тощо). При такій спробі підліток не завжди гарантований від смертельного результату, тому що часто не усвідомлює, наскільки небезпечні його дії, якими можуть бути їхні наслідки.

Афективна суїцидальна поведінка є однією з форм гострих психогенних реакцій на тлі акцентуацій характеру, психопатій або залишкових явищ органічного ураження головного мозку.

Одним із різновидів такого типу суїцидальної поведінки в підлітковому віці є реакція пасивного протесту, тобто стан надзвичайно сильного переживання образи, гострого невдоволення іншими або собою, прагнення помститися, покарати винних у незаслуженому покаранні, принизливому зауваженні тощо. Така реакція може обмежуватися лише думкою чи уявленням суїциду або виявлятися у здійсненні суїцидальної спроби. В останньому випадку рішення заздалегідь не обмірковується, а виникає за механізмом «короткого замикання». На відміну від демонстративних суїцидальних реакцій, суїцидальні реакції протесту здійснюються наодинці. Якщо смертельний результат не наставав, діти й підлітки, як правило, соромляться свого вчинку, намагаються його приховати, тоді як демонстративна реакція розрахована на увагу та співчуття інших.

При справжній суїцидальній поведінці суїцидальний намір підлітка нерідко довго виношується, підліток уживає певних заходів, щоб ніхто не перешкодив здійсненню задуманого. У залишених записках часто висвітлені мотиви вчинку, суб'єктивні оцінки обставин, самозвинувачення тощо. При патохарактерологічних реакціях, що становлять 10 % спроб, справжня суїцидальна поведінка зазвичай є наслідком тривалої та важкої психічної травматизації, що впливає, насамперед, на слабкі сторони акцентуйованого характеру (найчастіше в сенситивних і циклоїдних (у депресивній фазі)

підлітків). Крім того, справжня суїцидальна поведінка в підлітків частіше проявляється при депресивних станах різного походження.

Депресія, в основі якої лежить пригнічення всіх психічних і фізичних проявів людини, у підлітків істотно відрізняється від депресії дорослих. Актуальність підліткових депресій полягає не лише в тому, що вони в останні роки почастишали, але й у тому, що «депресія може невидимо стояти за психопатоподібними порушеннями поведінки, штовхати до алкоголізації або вживання наркотичних засобів, за допомогою яких прагнуть підняти настрій, придушити глибоко приховані тяжкі переживання».

Психологи виокремлюють кілька типів підліткової депресії.

Делінквентний варіант – це порушення поведінки, що досить швидко розвиваються, не властиві цьому підліткові раніше; проявляються у брутальності й непослуху стосовно старших, особливо рідних і вчителів; у діях «усім на зло», часто на шкоду самому собі; у втраті інтересу до навчання, колишніх захоплень; у прогулах, уживанні алкоголю, наркотичних засобів. При цьому в усіх поведінкових проявах є ознаки розпачу: підліток немов спеціально шукає приводів для покарань, «лізе на рожен». Незвичайність поведінки, як правило, зауважують не так рідні та близькі, які пояснюють таку поведінку поганим впливом або віком, як учителі, вихователі, міліція. Брутальність, неслухняність, агресія, озлоблення віддаляють підлітка від близьких, а це, у свою чергу, загострює почуття самотності, відірваності, неприкаяності та штовхає на агресивні, зокрема аутоагресивні вчинки. Такий стан зумовлений проявом психогенної (реактивної) депресії при лабільній, шизоїдній, істероїдній, епілептоїдній акцентуаціях, може тривати до кількох тижнів і навіть місяців.

Іпохондричний варіант підліткової депресії характеризується поєднанням незначних соматичних порушень із численними скаргами, що відображають надцінний характер переживань. Виникає цей розлад часто як реактивна (психогенна) депресія на тлі астено-невротичної, конформної, лабільної,

істероїдної та психоастенічної акцентуації характеру, а також при ендогенних захворюваннях із млявим перебігом.

Астенопатичний варіант депресії в підлітків, як правило, починається з погіршення успішності у школі. Виникають ослаблення уваги й осмислення навчального матеріалу, погіршуються запам'ятовування та відтворення вивченого. Підлітки спочатку намагаються заповнити зростаючу психічну неспроможність вольовими, тривалішими заняттями. Однак у міру зростання виснаження продуктивність навчання падає. Результати погіршуються, а це спричиняє розпач підлітка та ще більше знижує рівень шкільної діяльності.

У сім'ї нещодавно активний, товариський підліток перетворюється на млявого, сумного й бездіяльного. Сидячи вдома, він практично нічим не займається, не шукає розваг, задовольняється тим, що є під руками: пасивно, не вибираючи, дивиться телепередачі, слухає магнітофонні записи, читає першу-ліпшу книжку тощо. Втрачає інтерес до всіх колишніх захоплень. Стає пасивно підлеглим, у товариство його «не тягне», тому що він стомлюється від тривалого спілкування з колишніми друзями. Сон стає довшим, ніж завжди, але сили не відновлюються. Розбитість, пригніченість, небажання чимось зайнятися, неможливість зосередитися, подолати пасивний потік випадкових думок поєднуються з почуттям нудьги, зневіри. Гнівається, якщо його звинувачують у ледарстві й неробстві, але сам не може оцінити свого стану. Підліток дорікає собі за незібраність, за постійні невдачі, хоча на словах усе це може заперечувати. Нерідко на тлі цього стану виникають думки про «небажання жити», самогубство. Якщо ж звинувачення з боку дорослих стають нестерпними або підліток зазнає громадського осуду, він може відреагувати на це спробою самогубства. Причини, що лежать в основі проявів такого типу депресії, різні, тому кожен випадок подібного стану потребує тактової психіатричної консультації.

Меланхолійна депресія проявляється в болісно пригніченому настрої, почутті безпросвітної нудьги, малорухомості, застиглій скорботній позі й

міміці, тихому голосі, у сповільнених лаконічних відповідях, спрямованому в одну точку погляді.

Суїцидонебезпечні депресії протікають у підлітків атипово, маскуючись симптомами сомато-вегетативних розладів, іпохондричними порушеннями, девіантною поведінкою, дисморфобійними симптомами та проявами метафізичної інтоксикації. Нозологічна належність депресій корелює з віком: зі збільшенням віку суїцидентів відзначається зменшення питомої ваги ендогенних депресій і проявляється тенденція до переваги реактивних. [58,с.57-69]

Висновок до першого розділу

В ході опису першого розділу ми розглянули такі теоретичні питання проблеми психологічних аспектів аутодеструктивної поведінки, як психологічні особливості підліткового віку, суїцид як форма девіантної поведінки, особливості суїцидальної поведінки підлітків.

У підлітковому віці людина ще не сформована. Будь-яке втручання в життя підлітка викликає тривогу і сприймається ним як загроза її цілісності. Настає статеve дозрівання. Ці зміни можуть стати чинником ускладнень дитячо-батьківських відносин у тому випадку, якщо у батьків є власні невирішені конфлікти у взаємодії з представниками свого, або протилежної статі. Батьки більше не володіють всією повнотою влади і повинні вважатися з усе зростаючою компетентністю підлітка. У зв'язку з цим їм необхідно надати йому більше автономії і бути більш гнучкими в прийнятті його зростаючої незалежності.

Прагнення бути свідком реакції інших на свою смерть або сподівання на «друге народження» характеризує суїцидентів дитячого й підліткового віку. Уявлення про смерть у дитини змінюється: від повної відсутності у свідомості дитини уявлення про смерть до формального знання про неї та знайомства з атрибутами відходу з життя (поняттями жалоби, похорону тощо). Знання про смерть дитина не співвідносить ні зі своєю особистістю, ні з особистістю когонебудь із близьких; в неї не сформоване уявлення про незворотність смерті, що вважається тривалою відсутністю або іншим існуванням. Дитина визнає можливість двоїстого буття: для людей вважатися й бути мертвим і водночас самому спостерігати їхній розпач, бути свідком власного похорону й каяття своїх кривдників.

Відсутність страху смерті — особливість дитячої психології. Було б помилково вважати суїцидальні спроби дітей і підлітків лише демонстративними діями. Діти через брак життєвого досвіду й інформації не можуть зробити свідомий вибір. Невміння розрахувати, відсутність знань про

способи самогубства створюють підвищену загрозу смерті незалежно від форми аутоагресії.

Небезпека зростає також через вікові особливості. У підлітків формується страх смерті, який, однак, ще не базується на усвідомленому уявленні про цінність життя. «Метафізична інтоксикація», властива психології підлітка, виражається, зокрема, у поглиблених роздумах на тему життя та смерті. Загальна нестійкість, недостатність критики, підвищена самооцінка й егоцентризм створюють умови для зниження цінності життя, що негативно забарвлює емоційність підлітка, а в конфліктній ситуації створює передумови для суїцидальної поведінки.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ АУТОДЕСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ.

2.1 Методологічні основи експериментального дослідження

Завданням нашого дослідження є виявлення психологічних аспектів аутодеструктивної поведінки підлітків. Для розв'язання даного завдання нами використані чотири методики.

У ході розв'язання поставлених завдань використовувались такі методи та методики дослідження: Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська)(Додаток А), методика діагностики прихованих суїцидальних намірів(Додаток В), опитувальник депресивності Т. Бека(Додаток Б) та модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру у підлітків (О. Є. Лічко, С. Л. Подмазін)(Додаток Г).

Експериментальне дослідження проводилось з учнями 9 класів. Загальна кількість досліджуваних 50, віком 14-15 років.

Надійність і вірогідність результатів забезпечувалась застосуванням комплексу взаємодоповнюючих методів дослідження, адекватних об'єкту, предмету, меті та завданням дослідження: поєднанням кількісного та якісного аналізу отриманих емпіричних даних.

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ (М. Горська)

Мета: виявлення схильності індивіда до суїцидальної поведінки.

Форма проведення: індивідуальна чи групова.

Час: 30-45 хв.

Вік: із 14 років.

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[52, 32с.].

МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ ПРИХОВАНИХ СУЇЦИДАЛЬНИХ НАМІРІВ

По числу збігів відповідей з ключем підраховується сума балів за кожною шкалою (кожен збіг – 1 бал), а потім результати представляються у відсотках по відповідній шкалі окремо. Про високий суїцидальний ризик свідчать високі показники за шкалами: психастенічна акцентуація (75 % і вище), шизоїдна акцентуація (65 % і вище), нервово-психічна нестійкість (75 % і вище), відчуття провини (70 % і вище), підозрілість (45 % і вище), образа (50 % і вище), наявності низьких показників по шкалах вербальної агресії (45 % та нижче), фізичної агресії (40 % та нижче), інтернальності в сімейних відносинах (45 % та нижче).

Ключі щодо отримання результатів методики

1 Психастенічна акцентуація – при високих показниках характерні такі риси характеру: тривожність, затримка уваги на невдачах, схильність до самоаналізу, легка ранимість, швидка стомлюваність:

«+» - 5, 11, 26, 28, 33, 36, 43, 46, 54, 56, 61, 66, 70, 74, 79, 83;

«-»-23 (17)

2 Шизоїдна акцентуація – високі показники свідчать про замкнутість, відгородженість від реального світу, дивну поведінку, труднощі в встановленні контактів:

«+» - 8, 18, 31, 34, 37, 44, 48, 50, 59, 67, 76, 78, 80, 81, 84, 85 (16)

3 Нервово-психічна нестійкість – високі показники свідчать про патологічні прояви особистості, що приводять до зриву нервової системи і психічної діяльності навіть при незначних психічних або фізичних навантаженнях:

«+» - 2, 8, 11, 18, 31, 34, 36, 37, 44, 46, 48, 50, 56, 59, 63, 66, 67, 70, 74, 76, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85 (27)

4 Відчуття провини – при високих показниках схильність звинувачувати себе за події, що відбуваються :

«+» - 12, 27, 35, 41, 49, 57, 64, 69 (8)

5 Образа – високі показники свідчать про перебільшену образливість:

«+» - 3, 16, 30, 38, 52, 58 (6)

6 Підозрілість – у діапазоні від недовір'я і обережності по відношенню до інших людей до переконання в тому, що інші шкодять йому:

«+» - 6, 19, 24, 32, 39, 45, 53, 60;

«-» - 72 (9)

7 Фізична агресія – використання фізичної сили проти іншої особи:

«+» - 29, 51, 65, 71, 82;

«-» - 14, 22, 42 (8)

8 Вербальна агресія – спроможність виразу негативних відчуттів у виді сварки, крику, загроз та ін.:

«+» - 9, 25, 47, 55, 62, 73;

«-» - 40, 68, 75, 77 (10)

9 Шкала інтернальності в області сімейних відносин – низькі показники свідчать про відсутність відповідальності за свою родину:

«+» - 1, 10, 13, 20;

«-» - 4, 7, 15, 17, 21 (9)

Опитувальник депресивності Т. Бека

(застосовувати виключно за наявності клінічних ознак депресивності та/або високого суїцидального ризику)

Опитувальник ґрунтується на клінічних спостереженнях і описах симптомів, котрі часто зустрічаються у депресивних психіатричних пацієнтів на відміну від не депресивних психіатричних пацієнтів. Систематизація цих спостережень дала змогу виділити 21 твердження, кожне з яких являє собою окремий тип патопсихологічної симптоматики і має пункти:

Інструкція: Вам пропонується ряд тверджень. Виберіть одне з тверджень у кожній групі, котре найточніше описує ваш стан за останній тиждень, включаючи сьогоднішній. Обведіть кружечком номер твердження, котре ви вибрали. Якщо в групі декілька тверджень однаково добре описують ваш стан, обведіть номер кожного з них. Перш, ніж зробити свій вибір, уважно прочитайте всі твердження в кожній групі.

Ключ:

Виділені шкали дають можливість виявити ступінь вияву депресивної симптоматики, оскільки кожна з них представляє собою групу з 4 тверджень, які відповідно оцінюють в балах від 0 до 3. Максимальна сума – 63 бали.

Якщо сумарний бал: менше 9 – відсутність депресивних симптомів;

10 – 18 балів – помірно виражена депресія;

19 – 29 – критичний рівень депресивності;

30 – 63 бали – явно виражена депресивна симптоматика[53, с.44].

Модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру у підлітків (О.Є. Лічко - СЛ. Подмазін)

Примітка. В аркуші відповідей (див. у таблиці далі, у правій крайній колонці) МДЧ - мінімальне діагностичне число, досягнення або переважання якого означає наявність акцентуації. Позначення типів акцентуацій характеру (ТА):

Г - гіпертимний,

Ц - циклоїдний,

Л - лабільний,

А - астено-невротичний,

С - сензитивний,

Т - тривожно-педантичний,

І - інтравертований,

З - збудливий,

Д - демонстративний,

Н - нестійкий,

К - контрольний бал, перевищення якого робить результати тестування менш достовірними.

Стисла характеристика акцентуацій характеру

Гіпертимний тип. Його характеризує надзвичайна контактність, балакучість, вираженість жестів, міміки, пантоміміки. Така людина часто спонтанно

відхиляється від первісної теми розмови. У нього виникають епізодичні конфлікти з оточуючими людьми через недостатньо серйозне ставлення до своїх службових і сімейних обов'язків. Люди подібного типу нерідко самі бувають ініціаторами конфліктів, але засмучуються, якщо оточуючі роблять їм зауваження з цього приводу.

З позитивних рис, привабливих для партнерів по спілкуванню, людей даного типу характеризують енергійність, жага діяльності, оптимізм, ініціативність.

Разом з тим вони володіють і деякими відразливими рисами: легковажністю, схильністю до аморальних вчинків, підвищеною дратівливістю, прожектерством, недостатньо серйозним ставленням до своїх обов'язків. Вони важко переносять умови жорсткої дисципліни, монотонну діяльність, вимушену самотність.

Циклоїдний (афективно-лабільний) тип.

Йому властиві досить часті періодичні зміни настрою, в результаті чого так само часто змінюється манера спілкування з оточуючими людьми.

У період підвищеного настрою такі люди є товариськими, а в період пригніченого - замкнутими.

Під час душевного підйому вони ведуть себе як люди з гіпертимною акцентуацією характеру, а в період спаду - як люди з дистимною акцентуацією.

Збудливий тип.

Цьому типу властива низька контактність у спілкуванні, сповільненість вербальних і невербальних реакцій. Нерідко такі люди зануди і похмурі, схильні до хамства і брані, до конфліктів, в яких самі є активною, провокує стороною. Вони незлагідні в колективі, владні в сім'ї.

+: В емоційно спокійному стані люди даного типу часто добросовісні, акуратні, люблять тварин і маленьких дітей.

-: Проте в стані емоційного збудження вони бувають дратівливими, запальними, погано контролюють свою поведінку.

Астено-невротичний тип акцентуації характеру підлітків. Основними ознаками цього типу є підвищена фізична та психічна втомлюваність, дратівливість, схильність до іпохондрії (хворобливого стану, який характеризується надмірною увагою до свого здоров'я). Особливо втомлюється підліток під час розумової роботи. Саме ослабленість породжує підвищену збудливість, заважає орієнтуватись в ситуації. Афективні спалахи в поведінці спричинені наростанням роздратованості у моменти втоми. Однак, зірвавшись, асте-но-невротик швидко втрачає сили. Наприклад, якщо сусід по парті штовхнув його, у відповідь астено-невротик з образливим криком б'є його книжкою і, виявившись у всьому винним, плаче за дверима. Педагог мусить враховувати, що, знаючи про схильність астено-невротика до підвищеної збудливості, інші учні можуть провокувати його на подібні реакції, щоб порушити хід уроку. Тому карати дитину з астено-невротичною акцентуацією не можна.

В астено-невротиків, як правило, помітні добові цикли бадьорості та втоми. Найсприятливішими для їх інтенсивної навчальної роботи є другий і третій уроки, початок і середина тижня, перша половина чверті (особливо важка для них третя чверть).

У взаємодії з астено-невротиком педагог має виявляти максимум терпіння та щирого співчуття, старанно вуалювати більшість його промахів і невдач, які виникають на тлі виснаження, вміло акцентувати увагу на його успіхах.

Сенситивний тип акцентуації характеру підлітків. Особи, які належать до цього типу, надзвичайно вразливі, боязливі, у них різко виражене почуття власної неповноцінності. Школа лякає їх великою кількістю людей (однолітків, молодших, старших), шумом, бійками на перервах, але, звикнувши до класу і навіть страждаючи від деяких учнів, вони, однак, з небажанням переходять в інший. Вчаться такі підлітки, як правило, старанно, але соромляться відповідати перед учнями класу, бояться запнутися, викликати сміх. Часто вони приховують свої знання, щоб однолітки не вважали їх вискочками чи надто зразковими учнями.

Рівень контактності сенситивних підлітків нижчий середнього. Вони надають перевагу вузькому колу друзів, рідко конфліктують, оскільки переважно займають пасивну позицію, образи тримають у собі. Для них характерні альтруїстичність, співчутливість, радість за чужі успіхи, почуття обов'язку, сумлінність. У них рано формуються високі моральні та етичні вимоги до себе та оточення.

Почуття власної неповноцінності у сенситивних підлітків зумовлює особливо виражену реакцію гіпер-компенсації. Тому вони шукають самоствердження саме там, де відчувають свою неповноцінність: дівчата намагаються показати свою веселість і комунікабельність, хлопці поведуться розв'язано й зарозуміло, прагнуть продемонструвати свою енергію та волю.

Найвразливіші сенситивні підлітки у стосунках з оточенням. Нестерпні для них ситуації, в яких вони є об'єктом насмішок, підозр у негативних вчинках, несправедливих звинувачень. Це може спровокувати їх гостру афективну реакцію або депресію, підштовхнути до конфлікту.

Тривожно-педантичний тип акцентуації характеру підлітків. Підлітки, котрі належать до цього типу, є нерішучими, схильними до роздумів, самоаналізу, тривожної підозрливості. У них легко виникають нав'язливі страхи, думки та уявлення. Нерішучість у роздумах і діях тривожно-педантичної дитини взаємопов'язані. Необхідність самостійного вибору може спровокувати тривалі й нестерпні їх вагання. Нерішучість часто спричинює гіперкомпенсацію, формами якої можуть бути раптова самовпевненість, безапеляційність в судженнях, поспішні дії в ситуаціях, які вимагають розважливості і обережності. Невдачі, що трапляються внаслідок таких дій, тільки посилюють нерішучість і сумніви.

У стосунках із підлітком цього типу акцентуації педагоги і батьки повинні дотримуватися оптимістичного стилю спілкування, уникати методів покарання та залякування, широко практикувати заохочення і підтримувати його активність і самостійність. За наявності непорозумінь (дисциплінарних,

навчальних тощо) потрібно відразу конструктивно, з позитивними перспективами їх розв'язувати.

Інтровертований тип акцентуації характеру підлітків. Суттєвими ознаками таких підлітків є замкненість, відстороненість від навколишнього світу, нездатність чи небажання встановлювати контакти з людьми, знижена потреба у спілкуванні. В інтровертованих підлітків часто поєднуються суперечливі риси особистості та поведінки: холодність і надмірна чутливість, упертість і податливість, настороженість і легковірність, апатична бездіяльність і наполеглива цілеспрямованість, надмірна прив'язаність і невмотивована антипатія, раціональні судження та нелогічні вчинки, багатство внутрішнього світу та обмеженість його зовнішніх проявів. Усе це свідчить про відсутність у структурі особистості інтровертованого підлітка внутрішньої єдності.

Такі діти бурхливо реагують на некоректні, грубі спроби дорослих проникнути у їх внутрішній світ. Відгородженість від зовнішнього світу ускладнює соціалізацію підлітків, зокрема корекцію моральних та інших установок, які можуть не відповідати суспільним нормам. Інтровертованість підсилюється, якщо в процесі виховання дитини вдаються до надмірного контролю й опіки, суворих покарань за непослух. Щоб зблизитись із такими підлітками, викликати до себе довіру, педагог повинен продемонструвати щиру зацікавленість їхніми захопленнями, справами та особистістю загалом.

Збудливий тип акцентуації характеру підлітків. Підлітки цього типу акцентуації характеру часто мають поганий настрій, вони здебільшого є похмурими, роздратованими, озлобленими, навіть агресивними. їхня інтелектуальна сфера, як правило, інертна (невправна, млява). Занижена мотивація до навчальної діяльності часто поєднується в них з досить високими претензіями до оцінок. Вони можуть виборювати високі оцінки найрізноманітнішими способами: підлецуванням до вчителя чи, навпаки, конфліктами з ним. За таких умов педагог повинен надавати їм змогу заслужено отримувати високі оцінки (реалізуючи принцип диференціації та

індивідуалізації в навчанні), водночас доброзичливо аргументувати поставлену оцінку, яка не відповідає їхнім очікуванням та уявленням.

Дуже важливо не провокувати конфлікти, враховуючи легку емоційну заражуваність збудливих підлітків. Однак, зберігаючи доброзичливий тон у спілкуванні, необхідно постійно спостерігати за їхньою поведінкою на уроках, перервах і в позаурочній діяльності. Доброзичлива, послідовна, тактовна взаємодія педагога з такими підлітками повинна поєднуватися із захистом однокласників від їх тиранії, оскільки вони здебільшого прагнуть бути лідерами у класі, вдаючись до прямого тиску на ровесників.

Одним зі способів корекції поведінки дітей цього типу акцентуації характеру є апеляція до їхньої свідомості та самосвідомості, аналіз і оцінка поведінки під час індивідуальних бесід. Дуже важливо, щоб учень сам брав активну участь у бесіді, вчився розповідати про свої відчуття, переживання, проблеми. Педагог повинен попереджувати агресивні реакції збудливого підлітка довірливою інтонацією, ласкавим дотиком, легким гумором. Будь-який вплив педагога не повинен зачіпати гідності дитини.

Демонстративний тип акцентуації характеру підлітків. Підліткам, у яких переважають ознаки цього типу, властиві егоцентризм, безмірне прагнення уваги і співчуття до себе. Їх ставлення до навчання залежить від того, наскільки воно сприяє задоволенню їхньої головної потреби - домогтися визнання, виокремитися серед учнів. За розвиненого інтелекту рівень успішності таких дітей переважно середній, а ставлення до предметів вибіркове. Вищою є їх успішність із предметів, які викладають учителі, котрі зуміли налагодити добрі стосунки з ними, і навпаки. Свої невдачі у навчанні демонстративні підлітки виправдовують впливом зовнішніх обставин.

За такої ситуації педагог має спрямувати свої зусилля на формування в учнів усвідомлення того, що найнадійнішим способом привернення до себе уваги інших, їх поваги є соціально цінна, корисна діяльність, повинен допомогти підліткові включитися в таку діяльність. Нею може бути участь у класних і загальношкільних заходах, у роботі драматичного, спортивного

гуртків, у конкурсах тощо. Це дасть змогу відчуті значущість своїх зусиль й умінь, привернути увагу до себе здійсненням кожної справи.

Нестійкий тип акцентуації характеру підлітків. Для підлітків, які репрезентують цей тип, характерна передусім патологічна слабкість волі. Проявляється вона в навчанні, праці, виконанні різноманітних доручень, обов'язків. Їх соціальна поведінка більше залежить від впливу людей, котрі їх оточують, ніж від них самих. Особливо небезпечна для таких дітей зміна життєвої ситуації, наслідком чого часто є відсутність контролю за їхньою поведінкою, а це дає змогу максимально проявитися їхнім лінощам.

Для корекції їх характеру надзвичайно важливим є контроль за поведінкою та діяльністю, передусім навчальною. Добре, якщо посилення вимог поєднується зі щирою зацікавленістю дорослих в успіхах школяра, позитивними емоційними контактами з ним.

Тобто, за несприятливих умов особистісний розвиток підлітків характеризується суперечливістю, дисгармонійністю та виникненням акцентуацій характеру.

Суїцидальні тенденції у представників деяких типів акцентуацій мають своє специфічне походження і перебіг, знаючи які, можна попереджувати їх переростання у суїцидальні наміри і поведінку.

Отже, дані методики допоможуть нам вивчити і краще зрозуміти психологічні особливості аутодеструктивної поведінки підлітків, взаємозв'язок депресії з суїцидальними нахилами та вплив акцентуацій характеру на аутодеструктивну поведінку[34, с.67-74].

2.2 Аналіз отриманих результатів дослідження проблеми психологічних аспектів аутодеструктивної поведінки підлітків.

За результатами дослідження схильності до суїцидальної поведінки за методикою М. Горської ми отримали сукупність числових даних, які відображають рівні схильності до суїцидальної поведінки у підлітків.

Аналіз та інтерпретацію проводимо за схемою:

- групуємо числові дані в таблицю;
- визначаємо відсотковий показник рівнів схильності до суїцидальної поведінки;
- проводимо аналіз найвищих показників.

Для початку ми згрупували числові дані отримані в результаті дослідження в таблицю. Результати представлені у Додатку

Для зручності інтерпретації результатів ми обрахували відсотковий показник кожного з рівнів схильності до суїцидальної поведінки: це дасть нам змогу не аналізувати результати кожного з досліджуваних, а визначити загальні тенденції, які притаманні усім досліджуваним вибіркам.

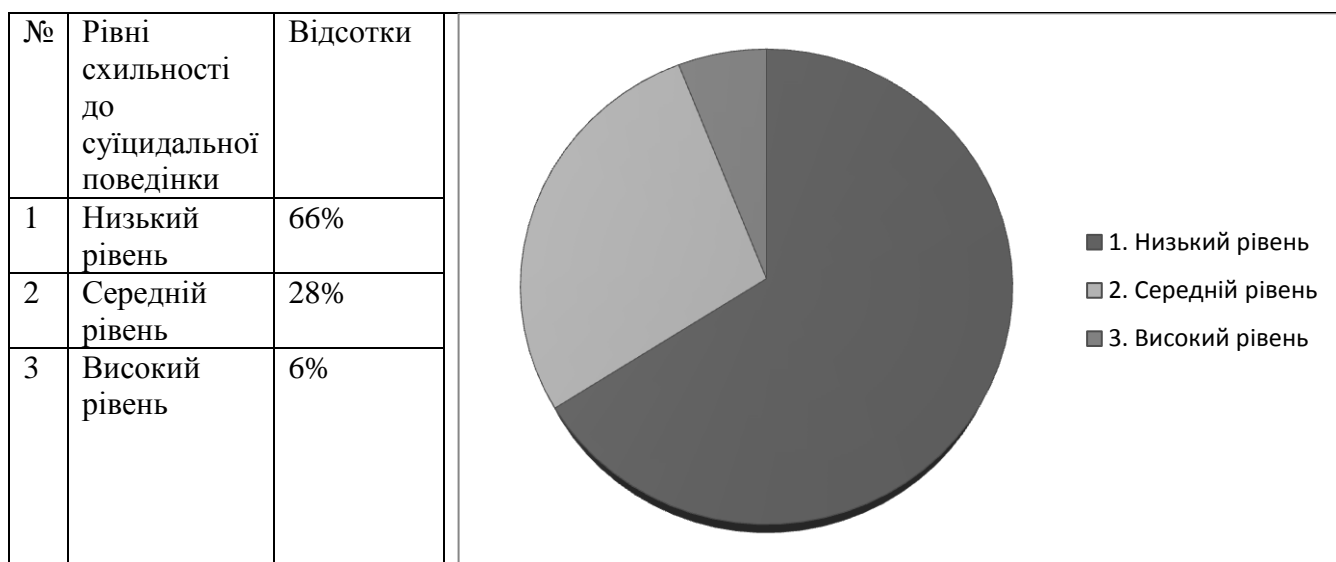


Рис.2.1. Результати дослідження за методикою М. Горської

Тобто, ми бачимо, що низький рівень до суїцидальної поведінки спостерігається у 66% досліджуваних, середній рівень у 28% досліджуваних, високий рівень схильності до суїцидальної поведінки у 6% досліджуваних.

Це можна пояснити особливостями вікового розвитку, тобто у учнів 9-х класів як особливість цієї вікової категорії є збільшення схильності до ризикової поведінки, чи навіть ризикового способу життя. Це є особливістю кризового періоду підліткового віку. Це може бути як дефіцит знань стосовно здорового способу життя та безпечної поведінки, поінформованості про служби безкоштовної психологічної для молоді.

Суїцидогенний конфлікт може бути викликаний реальними причинами, зумовлений дисгармонійною структурою особистості чи мати психопатичну причину. Незалежно від причин конфлікт для суб'єкта завжди реальний, супроводжується інтенсивними важкими переживаннями.

Називають поведінкові, комунікативні, когнітивні, емоційні індикатори суїциду.

Поведінкові індикатори суїцидального ризику – це зловживання психоактивними речовинами, алкоголем; втеча з дому; самоізоляція; різке зниження повсякденної активності; зміна звичок; порушення дисципліни; придбання засобів для здійснення суїциду.

Комунікативні індикатори є прямі або непрямі повідомлення про суїцидальний намір. Це жарти, іронічні вислови про бажання померти, повідомлення про конкретний план суїциду, повільна маловиразна мова.

Когнітивні індикатори: позитивні настанови щодо суїцидальної поведінки, негативні оцінки своєї особистості, наявність суїцидуальних думок, планів, уявлення про світ як про місце втрат та розчарувань.

Емоційні індикатори передбачають амбівалентне ставлення до життя, байдужість до своєї долі, переживання горя, ознаки депресії, неухважність або розгубленість, відчуття своєї малозначності.

Сутність суїцидального ризику прямо пов'язаний із характером наявних у підлітка думок про самогубство, які можуть з'явитися у нього рідко, постійно функціонувати як твердий намір чинити самогубство або існувати у вигляді конкретного плану про метод, засоби, час і місце самогубства[20, 43с.].

Також, ми використали опитувальник депресивності Т. Бека, для того, щоб перевірити чи виявиться високий рівень депресії у 6% досліджуваних підлітків (в яких високий рівень схильності до суїцидальної поведінки).

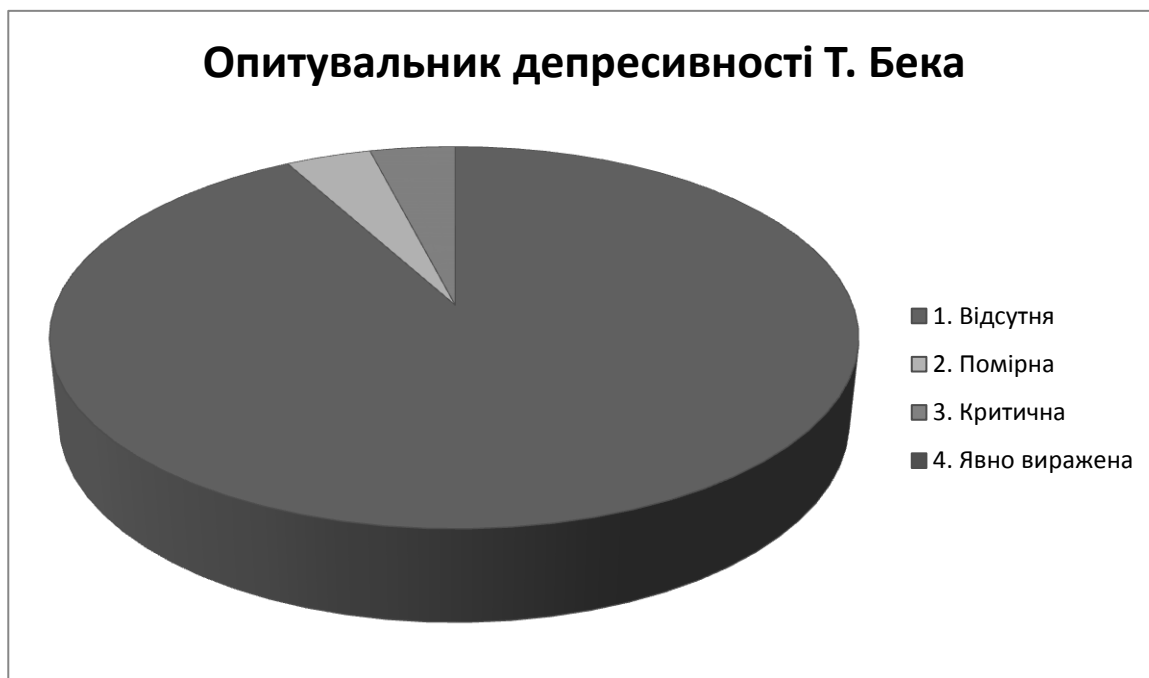


Рис.2.2. Результати опитувальника депресивності Т. Бека

Тобто, ми виявили у 92% досліджуваних відсутню депресію, 4% помірно виражена депресія та у 4% досліджуваних критичний рівень депресивності.

Депресія, в основі якої лежить пригнічення всіх психічних і фізичних проявів людини, у підлітків істотно відрізняється від депресії дорослих. Актуальність підліткових депресій полягає не лише в тому, що вони в останні роки почастішали, але й у тому, що «депресія може невидимо стояти за психопатоподібними порушеннями поведінки, штовхати до алкоголізації або вживання наркотичних засобів, за допомогою яких прагнуть підняти настрій, придушити глибоко приховані тяжкі переживання» (А. Личко, 1985).

Психологи виокремлюють кілька типів підліткової депресії.

Делінквентний варіант – це порушення поведінки, що досить швидко розвиваються, не властиві цьому підліткові раніше; проявляються у брутальності й непослуху стосовно старших, особливо рідних і вчителів; у діях «усім на зло», часто на шкоду самому собі; у втраті інтересу до навчання,

колишніх захоплень; у прогулах, уживанні алкоголю, наркотичних засобів. При цьому в усіх поведінкових проявах є ознаки розпачу: підліток немов спеціально шукає приводів для покарань, «лізе на рожен». Незвичайність поведінки, як правило, зауважують не так рідні та близькі, які пояснюють таку поведінку поганим впливом або віком, як учителі, вихователі, міліція. Брутальність, неслухняність, агресія, озлоблення віддаляють підлітка від близьких, а це, у свою чергу, загострює почуття самотності, відірваності, неприкаяності та штовхає на агресивні, зокрема аутоагресивні вчинки. Такий стан зумовлений проявом психогенної (реактивної) депресії при лабільній, шизоїдній, істероїдній, епілептоїдній акцентуаціях, може тривати до кількох тижнів і навіть місяців.

Іпохондричний варіант підліткової депресії характеризується поєднанням незначних соматичних порушень із численними скаргами, що відображають надцінний характер переживань. Виникає цей розлад часто як реактивна (психогенна) депресія на тлі астено-невротичної, конформної, лабільної, істероїдної та психоастенічної акцентуацій характеру, а також при ендогенних захворюваннях із млявим перебігом.

Астенопатичний варіант депресії в підлітків, як правило, починається з погіршення успішності у школі. Виникають ослаблення уваги й осмислення навчального матеріалу, погіршуються запам'ятовування та відтворення вивченого. Підлітки спочатку намагаються заповнити зростаючу психічну неспроможність вольовими, тривалішими заняттями. Однак у міру зростання виснаження продуктивність навчання падає. Результати погіршуються, а це спричиняє розпач підлітка та ще більше знижує рівень шкільної діяльності.

У сім'ї нещодавно активний, товариський підліток перетворюється на млявого, сумного й бездіяльного. Сидячи вдома, він практично нічим не займається, не шукає розваг, задовольняється тим, що є під руками: пасивно, не вибираючи, дивиться телепередачі, слухає магнітофонні записи, читає першу-ліпшу книжку тощо. Втрачає інтерес до всіх колишніх захоплень. Стає пасивно підлеглим, у товариство його «не тягне», тому що він стомлюється від

тривалого спілкування з колишніми друзями. Сон стає довшим, ніж завжди, але сили не відновлюються. Розбитість, пригніченість, небажання чимось зайнятися, неможливість зосередитися, подолати пасивний потік випадкових думок поєднуються з почуттям нудьги, зневіри. Гнівається, якщо його звинувачують у ледарстві й неробстві, але сам не може оцінити свого стану. Підліток дорікає собі за незібраність, за постійні невдачі, хоча на словах усе це може заперечувати. Нерідко на тлі цього стану виникають думки про «небажання жити», самогубство. Якщо ж звинувачення з боку дорослих стають нестерпними або підліток зазнає громадського осуду, він може відреагувати на це спробою самогубства. Причини, що лежать в основі проявів такого типу депресії, різні, тому кожен випадок подібного стану потребує тактової психіатричної консультації.

Меланхолійна депресія проявляється в болісно пригніченому настрої, почутті безпросвітної нудьги, малорухомості, застиглій скорботній позі й міміці, тихому голосі, у сповільнених лаконічних відповідях, спрямованому в одну точку погляді.

Отже, ми бачимо, що високий рівень схильності до суїцидальної поведінки супроводжується депресивними проявами.

Депресія проявляється по-різному, залежно від психологічної акцентуації характеру.

У гіпертимного підлітка - схильність до ризику, нехтування небезпекою.

У циклотимного - субдепресія, афекти, неусвідомлене бажання нашкодити самому собі.

У емоційно-лабільних підлітків значущі афективні реакції. Суїцидальна поведінка відрізняється швидким прийняттям рішення, ґрунтується на мало виявленому прагненні "щось з собою зробити". Іншим фактором може служити бажання "забутися". Найчастіше до само руйнівної поведінки штовхає емоційна холодність близьких і значущих осіб.

Сенситивні підлітки страждають від почуття власної неповноцінності - реактивна депресія і визрівання суїцидальних намірів з несподіваною їх реалізацією.

Психастенічні підлітки в стані розладу адаптації характеризуються нерішучістю, відчувають страх відповідальності, страх шкоди соціального статусу.

Для дітей з шизоїдною акцентуацією характеру не застосування допінгів.

Підліток з епілептоїдною акцентуацією, на тлі афекту, може перейти міру обережності. У стані самотності або в безвихідній ситуації агресія може обернутися на самого себе. Найчастіше наносять порізи, опіки, часом мазохістські мотиви. Сп'яніння, нерідко, протікають з втратою контролю над собою. Учасники азартних ігор. Максимум серед наркоманів і токсикоманів.

Істероїдні підлітки схильні до демонстративних суїцидів.

Всі інтереси підлітка з нестійкою акцентуацією спрямовані на отримання задоволення.

Конформний підліток може вчинити суїцид за компанію[23, с.176-185].

За модифікованим опитувальником для ідентифікації типів акцентуацій характеру у підлітків(О.Є. Лічко - СЛ. Подмазін), маємо такі результати:

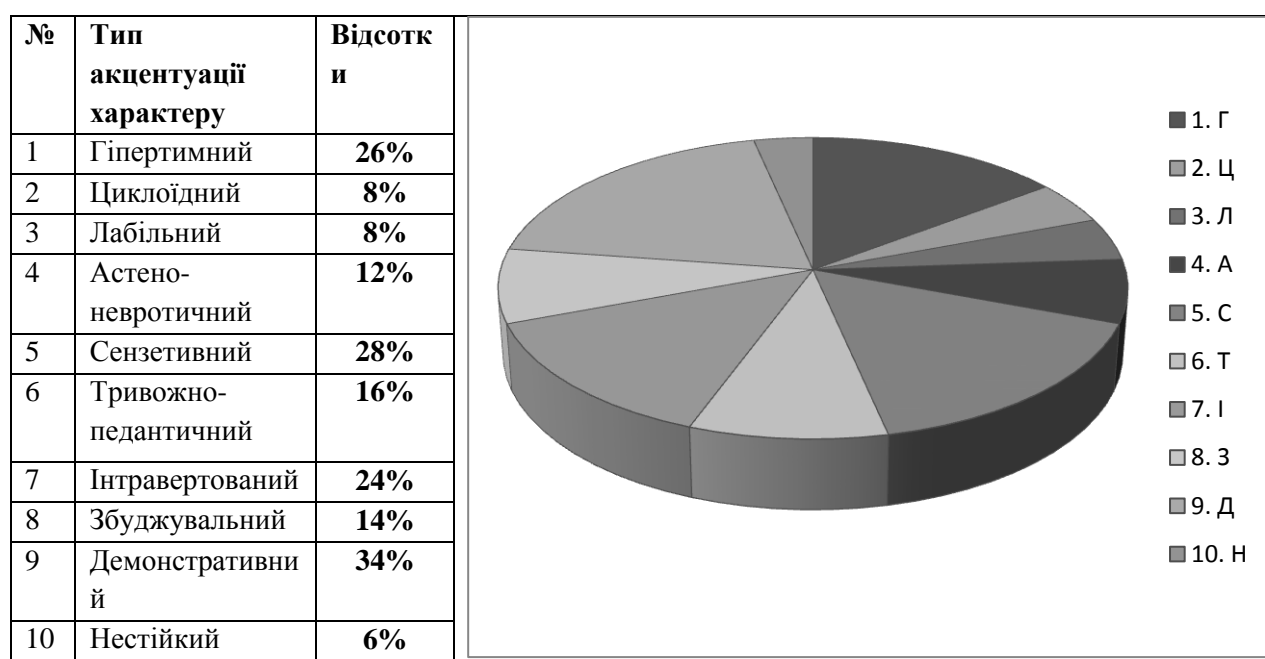


Рис.2.3. Результати за опитувальником О.Є. Лічко - СЛ. Подмазін

Гіпертимний тип. Для представників цього типу характерна висока контактність, балакучість, пожвавлена жестикуляція, постійне перебування в гарному настрої, що лише зрідка затьмарюється спалахами агресії у відповідь на протидію оточуючих.

Часто виявляють ініціативність й оптимістичність, жагу діяльності, спілкування, вражень і розваг, тенденцію до лідерства, що звичайно підкріплюється наявністю організаторських здібностей.

Найкращий спосіб поведінки з гіпертимом - включення його у цікаву і доступну для нього діяльність, краще - із відтінком лідерства: фізорг, бригадир, лаборант, лаборант-кіномеханік і т.ін. - з огляду на його інтелектуальні здібності, схильності тощо.

Для адекватного розвитку характеру гіпертима небажані як умови бездоглядності, так і жорсткий контроль, проти якого вони зазвичай виявляють бурхливий протест.

Гіпертими можуть активно допомагати вчителю, бути лідерами у шкільних колективах, організаторами потрібних, корисних справ. Вони чуйні на доброзичливе, поважне ставлення з боку педагога.

У дорослішому віці гіпертима зазвичай цікавить робота, пов'язана з постійним спілкуванням - служба, побуту, організаторська діяльність, менеджмент, економіка, бізнес, спорт тощо. Проте, вони схильні до зміни професії і місця роботи. Як правило, суїцидальні тенденції їм невластиві.

Циклоїдний тип. Цей тип акцентуацій характеру найчастіше спостерігається у старшому підлітковому та юнацькому віці. Для нього притаманне періодичне (із тривалістю від декількох тижнів до декількох місяців) коливання настрою і життєвого тону. Так, у період підйому циклоїдним підліткам властиві риси гіпертимного типу, а потім настає період спаду настрою, різко знижується контактність. підліток стає небагатослівним, песимістичним, сумним, може на декілька днів впасти у субдепресію.

Циклоїди дуже вразливі до корінної зміни життєвих стереотипів, постійного

місця проживання і навчання, втрати друзів і близьких. Невдачі і дорікання оточуючих можуть поглибити су б депресивний стан, викликати гостру афективну реакцію та, навіть, спроби самогубства.

У подібній ситуації циклоїдному підлітку може допомогти практичний психолог, якому підліток за своєю ініціативою може «розкрити душу» і в процесі бесіди полегшити свої сумні переживання. Через це психологи повинні добре знати «своїх» циклоїдів, спостерігати за ними і вчасно, у фазі субдепресії надавати їм необхідну допомогу. Напружене професійне навчання може призвести циклоїдів до перевтоми і виснаження, тому для них обов'язковим є дотримання режиму навчальної праці, добре організований сон, налагоджений відпочинок. Відповідно до цього, їм краще обирати профілі навчання і види професій, які не пов'язані з трудовим і соціальним перенапруженням.

Лабільний тип. Провідна риса представників цього типу - мінливість настрою, коли він змінюється занадто вже круто, а приводи для цього незначні. Часті зміни настрою поєднуються зі значною глибиною переживань, від чого залежать і самопочуття, й апетит, і працездатність, і бажання побути на самоті або, навпаки, кинутися в гучну компанію. Ставлення до оточуючих або різко оптимістичне, або навпаки, песимістичне чи навіть вовкувате. Такі підлітки дуже гостро, болісно переживають відчуження з боку емоційно значущих осіб, втрату близьких, вимушену розлуку з ними тощо.

Для покращення стосунків із лабільним підлітком або юнаком педагог має уникати його покарання, діяти винятково добротою і пестощами. При виборі та опануванні профільного чи професійного навчання такі підлітки мають надавати перевагу колективам і керівникам з рисами уважних, доброзичливих, толерантних особистостей, їм протипоказані управлінський, економічний, політичний тощо напрями професійної підготовки. При дотриманні цих умов можна мінімізувати появу в них суїцидального ризику.

Астено-невротичний тип. Представникам астено-невротичного типу властива підвищена психічна і фізична стомлюваність, дратівливість, схильність до іпохондричності. Так, стомлюваність переважно виявляється при

розумових заняттях, в обстановці спортивних змагань тощо, тоді як помірні фізичні навантаження переносяться краще.

Позиція педагога і психолога щодо астено-невротика має ґрунтуватися на терпінні і щирому співчутті. Він має не акцентувати увагу на більшості промахів і невдач підлітка, якщо вони виникають на фоні виснаження, а, навпаки, зосередитися на його успіхах. Слід пам'ятати, що асте по-невротик и болісно реагують на жарт у свою адресу, від кого б він не виходив. Педагогу і психологу необхідно з'ясувати, чи не пов'язана астенізація з фізичними причинами (тривала перевтома, хронічна хвороба тощо). Зрозуміло, що при виборі профілю навчання потрібно бути обережним, щоб не погіршити ситуацію. Тому варто уникати напружених, енергоємних, стресогенних профілів і професій, що зменшить суїцидальні нахили.

Сензитивний тип. Цей тип акцентуацій складається досить пізно, у 16-19 років. Його головні риси - надзвичайно висока вразливість, до якої приєднується різко виражене почуття власної неповноцінності.

Для сензитивів властива низька контактність, вони віддають перевагу вузькому колу друзів, рідко конфліктують, у стосунках з іншими зазвичай

займають пасивну позицію: образи тримають у собі, вони альтруїстичні, співчутливі, вміють радіти чужим удачам, проте крайня чутливість межує в них із слізливістю, що може спровокувати нападки в їхню адресу з боку невихованих або дратівливих людей. До опіки з боку старших вони ставляться терпимо, підпорядковуються їй, часто вважаються «домашніми дітьми».

У сензитивів рано формуються високі моральні й етичні вимоги до себе та оточуючих, тому ровесники нерідко жахають їх своєю грубістю, жорстокістю, цинічністю. В собі вони також знаходять багато хиб, які, в основному, пов'язуються зі слабкістю волі.

Наявність почуття власної неповноцінності у сензитивних підлітків спричиняє в деяких випадках так звану реакцію гіперкомпенсації, коли вони шукають самоствердження саме там, де почувають свою неповноцінність. Так, боязкі і сором'язливі дівчата намагаються показати свою веселість і

товариськість, а хлопчики надягають на себе маску розв'язності і зарозумілості, демонструють невластиву для них енергію і волю.

Педагогу потрібно встановлювати з такими підлітками довірливий контакт і бути з цими дітьми, котрі сповнені самопокарань і самобичування, лагідними, доброзичливими, співчутливими, враховуючи саме ту обставину, що для них найнестерпнішими є ситуації, де вони стають об'єктом глузувань або підозри в непорядних учинках, коли їх піддають несправедливим обвинуваченням і т.ін. Не можна забувати, що це може штовхнути такого підлітка на гостру афективну реакцію, конфлікт, спровокувати депресію або навіть спробу самогубства. У виборі та опануванні профільного навчання такі діти потребують окремої індивідуальної допомоги, з огляду на гостроту обмежень з боку цього типу акцентуацій характеру. В деяких випадках для них підходить соціономічний профіль, пов'язаний з наданням допомоги людям.

Тривожно-педантичний тип. Для підлітків з даним типом акцентуацій найбільш властиві нерішучість і схильність до зарозумілості, тривожна помисливість і любов до самоаналізу та, нарешті, легкість виникнення нав'язливих страхів, побоювань, несприйнятних з їх точки зору дій, думок, уявлень.

Як правило, страхи і побоювання тривожно-педантичних підлітків адресуються до можливого майбутнього: як би не трапилося чогось жахливого і непоправного, як би не відбулося непередбаченого нещастя з ним самим та із тими близькими, до яких він виявляє прихильність.

Для них психологічним захистом від постійної тривоги за майбутнє стають спеціально придумані прикмети і ритуали, жести, заклинання, певні поведінкові комплекси тощо. Іншою формою захисту буває особливий формалізм і педантизм у діях. Нерішучість таких підлітків часто призводить до

гіперкомпенсації у вигляді несподіваної самовпевненості, безапеляційності у судженнях, перебільшеної рішучості і раптовості дій саме в тих ситуаціях, коли потрібні обачність і обережність. Тому невдача, яка можлива після цього, ще більше посилює нерішучість і сумніви. У зв'язку з цим, недоцільно доручати

їм справи, що потребують спілкування й ініціативи.

Тривожно-педантичним підліткам не властива схильність до порушень правил, законів, норм поведінки, паління, вживання алкоголю, сексуальних ексцесів, суїцидів тощо. Ці тенденції цілком витісняються нав'язливістю, розмірковуванням, самоаналізом.

Для компенсації рис даною типу акцентуацій рекомендується, насамперед, постійно дотримуватися оптимістичного стилю спілкування з підлітком, уникати методів покарання і залякування, ширше практикувати заохочення і підтримку проявів активності і самостійності, виявляти доброзичливість з боку близьких і вчителів. Непорозуміння (дисциплінарні, навчальні тощо) із тривожно-педантичними підлітками доцільно знімати шляхом їх конструктивного розв'язання та формування позитивних життєвих перспектив, в тому числі і професійних. Зрозуміло, що вказані риси цього типу акцентуацій незамінні в тих «камерних», індивідуальних професіях, що потребують сумлінності, акуратності, точності - наукових, економічних, історичних тощо.

Інтравертований тип. Істотними рисами представників цього типу є замкнутість, відгородженість від навколишнього світу, нездатність або небажання встановлювати контакти, знижена потреба у спілкуванні. Для нього притаманне також сполучення протилежних рис в особистості - холодності і витонченої чутливості, упертості і податливості, сторожкості і легковір'я, апатичної бездіяльності і напористої цілеспрямованості, замкнутості і раптової, несподіваної настирливості, сором'язливості і безтактності, надмірних уподобань і невмотивованих антипатій, раціональних міркувань і нелогічних учинків, багатства внутрішнього світу і безбарвності його зовнішніх проявів, їхні вчинки можуть здаватися жорстокими, але вони пов'язані із невмінням «вчуватися» у страждання інших. Такі діти часто здаються незрозумілими не тільки ровесникам, але і педагогам та власним батькам. Із них дуже важно виявити суїцидальні наміри, тому з ними слід бути обережними в цьому відношенні.

У житті інтравертованих акцентуатів значне місце займають захоплення, які

характеризуються сталістю і незвичайні сію. Найчастіше за усе це читання, моделювання, конструювання, колекціонування тощо.

Такий підліток у ситуаціях, що суперечать його внутрішнім принципам, може послідовно і стійко відстоювати свою позицію. Відгородженість інтровертів від світу утруднює їх соціалізацію, корекцію його моральних та інтелектуальних установок, які можуть бути дуже своєрідними і далеко не відповідати узвичаєним нормам. Риси інтравертованості можуть посилитися, якщо такого підлітка намагаються виховувати на основі надмірного контролю, опіки і покарань. Звичайно, при виборі та опануванні загальноосвітнього та профільного навчання такі підлітки виявляють надмірну самостійність, незалежність, що утруднює надання їм необхідної допомоги. Проте, від них можна очікувати несподіваних інтелектуальних успіхів у природничих, гуманітарних, зокрема, психологічних, історичних науках.

Збудливий тип. Представникам цього типу акцентуацій властиві схильність до зниженого настрою з дратівливістю, озлобленістю, похмурістю, схильністю до агресії, що тісно пов'язане з афективною вибуховістю, а також - напруженість сфери інстинктів, що сягає в окремих випадках аномалії потягів. Інтелектуальна сфера характеризується ваговитістю, інертністю, що відбивається на усій психіці.

Збудливим підліткам притаманні важкі афективні розрядки, негативні емоційні стани. В цих станах вони начебто самі шукають привід для скандалу. Афект може бути викликаний і тими конфліктами, що легко виникають у збудливих підлітків унаслідок їхнього владолубства, а через це - прагнення до домінування над ровесниками, жорстокості і себелюбності.

У стосунках зі збудливими акцентуантами слід використовувати підкреслено доброзичливий тон (але ні в якому разі не запобігливий!), також необхідно вести постійне спостереження за їх поведінкою на уроках, перервах і в позаурочній діяльності. Педагог має бути постійно готовий до захисту від тиранії збудливого підлітка, до своєчасного попередження і погашення його деспотизму (адже на шляху до влади у колективі він може вдаватися до мо-

рального придушення однокласників). Їм, зазвичай, рідко властиві суїцидальні тенденції.

Як засіб корекції поведінки збудливих підлітків може бути застосована апеляція до їх свідомості, аналіз і оцінка їх поведінки в процесі індивідуальної бесіди, але без банальностей, яка має завершуватися усним, а іноді і письмовим компромісним договором.

Слід домагатися, щоб у процесі бесіди учень грав активну роль, учився говорити про свої відчуття, переживання, проблеми, інакше бідність самоаналізу та нездатність чітко й аргументовано висловлювати свою думку може спровокувати афективні спалахи збудливих і навіть конфліктних ситуацій.

Педагог має вміти використовувати всі засоби попередження агресивної реакції збудливих - довірливу, інтимну інтонацію, ласкавий дотик, легкий гумор, який жодним чином не торкається самолюбства підлітка.

Демонстративний тип. Представники цього типу, як правило, виявляють безмежний егоцентризм, ненаситну жагу уваги до своєї особи, замилювання, подиву, шанування, співчуття. Вони готові навіть до обурення або ненависті з боку оточуючих на свою адресу, але тільки не до байдужості, до того, щоб залишитися непоміченими.

Ставлення до навчання демонстративних підлітків залежить від того, наскільки воно сприяє задоволенню їх основної установки - домогтися визнання з боку оточуючих. І якщо демонстративному підлітку з тих або інших причин не вдається виділитися, він використовує певні засоби привертання уваги до себе: браваду, фронду, відхилення у поведінці, навіть демонстративний суїцид тощо. У таких випадках погіршується успішність навчання, з'являється повна байдужність до нього.

Демонстративні підлітки часто заважають вчителям на уроках своєю балакучістю, постійними відволіканнями, жартами тощо.

У цих ситуаціях педагогами може як успішний застосуватися такий прийом. Спочатку він має піти назустріч потребі демонстративного підлітка у

підвищеній увазі до нього: часто хвалити його, робити на його адресу різного роду нейтральні зауваження, звертати на нього свій погляд, підходити до нього, дивитися в зошит і т. ін. Внаслідок цього підліток, як правило, відразу ж починає себе краще поводити, зростає продуктивність його навчальної праці.

На другому етапі, якщо позитивні результати першого етапу закріпилися, вчитель має звертати увагу на демонстративного підлітка тільки в тих випадках, коли його поведінка відповідає очікуванням педагога, підкріплюючи тим самим його позитивні прояви.

На третьому етапі, коли позитивні тенденції у поведінці демонстративного підлітка остаточно закріплюються, педагог переходить до переривчастої схеми підкріплення, тобто звертає увагу лише на прояви позитивного поводження і поступово збільшує при цьому інтервали між окремими підкріпленнями. Внаслідок постійного підкріплення поведінки і гальмування проявів демонстративної акцентуації, остання поступово вгасає і підліток значною мірою позбувається її.

Для модифікації поведінки демонстративного підлітка корисні систематичні індивідуальні бесіди з ним - ч мстою формування в нього розуміння того, що найбільш надійним, стійким засобом привертання уваги до себе оточуючих, поваги і турботи з їхнього боку є корисна для інших діяльність. Ними можуть бути різноманітні класні й загальношкільні заходи, драматичний гурток, виставки, конкурси, олімпіади тощо, в межах яких демонстративні підлітки отримують можливість дійсно блискуче проявитися, використовуючи свої, часто неабиякі, здібності.

В іншому випадку демонстративний підліток, не розвинувши в себе корисних, престижних здібностей і умінь, частіше за все може стати важким у спілкуванні істероїдом, симулянтом, мізантропом. Отже, при адекватній допомозі з боку педагогів і психологів демонстративно акцентуований підліток може добре виявити себе в акторській професії та інших публічних видах професійної діяльності, що пов'язані із самовираженням та визнанням з боку людей.

Нестійкий тип. Домінуючою рисою представників цього типу є патологічно слабка воля, яка виявляється у навчанні, праці, виконанні обов'язків, досягненні цілей, що ставлять перед ними рідні, старші, товариші. Нестійкі підлітки зазвичай не виявляють особливої наполегливості, вони швидше пливуть за течією, приєднуючись до більш активних, ініціативних однолітків. У них відсутня складна мотивація вчинків, недостатня спроможність гальмувати свої потяги, утримуватися від задоволення раптово виниклого бажання тощо.

На тлі безвольності, нестійким підліткам властива підвищена сугестивність і за певних умов, навіть цілеспрямована кримінальність. Соціальна поведінка нестійких більше залежить від впливу оточуючого середовища, ніж від них самих, тому їм не притаманні «власні» суїцидальні тенденції, якщо вони і з'являються, то мають характер навіюваних іншими людьми.

Для правильного поводження з такими дітьми надзвичайно важливо здійснювати повний контроль за їх поведінкою, насамперед, навчальною, пред'являти їм систему розумно організованих вимог, перевіряти результативність їх навчання, спільної праці, наповнювати їх дозвілля гуртковими заняттями тощо.

Важливо, щоб режимні моменти поєднувалися із щирою зацікавленістю педагогів і батьків в успіхах учнів, з позитивними емоційними контактами. Важливо, як би це не було важко, пробудити в підлітка інтерес, повагу до своєї особистості, до власних позитивних якостей, до свого майбутнього. В таких умовах, з якими нестійкі діти легко погоджуються, вони можуть тривалий час утримуватися від порушень у поведінці і непогано вчитися. Проте, як тільки контроль слабшає, нестійкий підліток може втекти у «підходящу компанію». Умови бездоглядності, обстановка попуску відкриває такому підлітку перспективи ледарства і неробства. Зрозуміло, то в плані професійного самовизначення такі школярі потребують неабияких допоміжних зусиль з боку педагогів, психологів, батьків.

В тих заняттях, до яких вдається їх залучити, важливими є ситуація підпорядкованості позитивному лідеру, керівнику, який має усвідомлювати і

адекватно використовувати цю особливість нестійких [34, с.245-257].

Отже, наявність акцентуацій у більшості старшокласників, що ускладнює організацію їх поведінки і навчання, потребує значної психолого-педагогічної роботи з метою гармонізації юної особистості, яка є необхідною передумовою її правильного особистісного і професійного самовизначення. Останнє виступає не як «лінійний», безпосередній процес, а як цілеспрямована діяльність самих дітей та їх помічників - батьків, вчителів, психологів - з подолання дисгармоній і зменшення ризику суїциду.

Суїцидальні тенденції у представників деяких типів акцентуацій мають своє специфічне походження і перебіг, знаючи які, можна попереджувати їх переростання у суїцидальні наміри і поведінку.

Також, за результатами методики діагностики прихованих суїцидальних намірів маємо такі результати:

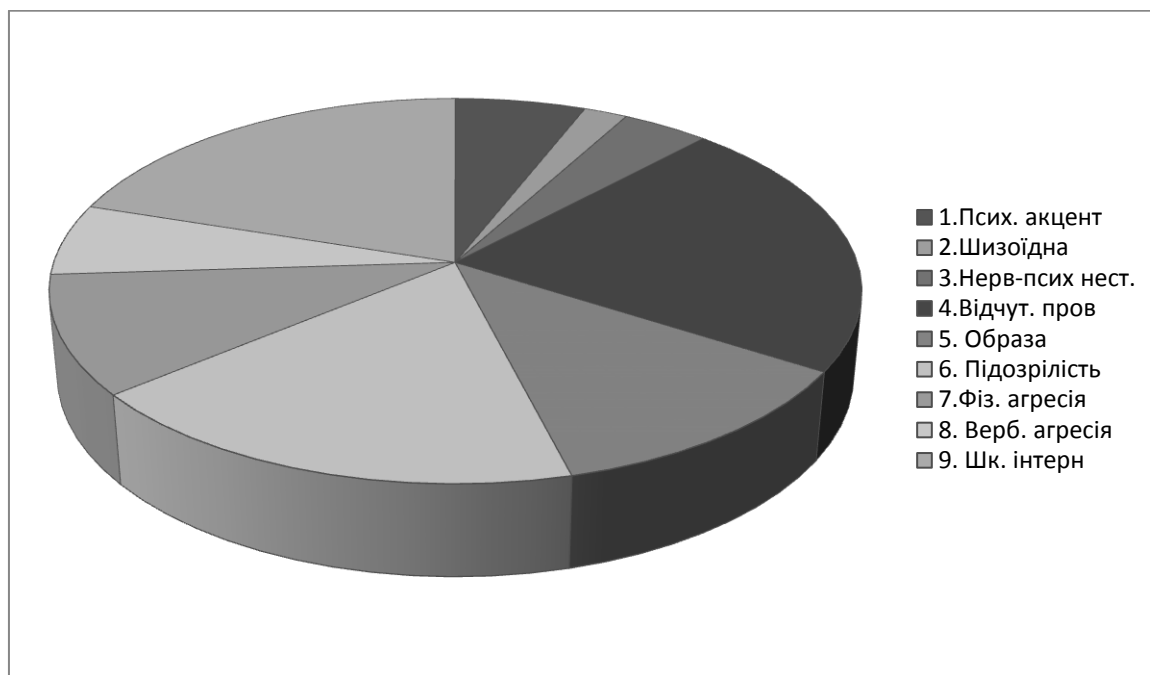


Рис.2.4. Результати діагностики прихованих суїцидальних намірів

При аналізі методики враховуються стандартні показники. Про високий суїцидальний ризик свідчать високі показники за шкалами: психастенічна акцентуація (75 % і вище), шизоїдна акцентуація (65 % і вище), нервово-психічна нестійкість (75 % і вище), відчуття провини (70 % і вище), підозрілість (45 % і вище), образа (50 % і вище), за наявності низьких показників по

шкалах вербальної агресії (45 % та нижче), фізичної агресії (40 % та нижче), інтернальності в сімейних відносинах (45 % та нижче).

Тобто за нашими даними маємо такі результати:

Психастенічна акцентуація (6% досліджуваних) – при високих показниках характерні такі риси характеру: тривожність, затримка уваги на невдачах, схильність до самоаналізу, легка ранимість, швидка стомлюваність.

Шизоїдна акцентуація (2% досліджуваних)– високі показники свідчать про замкнутість, відгородженість від реального світу, дивну поведінку, труднощі в встановленні контактів.

Нервово-психічна нестійкість (4% досліджуваних)– високі показники свідчать про патологічні прояви особистості, що приводять до зриву нервової системи і психічної діяльності навіть при незначних психічних або фізичних навантаженнях.

Відчуття провини (22% досліджуваних) – при високих показниках схильність звинувачувати себе за події, що відбуваються.

Образа (12% досліджуваних) – високі показники свідчать про перебільшену образливість.

Підозрілість (18% досліджуваних) – у діапазоні від недовір'я і обережності по відношенню до інших людей до переконання в тому, що інші шкодять йому.

Фізична агресія (10% досліджуваних) – використання фізичної сили проти іншої особи.

Вербальна агресія (6% досліджуваних) – спроможність виразу негативних відчуттів у виді сварки, крику, загроз та ін..

Шкала інтернальності в області сімейних відносин (20% досліджуваних) – низькі показники свідчать про відсутність відповідальності за свою родину.

Висновок до другого розділу

Отже, в експериментальній частині нашого дослідження, ми описали методики які використовували. «Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки» (М. Горська), «Методика діагностики прихованих суїцидальних намірів», «Опитувальник депресивності» Т. Бека та «Модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру у підлітків» (О. Є. Лічко, С. Л. Подмазін). Також, описали етапи втілення експериментального дослідження.

За методикою визначення схильності до суїцидальної поведінки М. Горської, ми бачимо, що низький рівень до суїцидальної поведінки спостерігається у 66% досліджуваних, середній рівень у 28% досліджуваних, високий рівень схильності до суїцидальної поведінки у 6% досліджуваних.

Це можна пояснити особливостями вікового розвитку, тобто у учнів 9-х класів як особливість цієї вікової категорії є збільшення схильності до ризикової поведінки, чи навіть ризикового способу життя. Це є особливістю кризового періоду підліткового віку. Це може бути як дефіцит знань стосовно здорового способу життя та безпечної поведінки, поінформованості про служби безкоштовної психологічної допомоги для молоді.

Також за опитувальником депресивності Т. Бека, ми виявили у 92% досліджуваних відсутню депресію, 4% помірно виражена депресія та у 4% досліджуваних критичний рівень депресивності.

Депресія, в основі якої лежить пригнічення всіх психічних і фізичних проявів людини, у підлітків істотно відрізняється від депресії дорослих. Актуальність підліткових депресій полягає не лише в тому, що вони в останні роки почастишали, але й у тому, що «депресія може невидимо стояти за психопатоподібними порушеннями поведінки, штовхати до алкоголізації або вживання наркотичних засобів, за допомогою яких прагнуть підняти настрій, придушити глибоко приховані тяжкі переживання»

Наявність акцентуацій у більшості старшокласників, що ускладнює

організацію їх поведінки і навчання, потребує значної психолого-педагогічної роботи з метою гармонізації юної особистості, яка є необхідною передумовою її правильного особистісного і професійного самовизначення. Останнє виступає не як «лінійний», безпосередній процес, а як цілеспрямована діяльність самих дітей та їх помічників - батьків, вчителів, психологів - з подолання дисгармоній і зменшення ризику суїциду.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ АУТОДЕСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ

3.1 Психологічна програма корекції психологічних аспектів аутодеструктивної поведінки підлітків.

На даному етапі нашої роботи передбачалось проведення заняття з елементами тренінгу з підлітками в яких були виявлені високий та середній рівень схильності до суїцидальної поведінки на попередньому етапі діагностики. Основним інструментом впливу тут виступає група, на відміну від індивідуальної психокорекції, де таким інструментом є тільки психолог. Специфіка групової психокорекції полягає в цілеспрямованому використанні в корекційних цілях групової динаміки, тобто всієї сукупності стосунків і взаємодій, що виникають між учасниками групи з психологом включно.

Завдання групової соціально-психологічної корекції полягає в тому, щоб клієнт розкрив, проаналізував, усвідомив та опрацював свої хибні установки, емоційні та поведінкові стереотипи.

Одним з завдань є формування позитивного ставлення до себе. У підлітків з девіантною поведінкою переважає негативний образ «Я», тому потрібна спеціальна психологічна корекція, яка спрямована на розвиток їхнього позитивного ставлення до себе, розуміння важливості мати позитивний образ себе. Формування позитивного образу «Я» неможливе без уміння підлітка правильно сприймати негативні відгуки про себе інших. Наступний напрям психокорекційної – усвідомлення впливу негативних відгуків інших на самооцінку.

Спеціальні вправи тренінгової програми формують усвідомлення своєї індивідуальності, своїх позитивних якостей і можливостей. Дуже важливо навчити підлітків вміти аналізувати події свого життя, свої досягнення і невдачі. Під час обговорення учасники зможуть дізнатися, які події відмітили інші, усвідомити розмаїття життєвих цінностей і стилів поведінки в ситуації успіху і в ситуації подолання перешкод або невдач.

Цілі та завдання психокорекції

Корекція ставлення до Я: досягнення здатності до об'єктивної самооцінки (корекція самооцінки), здатності до усвідомлення та усунення проявів психологічного захисту. Корекція пригніченої або спотвореної системи емоційного вираження себе, а з цим і зміцнення адаптивності. Досягнення самостійності, антиконформності, здатності відповідати за свою поведінку. Реабілітація "Я" у власних очах, досягнення впевненості в собі і реставрація почуття гідності. Корекція системи цінностей, потреб їх ієрархії. Приведення домагань у відповідність з можливостями. Корекція статево-рольової поведінки, корекція поведінки. Прийняття адекватної ролі.

Корекція ставлення до інших: досягнення здатності до емпатії, до розуміння переживання і співпереживання, станів і інтересів інших, здатності до критичного (доброзичливого) сприйняття достоїнств і недоліків інших осіб. Орієнтація на альтруїстичне і колективістське ставлення до оточуючих. Придбання навичок адекватного і рівноправного спілкування. Здібності до попередження та розв'язання міжособистісних конфліктів. Придбання навичок культури емоційної експресії, відпрацювання цивілізованої і продуктивної форми прояву підліткової агресії.

Придбання навичок аргументації і ясного, точного викладу своїх думок, уміння встановлювати міжособистісні відносини, набуття лідерських та організаторських навичок, навичок виходу із складних і небезпечних ситуацій з іншими, навичок самозахисту. Досягнення поваги з боку інших. Особливо серед однолітків і батьків, завоювання авторитету і як кінцевий результат адаптація серед інших.

Корекція відношення до реальності(до життя). Набуття навичок вибору та прийняття рішення, мобілізації та самоорганізації, особливо в екстремальних ситуаціях і обставинах. Придбання і зміцнення вольових якостей. Стійкості до невдач, бід. Набуття оптимізму у відношенні до реальності. Подолання труднощів і перешкод. Подолання затьмарення і невігластва у ставленні до життя, корекція неадекватного способу життя.

Як кінцева мета має місце реставрація почуття гідності, придбання стресотолерантності, реабілітація і реадаптація.

Для нашої корекційної програми за основу ми обрали «Реорієнтаційний тренінг». Даний реорієнтаційний тренінг розроблений на основі індивідуальної психології Альфреда Адлера, теорії оптимізму Мартіна Селігмана і соціально-когнітивної теорії Джуліана Роттера. В основу тренінгу встановлена ідея еутимної терапії. Еутимна терапія – вид поведінкової психотерапії, що ставить собі за мету розвиток когнітивних і поведінкових стратегій отримання задоволення і досягнення гарного самопочуття.

Специфічна мета адлеріанської терапії – допомогти людині позбутися відчуття власної малоцінності, незначності й відчутти себе причетною до світу людей. У процесі терапії людина за допомогою терапевта знаходить «помилку» у формулі свого життєвого стилю, а потім розвиває альтернативні цілі й способи їх досягнення. При цьому реорієнтація трактується не як зміна курсу, а швидше як розкриття цілого «віяла» можливостей. Реорієнтація – це не виправлення помилок, а пошук нових орієнтирів[31, 13с.].

Спираючись на даний підхід, ми провели психокорекційну роботу з підлітками. В яких на діагностичному етапі були виявленні високий і середній рівні схильності до аутодеструктивної поведінки та відповідний рівень депресивної симптоматики.

Наша робота проходила в чотирьохденний термін. На базі середньої школи, заняття проводились в актовій залі школи переважно після уроків, для комфортнішої обстановки. Для ефективнішого проведення тренінгового заняття, ми розділили підлітків на групи: 1-ша група налічувала 9 осіб, 2-га група налічувала 8 осіб. Основною метою нашого тренінгу стало допомогти підлітку позбутись почуття власної малоцінності, незначності й відчутти себе причетним до світу людей.

Наше заняття з елементами тренінгу ми розбили на блоки:

1. Постановка і узгодження мети

Людям приносить велике задоволення відчуття успішного досягнення власної мети і мрій, як короткочасних, так і перспективних. Перешкодити цьому може декілька обставин.

По-перше, часто сама життєва мета неясна і туманна. Безцільність існування приводить до нудьги і апатії, пасивності і песимізму. Ясна і детальна постановка мети в цьому випадку саму по собі приносить деяке задоволення, особливо якщо виникає відчуття того, що власна мета важлива і іншим людям, що власні плани небайдужі іншим людям і підтримуються ними .

По-друге, дуже часто можна зустріти підміну мети засобами їх досягнення. Концентруючись на предметі, засобі досягнення мети (наприклад, автомобілі або квартирі), люди забувають про те, для чого їм цей предмет потрібен. Прив'язуючись до засобів досягнення мети, людина просто вимушена переживати неприємні почуття через недосяжності або псування предмету.

По-третє, часто мета ставиться на недосяжному рівні, що не дає людині одержувати задоволення від щоденного наближення до цієї мети. Порівнюючи свій стан з недосяжним ідеалом, людина концентрується на відмінності, яка існує між ним самим і ідеальним станом, легко знаходить цю відмінність і турбується. Для переформулювання такого роду мети використовується широко відомий в поведінковій психотерапії (спочатку запропонований Ф. Скіннером) принцип «послідовного наближення до мети». Суть цього методу полягає в тому, що людину вчать концентруватися на маленьких кроках, що ведуть до досягнення мети, і забезпечувати самому собі підкріплення за виконання цих кроків.

По-четверте, часто замість того, щоб концентруватися на меті (тобто на задоволенні), люди концентруються на проблемах. Проблеми, таким чином, тьмарять мету, нагромаджуються в свідомості і затрудняють досягнення мети. Багато проблем, уявних нерозв'язними, на практиці легко усуваються, якщо увага концентрується на меті і пов'язаних з нею задоволеннях.

Задача цього етапу тренінгу полягає в тому, щоб навчити учасників формулювати позитивну і реалістичну мету і повідомляти про неї у відкритій

формі, залучаючи оточуючих в досягнення власної мети. Далі учасники вчаться погоджувати власну мету з метою і бажаннями оточуючих[55, 146с.].

2. Перепиання автобіографії

У минулому багатьох учасників групи нерідко лежать не найрадісніші події, в яких при всьому бажанні важко знайти позитив, щоб йому порадіти. Часто погляд, «направлений в минуле», тьмарить радощі дня сьогоднішнього. Простій і для багато кого ефективна порада жити сьогоднішнім днем, витягуючи з минулого уроки і плануючи завтрашнє щасливе життя, нерідко виявляється важкоздійснюваним.

Допомогти послідувати цьому правилу повинні вправи, направлені на «примирення з минулим». Задача цих вправ полягає в тому, щоб перерозподілити відповідальність за минулі нещастя між собою і обставинами життя і узяти на себе самого відповідальність за сьогоднішнє життя і своє власне майбутнє. При цьому, звичайно, припаде на деякий час поглибитися в минуле. Але загальна мета при роботі з біографічним матеріалом все ж таки полягає в тому, щоб виявити і реконструювати позитивні аспекти біографії, як би переписати її наново[55, 147с.].

3. Добре в поганому

Як ми вчиняємо зі всякими «гідотами», які неминуче зустрічаються в нашому житті? Можна вчиняти по-різному. Можна повністю концентруватися на помилках і невдачах, образливих словах, несправедливості і злі, які, безумовно, є в сучасному світі. Цей спосіб поведінки з негативом дуже поширений в сучасному світі. Більш того, деякі люди до такого ступеня концентруються на негативному, що самі починають створювати негатив навкруги себе.

Але досвід показує, що в будь-якій негативній події або явищі завжди є щось позитивне. Залишивши без уваги банальний «наполовину порожній – наполовину повний стакан», концентруватимемося на простому прийомі, який не дозволяє псувати нам задоволення минулими і грядущими неприємностями.

Прийом полягає в тому, що в неприємній події, що трапилася або очікується, ми шукаємо позитивні моменти, образно уявляємо собі цей позитив і вживаємося в нього.

Не дивлячись на уявну простоту і ефективність прийом «Добре в поганому» вимагає все ж таки спеціального тренування.

Зіткнувшись з неприємними подіями або припускаючи, що вони можуть відбутися, подумайте про те, що в цих подіях може бути доброго, приємного, позитивного[55, 147с.].

4. Самопідкріплення

Самопідкріплення (як і самоконтроль) – метод, досить широко використовується в рамках когнітивної поведінкової психотерапії. Деякі дослідники вважають самопідкріплення процедурою навіть більш дієвою, ніж підкріплення з боку психотерапевта або навколишнього світу. Як виявляється з назви, суть методу полягає в тому, що людина сама дає собі позитивне або негативне підкріплення кожного разу, коли їй вдається досягти деякої мети або вирішити життєву задачу.

Складність застосування методу полягає в тому, що в цьому випадку клієнт часто не здатний самостійно вибрати відповідні для нього підкріплення і навички самопідкріплення само по собі потребує тренуванні.

Тому процедури самопідкріплення часто передують модельна демонстрація самопідкріплення і тренування в самопідкріпленні у присутності терапевта з подальшими пробами в ролевій грі.

Іноді, коли виявляються істотні порушення самооцінки члена групи, самопідкріплення може виступати не як терапевтичний прийом, а як самостійна терапевтична мета. В цьому випадку формуванням нових способів самопідкріплення психотерапевт прагне внести істотні зміни в механізми внутрішньої вербалізації, підвищити рівень ефективності, внести корекцію в рівень самоповаги клієнта.

Очікується, що самопідкріплення в зовнішній мові поступово інтеріоризується і стає звичним способом саморегуляції поведінки[55, 148с.].

5. Насолода в людях і діях

Нам живеться приємніше, якщо навкруги нас живуть і працюють приємні люди, які роблять приємні нам речі. Ми можемо істотно збільшити ступінь насолоди життям, якщо навчимося бачити в людях приємне. Близькі люди робитимуть нам більше добра, якщо ми говоритимемо їм приємні речі. Ми вільні бачити в людях як бридке і вульгарне, так і добре і миле, як позитивне, так і негативне.

«Цеглинки» насолоди формують приємні образи, оперуючи з цими оразами, люди вчаться одержувати насолоду від дій, з ним пов'язаних. Колекціонування сірникових коробок, плавання, спорт і танці можуть доставляти величезну насолоду при дотриманні вже названих критеріїв.

На початкових стадіях цього етапу складається «інвентар» різних дій, які приносять задоволення людям. Потім учасникам пропонується усвідомлено і цілеспрямовано використовувати ці заняття для отримання насолоди, концентруючись на приємних відчуттях.

На цьому етапі тренінгу сфера задоволення обмежується «суб'єкт-об'єктною (наочним) взаємодією», в мінімальному ступені залежним від настроїв і дій інших людей[55, 148с.].

Реорієнтаційний тренінгу для підлітків.

Перший день заняття.

Вправа 1 «Хелло, БОНЖУР, Здоровенькі були»

Мета: емоційний настрій учасників.

Хід вправи: кожен з учасників повинен привітати своїх сусідів справа і зліва на якому-небудь іноземною мовою (good morning, guten Morgen, bonjour та ін.)

Для додання розминці більшого темпу завдання можна виконувати всім одночасно. Перш ніж вимовити привітання, потрібно встановити контакт очима з сусідом і посміхнутися йому.

Як варіант: члени групи у вільному режимі бродять по аудиторії, вітаючись один з одним за руку і вимовляючи своє вітання[46, 33с.].

Вправа 2 «Три бажання»

Мета: краще розуміння своїх цілей

Хід вправи: ви знайшли стару запечатану пляшку, викинуту хвилями на берег. Ви відкрили її, звідти з'явився джин і пообіцяв виконати три ваших бажання. Коли обдумуватимете, що загадати, пам'ятайте, що бажання повинні залишатися в межах людських можливостей. Вони повинні бути захоплюючими, але правдоподібними.

1. Напишіть ваші три бажання.
2. Виберіть одне, найважливіше для вас.
3. Напишіть про своє бажання чітко і детально як про головну життєву мету.
4. Що ви робите або збираєтеся зробити для досягнення цієї мети?
5. Які перешкоди для її досягнення?
6. Якщо хочете, повторіть пункти 3-5 для двох бажань, що залишилися.

Обговорення

Що ви відчували, коли писали про свою мету, приймаючи її всерйоз?

Чому?[46, 37с.]

Вправа 3 «Сон про майбутнє»

Мета: за допомогою направленої уяви учасники можуть інтуїтивно прояснити для себе свою мету, очікування і бажання.

Хід вправи: ми володіємо дивною здатністю по-різному сприймати час. Іноді нам здається, що рік пролітає як одна секунда, а буває і так, що секунди розтягуються на роки. Крім того, ми можемо в думках повертатися в минуле або, навпаки, заглядати в майбутнє. Цю вражаючу здатність можна використовувати для того, щоб прояснити для себе глибоко заховані бажання.

Сядьте зручніше і закрийте очі. Кілька разів вдихніть поглибше, і з кожним видихом хай вас покидають всі турботи, всі думки, вся напруга, що нагромадилася.

Тепер уявіть собі годинник – будь-який годинник з циферблатом і трьома стрілками: годинною, хвилинної і секундної. Тримайте його перед своїм внутрішнім поглядом, і хай вони показують який-небудь час. Спостерігайте за

тим, як годинник починає йти вперед. Уявляйте собі у всіх деталях, як рухається секундна стрілка, що в цей час відбувається з хвилинною, як переміщається годинна. Дивіться на них уважно і спостерігайте за всіма трьома стрілками одночасно (30 секунд).

А зараз уявіть собі, що годинник поступово починає зникати і ви засинаєте. Ви знаходитесь якраз там, де вам легко заснути. Сон переносить вас в бажане майбутнє.

В цьому сні з'являються різні образи: одні з них видні цілком виразно, інші лише ледве помітні. Деякі з вас почують звуки, шорохи, слова... Хтось відчує запахи або ясно відчує свої рухи... Уважно подивіться, яку картину майбутнього представило вам ваше несвідоме. Пов'яжіть виниклі образи з вашими усвідомленими бажаннями.

Якщо цей сон про майбутнє раптом розтане або урветься, ви можете повернутися до картинки з годинником і знову постежити за стрілками. Це дозволить вам знов зосередитися. За ці декілька хвилин ви зможете пережити ті важливі події, на які сподіваєтеся в майбутньому (3-5 хвилин).

А зараз повертайтеся назад. Не поспішаючи розплющте очі, випряміться, потягніться.

Обговорення

Опишіть свій сон про майбутнє. При цьому ви можете доповнити його новими деталями, які прийдуть вам в голову[46, 38с.].

Вправа 4 «Щасливі моменти життя»

Мета: усвідомлення сприятливих моментів життя.

Хід вправи: пригадайте, будь ласка, 2-3 щасливі моменти вашого життя, а також ті просторові і тимчасові рамки, в яких вас «застало» щастя.

Коротко запишіть на аркушах суть справи і опишіть ті предмети або обставини, які вам у зв'язку з цим запам'яталися.

Розкажіть, що з вами відбулося. Давайте спробуємо інсценувати цю подію.

Про які обставини вашого власного життя ви пригадали, спостерігаючи цю сценку? Які відчуття випробували?

Драматизація, особливо з використанням прийому «думки вголос» і виявленням ключових для щасливої події символів, може мати дуже велике значення для «примирення минулого і теперішнього часу»[46, 38с.].

Рефлексія

Другий день заняття.

Вправа 1 «ПЕРЕДАЙ ПРЕДМЕТ»

Мета: ця весела розминка добре підходить для початку нового дня тренінгу. З одного боку, вона викликає багато позитивних емоцій, а з іншого - допомагає налаштуватися на групову роботу, підвищує концентрацію уваги. Крім того, вона дає учасникам можливість проявити креативність і нестандартність свого мислення.

Хід вправи: учасники повинні по колу передавати небудь предмет, наприклад маркер або м'ячик. Але спосіб передачі щоразу, для кожного учасника повинен бути новим. Якщо предмет падає, то гра починається заново[46, 33с.].

Вправа 2 Вправа 11 «Добре в поганому»

Мета: переорієнтація з поганого на хороше.

Хід вправи: пригадайте про неприємну подію, яка відбулася з вами у минулому або якої можна чекати в майбутньому. Подумайте, що в цій події, може бути доброго, і розкажіть нам про це.

Я попрошу членів групи допомагати один одному у пошуках позитиву. Пропонуйте, будь ласка, будь-які варіанти, що приходять в голову.

Обговорення

Чи існують ситуації, при яких неможливо знайти позитивне в небажаних подіях?

Що заважає звертати увагу на позитивну?[46, 43с.]

Вправа 3 «Сам себе не похвалиш - ніхто не похвалить»

Мета: підкріплення хорошого в собі.

Хід вправи: в парах розкажіть про себе все найкраще. Партнер допомагає знайти добре в собі. По моему сигналу поміняєтеся ролями. Даю одну хвилину на розповідь про найкращу.

Розкажіть партнеру про свої успіхи і радощі за останній рік (місяць, тиждень, день, годину). Партнер може розпитувати, якщо його щось-небудь зацікавить.

По моему сигналу поміняєтеся ролями. Даю одну хвилину на розповідь про успіхи і радощі.

Обговорення

Що допомагало, а що заважало говорити про свої успіхи і радощі?[46, 43с.]

Вправа 4 «Мої улюблені..»

Мета: підкріплення позитивних емоцій до близьких

Хід вправи: розкажіть, будь ласка, про ваші гарні відчуття по відношенню до ваших близьких і про ті якості або про ті дії, які ці гарні відчуття викликаються.

Обговорення

Чи було названо щось, що у вас викликає не задоволення, або, навпаки, – роздратування?

Чи існують універсальні способи принести задоволення?

Що приємно всім людям? Що приємно конкретній людині?[46, 45с.]

Вправа 5 «Мені подобається»

Мета: пошук захоплень.

Хід вправи: будь ласка, подумайте і завершіть наступну незакінчену пропозицію:

Мені подобається... а багато людей не знають, яке від цього можна одержувати задоволення.

Обговорення

Чи зацікавили вас які-небудь задоволення?

В якій сфері переважно лежать задоволення учасників нашої групи: робота, подорожі, захоплення, спілкування, мистецтво?[46, 47с.]

Рефлексія

3.2 Аналіз психологічних аспектів аутодеструктивної поведінки підлітків.

В нашому дослідженні взяли участь група осіб підліткового віку чисельністю 50 чоловік, які були продіагностовані за методиками: «Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки» (М. Горська), «Методика діагностики прихованих суїцидальних намірів», «Опитувальник депресивності» Т. Бека та «Модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру у підлітків» (О. Є. Лічко, С. Л. Подмазін).

В ході експерименту були сформовані дві вибірки:

1. Вибірка №1 чисельністю 17 осіб – експериментальна група. Дану вибірку склали підлітки в яких виявились завищені показники за методикою визначення схильності до суїцидальної поведінки та за опитувальником депресивності. Для даного масиву досліджуваних розроблявся реорієнтаційний тренінг.
2. Вибірка №2 чисельністю 33 особи – контрольна група. Дану вибірку склали підлітки в яких були оптимальні показники за методикою визначення схильності до суїцидальної поведінки та відсутність депресії. На дану вибірку не чинився психокорекційний вплив.

Для аналізу отриманих в ході експерименту результатів було вирішено скористатися критерієм t-Стюдента.

Критерій Стюдента спрямований на оцінку відмінностей величин середніх значень двох вибірок, які розподілені по нормальному закону. Одним з головних переваг критерію є широта його застосування. Він може бути використаний для зіставлення середніх значень у залежних і незалежних вибірках, причому вибірки можуть бути не рівні за величиною. Метод дозволяє перевірити гіпотезу про те, що середні значення двох генеральних сукупностей, з яких отримані залежні вибірки, відрізняються одна від одної. Припущення

про залежність повністю відповідає нашому випадку адже воно означає, що ознака виміряна двічі до впливу та після нього на одній і тій же вибірці.

Нульова статистична гіпотеза передбачає те, що середні значення емпіричних змінних будуть рівними до тренінгу та після тренінгу – $H_0 : M_1 = M_2$. При її відхиленні приймається альтернативна гіпотеза про те, що M_1 більше (менше) M_2 .

Ми маємо такі початкові припущення для статистичної перевірки:

- кожна змінна з однієї вибірки відповідає змінній з іншої вибірки;
- дані двох вибірок позитивно корелюють;

В нашому експерименті досліджувані змінні вимірювалися двічі: до тренінгу(Додаток Д,Е,К,Л) та після нього(Додаток Н,Р,Т), тому перша умова виконується.

Для перевірки другої умови була знайдена кореляція між парами змінних x_1 і x_2 , y_1 і y_2 та h_1 і h_2 , n_1 і n_2 , y_1 і y_2 .

Усі підрахунки було здійснено з використанням програмного засобу обробки статистичних результатів "SPSS 12.0 for Windows". Отримані результати представили у вигляді таблиці.

Таблиця 3.1

Кореляція парних вибірок

	N	Кореляція	Значимість
Пара 1 «Схильність до суїцидальної поведінки» x_1 і x_2	17	0,642	,001

Пара 2 «Рівень депресії» y1 і y2	17	0,920	,000
Пара 3 «Відчуття провини» h1 і h2	17	0,908	,000
Пара 4 «Образа» n1 і n2	17	0,935	,000
Пара 5 «Підозрілість» z1 і z2	17	0,859	,000

З отриманих даних легко побачити, що для другої, третьої, четвертої і п'ятої пари змінних спостерігається сильний позитивний зв'язок, а для першої пари помірний позитивний зв'язок із рівнем значимості $p = 0,05$. Тому друга умова про існування позитивної кореляції задовольняється також.

З зазначених даних та виявленого позитивного зв'язку між змінними, стверджуємо, що впровадження психокорекційної програми дало змогу досягнути поставлених цілей.

На діаграмі представлений нижче можна побачити помітний позитивний вплив психокорекційного тренінгу для підлітків. Високий рівень схильності до суїцидальної поведінки першого зрізу (17,6%) на противагу відсутності його взагалі в другому зрізі, середній рівень схильності до суїцидальної поведінки першого зрізу (82,4%) на противагу (11,8%) другого зрізу та низький рівень схильності до суїцидальної поведінки першого зрізу відсутній на противагу (88,2%) другого зрізу.

Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська)

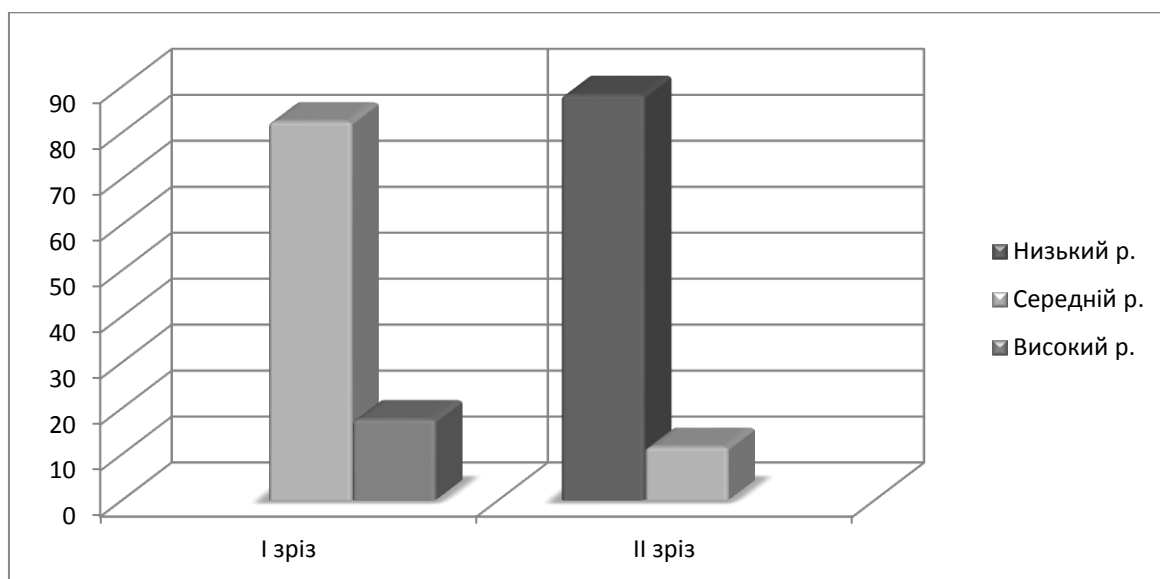


Рис.3.1. Порівняння між першим і другим зрізом схильності до суїцидальної поведінки

На рахунок «Опитувальника депресивності» Т. Бека, бачимо також позитивні зміни в експериментальній групі. Детальніше можна побачити на діаграмі(Рис.3.2).

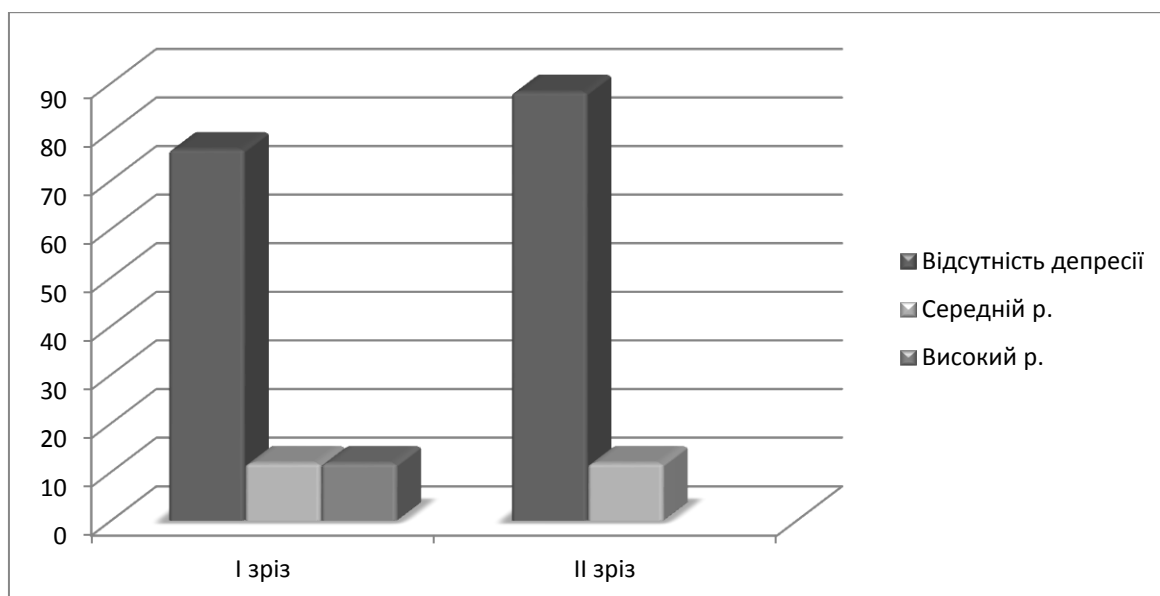


Рис.3.2. Порівняння між першим і другим зрізом рівня депресивності

Бачимо, що після психокорекційної програми в другому зрізі зник повністю високий рівень депресивності, зріс відсоток відсутності депресії (88,2%), також середній рівень депресивності прослідковується в другому зрізі (11,8%), проте ми можемо побачити, що показники середнього рівня притаманні досліджуваним в другому зрізі в яких в першому зрізі був високий рівень депресивності. Тобто тут також прослідковуються позитивні зміни.

За методикою діагностики прихованих суїцидальних намірів бачимо також покращення в другому зрізі на відміну від першого.

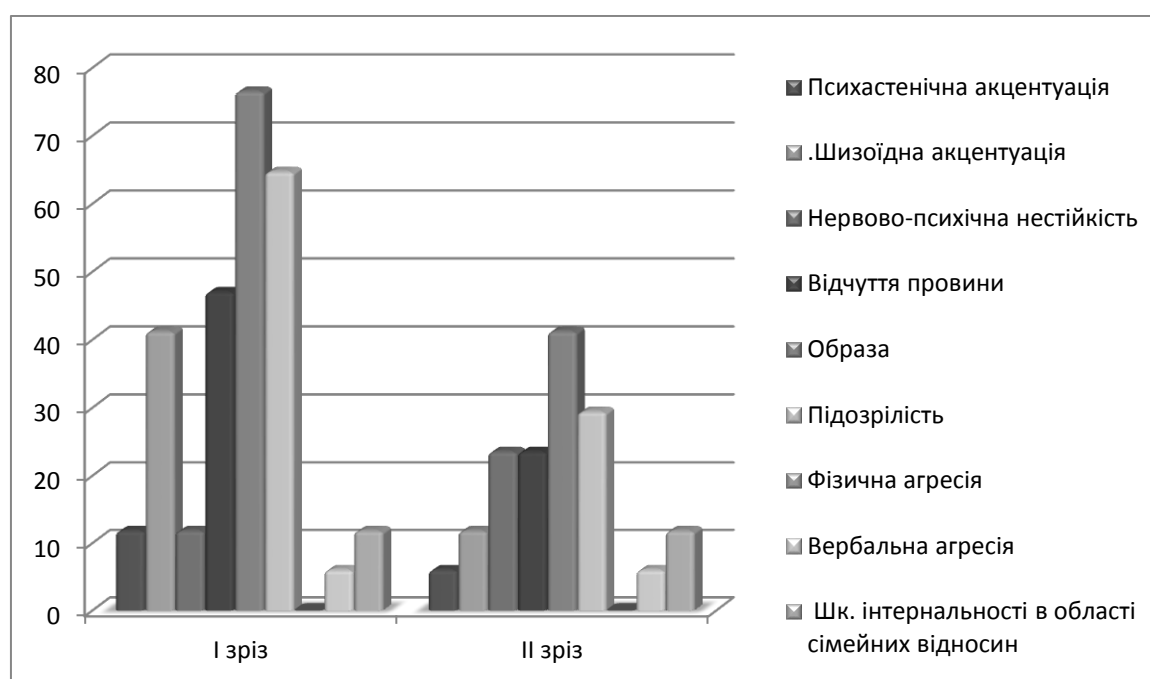


Рис. 3.3. Порівняння між першим і другим зрізом діагностики прихованих суїцидальних намірів

На представленій діаграмі можемо також побачити позитивні зміни, так як, наприклад, «відчуття провини» в першому зрізі 47% на противагу 23,5% в другому зрізі, відсоток «образи» 76,5% на противагу 41,2% в другому зрізі та показники «підозрілості» в першому зрізі 65,7% на противагу 29,4% в другому зрізі. Тобто прослідковується позитивний вплив психокорекційної програми.

За модифікованим опитувальником для ідентифікації типів акцентуацій характеру у підлітків (О.Є. Лічко – С.Л. Подмазін.) після проведення другого зрізу маємо такі дані:

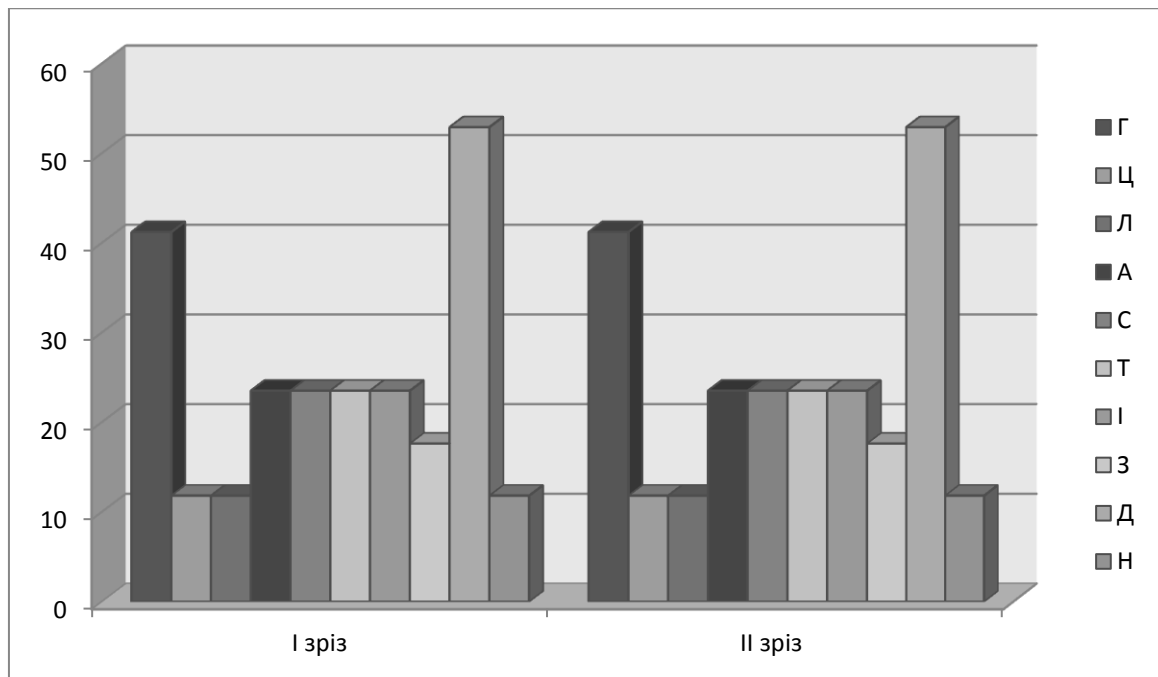


Рис. 3.4. Порівняння між першим і другим зрізом акцентуацій характеру

Як бачимо дані не змінились, так як ми знаємо, що акцентуації характеру незмінні. Зазвичай вони загострюється в підлітковому віці, а з досягненням людиною дорослості згладжується.

Також на даній діаграмі можемо побачити, що найбільше в нашій вибірці проявляється демонстративна (52,9%) акцентуація.

Представники демонстративного типу, як правило, виявляють безмежний егоцентризм, ненаситну жагу уваги до своєї особи, замилювання, подиву, шанування, співчуття. Вони готові навіть до обурення або ненависті з боку оточуючих на свою адресу, але тільки не до байдужості, до того, щоб залишитися непоміченими.

Для модифікації поведінки демонстративного підлітка корисні систематичні індивідуальні бесіди з ним - частиною формування в нього розуміння того, що найбільш надійним, стійким засобом привертання уваги до себе оточуючих, поваги і турботи з їхнього боку є корисна для інших діяльність. Ними можуть бути різноманітні класні й загальношкільні заходи, драматичний гурток, виставки, конкурси, олімпіади тощо, в межах яких демонстративні підлітки

отримують можливість дійсно блискуче проявитися, використовуючи свої, часто неабиякі, здібності.

Отже, ми проаналізували дані всіх проведених нами методик і можемо зробити висновок, що проведена нами психокорекційна програма дала успішні результати, показники за всіма методиками змінились в позитивну сторону.

Висновок до третього розділу

На даному етапі нашої роботи передбачалось проведення заняття з елементами тренінгу з підлітками в яких були виявлені високий та середній рівень схильності до суїцидальної поведінки на попередньому етапі діагностики. Основним інструментом впливу тут виступає група, на відміну від індивідуальної психокорекції, де таким інструментом є тільки психолог. Специфіка групової психокорекції полягає в цілеспрямованому використанні в корекційних цілях групової динаміки, тобто всієї сукупності стосунків і взаємодій, що виникають між учасниками групи з психологом включно.

Для нашої психокорекційної програми за основу ми обрали «Реорієнтаційний тренінг». Даний реорієнтаційний тренінг розроблений на основі індивідуальної психології Альфреда Адлера, теорії оптимізму Мартіна Селігмана і соціально-когнітивної теорії Джуліана Роттера. В основу тренінгу взята ідея еутимної терапії. Еутимна терапія – вид поведінкової психотерапії, що ставить собі за мету розвиток когнітивних і поведінкових стратегій отримання задоволення і досягнення гарного самопочуття.

Реорієнтація трактується не як зміна курсу, а швидше як розкриття цілого «віяла» можливостей. Реорієнтація – це не виправлення помилок, а пошук нових орієнтирів.

Тому ми обрали основні вправи, які найкраще підходять для нашого дослідження. Тренінгові заняття проходили в чотирьохденний термін, 2 дні перша група експериментальної вибірки, наступні 2 дні друга група експериментальної вибірки.

Також, ми проаналізували дані. Для аналізу отриманих в ході експерименту результатів було вирішено скористатися критерієм t-Стьюдента.

Дані всіх вибірок позитивно корелюють. Тобто, розроблений нами тренінг позитивно вплинув на досліджуваних.

ВИСНОВКИ

Проблема суїциду турбувала людство з глибокої давнини. Але понад усе непокоять навіть не абсолютне значення кількості самогубств, а тенденція їх зростання в усьому світі. А особливо нас непокоїть суїцидальні тенденції осіб підліткового віку.

У дипломній роботі, питання психологічних аспектів аутодеструктивної поведінки підлітків, як в теоретичному так і в практичному аспекті значно розширює розуміння окремих аспектів зазначеної проблеми. Отримані результати дослідження підтвердили мету та дють підстави зробити такі висновки:

В ході опису першого розділу ми розглянули такі теоретичні питання проблеми психологічних аспектів аутодеструктивної поведінки, як психологічні особливості підліткового віку, суїцид як форма девіантної поведінки, особливості суїцидальної поведінки підлітків.

Наступним етапом нашого дослідження був аналіз результатів дослідження психологічних чинників, які впливають на аутодеструктивну поведінку.

Отже, в експериментальній частині нашого дослідження, ми описали методики які використовували. «Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки» (М. Горська), «Методика діагностики прихованих суїцидальних намірів», «Опитувальник депресивності» Т. Бека та «Модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру у підлітків» (О. Є. Лічко, С. Л. Подмазін). Також, описали етапи втілення експериментального дослідження.

За методикою визначення схильності до суїцидальної поведінки М. Горської, ми бачимо, що низький рівень до суїцидальної поведінки спостерігається у 66% досліджуваних, середній рівень у 28% досліджуваних, високий рівень схильності до суїцидальної поведінки у 6% досліджуваних.

Це можна пояснити особливостями вікового розвитку, тобто у учнів 9-х класів як особливість цієї вікової категорії є збільшення схильності до

ризикової поведінки, чи навіть ризикового способу життя. Це є особливістю кризового періоду підліткового віку. Це може бути як дефіцит знань стосовно здорового способу життя та безпечної поведінки, поінформованості про служби безкоштовної психологічної допомоги для молоді.

За опитувальником депресивності Т. Бека, ми виявили у 92% досліджуваних відсутню депресію, 4% помірно виражена депресія та у 4% досліджуваних критичний рівень депресивності.

Депресія, в основі якої лежить пригнічення всіх психічних і фізичних проявів людини, у підлітків істотно відрізняється від депресії дорослих. Актуальність підліткових депресій полягає не лише в тому, що вони в останні роки почастишали, але й у тому, що «депресія може невидимо стояти за психопатоподібними порушеннями поведінки, штовхати до алкоголізації або вживання наркотичних засобів, за допомогою яких прагнуть підняти настрій, придушити глибоко приховані тяжкі переживання»

Виявили провідні акцентуації характеру в досліджуваних підлітків гіпертимна 41,2%, астено-невротична 23,5%, сенситивна 23,5%, тривожно-педантична 23,5%, інтравертована 23,5%, демонстративна 52,9.

Наявність акцентуацій у більшості старшокласників, що ускладнює організацію їх поведінки і навчання, потребує значної психолого-педагогічної роботи з метою гармонізації юної особистості, яка є необхідною передумовою її правильного особистісного і професійного самовизначення. Останнє виступає не як «лінійний», безпосередній процес, а як цілеспрямована діяльність самих дітей та їх помічників - батьків, вчителів, психологів - з подолання дисгармоній і зменшення ризику суїциду.

Суїцидальні тенденції у представників деяких типів акцентуацій мають своє специфічне походження і перебіг, знаючи які, можна попереджувати їх переростання у суїцидальні наміри і поведінку.

На третьому етапі нашої роботи передбачалось проведення тренінгу з підлітками в яких були виявлені негативні результати на попередньому етапі

діагностики. Спеціальні вправи тренінгової програми сформували усвідомлення своєї індивідуальності, своїх позитивних якостей і можливостей. Дуже важливо навчити підлітків вміти аналізувати події свого життя, свої досягнення і невдачі. Для нашої корекційної програми за основу ми обрали «Реорієнтаційний тренінг».

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамова Г. Возрастная психология./ Г. Абрамова – М.,– 2000. – 373 с.
2. Абрамова Г. Возрастная психология: Учебн. пособие для студ. вузов./ Г.Абрамова. - М.: Издательский центр «Академия», 1997.- 704 с.
3. Алиев И. Актуальные проблемы суицидологии./ И. Алиев. – Баку: Элм, 1987. – 185 с.
4. Амбрумова А. Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике//Научные и организационные проблемы суицидологии./ А. Амбрумова. – М., –1983. – с. 40-53.
5. Андреев Н., Тараканов Ю. Асоциальное поведение несовершеннолетних : монография / под ред. А. Горожанина./ Н. Андреев – Самара : Изд-во Самарского юрид. ин-та Минюста России, 2001. – 154 с.
6. Бездольна В. Асоціальна поведінка підлітків 13-15 р. Соціально психологічні особливості / В. Бездольна // Психолог. – 2012. – Серпень(№15/16). – с. 69-71
7. Берно-Беллекур И. Социально-психологические аспекты аутодеструктивного поведения : диссертация кандидат психологических наук: 19.00.05./ И. Берно-Беллекур.- СПб., 2003 г. – 197 с.
8. Бондарчук О. Психологія девіантної поведінки : курс лекцій./ О. Бондарчук – К. : МАУП, 2006. – 88 с.
9. Бреслав Г. Эмоциональные особенности формирования личности./ Г. Бреслав. – М., – 1990. – 213 с.
10. Бурлачук Л., Морозов С. Словарь с психодиагностики. / Л. Бурлачук. - СПб, 1999; – 165 с.
11. Василюк Ф. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций./ Ф. Василюк. - М.: Изд-во МГУ, 1984.- 200 с.
12. Видра О. Вікова та педагогічна психологія. Навч. посіб./ О. Видра – К.: Центр учбової літератури, 2011. – 112 с.

13. Воликова С. Школьное насилие и суицидальное поведение детей и подростков / С. Воликова, А. Нифонтова // Вопросы психологии. – 2013. – №2. – с. 24-30
14. Даниленко М. Соціально-психологічна профілактика суїциду серед підлітків / М. Даниленко // Шкільному психологу. Усе для роботи. – 2011. – №7. – с. 15-26
15. Дзятковская Е. Внимание – дети с суицидальными тенденциями / Е. Дзятковская // Биология в школе. – 2012. – № 4. – с. 17-25
16. Дубик Г. Суїцид у підлітковому середовищі: заходи профілактики й запобігання підлітковому суїциду. Тренінг для педагогів / Г. Дубик // Педагогічна майстерня – 2014 – №10. с. 25-36
17. Дуткевич Т. Загальна психологія: (Конспект лекцій): Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. /Т. Дуткевич– Кам'янець-Подільський держ. педагогічний ун-т. Кафедра психології. — Кам'янець-Подільський, 2002. — 96с.
18. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд./Э. Дюркгейм –М., – 1994. – 399 с.
19. Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А. Краткий психологический словарь: Личность, образование, самообразование, профессия./М.И. Дьяченко. – Минск: Нар. асвета, 1998. – 399 с.
20. Житник Л. Діти групи соціального ризику. Психолого-соціальний супровід / Л. Житник, Є. Соломатіна // Психолог. – 2013. – Квітень(№8). – с. 42-44
21. Заика Е., Ягина А. Психологическая характеристика личности подростков с отклоняющимся поведением //Вопросы психологии/ Е. Заика. – 1990. – № 4. – с. 23
22. Збірник нормативно-правових документів психологічної служби та ПМПК системи освіти України / упоряд. Панок В., Цушко І., Обухівська А. – К. : Шк. світ. – 2008. – 256 с.

23. Ипатов А. Личностные детерминанты аутодеструктивного поведения подростков: диссертация кандидат психологических наук 19.00.13/ А. Ипатов. – СПб., – 2011г. – 233с.
24. Калошин В. Підліткова криза: суть, особливості перебігу та подолання / В. Калошин // Виховна робота в школі. – 2013. – №11. – с.2-12
25. Козлов В. Социальная работа с кризисной личностью./В.Козлов. – Ярославль, – 1998. – 172 с.
26. Колесов Д. Современный подросток. Взросление и пол.: Учебное пособие./ Д. Колесов — М.: МПСИ Флинта, – 2003. – 143 с.
27. Кон И. Психология подросткового возраста./ И. Кон. – М., – 1989 – 211 с.
28. Кондрашенко В. Девиантное поведение у подростков./В.Кондрашенко. – Минск, – 1988. – 124 с.
29. Конончук Н. Психологическая характеристика лиц с острыми ситуационными реакциями: Автореф. дисс. канд. психол. наук./Н. Конончук. – СПб., – 1980. – 22 с.
30. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования./ Р. Кочюнас. – М., – 1999; – 325 с.
31. Ларіонова О. Єдиний і неповторний: заняття з елементами тренінгу для підлітків / О. Ларіонова // Психолог. – 2012. – Травень(№9). – с.10-17
32. Левченко А. Психологічні особливості підліткового віку / А. Левченко // Психолог – 2003. – Листопад(№42). – с.9-16
33. Литовченко Н. Психокорекція депресії в підлітковому віці / Н. Литовченко, Т. Згривець // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – №4. – с.40-50
34. Личко А. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков./ А. Личко – М., – 1999 – 320 с.
35. Личко А. Эти трудные подростки: записки психиатра./ А. Личко – Л., – 1983 р. – 234 с.

36. Моргун В., Тітов І. Основи психологічної діагностики : навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів./ В. Моргунов. – К. : Видавничий дім "Слово",– 2009. – 464 с.

37. Морозова М., Овчинникова М. Діагностика суїцидального поведіння підлітків. Діагностика и корекция нарушений социальной адаптации подростков / под ред. С.А. Беличева./ М.В. Морозова. – М., – 1994

38. Петій О. Чому діти чинять самогубство / О. Петій // Психолог. – 2013. – Травень(№9). – с. 42

39. Подоляк Л. Конспекти з вікової та педагогічної психології. П'ятий конспект. Психологія підліткового віку(від 11 до 14-15 р) / Л. Подоляк // Психологічна газета. – 2004. – Вересень(№18). – с.24-31

40. Пузиревич К. Програма психопрофілактичної і психотерапевтичної допомоги підліткам у депресивному стані / К. Пузиревич // Психолог. – 2009. – Серпень(№31). – с.31-32

41. Райс Ф. Психология подросткового и юношеского возраста. 8-е издание./ Ф. Райс — СПб.: Питер, – 2000. – 170 с.

42. Райс Ф. Психология подростка./ Ф. Райс – СПб, 2000. – 156 с.

43. Рибалка В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій в учнівській молоді / В. Рибалка // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – №11. – с.28-43

44. Рибалко В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій в учнівській молоді / В. Рибалко // Практична психологія та соціальна робота. – 2007. – №10. – с.42-52

45. Рибалка В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій в учнівській молоді: Методичні рекомендації./ В. Рибалка – К.: ІПППО АПН України, КФ ВМУРоЛ «Україна», ПП Щербатих О.В. 2007. – 68 с.

46. Ромек В., Ромек Е. ТРЕНИНГ НАСЛАЖДЕНИЯ./ В. Ромек, Е. Ромек – Санкт-Петербург: Издательство "Речь",– 2003. – 96с.

47. Ружицька Н. Виховання і навчання підлітків з девіантною поведінкою: ділова гра з елементами тренінгу / Н. Ружицька // Психолог. – 2013. – Вересень(№18). – с. 15-18
48. Сабат Н. профілактика суїцидальної поведінки серед підлітків / Н. Сабат // Соціальний педагог. – 2007. – Листопад(№11). – с.35-37
49. Семібратова Т. Реорієнтація після суїцидальної спроби: тренінг для підлітків і молоді / Т. Семібратова // Психолог. – 2011. – Листопад(№41). – с. 3-29
50. Скрипникова О. Профілактика суїцидальної поведінки в учнів з особливими потребами / О. Скрипникова // Психолог. – 2008. – Вересень(№36). – с.8-10
51. Слуцкий А.С. Занадворнов М. С. Некоторые психологические и клинические аспекты поведения суицидентов // Психологический журнал./ А.С. Слуцкий. –1993. – № 1. С. 77-85.
52. Сокирська Л. Попередження суїцидальної поведінки дітей та підлітків / Л. Сокирська // Соціальний педагог. –2007. –Січень(№1). – с.30-34
53. Сокурєнко Т. Попередження суїцидальної поведінки в підлітковому віці / Т. Сокурєнко, І. Грищенко // Основи здоров'я. –2013. – №16. – с.40-45
54. Сологуб Н. Результати досліджень суїцидальних нахилів учнів / Н. Сологуб // Психологічна газета. – 2009. – Листопад(№22). –с.12-16
55. Тарасов Е. Популярная психотерапия./ Е. Тарасов – М.: Гранд, – 1997. – 245с.
56. Філіпенко Л. Сучасні підходи до вивчення психології підлітка / Л.Філіпенко // Шкільному психологу. Усе для роботи. – 2009. – Грудень(№12). – с. 11-15
57. Чемодурова Ю. Профілактика і корекція девіантної поведінки підлітків / Ю. Чемодурова // Психолог. – 2010. – Жовтень(№38). – с.14-21
58. Червона Т. Проблемний підліток і проблеми підлітка/ упоряд. Т. Червона. – К.: Шк. Світ, – 2010. – 128с.

59. Шайгородський Ю. Криза підліткового віку як процес переоцінки цінностей / Ю. Шайгородський // Соціальна психологія. –2009. – №6. – с.148-153

60. Шумкова С. Социальные характеристики суицидов в молодёжной среде Санкт-Петербурга /С. Шумакова дисс. на соиск. к.с.н. СПб, – 2006. –174.