**РЕФЕРАТ**

Текст – 120 с., табл. – 3, рисунків – 8, джерел – 58.

У роботі проведено аналіз підходів до проблеми аутоагресивних тенденцій у вітчизняних та зарубіжних наукових джерелах; розглянуто аутоагресивні тенденції, як індивідуально-психологічну особливість підлітків; розкрито особливості роботи соціального працівника с неповнолітніми з аутоагресивними тенденціями.

Проведено дослідження схильності неповнолітніх до паросуїцидальної поведінки, та вплив дитячо-батьківських відносин на рівень суїцидальних схильностей підлітків. Визначено методи та прийоми корекції та самокорекції суїцидальної поведінки підлітків.

Ключові слова: АУТОАГРЕСИВНІ ТЕНДЕНЦІЇ, ПАРАСУЇЦИД, СУЇЦИД, АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА, АУТОАГРЕСИВНА СПРОБА, СУЇЦИДАЛЬНІ СХИЛЬНОСТІ, НЕЗАВЕРШЕНИЙ СУЇЦИД, ПРОСВІТА, ПРОФІЛАКТИКА СУЇЦИДУ, ПРОФІЛАКТИЧНА БЕСІДА, АДАПТАЦІЯ СУЇЦИДЕНТА, АУТОАГРЕСИВНА ІНТКРВЕНЦІЯ, меТодики вивчення Аутоагресивних тенденцій, ТЕСТИ, СТАНДАРТИЗОВАНІ ТЕСТИ, ПРОЕКТИВНІ ТЕСТИ, корекційна програма.

**ЗМІСТ**

ВСТУП 7

РОЗДІЛ 1.Теоретико-методологічні засади дослідження Проблеми АутоагресивнОЇ ПОВЕДІНКИ 11

1.1. Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури з проблеми дослідження аутоагресивної поведінки 11

1.2. Аутоагресивні тенденції як індивідуально-психологічна особливість неповнолітніх 19

1.3 Особливості роботи соціального працівника з неповнолітніми з аутоагресивними тенденціями 25

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1 37

РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ НЕПОВНОЛІТНІХ 40

2.1. Дослідження дитячо-батьківських відносин та аутоагресивної поведінки неповнолітніх 40

2.2. Дослідження схильності неповнолітніх до аутоагресивної поведінки 46

2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів емпіричного дослідження 58

2.4. Профілактичні заходи щодо попередження аутоагресивних тенденцій у підлітковому середовищі 71

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2 108

ВИСНОВКИ 112

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ 116

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження**. Аутоагресивна поведінка неповнолітніх в останні роки все частіше стає предметом наукових досліджень. Прогресивне соціальне життя пред'являє до психіки підростаючого покоління інші, найбільш піднесені вимоги. Сучасна людина нерідко неспроможна знайти позитивний сенс свого існування через руйнування колишніх цінностей і традицій та дискредитації нових. Найбільш чутливим до подібного роду змін є підлітковий вік, який протікає одночасно з біологічними, психологічними і соціальними змінити, а так же цей вік є періодом особливої концентрації конфліктів, які нерідко призводять до поведінкових відхилень, включаючи суїцидальну поведінку. Тому важливість дослідження самогубств, суїцидальних тенденцій і розробки дієвих заходів їх профілактики на сьогодні не підлягає сумніву як з точки зору соціальної значущості проблеми, так і в світі статистичних даних. Адже статистика суїцидів в підлітковому середовищі засвідчує: за останнє десятиліття число самогубств серед молоді зросла в 3 рази, серед причин смерті дітей і неповнолітніх суїцид займає друге місце та визначено, що дівчата намагаються накласти на себе руки в 4 рази частіше, ніж юнаки, але вибирають менш болючі способи, які в наслідку рідше призводять до смерті.

У сучасному світі частіше постає питання про вплив виховання дитини на стиль сімейних взаємовідносин на поведінку неповнолітнього та формування аутоагресивних тенденцій. Бо саме вплив сім'ї та взаємини в колі сім'ї, зокрема дитячо-батьківські відносини, носять першочерговий характер в становленні особистості підлітка.

Вивченням проблеми аутоагресивних тенденцій та суїциду давно займаються вчені різних спеціалізацій. Над визначенням поняття «суїцид» працювали фахівці з різних галузях знань: філософії, психології, медицини, соціології, соціальної роботи тощо.

Загальнотеоретичним питанням аналізу аутоагресивних тенденцій присвяченні праці багатьох вчених. Біологічна концепція зазначає інстинктивну природу самознищення (С. Пеппер); самогубство – це елемент природного відбору (Р. Докинз); суїцид – результат біохімічної депресії (Г. Мерфи, А. Бек, Г. Браун). Психоаналітична концепція в якій провідне місце суїцидальної поведінки відводиться психологічним факторам (З. Фрейд, А. Адлер). Екзистенційно-гуманістичний підхід підкреслює емоційні переживання в походженні суїцидальної поведінки (К. Роджерс, Р. Мея). Когнітивні теорії розглядають суїцидальну поведінку як спробу спілкування або вирішення проблеми (А. Бека, М. Ковача). Інтерперсональна моделі показує, що істинна аутоагресивна спроба відбувається за наявності трьох факторів: прагнення померти; сприйняття себе як тягаря для близьких людей; отримана терпимість до фізичного болю і редукований страх смерті (Т. Джойнер).

Дослідники розкривають такі теорії суїцидальних та аутоагресивних тенденцій: А. Амбрумова визначає, що аутоагресивна поведінка є наслідком соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитого мікросоціального конфлікту; В. Розанов вважає, що схильність до самогубства складається з трьох параметрів вимірювання: соціум, індивідуум і особистість, біологічні схильності; І.Кутько, відокремлює поняття парасуїцид, й відносить до нього аутоагресивні дії психічно хворого в стані психозу; Н. Конанчук визначає, що парасуїцид – форма агресії проти власного «Я».

В історії досліджень проблема суїциду, є, з одного боку, найбільш досліджуваною і поширеною (їй присвячено численну кількість робіт), з іншого боку, залишається доволі дискусійною. Так, наприклад, до теперішнього часу немає однозначної відповіді, що є первинним, визначальним дії, які звернені на навмисне позбавлення себе життя: біологічний інстинкт на самознищення, психічні розлади, особистісні деструкції або засвоєна поведінкова стратегія поведінки членів сім'ї, спрямована на пошук виходу з кризової ситуації тільки з допомогою суїциду.

**Об'єкт дослідження** – аутоагресивна поведінка неповнолітніх.

**Предмет дослідження** – психосоціальна робота з неповнолітніми при аутоагресивній поведінці.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та експериментально дослідити особливості психосоціальної роботи з неповнолітніми при аутоагресивній поведінці.

Для досягнення мети було визначено такі **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати стан вивчення проблеми аутоагресивної поведінки у сучасній науковій літературі.
2. Експериментально дослідити рівень аутоагресивної поведінки неповнолітніх.
3. Визначити вплив дитячо-батьківських відносин на рівень аутоагресивної поведінки неповнолітні.
4. Запропонувати програму психопрофілактики аутоагресивної поведінки неповнолітніх.

**Методи дослідження***:*

*теоретичні* – аналіз, синтез, узагальнення вітчизняних та зарубіжних наукових джерел;

*емпіричні* – бесіда, спостереження, тестування за допомогою психодіагностичних методик: «Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки» (М. Горська), «Виявлення суїцидального ризику у дітей» (А. Кучер, В. Костюкевич), «Ваші суїцидальні схильності» (С. Корольова), «Опитувальник батьківського ставлення» (А. Варга, В. Століна), «Ваші думки про смерть» Л. Шнейдер;

*математичні* – математична обробка результатів дослідження, графічна презентація результатів, яка здійснюється за допомогою програми Excel, коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона, непараметричний статистичний критерій Т – Вілкоксона.

**Теоретичне значення дослідження** полягає у поглибленні, конкретизації, узагальненні та систематизації знань з проблеми аутоагресивних тенденцій підлітків. Експериментальна перевірка впливу корекційної роботи на зниження рівня суїцидальних схильностей підлітків.

**Практичне значення дослідження.** Отримані результати дослідження можуть бути використані при складанні лекційного матеріалу і матеріалу практичних занять з таких дисциплін, як педагогіка, психологія, філософія, соціологія; при створенні програми корекційних занять, спрямованих на зниження суїцидальних схильностей; при наданні рекомендацій для педагогів щодо індивідуальної роботи з учнями, а також у бесідах з батьками про особливості психічного стану їхньої дитини.

**РОЗДІЛ 1. Теоретико-методологічні засади дослідження Проблеми АутоагресивнОЇ ПОВЕДІНКИ**

 **1.1.Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури з проблеми дослідження аутоагресивної поведінки**

Вивчення природи суїцидальної поведінки і знаходження ефективних способів її попередження давно привертає до себе увагу представників різних галузей знань. В минуле століття ця проблема дала імпульс розвитку самостійної наукової дисципліни – суїцидології, яка на своєму історичному шляху збагатилася численними напрямами і школами.

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) самогубства займають одне з перших місць в рейтингу причин смертності, поступаючись серцево-судинним, онкологічним захворюванням і травматизму [49, c. 39].

У наші дні аутоагресивна поведінка не розглядається однозначно патологічною. У більшості випадків це поведінка психічно нормальної людини. У той же час поширена точка зору на суїцид як на крайню точку в ряду взнаємо перехідних форм саморуйнуючої поведінки [21].

Термін «аутоагресивна поведінка», що поширився в останні роки, об'єднує всі прояви суїцидальної активності – думки, наміри, висловлювання, погрози, спроби замаху.

У 1977 році з'явився термін «парасуїцид». Н. Крейтман визначив цей термін як: поведінку індивідів, пов'язане з нанесенням собі навмисних несмертельних каліцтв, в результаті чого виникають травми, хвороби або ризик смерті, також будь-яке застосування медикаментозних або інших хімічних речовин, які не запропоновані для вживання або вживаються в підвищених дозах з вираженим наміром членоушкодження або самогубства. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, парасуїцид (аутоагресивна спроба) – це не смертельне навмисне самоушкодження або самоотруєння. У дітей і неповнолітніх в силу вікових особливостей, грань між демонстративно - шантажною і істинною суїцидальною поведінкою провести складно [31, c. 36].

Ще з давніх часів вчені, філософи, письменники прагнули дати теоретичне обґрунтування суїцидів та парасуїцидів. Однак в даний час як і раніше єдиної теорії, що пояснює природу суїцидів, немає. Можна говорити лише про окремі теоретичні концепції, серед яких умовно виділяють чотири основні групи: психопатологічні, психологічні, біологічні та соціологічні.

Соціологічна концепція виходить з того, що в основу суїцидальної поведінки закладаються зниження і нестійкість соціальної інтеграції, а самогубство в усіх випадках може бути зрозуміле лише з точки зору взаємин індивіда з соціальним середовищем, при цьому власне соціальні чинники грають провідну роль [38, 48].

Відомий французький дослідник Е. Дюркгейм вперше пов'язав економічні критичні ситуації, роз'єднаність в суспільстві зі зростанням числа самогубств. Теорія самогубств ґрунтується на соціальній організації та культурних традиціях суспільства. Е. Дюркгейм вважав, що в основі суїцидальної поведінки лежить зниження і нестійкість соціальної інтеграції, а частота самогубств залежить від того, в якій мірі індивід інтегрований в суспільстві. На думку автора, самогубство в усіх випадках може бути зрозуміле тільки з боку взаємовідносин індивідуума з соціальним середовищем, при цьому соціальні фактори, безсумнівно, відіграють провідну роль [14].

Сучасні суїцидологи не заперечують того факту, що соціальні фактори займають ключове місце серед причин суїцидальної поведінки, але пояснення всієї проблеми самогубств лише з точки зору впливу на людину соціального середовища є одностороннім й непродуктивним. Головний недолік цієї концепції – недооцінка ролі особистості у взаємовідносинах з соціальним середовищем [6].

Біологічна концепція, представником якої є С. Пеппер, виходить з інстинктивної природи самознищення, еволюційного характеру самогубства як «пристосувального» (хоча і не адаптивного) механізму звільнення від неповноцінних, хворобливих особин. Ричард Докинз вважае що самогубство це елемент природного відбору. Г. Мерфи, А. Бек, Г. Браун зазначають суїцид, як результат біохімічної депресії [9, 34].

Психологічна концепція суїцидальної поведінки відображає точку зору, згідно з якою у формуванні суїцидальних тенденцій провідне місце належить психологічним факторам [18].

У роботах психоаналітичного напрямку провідне місце при інтерпретації суїцидальної поведінки відводиться психологічним факторам, головним чином – підсвідомим механізмам психіки. Відомі вчені З. Фрейд, А. Адлер, розглядали самогубство як прояв інстинкту смерті, який може виражатися в різних формах здійснення аутоагресивних дій [8, c. 76].

Вченні, які дотримуються цієї моделі, вважали, що суїцид – це спрямована на себе агресія, як прояв садизму і мазохізму, спосіб покарання свого «Его» з боку «Супер Его». Саморуйнівні акти поведінки нерідко трактувалися як результат порушення психосексуального розвитку особистості, обумовлений відсутністю значущих людей на вирішальних стадіях її розвитку, або як один зі способів відновлення втраченого об'єкта прихильності, любові та обожнення [53].

Адлер розглядає суїцидальну поведінку як навмисне, в процесі боротьби за успіх осіб з почуттям власної неповноцінності. Суїцид в його розумінні постає, як акт збереження своєї індивідуальності в прагненні подолати життєві проблеми та підкорити значущих інших. Сенс суїциду зводиться до бажання з одного боку знищити значущих інших, нібито відповідальних за його знижену самооцінку, а з іншого – викликати у них співчуття та засудження навколишніх [45, c. 114].

Послідовник школи психоаналізу американський вчений К. Меннінгер розвинув уявлення З. Фрейда про суїцид, дослідивши його глибинні мотиви. Він виділив три складові частини суїцидальної поведінки. На його думку, для того щоб накласти на себе руки, необхідні такі компоненти: бажання вбити (суїциденти, бувши в більшості своїй інфантильними особистостями, реагують люттю на завади або перешкоди, що стоять на шляху реалізації їх бажань); бажання бути вбитим (людина не може витримати докорів сумління та страждань через порушення моральних норм і саме тому вбачає спокутування провини лише в припиненні життя); бажання померти (воно поширене серед людей, які схильні піддавати своє життя необґрунтованому ризику, а також серед хворих, які вважають, що смерть це єдиний лікар проти тілесних і душевних мук) [29].

Таким чином, якщо у людини виникають відразу три описаних К. Меннінгер бажання, суїцид перетворюється в невідворотну реальність, а розвіювання даних бажань з часом зумовлює м'якші прояви аутоагресивної поведінки [29, c. 56].

Психопатологічна концепція базується на положенні, яке полягає у зарахуванні всіх самогубців до категорії душевнохворих людей.

Екзистенційно-гуманістичний підхід підкреслює емоційні переживання в походженні суїцидальної поведінки. К. Роджерс вважав, що основна тенденція життя – само актуалізація. Тобто не довіряючи власному досвіду, «Я» починає втрачати довіру до себе, що призводить до усвідомлення повної самотності. Екзистенційно-гуманістичний підхід акцентує увагу на людських обмеженнях. Особистість розвивається завдяки особистому досвіду, а не від «природного» таланту. На думку Р. Мея, люди страждають від усвідомлення безглуздості свого існування, від нестачі турботи про них, від самотності та страху смерті [40].

Більшості прихильників екзистенційно-гуманістичного спрямування вбачають психологічний сенс суїцидальної поведінки в символічному «крику про допомогу», а також спробі залучити зовнішню увагу до своїх проблем.

Когнітивні теорії, наприклад теорії А. Бека та М. Ковача, розглядають суїцидальну поведінку як спробу спілкування або вирішення проблеми та як наслідок безнадійності і невпорядкованості мислення. Н. Фарбероу та Е. Шнейдман також пропонують поглянути на самогубство як на спосіб спілкування. Н. Крейтман, П. Сміт і Е. Тана зазначають, що спроба самогубства є свого роду повідомленням про пережиті людиною труднощі. М. Ковач вважає, що самогубство є спробою звільнитися від проблем за допомогою смерті або симуляція. Поняття безнадійності є невід'ємною частиною цих теорій. Тільки той, хто не бачить іншої можливості вирішити свої проблеми, продовжуючи жити, вирішує їх за допомогою смерті [20 – 22]

В свою чергу автор Н. Крейтман відокремлює поняття «парасуїцид», та визначає його як заклик про допомогу, спосіб впливу на оточуючих з метою зміни ситуації що склалася, і відносив до них суїцидальні акти з істинним наміром померти, але не закінчувати смертю.

Бруксбенк визначає суїцид як навмисне самогубство, а парасуїцид як акт навмисного самоушкодження, що не призводять до смерті.

Автор інтерперсональної моделі Т. Джойнер показує, що істинна аутоагресивна спроба відбувається виключно у разі якщо три фактори збігаються в одній людині: прагнення померти через критичне почуття самотності; сприйняття себе як тягаря для близьких людей; отримана терпимість до фізичного болю і редукований страх смерті (див. Додаток А).

У вітчизняній психіатрії визначення суїцидальної поведінки вперше було дано А. Амбрумовою, в якому найбільш повно демонструється весь спектр його проявів. Автор визначає, що аутоагресивна поведінка є наслідком соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитого мікросоціального конфлікту і підрозділяється на внутрішні антівітальні переживання, пасивні суїцидальні думки, суїцидальні задуми, суїцидальні наміри та зовнішні суїцидальні спроби й завершений суїцид [13].

Вітчизняні дослідники поділяють суїциди на три основні групи: істинні, демонстративні та приховані.

Істинні суїцидальні дії – свідомі навмисні дії, метою та мотивом яких є добровільне позбавлення себе життя. У більшості випадків мотивом суїцидальних дій є зміна наявної психотравмуючої ситуації [16, c. 217].

Прихований суїцид (непряме самогубство) – різновид суїцидальної поведінки, що не відповідає його ознакам в строгому сенсі, але має ту ж спрямованість і результат. Це дії, що супроводжуються високою ймовірністю летального результату. Більшою мірою подібна поведінка націлене на ризик, на гру зі смертю, ніж на відхід з життя. Схильні до такої поведінки люди вибирають не відкритий відхід з життя «за власним бажанням», а так звану суїцидально обумовлену поведінку. Прикладом цієї групи суїцидальних дій може бути і ризикована їзда на автомобілі, і заняття екстремальними видами спорту, і добровільні поїздки в гарячі точки, і вживання сильних наркотиків, і самоізоляція [7].

Демонстративний суїцид – це спосіб звернути увагу на свої проблеми, покликати на допомогу, вести діалог. Смертельний результат в даному випадку є наслідком фатальної випадковості [27].

Більшість вітчизняних дослідників, не знижуючи ролі психологічних факторів у формуванні суїцидальної поведінки, не вважають їх провідними і розглядають в сукупності з соціальними та біологічними.

В. Розанов пише, що схильність до самогубства складається з трьох параметрів вимірювання: соціум (особливу увагу приділяючи мікросоціуму), індивідуум і особистість (особливо психічні характеристики, схильності), біологічні схильності (психофізичні дані, темперамент, нейронбіологічні механізми та генетичні фактори які лежать в їх основі). Також велика увага приділяється можливості генетичної обумовленості суїцидальної поведінки. Говориться про те, що сукупність несприятливих генів може викликати схильність до самогубства, проте це припущення на сьогодні не має під собою переконливої дослідницької бази [41].

Н. Табачник визначає саморуйнівну поведінку як вчинення будь-яких дій, над якими у людини є певний реальний або потенційний вольовий контроль, що сприяє просуванню індивіда в напрямку більш ранньої фізичної смерті [50, c. 64].

У. Короленко та A. Галин досліджуючи тему суїциду виділяють наступні психологічні особливості суїцидентів: переважання формально-логічного типу мислення, чутливість афективної сфери та недостатність активної уяви. Як вважають автори, мислення більшості суїцидентів більше відповідає законам формальної логіки; мислення ж осіб, у яких під фрустрированою ситуацією не виникає суїцидальних тенденцій, наближається до мислення, що протікає за законами логіки діалектичної [38].

А. Парфьонова розглядає типологічні особливості суїцидальних пацієнтів. Вона викриває міф про те, що ті, хто відкрито говорять про самогубство, рідко його роблять, оскільки більшість людей, які роблять суїцидальні спроби, тривалий час обмірковують свої наміри [49].

Психолог В. Кондрашенко визначає суїцид, як усвідомлене позбавлення себе життя. Також він відокремлює складові цього понять. На думку автора аутоагресивна поведінка – суїцидальні замахи, спроби та прояви.

Суїцидальні замахи – всі суїцидальні акти, які не завершилися летально з причині, яка не залежала від суїцидента.

Суїцидальні спроби – демонстративно-стійкі дії, при яких суїцидент найчастіше знає про безпеку, яка може бути при спробі виконуваного акту.

Суїцидальні прояви – думки, висловлювання, натяки, які не супроводжуються діями щодо позбавлення себе життя [19].

Деякі автори, наприкладІ.Кутько, відокремлюють поняття парасуїцид, й відносять до нього аутоагресивні дії психічно хворого в стані психозу [8].

А.  Амбрумова та Л. Постовалова вважають, що слід ставити питання не про генетичну схильність до суїциду, а про пошук соціальних і психологічних причин повторюваності суїцидальної поведінки в декількох поколіннях. На їх погляд, істинної суїцидальної спадковості не існує. Спадковість – не схильність до суїциду, а психопатологічна та соціально-психологічна основа або підґрунтя для виникнення умов дезадаптації особистості до соціального середовища [4, c. 67].

А. Амбрумова виділяє самогубства (справжні суїциди) і спроби самогубства (незавершені суїциди). Автор вважає, що існує ряд взаємно перехідних форм само руйнівної поведінки, крайня точка якого – суїцид. До саморуйнівної поведінки, поряд з суїцидальною, відносять: зловживання алкоголем, наркотиками, сильнодіючими медикаментозними засобами, а також куріння, навмисне робоче перевантаження, вперте небажання лікуватися, ризиковану їзду на автотранспортних засобах, особливо стосується керування автомобіля і мотоцикла в нетверезому стані [4].

Н. Конанчук визначає, що парасуїцид, у більшості випадків, здійснюється як форма агресії проти власного «Я». Характерний насамперед для психічних хворих, в значно меншій мірі зустрічається в індивідів з прикордонними розладами та психічно здорових. Найбільш типовим станом перед суїцидальними діями є депресія, крім того, безпосереднім стимулом зазвичай виступає конкретна стресова ситуація [18]

Н. Конончук разом з В. Мягер виділяють три основних властивості, що характеризують особу суїцидента: підвищена напруженість потреб, що виражається в необхідності неодмінного досягнення поставленої мети; підвищена потреба в емоційній близькості, залежно від коханої людини, коли власне «Я» розчиняється і сприймається лише в парі, а все життя будується на зверх значущих відносинах; низька здатність особистості до утворення будь-якого роду компенсаторних механізмів, невміння послабити фрустрацію [18].

Отже, на сьогодні існує велика кількість теорій, які з різних сторін пояснюють походження і розвиток суїцидальної поведінки: класичні теорії, такі як медична модель, соціокультурна модель Е. Дюркгейма, група психодинамических теорій суїциду, мотиваційна модель Е. Шнейдмана, модель соціально-психологічної дезадаптації А. Амбрумовой тощо.

Багато в чому думки та погляди вітчизняних і зарубіжних вчених, психологів і медиків сходяться. Встановлено, що аутоагресивна поведінка є одним з видів загально поведінкових реакцій людини, незалежно від наявності психічної патології. Для розвитку і реалізації суїцидальних інтенцій необхідною умовою є конфлікт, який може носити реальний або «псевдо реальний» (в разі психічної патології) характер. Вітчизняні вчені прийшли до висновку, що причини суїциду лежать не тільки в емоційному та душевному стані людини, а й навколишньому світі.

**1.2. Аутоагресивні тенденції як індивідуально-психологічна особливість неповнолітніх**

В даний час громадськість не перестає хвилювати проблема підліткових суїцидів, число яких неухильно зростає. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, кількість суїцидів серед осіб у віці 15-24 років в останні 15 років збільшилася в 2 рази. На кожне завершене самогубство у неповнолітніх припадає до 100-200 суїцидальних спроб [31].

Самогубство розцінюється, як один з можливих варіантів людського реагування на екстремальну ситуацію і являє собою результат порушення соціально-психологічної адаптації особистості в умовах пережитого нею конфлікту.

Парасуїцид – заподіяння шкоди власному здоров'ю, яке, однак, не викликане дійсним прагненням до смерті людини. Парасуїцид відрізняється від спроб суїциду (самогубства) тим, що він частіше зустрічається серед молодих людей, які перебувають в стані різкого дистресу, але у яких відсутнє будь-яке серйозне психічне захворювання. Проте багато людей, які звернулися до парасуїциду, надалі намагаються покінчити життя самогубством [23, c. 523]

Як правило, парасуїцид відбувається в стані афекту та є не так спробою позбавити себе життя, скільки «криком про допомогу», спробою звернути на себе та свої проблеми увагу оточуючих. Ці дії так само називають демонстративною спробою суїциду. На противагу парасуїциду, істинний суїцид – це, як правило, добре спланований захід, мета якого – за всяку ціну позбавити себе життя незалежно від думки і реакції рідних, близьких, друзів тощо [1].

Частіше парасуїцид зустрічається у віці 16-24 років, при цьому відзначається, що до 13 років суїцидальні спроби надзвичайно рідкісні. З 14-15 років аутоагресивна активність різко зростає, досягаючи максимуму в 16-19 років [48].

Ступінь виразності схильності до самогубства у дітей і неповнолітніх може бути різною – від суїцидальних думок, уявлень, переживань, висловлювань, задумів, намірів, дій, до суїцидальних спроб, незавершеного та завершеного суїциду. Передує суїцидальній активності антівітальна поведінка (не спрямована на життя) – заперечення життя, висловлювання про безглуздість існування. Ця парааутоагресивна поведінка демонстративного, театрального характеру. Мета такої поведінки – не смерть, а шантаж близьких. Це можуть бути також дії, спрямовані на саморуйнування, для посилення відчуттів [51].

За даними А. Личко, лише в 10% випадків у неповнолітніх є справжній намір замаху на самогубство, в 90% аутоагресивна поведінка неповнолітнього – це «крик про допомогу». Не випадково 80% спроб відбувається вдома, притому в денний або вечірній час, тобто крик цей адресований насамперед до ближніх.

А. Личко вказує на певний зв'язок суїцидальної поведінки неповнолітнього з типом акцентуації характеру. За даними автора, при демонстративній суїцидальній поведінці 50% неповнолітніх виявилися представниками істероїдного, істероїдно-нестійкого і гіпертимно-істероїдного типу акцентуації характеру особистості, 32% – епілептоїдного і епілептоїдно-істероїдного типу акцентуації, та лише 18% – представниками всіх інших типів акцентуацій характеру. Справжні замахи відбуваються в основному представниками сенситивного (63%) і циклоїдного типу акцентуацій характеру (25%) [25].

А. Амбрумова, провівши обстеження 770 дітей, неповнолітніх та юнаків з суїцидальною поведінкою, виявила, що в допубертатном віці (до 13 років) спробу самогубства вчинили 14,4%, в пубертатному (13-16 років) – 51,8% та постпубертатном (17- 18 років) – 33,8%. Більшість в групі обстежених склали дівчатка (80,8%). Найбільш частими способами замахів на власне життя і суїцидальних спроб у дівчаток були отруєння, у хлопчиків – порізи вен і повішення. У 5% дівчаток, які вчинили спроби самогубства у віці старше 13 років, була виявлена вагітність [5].

Вивчаючи суїцидальні тенденції, психолог А. Волкова виділяє специфічні особливості поведінки підлітків, що вказують на готовність до суїциду: тривожно-ажитирована поведінка, зовні навіть схоже на підйом, однак з проявами суєти, поспіху; затяжні порушення сну (неповнолітнього переслідують страшні сни з картинами катаклізмів, катастроф, аварій тощо); напруга афекту, періодично розряджається зовні невмотивованою агресією; ознаки депресії, апатія, небалакучість; підліток «важкий на підйом», йде від обов'язків, безглуздо проводить час; сонливість, погіршення настрою; виражене почуття неспроможності, провини, сорому за себе; сильна невпевненість в собі; важко протікає пубертат з вираженими ендокринними і нервово-психічними порушеннями; вживання алкоголю, токсикоманія і наркоманія. Багато з таких неповнолітніх стикалися зі смертю в близькому оточенні [10].

За дослідженнями А. Волкової, для зовнішніх обставин життя суїцидального неповнолітнього характерні наступні особливості: неблагополучна сім'я, важкий психологічний клімат, конфлікти з батьками і між батьками, алкоголізм в сім'ї, втрата батьків [69].

Сім'я – один з найважливіших факторів, що впливають на формування суїцидальних схильностей підлітків. Е. Вроно зазначає, що приводом до замаху на самогубство служать негаразди в різних сферах життя підлітка. Справжньою ж причиною, яка виявляється при більш вдумливому, детальному знайомстві з ситуацією, як правило, виявляються порушені взаємини в сім'ї [11, c. 37].

В дослідженні соціолога В. Захарчука, автор намагався знайти залежність між якістю відносин з батьками і рівнем суїцидальної активності підлітків. Його робота підтвердила, що чим краще відносини з батьками, тим менша ймовірність суїцидальної поведінки у неповнолітнього [51].

А. Личко до числа найбільш частих причин суїцидів серед неповнолітніх відносить наступні: втрату коханої людини, стан перевтоми, уражене почуття власної гідності, руйнування захисних механізмів особистості внаслідок вживання алкоголю, гіпногенних психотропних засобів і наркотиків, наслідування людині, яка вчинила самогубство. Специфічними причинами суїцидальної поведінки неповнолітніх можуть бути також почуття протесту і помсти, страх покарання і ганьби, прагнення викликати співчуття, переїзд сім'ї на нове місце проживання, нерозділене кохання і ревнощі, небажана вагітність [25].

Психіатр Д. Федотов, відзначає, що суїцидальні спроби і наміри (за типом істеричної реакції) частіше виникають у неповнолітніх у відповідь на систематичне умовне приниження, ігнорування їх думки близькими, утиск самостійності, у відповідь на конфліктні ситуації, пов'язані зі зловживанням алкоголем і вживанням наркотичних засобів, внаслідок притаманних даному віку сексуальних проблем. Суїциди і замахи, обумовлені психічними розладами (афективно-шокові і депресивні реакції), за даними авторів, частіше виникають в результаті незаслуженого покарання або приниження, що виходять від батьків і друзів, образи почуття дружби та любові, виключення з різних причин з навчального закладу, зради [47].

Д. Бридж, Т. Голдштейн, Д. Брент побудована на епідеміологічних даних модель розвитку суїцидальної поведінки у підлітків. В ній суїцид розглядається як сукупність соціально-культурних, психіатричних, психологічних, сімейних та біологічних чинників. Автори даної моделі бачать розвиток суїцидальної поведінки наслідком поєднання двох типів уразливості – розлади настрою і тенденції до імпульсивної агресії (схильність агресивно реагувати на фрустрацію), що, в свою чергу, пов'язано з деякими нейробіологічними особливостями (див. Додаток Б).

Таким чином, автори бачать основну причину розвитку суїцидальних намірів у неповнолітніх в сімейному оточенні і особистісних особливостях батьків, які передаються дітям і можуть бути посилені високим рівнем стресу в житті та доступністю способів скоєння суїциду.

За даними В. Кондрашенко, суїцидальні дії у неповнолітніх обумовлені наступними причинами: 10% – психотичні розлади; 15% – невротичні стани; 1% – тяжкі соматичні захворювання; 12% – складна сімейна ситуація; 18% – складна романтична ситуація; 15% – проблеми самореалізації в референтній групі; 7% – боязнь відповідальності за вчинені дії; 8% – дідактогенії; 5% – вживання алкоголю і наркотичних речовин; 9% – нез'ясовані причини [19].

О. Вроно і Н. Ратинова виділили чотири основні типи суїцидальної поведінки підлітків: само ушкодження, демонстративно-шантажні суїциди з агресивною мотивацією, демонстративно-шантажні суїциди з маніпулятивною мотивацією та суїциди самоусунення. Під словом «суїцид» автори розуміють не стільки завершене самогубство, скільки суїцидальні спроби [58].

О. Вроно зазначає, що підліток часто переживає проблеми трьох «н»: нездоланність труднощів, нескінченність нещастя, нестерпність туги і самотності. При цьому він повинен боротися з трьома «б»: безпорадністю, безсиллям, безнадією [11, c. 54].

О. Вроно та А. Амбрумова, досліджуючи особистісні особливості неповнолітніх з суїцидальною поведінкою, прийшли до висновку, що для більшості з них характерна імпульсивність, яка проявляється в нездатності усвідомлювати скільки-небудь тривалий час прийняті рішення, прогнозувати наслідки вчинків. Підліткам-суїцидентам властива емоційна нестійкість, чим і пояснюється велика кількість конфліктних ситуацій, які часто закінчуються суїцидальними діями. Більшість підлітків, які вчинили суїцидальні дії, відрізнялися підвищеною сугестивністю, а також деякою несамостійністю мислення, залежністю від думки оточуючих, прагненням будувати свою поведінку по образу героїв книг, фільмів тощо [38].

За даними досліджень В. Нечипоренко, для суїцидентів-неповнолітніх характерні такі особливості: образливість, вразливість; зниження толерантності до емоційних навантажень; низька самооцінка; відторгнення соціальним оточенням, почуття покинутості; переживання власної неспроможності, фізичного відставання; уникнення ситуацій які навантажують також пасивність у вирішенні важких ситуацій [34].

Таким чином, аутоагресивна поведінка неповнолітніх – збільшувальне дзеркало, в якому найбільш виразно проявляються основні труднощі і проблеми дітей. Парасуїцид є крайньою формою відхилення особистості, її соціально-психологічної адаптації. Суїцидальні наміри у неповнолітніх виходять від їх неспроможності в житті, від невдоволення собою і навколишнім світом. Самогубства є слідством конфлікту який відбувається або всередині особистості, або особистості і навколишнього середовища, коли індивід не може вирішити такий конфлікт іншим, більш позитивним шляхом. Провідне місце в ряду чинників ризику формування суїцидальної поведінки у неповнолітніх виступають групи чинників: сімейні, особистісно-психологічні, макросоціальні і психопатологічні.

Психологічний сенс підліткового суїциду – крик про допомогу, прагнення привернути увагу до свого страждання. Найчастіше, справжнього бажання померти немає, уявлення про смерть вкрай непевні, інфантильні.

 **1.3. Особливості роботи соціального працівника з неповнолітніми з аутоагресивними тенденціями**

Суїцидальні тенденції є результат соціально-психологічної дезадаптації особистості в обставинах пережитого мікросоціального конфлікту. Під дезадаптацією, М. Кабанов, вважає мати на увазі розлад пристосування організмів до умов життя. В загальнопсихологічному аспекті таке явище як аутоагресивна поведінка, традиційно тлумачиться як поведінка людини, зорієнтована на аутодеструкцію. Оскільки самосвідомість людини зумовлюється оточенням, то дисбаланс між особистісний і соціальний в її психоструктурі призводить до поведінкових відхилень, зокрема при деяких життєвих ситуаціях в тому числі і до суїциду [35].

Неповторну актуальність і значущість проблема суїциду набуває в Україні, при нагоді, коли загострилися суспільні, економічні та світоглядні ціннісні протиріччя в сучасному українському суспільстві [6].

В даний час створена Міжнародна асоціація із запобігання самогубствам, за призначенням якої в багато чисельних містах світу, наша держава не є винятком, були створені служби попередження самогубств. Дана форма організації медичної та соціально-психологічної допомоги є новою. Вона допомагає людям які мають необхідність у кваліфікованій раді або медикаментозному лікуванні. Служби націлені на широкі верстви населення і, в першу чергу, на осіб, котрі переживають стан психологічної кризи, людей, підданих до дії стресогенних чинників і є потенційно суїцидонебезпечними. Анонімність є одним з ключових принципів діяльності подібних служб. Неухильним є ще один принцип, який відрекомендовується міжнародними суїцидологічними організаціями, – підрозділ служби необхідно розташовувати за межами території психіатричних установ. Це усуває бар'єр, який заважає людині звернутися до психотерапевта. Крім того, організовуються структурні підрозділи такі як «телефон довіри», кабінети соціально-психологічної допомоги, кризові стаціонари, і вони мають спадкоємний зв'язок і координуються центром.

Система соціальної роботи по боротьбі з паро суїцидом здійснюється за кількома напрямками:

* просвіта – освідомлення неповнолітніх у тому, як і в якому місці можна отримати екстрену психологічну допомогу з метою попередження факту суїциду (про послуги психолога, про телефон довіри, Інтернет - сайти);
* профілактика самогубств;
* виявлення в поведінці неповнолітнього змін, які можуть свідчити про суїцидальні наміри;
* залучення фахівців з метою надання допомоги підліткам, які опинилися в гострих кризових ситуаціях;
* при необхідності, супровід учня на консультацію до психолога;
* при потребі, супроводження неповнолітнього на зустріч до психолога;
* реабілітація та адаптація суїцидентів і їх оточення [48 – 49].

Т. Сологубова у своїх роботах відокремлює три основних способи допомоги людині, яка замислює самогубство, з боку соціального працівника: своєчасна діагностика і належне лікування суїцидента; активна емоційна підтримка людини, що опинилася в депресивному стані; стимулювання його позитивної спрямованості з метою полегшення негативної ситуації.

При цьому, на думку автора, важливо дотримуватися таких правил:

* будьте терплячі;
* будьте впевнені, що ви в змозі допомогти;
* набирайтеся навичок від тих, хто вже мав досвід подібної ситуації;
* не намагайтеся повергати в шок або загрожувати людині, кажучи слова подібні: «Піди і зроби це»;
* не розбирайте поведінкові мотиви суїцидента, кажучи: «Ви так відчуваєте себе, тому що ...»;
* не сперечайтеся і не намагайтеся вгамувати людину, кажучи: «Ви не можете вбити себе, тому що»;
* робіть все від вас залежне, але не беріть на себе персональну відповідальність за чуже життя [45].

Основними напрямками допомоги суїцидентам є: робота з найближчим мікросоціальним середовищем (сім'єю) неповнолітнього з суїцидонебезпечними тенденціями; психологічний супровід і корекція в постсуїцидальний період; застосування психотерапевтичних технік в роботі з неповнолітніми з суїцидонебезпечними тенденціями.

Багато авторів, які працюють над проблемою суїциду, розробили алгоритм роботи з суїцидентом. Загальна схема надання екстреної допомоги при спробі самогубства передбачає розгорнутий план дій, реалізувати який в реальних умовах не завжди можливо. Тому рятувальнику суїцидента необхідно спробувати передбачити всі ймовірні варіанти розвитку подій.

Загальна схема екстреної психологічної допомоги при спробі самогубства:

1. Збір інформації, прийняття рішення про те, хто і яку допомогу буде надавати.

Схема збору інформації будується з передумови про те, що часу майже немає. Відштовхуючись від цього, були виділені ті аспекти, які надзвичайно вагомі для роботи. Необхідними є такі дані як: стать; орієнтовний вік (потрібно для того, щоб оцінити ризик здійснення спроби суїциду); наявність або відсутність психіатричного діагнозу (принципово для підбору стратегії допомоги та зниження ризику власної безпеки); алкогольне або наркотичне сп'яніння (важливо для оцінки летальності, вибору стратегії розмови); привід (які події могли послугувати вчиненню спроби суїциду, необхідно для вибору теми розмови); дуже важливо знати хто присутній із значущих людей (важливо, так як в численних випадках у близьких можна дізнатися допоміжну інформацію для подальшого розвитку того, що сталося, крім того близькі є допомогою та підтримкою для суїцидента в подальші періоди); ще однією дуже важливою інформацією є дані про те, чи траплялися подібні спроби самогубства у суїцидента раніше (тому що можлива хронічна аутоагресивна поведінка).

1. Оцінка летальності (аналіз ймовірності виконання спроби самогубства). Цей етап надзвичайно значущий з метою знаходження стратегії подальшої роботи. Неможливо з винятковою точністю спрогнозувати, завершиться аутоагресивна спроба смертю чи ні. Проте, спираючись на статистичні дані, можна оцінити, якою мірою великий ризик втілення такої спроби і встановити, чи належить суїцидент до групи ризику.

Дослідниками були виділені загальні правила для оцінки летальності: слід брати до уваги вік суїцидента, таким чином, групою ризику є – підлітки, чоловіки 20-30 років і люди похилого віку; чоловіки частіше скоюють самогубства, ніж жінки, на 4 чоловіків припадає 1 жінка; наявність психічного захворювання підвищує загрозу завершеного суїциду; людина, що перебуває в стані наркотичного або алкогольного сп'яніння, вірніше здійснить спробу самогубства аніж тверезий. Слід зазначити, що хронічні алкоголіки і наркомани загалом становлять групу ризику.

Зібравши максимальну кількість наявної інформації, і підкресливши суїцидальні і антисуїцидальні фактори, які мають великий вплив на людину, соціальний працівник намагається встановити, з яким суїцидом має справу, для того, щоб підібрати відповідну стратегію роботи і індивідуальний підхід до даної людини.

1. Приєднання до суїцидента.

Цей крок вельми значущий, він допомагає встановити контакт між фахівцем і суїцидентом, надаючи відчути останньому, що людина, яка надає йому допомогу, доводиться йому союзником, товаришем, що допомагає йому впоратися з переломними обставинами, а не уявляє собою небезпеку і не є недоброзичливцем світу.

1. Пошук і актуалізація ресурсу.

У будь-якій ситуації, в тому числі, якщо вона може здатися на перший погляд найбільш несприятливою, присутні позитивні обставини. Важливо визначити подібні обставини для суїцидента, знайти такі моменти для нього, зосередити його увагу на те, що ці моменти існують. Продемонструвати суїциденту неповторність його життєвого досвіду і корисність даного досвіду для оточуючих і його самого. Ресурс – аж ніяк не вихід з кризового стану, але він допомагає людині відшукати в собі сили залагодити ситуацію, що склалася.

1. Стадія «вислуховування».

Головна мета даної фази «слідувати» вслід за суїцидентом. Важливо прислухатися до клієнта і не нав'язувати власну точку зору. У цьому місці має велике значення володіти навичками емпатичного слухання і утримуватися від оцінок, рекомендацій, також не підказувати варіанти виходу з ситуації, що склалася, не нав’язувати свої думки, своє світосприйняття.

1. Стадія «повороту на 180».

Ключове завдання цієї стадії – продемонструвати суїциденту ситуацію з абсолютно іншого боку. Слід спрямувати суїцидента за собою, актуалізувати ресурс, переконати його працювати. Важливо пам'ятати, що недозволено і небезпечно реалізовувати стадію перевороту доти пір, поки не буде виявлений ресурс.

1. Завершення ситуації.

Забороняється залишати суїцидента на попередньому рубежі. Слід усвідомлювати, що на стадії завершення в суїцидента ймовірні реакції подібні до таких як: агресивні реакції; байдужість і млявість; ейфоричний стан; плач. Регулювати стан людини в цьому випадку необхідно згідно зі схемою роботи з різкими стресовими реакціями.

Слід пам'ятати, що не завжди та не в усіх випадках можливо скористатися наданим алгоритмом роботи з суїцидентом. Впливати слід в залежності від контексту певної ситуації і стану суїцидента, та при необхідності, в залежності від обставин, передати потерпілого фахівцям (психологам, психіатрам, бригаді швидкої допомоги) [42].

Технології соціальної роботи з людьми, схильними до суїцидальної поведінки, більшість дослідників поділяють на два напрямки: профілактичний і корекційний (або соціально-реабілітаційний). Здійснення цих технологій базується на підставі соціальної діагностики (вивчення соціального середовища, факторів, що сприяють прояву суїцидальної поведінки). Соціальна реабілітація передбачає систему заходів, які зорієнтовані на розв'язання завдань досить широкого спектра – від прищеплення простих навичок аж до повної інтеграції людини в суспільстві.

Реадаптація і адаптація неповнолітнього з аутоагресивними тенденціями проходить в кілька етапів.

На першому етапі здійснюється емпатійна підтримка підлітка. Як наслідок даної підтримки, у суїцидента виникає відчуття, що його ситуація не є унікальною і безвихідною, осмислення підлітком можливості вирішення його проблеми, виникнення переконаності, що є оточення, здатне прийняти його таким, яким він є, підтримати та надати йому допомогу.

Формування у пацієнта інтенсивної установки на самостійне переборення кризової ситуації, є другим етапом реадаптації. Всі види допомоги, які використовуються фахівцем на даному етапі націлені на мобілізацію особистих психологічних резервів пацієнта. На етапі кризової інтервенції позиція психотерапевта повинна бути швидше партнерською, ніж директивною, а методи впливу – непрямими і м'якими.

Третій крок адаптації та реадаптації неповнолітнього з суїцидальними тенденціями проводиться, при нагоді коли вирішення проблеми пацієнта вимагає розширення до кризових адаптаційних можливостей індивіда. Подія, що викликає кризу, суб'єктивно сприймається рівно як втрата, провал, фіаско, крім того необхідно брати до уваги, що для людини важливі не втрата або провал самі по собі, а їх особистісний значення [17].

До спектра соціально-реабілітаційної діяльності загальноприйнято включати такі види: медико-соціальний, соціально-психологічний, соціально-рольовий, соціально-побутовий, професійної, соціально-правовий [48].

Один з більш значних напрямків соціальної роботи можна позначити профілактику самогубств. Це пов'язано з тим, що профілактика допомагає зберігати людське життя, не завдасть страждань близьким та оточуючим. Любов до життя, вміння долати труднощі це ті якості, які необхідно формувати починаючи з дитячого віку. У ранньому віці можна проводити профілактику наприклад через мультфільми, казки, дитячу художню літературу тощо. В осередку профілактики – здорові діти, здорова сім'я, здоровий спосіб життя [14, c. 93].

Сучасний підхід до роботи з профілактики суїциду серед неповнолітніх характеризується посиленням традиційних психологічних, педагогічних, медичних, правових і громадських заходів впливу за допомогою використання досягнень практичної, вікової та соціальної психології.

Соціальна профілактика – це осмислена, цілеспрямована, соціально організована діяльність по попередженню ймовірних соціальних, психолого-педагогічних, правових та інших труднощів і досягнення очікуваного наслідку. Формулювання визначення «соціальної профілактики» дає можливість виділити основні цілі, на досягнення яких орієнтований цей процес:

* зниження ймовірності або запобігання походження неприпустимих відхилень від системи соціальних стандартів і норм в діяльності та поведінці людини або групи;
* сприяння підлітку або групі в досягненні поставлених цілей, виявлення їх внутрішніх потенціалів та творчих можливостей;
* виявлення факторів та обставин, що сприяють виникненню будь-якої проблеми або комплексу проблем;
* підтримання, збереження і захист оптимального рівня і способу життя людей;
* попередження вірогідних психологічних, соціокультурних та інших колізій у неповнолітнього або групи [6].

На сьогодні, автори, які працюють з проблемою суїцидальної поведінки, виокремили основоположні блоки і етапи профілактично- корекційної роботи:

1. Діагностичний. На цьому етапі соціальний працівник зобов'язаний прояснити суть запиту в формі психологічної консультації. На цьому етапі відбувається встановлення контакту і збір інформації про проблеми людини. Завдання діагностики полягає в тому, щоб виявити суть проблеми і історію її зародження.
2. Профілактично-корекційний. Тут можна простежити проходження трьох основних підетапів.

Підготовчий. Згідно з підсумками діагностики, яка містить в собі консультації з родичами і друзями, також комплексної психодіагностики особистості, виділяються ключові проблемні сфери. У наслідку розробляється система дій і комплекс заходів з корекційної роботи. Підбираються належні методики.

Консультаційно-корекційний. Корекційна робота вимагає системного і комплексного впровадження на всіх рівнях: інтелектуальному, емоційному, соціальному. У той же час відбувається консультування родичів та надання рекомендаційних консультацій психолога сім'ї підлітка.

Простежування змін в поведінці і проявах неповнолітнього з аутоагресивними тенденціями. Цей підетап передбачає регулярне спостереження змін в проявах неповнолітніх завдяки сприянню зворотних відомостей, які виходять від сім'ї. Дані зміни повинні збігатися з критеріями оцінки або нормам.

3) Супровідний. Цей крок пов'язаний з двома аспектами. По-перше, він стосується психокорекції відносин і з реадаптацією неповнолітнього в групі, залучення його до спільної діяльності з однолітками і однокласниками. Основними методами, якими користуються фахівці, є: групові тренінгові методи, імітаційні, ситуативно-рольові, ділові ігри. На цьому етапі психолог або соціальний працівник отримує зворотний зв'язок від неповнолітнього та від сім'ї та однолітків.

Ще одним запобіжним заходом може служити обмеження доступу передбачуваних суїцидентів до засобів, за допомогою яких підліток можна з легкістю завдати собі шкоди або вбити себе. Подібні методи дають можливість реалізувати перепони на шляху негайного суїциду, завдяки чому суїцидальні думки можуть змінитися і готовність вчинити суїцид пропаде [6].

Існують загальноприйняті критерії, які демонструють успішність профілактичної роботи, ними є: логічність, оперативність, актуальність, комплексність, методичність, диференційованість. Актуальність та своєчасність є особливо важливими в роботі з підлітком, особистість якого активно формується. При роботі з особистістю, що розвивається, ВОЗ виділяє три рівні профілактичної роботи: первинну, вторинну і третинну профілактику.

Первинна профілактика орієнтована на виключення негативних факторів, які пробуджують певне явище. Також виробляються заходи, спрямовані на підвищення стійкості особистості до впливу цих факторів. Цей рівень профілактики містить в собі три основних напрямки: вдосконалення соціального життя людей; запобігання соціальних факторів, які сприяють розвитку і прояву девіантної поведінки; формування соціально позитивно орієнтованої особистості.

Вторинна профілактика орієнтована на раннє виявлення і реабілітацію нервово-психічних порушень і роботу з «групою ризику».

Третинна профілактика займається вирішенням спеціальних завдань, наприклад як лікування нервово-психічних розладів, що супроводжуються порушеннями поведінки.

Дослідники, які займаються темою суїциду, прийшли до висновку, що існують ключові правила, якими користуються фахівці в виховних цілях і в профілактиці депресивних станів та в ситуаціях ймовірного суїциду:

* не можна застосовувати насильство і тиск в різних конфігураціях;
* не дозволено провокувати або шантажувати підлітка, в тому числі якщо ці дії використовуються з найкращих спонукань;
* не слід зіставляти неповнолітнього з однолітками;
* не можна відштовхувати дитину, наскільки не був важкий його проступок, потрібно прийняти його;
* в жодному разі не припускається принижувати дитину та настрашать її;
* не слід утримувати власних почуттів по відношенню до підлітка;
* не слід замовчувати внутрішні конфлікти і проблеми сім'ї [21].

За умови виконання фахівцем даних рекомендацій, є можливість зменшити ризик зародження суїцидальних спроб у підлітків.

На сьогодні існує ще один метод допомоги підліткам з суїцидальними тенденціями – інтервенція. Цей спосіб допомоги полягає у втручанні в особистісний простір з метою стимулювання позитивних змін. Він передбачає запобігання акта саморуйнування. Інтервенція полягає в наданні емоційної підтримки і співчутті, при особистому контакті, в різноманітних кризових ситуаціях. Головне завдання інтервенції полягає в тому, щоб утримати людину від самогубства, а не в тому, щоб переробити структуру особистості людини або вилікувати його нервово-психічні розлади.

Авторами було запропоновано етапи, які були рекомендовані до суїцидальної інтервенції:

1. Пошук ознак, які можуть вказувати на можливу небезпеку.
2. Не відкидайте ідею, що людина насправді є суїцидальною особистістю.
3. Встановлення емпатійних відносин. В подальшій роботі дуже багато буде залежати від якості ваших взаємин. Їх необхідно демонструвати не тільки словами, а й невербальною емпатією.
4. Емпатійне слухання.
5. Безконфліктність. Не треба сперечатися, проявляти агресію, ворожість до клієнта.
6. Пошук голубиної причини конфлікту.
7. Підтримка раціонального ставлення до того, що трапилося.
8. Пошук вітальних ресурсів. Це може бути: він сам, сім'я, спогади з минулого – все те що може сприяти підтримці суїцидента.
9. Підтримка емоційно.
10. Аналіз ступеня ризику самогубства. Необхідно встановити серйозність можливого самогубства.
11. Залучення до проблеми інших фахівців [17].

Таким чином, проблема суїцидальної поведінки неповнолітніх зумовлена комплексом чинників об'єктивного і суб'єктивного характеру, і вирішувати подібну ситуацію можна лише за умови згуртування роботи, прагнень і узгоджених дій фахівців різноманітних відомств, які надають соціальну, правозахисну, медичну, психологічну, інформаційну та інші види допомоги.

Своєрідність соціальної роботи з особами у яких спостерігаються суїцидальні тенденції, полягає в проведенні заходів які сприяють зміні соціальної ізоляції суїцидента, і так само зниженню суїцидальних спрямувань. Першочергово, це виключення несприятливих факторів внутрішньосімейних стосунків. Надалі, це оптимізація взаємин, включення різноманітних установ для надання допомоги підліткам з суїцидальними тенденціями, також підключення до процесу «товариств за інтересами», друзів. Однак найважливіші дії соціального працівника повинні бути зорієнтовані на встановлення та усунення конфліктної ситуації, що призвела до суїцидальних думок або дій. Крім цих заходів, соціальний працівник сприяє в наданні клієнтам необхідної соціальної допомоги (матеріальної, соціально-побутової, соціально-психологічної). Крім іншого, соціальний працівник надає соціальну допомогу близьким і родичам суїцидента.

Підсумовуючи сказане, можемо відзначити, що організація соціальної роботи у боротьбі з самогубством має два основоположні напрямки: профілактика самогубств та реабілітація й адаптація суїцидентів і їх сім'ї, близького оточення.

Основними видами допомоги підлітку з суїцидальними тенденціями є: проведення профілактичних бесід; залучення фахівців – психологів, соціальних педагогів, юристів, психотерапевтів тощо; включення неповнолітніх з суїцидальними намірами в тренінгові групи, метою яких є усунення несприятливих емоційно значущих ситуацій; навчання соціальним навичкам, способам ефективного спілкування, взаємодії з оточуючими, конструктивній поведінці в конфліктних ситуаціях; переорієнтування індивідуальних і групових інтересів; призначення щодо освоєння спеціальної літератури.

Відштовхуючись від міри прояву суїцидальної поведінки підлітка, виділяються рівні профілактики: первинний (дає можливість застерегти від спроби суїциду), вторинний (дозволяє вивести людину з суїцидальними тенденціями зі кризового стану) та третинний (сконцентрована на роботу з реабілітації суїцидента).

Таким чином, технології соціальної роботи з неповнолітніми , які мають суїцидальні тенденції, головним чином орієнтовані на те, щоб поставити під соціальний контроль дії такої дитини. Подібний контроль охоплює в собі: заміщення, витіснення суїцидальної поведінки, натомість формувати суспільно-корисну або нейтральну; розподіл соціальної ініціативності неповнолітнього в суспільно схвалюваному або нейтральному напрямку, також відмова від переслідування людей з суїцидальною поведінкою.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1**

Вивчення та аналіз теоретичних питань, які полягають у поглибленні, конкретизації, узагальненні та систематизації знань з проблеми аутоагресивних тенденцій людини та неповнолітніх дозволяють виділити основні теорії та поняття інтелекту.

Ще з давніх часів вчені, філософи, письменники прагнули дати теоретичне обґрунтування суїцидів та парасуїцидів. Однак в даний час як і раніше єдиної теорії, що пояснює природу суїцидів, немає. Можна говорити лише про окремі теоретичні концепції, серед яких умовно виділяють чотири основні групи: психопатологічні, психологічні, біологічні та соціологічні.

Соціологічна концепція: в основі суїцидальної поведінки закладаються зниження та нестійкість соціальної інтеграції, а соціальні чинники грають провідну роль в суїцидальних тенденціях (Е. Дюркгейм). Біологічна концепція: в основі самогубств лежить інстинктивна природа самознищення, «пристосувальний» механізм звільнення від неповноцінних, хворобливих особин (С. Пеппер). Психологічна концепція: у формуванні суїцидальних тенденцій провідне місце належить психологічним факторам. Самогубство – прояв інстинкту смерті, спрямована на себе агресія (З. Фрейд, А. Адлер). Психопатологічна концепція: зарахування всіх самогубців до категорії душевнохворих людей. Когнітивні теорії: аутоагресивна поведінка розглядається як спроб спілкування або вирішення проблеми та як наслідок безнадійності і невпорядкованості мислення (А. Бек, М. Ковач).

Вітчизняні психологи розкривають такі теорії аутоагресивних тенденцій: А. Амбрумова визначає, що аутоагресивна поведінка є наслідком соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитого мікросоціального конфлікту; за теорією В. Розанов схильність до самогубства складається з трьох параметрів: соціум, індивідуум і особистість, біологічні схильності; В. Кондрашенко визначає суїцид, як усвідомлене позбавлення себе життя; І.Кутько, відокремлює поняття парасуїцид, та визначає його як, аутоагресивні дії психічно хворого в стані психозу; Н. Конанчук визначає, що пара суїцид – форма агресії проти власного «Я».

У концепціях соціологів самогубство – це барометр соціальної напруги. У психологічних теоріях суїцид є наслідком тиску на людину. Проте, обидві концепції сходяться на думці, що аутоагресивна поведінка формується в разі, якщо у особистості виникає відчуття відсутності прийнятного шляху вирішення проблеми.

Парасуїцид – заподіяння шкоди власному здоров'ю, яке, однак, не викликане дійсним прагненням до смерті людини. Як правило, парасуїцид відбувається в стані афекту та є не так спробою позбавити себе життя, скільки «криком про допомогу», спробою звернути на себе та свої проблеми увагу оточуючих. Частіше парасуїцид зустрічається у віці 16-24 років.

За дослідженнями А. Волкової, для зовнішніх обставин життя суїцидального неповнолітнього характерні наступні особливості: неблагополучна сім'я, важкий психологічний клімат, конфлікти з батьками і між батьками, алкоголізм в сім'ї, втрата батьків.

Підлітковий вік – етап розвитку людини, невід'ємною частиною якого є зміни. Психологічні і фізіологічні особливості та зміни, що відбуваються в цьому віці, природно впливають на формування ставлення неповнолітніх до смерті, як наслідок на розвиток суїцидальних тенденцій.

Психологічний сенс підліткового суїциду – крик про допомогу, прагнення привернути увагу до свого страждання. Найчастіше, справжнього бажання померти немає, уявлення про смерть вкрай непевні, інфантильні.

Провідне місце в ряду чинників ризику формування суїцидальної поведінки у неповнолітніх виступають групи чинників: сімейні, особистісно-психологічні, макросоціальні і психопатологічні.

Система соціальної роботи по боротьбі з паро суїцидом здійснюється за кількома напрямками: просвіто; профілактика самогубств; виявлення в поведінці неповнолітнього змін, які можуть свідчити про суїцидальні наміри; залучення фахівців з метою надання допомоги підліткам, які опинилися в гострих кризових ситуаціях; при необхідності, супровід учня на консультацію до психолога; при потребі, супроводження неповнолітнього на зустріч до психолога; реабілітація та адаптація суїцидентів і їх оточення.

Основними видами допомоги підлітку з суїцидальними тенденціями є: проведення профілактичних бесід; залучення фахівців – психологів, соціальних педагогів, юристів, психотерапевтів тощо; включення неповнолітніх з суїцидальними намірами в тренінгові групи, метою яких є усунення несприятливих емоційно значущих ситуацій; навчання соціальним навичкам, способам ефективного спілкування, взаємодії з оточуючими, конструктивній поведінці в конфліктних ситуаціях; переорієнтування індивідуальних і групових інтересів; призначення щодо освоєння спеціальної літератури.

Технології соціальної роботи з неповнолітніми, які мають суїцидальні тенденції, головним чином орієнтовані на те, щоб поставити під соціальний контроль дії такої дитини. Подібний контроль охоплює в собі: заміщення, витіснення суїцидальної поведінки, натомість формувати суспільно-корисну або нейтральну; розподіл соціальної ініціативності неповнолітнього в суспільно схвалюваному або нейтральному руслі, також відмова від переслідування людей з суїцидальною поведінкою.

Отже, аутоагресивна поведінка має складний комплексний характер, який виражається у різноманітних конфігураціях (внутрішньої і зовнішньої); містить ряд фаз; володіє особистими особливостями та способами прояву; причини, які залежать від віку, виникнення аутоагресивних тенденцій.

**РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ НЕПОВНОЛІТНІХ**

**2.1. Дослідження дитячо-батьківських відносин та аутоагресивної поведінки неповнолітніх**

Першорядним та основним інститутом виховання для кожної людини є сім'я. Те, що було придбано людиною в дитинстві, він зберігає протягом усього подальшого життя. У сім'ї дитина перебуває значу кількість часу, з цієї причини вплив, що відбувається на дитину в колі батьків, не можна порівняти ні з одним іншим. Сім'я займає в процесі виховання основоположну, довготривалу і найважливішу вагомість. Саме вплив сім'ї та взаємини в колі сім'ї, зокрема дитячо-батьківські відносини, носить першочерговий характер в становленні особистості підлітка. Положення, яке займають батьки в виховному процесі дитини, цілком залежить від використовуваного методу виховання. У більшості випадків девіантні форми поводження, делінквентні нахили в поведінці неповнолітнього є результатом закріплення за дитиною «батьківського зразка», негативного емоційного стану, що з'являється під впливом внутрішньо сімейних розладів і напруженості відносин.

Для розвитку гармонійно розвиненої особистості, її внутрішнього благополуччя, надзвичайно важливо, чи відчуває дитина себе в сім'ї, чи присутнє відчуття любові, значущості для батьків. Вельми важливим є те, як батьки самі ставляться до своїх батьків. Фундаментом для наявних і подальших стосунків неповнолітнього з людьми є осмислення себе в сім'ї. Воно обумовлює реакції дитини на те, що відбувається. Це своєрідні сценарії, на підставі яких, дитина передбачає, як оточуючі будуть діяти що до нього, інтерпретує, що відчувають інші люди по відношенню до нього. Сценарії досить стабільні, найчастіше вони проходять бік о бік з людиною все його життя.

У зв'язку з цим американський психолог Д. Баумрінд провела лонгітюдне дослідження, яке було направлено на вивчення впливу типу сімейного виховання на розвиток особистості дитини. В результаті цього експерименту автор виділила три різні по способу контролю та емоційної насиченості стилю батьківського ставлення і відповідні цим стилям характеристики дітей.

1. Авторитетний стиль – характеризується теплим емоційним прийняттям і високим ступенем контролю над дитиною. У цьому стилі визнається і заохочується автономність дитини. Як наслідок – діти соціально адаптовані, впевнені в собі, здатні контролювати себе, мають високі показники самооцінки. Рішення батьків не здаються випадковими і незаслуженими для дітей, в результаті діти легко погоджуються з ними.
2. Авторитарний стиль – відрізняється відторгненням або низьким рівнем емоційного прийняття дитини та високим контролем, при якому батьки очікують неухильного виконання своїх вимог. Як результат, діти, які виросли в авторитарному вихованні, нісенітні, замкнуті, лякливі і похмурі, невибагливі та дратівливі.
3. Поблажливий (або ліберальний) стиль – тепле емоційне прийняття і низький рівень контролю, який виражається у вседозволеності і прощенні будь-яких вчинків. Батьки недостатньо або зовсім не регламентують дії дитини, не дивлячись на те, що вони відкриті для спілкування з дітьми. Переважний напрямок комунікації – від дитини до батьків. На думку Д. Баумрінд, діти в даному випадку схильні до непокори і агресивності, поводяться невідповідно і мимоволі, невибагливі до себе, в окремих випадках діти стають активними, дієвими, впевненими та креативними людьми [28 – 31].

Е. Маккобі та Дж. Мартін доповнили до цієї типології ще один стиль виховання дитини в сім'ї.

4. Байдужі батьки. При такому стилі – низький рівень контролю та холодні відносини: батьки не визначають для дітей ніяких обмежень, байдужі до дітей, закриті для спілкування. В разі якщо байдужість поєднується з ворожістю, дитина висловлює нестримні імпульси і тенденції до відхилень, зокрема і суїцидальні дії.

Вітчизняний психолог В. Столін помітив певні види неадекватних батьківських (материнських) взаємини до дитини, які пов'язані з емоційними проблемами жінок:

1. Ставлення матері до сина-неповнолітнього як до людини «що заміщає» чоловіка: вимога інтенсивної зацікавленості до себе, опіки, настирливе прагнення перебувати безперервно в суспільстві сина, бажання знизити його контакти з однолітками.
2. Гіперопіка і симбіоз – настирливе прагнення утримати, прив'язати до себе дитину, позбавити його самостійності через побоювання ймовірного лиха з дитиною, яке може трапиться в майбутньому. Як наслідок даного стилю виховання може привести до «закреслювання» реальної дитини, стагнацію формування дитини, занепад і фіксацію на простих конфігураціях спілкування заради забезпечення симбіотичних взаємозв'язків.
3. Виховний контроль за допомогою навмисного позбавлення любові. У певної частини дітей подібний стиль виховання зароджує глибинне почуття власної непотрібності, самотності. Прагнучи повернути батьківську любов, дитя безпосередньо намагається обмежувати свою індивідуальність, поступаючись почуттям власної гідності, втрачаючи власне «Я». Підкорення завойовується ціною знецінення «Я», збереження примітивної прив'язаності.
4. Виховний контроль за допомогою виклику почуття провини. Формування самостійності сковується безперервним острахом неповнолітнього бути винним в негараздах батьків, відносинами залежності [46].

В. Мясіщев, К. Яковлєва в своїх працях вказують на те, що невроз нав'язливих станів і психастенії можуть бути наслідком виховання неповнолітнього в суворих умовах, але суперечливих вимог і заборон; виховання за типом надмірної уваги і задоволення всіх бажань дитини проводить до формування істеричних рис характеру з егоцентризмом, підвищеною емотивність та відсутністю самоконтролю; неврастенії у дитини можуть бути розвинуті в наслідку пред'явлення непосильних вимог до дітей [32 – 33].

Вчені вважають, що визначальну роль в утворенні суїцидальних тенденцій грають стосунки в межах сім'ї підлітка. Сімейними факторами ризику суїцидальної поведінки дітей є: смерть близької людини; конфлікти з батьками; розлучення батьків; відсутність батьківського інтересу до життя неповнолітнього й опіки; відчуженість в дитячо-батьківських відносинах; жорстоке поводження батьків до дитини; коли до дитини висуваються підвищені очікування [33].

Висновки численних досліджень показують, що суїцид неповнолітніх в більшості випадків трапляється, де дитина виховується в авторитарному стилі виховання. У такій сім'ї всі норми і правила неухильно до виконання, і спрямованість виховання в основному на зовнішнє благополуччя.

Ю. Платонов, автор багатьох праць з психології, в одній зі своїх робот виділив соціально-психологічні типи сімей. Саме в таких сім'ях, на думку автора, є ймовірність появи суїцидальної активності [37].

Дезінтегрована сім'я. Специфічні ознаки такої сім'ї: роз'єднаність її членів, формальність взаємовідносин, дефіцит емоційних зв'язків між ними. В даному випадку подальші дії залежать від самої людини. У разі якщо підліток приймає такий тип відносин, або віддалився от негативних емоцій, то суїцидальної небезпеки можна уникнути, завдяки тому, що підліток не буде сприймати дану емоційну взаємопов'язаність, або знайде собі заміну. Однак, якщо надавши значущості формальності взаємин, виникає тривога. Тоді у випадку нерозв'язної ситуації у неповнолітнього можуть виникнути суїцидальні тенденції.

Суперінтегрована сім'я. У такій родині порушується відчуття особистої автономності її членів. Люди настільки «вжилися» один до одного, що не допускають окремого життя. В подібній родині, у випадку смерть когось із її членів, виявляється абсолютна несамостійність іншого. Метою життя батьків, подібного типу сім'ї є діти, що не є відхиленням. Але можливий і такий варіант, що дитина може повністю вживаються в батьків (розчиняючи себе в батьках), тоді подібний наслідок носить застережливий характер. Надалі це може проявиться до неможливості неповнолітнього перебувати в навколишньому світі самостійно. Подібне пов'язано з тим, що дитина не подорослішала, не в змозі нести за себе відповідальність. Дитина нездатна до подальшої інтеграції у суспільстві. Не витримавши ситуації, що склалася, підліток може скоїти акт самогубства, або робити спроби протистояння конфліктній ситуації.

Дисгармонійна сім'я. Відмітні особливості: неузгодженість цілей, потреб її членів, відсутністю взаємної орієнтації на спільність та згоду, небажанням жертвувати особистими інтересами і звичками. У подібного типу сім'ях член сім'ї, який займає лідерську позицію, нав'язує іншим свої звички, закликає скорегувати поведінку, прагне примусити всіх без винятку членів сім'ї поводити себе відповідно до неприйнятних для них ціннісним орієнтаціям. У випадку, якщо підліток матиме вроджену здатність адаптуватися до складних умов життя, диктат, який панує у родині, не буде значно впливати на людину. Однак у випадку, якщо підліток не здатний впоратися з жорстким зовнішнім впливом, включаються захисні механізми. При виникненні важкою для неповнолітнього ситуації або нерозв'язаності конфлікту має можливість появи суїцидальної активність.

Закрита самодостатня сім'я. «Для членів якої сім'я є основною сферою докладання зусиль, єдиним сенсом життя; все інше – робота, поза сімейні відносини тощо – розглядається лише як засіб для підтримки і забезпечення сімейного благополуччя. Якась криза у головній сфері життєдіяльності – сім'ї – загрожує обернутися для її членів суїцидонебезпечною ситуацією» [9].

Подібний тип поведінки може бути наслідком почуття невідповідності до вимог навколишнього середовища і комплексу неповноцінності. Таким чином відчуваючи труднощі у формуванні групової ідентичності, здатності брати на себе відповідальність, особистість поступово звужує і обмежує себе. При цьому дитина виконує функцію продовження ініційованої справи, і індивідуальність, у даному випадку, не береться до уваги. В результаті відбувається втрата незалежності, деформація природних здібностей дитини, непристосованість до важких ситуацій, яка у свою чергу включає механізми захисту. Подібне у подальшому виправдовує суїцидальну активність як захисну реакцію на нездійсненне, що душевно роздирає безвихідну ситуацію.

Консервативна сім'я. Характерна риса – невміння пристосуватися до мінливих зовнішніх умов. У разі залучення до конфліктної ситуації одного з членів такої сім'ї, яка відбулася за межами родини, інші члени сім'ї, в силу своїх консервативних установок, не можуть надати йому допомогу і підтримку, також дистанціюються від конфлікту або стають на бік противника. Схожа ситуація здатна сприйматися рівно як зрада і послужити причиною суїцидальних тенденцій.

Згідно Платонову всі соціально-психологічні типи сімей можуть бути зовні благополучні або не благополучні. Сімейне неблагополуччя може стати фактором для деструктивної поведінки дітей, проблемам в розвитку, способі життя і призводити до порушення ціннісних орієнтацій. Може складеться така ситуація, коли дитина з неблагополучної сім'ї для себе зрозуміє що від нього не слід чекати нічого хорошого, що він не потрібен світу, в такому випадку може трапитися аутоагресивна активність. Визнання власної непотрібності сприяє заниженню самооцінки, почуттю самотності, відчуттю невдачі. Крім того, криза аутентичності (ефект похмурого і безрадісного майбутнього) здатна виступити в якості закріплюючої ланки в утворенні суїцидальної активності [37].

Таким чином, аналіз літератури з даного питання дозволяє стверджувати, що сім'я, головним чином батьки, є ключовим фактором для виховання гармонійної особистості, здоров'я і психіки дитини. Спроба зрозуміти підлітком своє «Я», своє місце в житті проходить через взаємодію між особистістю і оточуючими його людьми. Найближчі хто може допомогти своїй дитині освоїтися в суспільстві це батьки. Тому, конфліктна ситуація в сім'ї може послужити причиною суїциду підлітка. За статистичними даними суїцидологів більшість випадків спроб або завершених суїцидів припадає на сім'ї з гнітючим стилем виховання. В подібній сім’ї вимоги безапеляційного виконання вказівок, які перешкоджають формуванню у неповнолітніх самостійності в прийнятті рішень. В свою чергу одним з найпотужніших чинників, що утримують неповнолітніх від неминучого, є відносини з батьками. У разі якщо взаємини довірчі, батьки ставиться до дитини як до партнера, в такому випадку розвиваються захисні механізми, які оберігають неповнолітнього від суїцидальної поведінки.

**2.2. Дослідження схильності неповнолітніх до аутоагресивної поведінки**

Протягом людської історії проблему самогубства вирішували спочатку з технологічних, пізніше з філософських і моральних позицій, потім, з середини минулого століття, до з'ясування залучалися знання з області психіатрії, антропології, психології, правознавства, епідеміології та соціології. Це дозволяє сьогодні розглядати феномен самогубства з мультидисциплінарних позицій.

Соціологи розглядають самогубство як барометр соціальної напруги. Психологи інтерпретують його як реакцію тиску на особистість. Однак і ті, й інші згодні, що самогубство виникає, якщо у людини з'являється відчуття відсутності прийнятного шляху до гідного існування. Разом з тим далеко не кожен, у кого порушені зв'язки з суспільством або виникли невдачі, стають жертвами самогубства. Не існує якоїсь однієї причини, через яку людина накладає на себе руки. Сприятливі фактори також різняться від людини до людини, і не виявлено якогось єдиного причинного фактора суїциду.

Якщо говорити про суїцидальні тенденції, то це питання є найголовніше для дітей саме підліткового віку. Особливо на підлітковий вік припадає пік суїцидів, пік експериментів з речовинами, які порушують свідомість, та іншою життєво небезпечною активністю. Причому, підлітки, в анамнезі яких неодноразово відзначалися думки про самогубство, відкидали думки його смертельного результату. До того ж, в цьому віковому періоді присутнє такого роду явище, як суїцидальні епідемії. Прикладом подібного феномену може бути підліток, що вирішує покінчити життя самогубством, а в знак солідарності його близькі друзі теж вирішують скоїти подібний вчинок. Важливою особливість буде те, що жоден з неповнолітніх не розповіси нікому про свої наміри та наміри своїх друзів. Мовчання в даному випадку – єдина можливість у неповнолітніх надати підтримку один одному.

Дослідження схильності неповнолітніх до паросуїцидальної поведінки здійснюється за допомогою таких методів: спостереження, бесіда, аналіз результатів дії, тести, емпіричне дослідження за допомогою таких методик: опитувальника «Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки» (М. Горська), «Виявлення суїцидального ризику у дітей» (А. Кучер, В. Костюкевич), «Ваші суїцидальні нахили» (С. Корольова), «Опитувальник батьківського ставлення» (А. Варга, В. Століна).

Основним «інструментом» оцінки суїцидального ризику є клінічне інтерв'ю з пацієнтом, спостереження за ним, інформація, отримана від третіх осіб та медичної документації. В якості додаткових засобів оцінки суїцидального ризику рекомендується використовувати оціночні шкали.

Спостереження, емпіричний метод дослідження, який полягає в умисному, систематичному та цілеспрямованому сприйнятті психічних явищ з метою вивчення їхніх специфічних проявів у конкретних умовах та з'ясуванні смислу цих явищ, який не може бути даний безпосередньо.

Суїцидологами акцентовано увагу на поведінкові індикатори суїцидального ризику: зловживання психоактивними речовинами, алкоголем; ескейп-реакції (втеча з дому тощо); самоізоляція від інших людей і життя; різке зниження повсякденної активності; зміна звичок, наприклад, недотримання правил особистої гігієни, догляду за зовнішністю; часте прослуховування жалобної або сумною музики; «приведення справ у порядок» (врегулювання конфліктів, листи до родичів і друзів, дарування особистих речей); будь-які раптові зміни в поведінці і настрої, особливо потрібно звернути увагу на віддалення від близьких; схильність до невиправдано ризикованих вчинків; порушення дисципліни або зниження якості роботи і пов'язані з цим неприємності в навчанні; розставання з дорогими речами або грошима; придбання засобів для здійснення суїциду; вибір тем розмови і читання, пов'язаних зі смертю та самогубствами; фіксація на прикладах самогубства.

В спостереженні можливе використання таких методик як, «Карта ризику суїциду» (модифікація для неповнолітніх Л. Шнейдер) та «Визначення ступеня ризику скоєння суїциду» (І. Погодін).

Бесіда – метод отримання інформації на основі вербальної (словесної) комунікації, містить в собі запитання-відповіді. Бесіда є однією з форм спостереження. Вона може бути усною чи письмовою. Її метою є виявлення особливого кола питань, які недоступні в процесі безпосереднього спостереження [1]. Бесіда відноситься до суб'єктивних методів, оскільки висновки робляться на підставі тієї інформації, яку розповідає про себе сама людина. Як підкреслював Л.С.Виготський, інформація, отримана під час бесіди, повинна враховуватися як думка, а не як готові висновки, які не потребують експериментальної перевірки [15].

У бесіді можна виявити деякі яскраво виражені ознаки, що вказують на аутоагресивні ознаки. Як правило, підлітки, які схильні до суїциду, прямо або побічно дають своїм друзям і близьким зрозуміти, що збираються піти з життя. Прямі або непрямі повідомлення про суїцидальні наміри («Хочу померти» – пряме сполучення, «Скоро все це закінчиться» – непряме). Жарти, іронічні висловлювання про бажання померти, про безглуздість життя також відносяться до непрямих повідомленнями.

Під час бесіди с підлітком, спеціаліст спостерігає за комунікативними індикаторами суїцидального ризику: дозвільні установки до суїцидальної поведінки; негативна тріада, характерна для депресивних станів: негативна оцінка своєї особистості, навколишнього світу і майбутнього; «тунельна поведінка» – нездатність побачити інші прийнятні шляхи вирішення проблеми крім суїциду; наявність суїцидальних думок, намірів, планів; ступінь суїцидального ризику прямо пов'язаний з тим, чи є у людини тільки рідкісні невизначені думки про самогубство або вони постійні, чи сформувався намір вчинити самогубство, і з'ясувати конкретний план (чим більш ґрунтовно розроблений суїцидальний план, тим вище ймовірність його реалізації); прощання; самозвинувачення; двоїста оцінка значущих подій; повільна, маловиразна мова [26].

А. Кучер приводить перелік деяких висловлювань, позитивне ставлення до яких говорить про відсутність в світогляді неповнолітнього активних антисуїцидальних позицій: «можна виправдати людей, які обрали добровільну смерть»; «я не засуджую людей, які роблять спроби піти з життя»; «вибір добровільної смерті людиною в звичайному житті, безумовно, може бути виправданий»; «я розумію людей, які не хочуть жити далі, якщо їх зраджують рідні і близькі» [12].

Е. Гроллман у своїх роботах визначив вимоги до проведення бесіди з підлітком, які розмірковують про суїцид. Автор рекомендує не просто прийняти суїцидента як особистість, здатну на самогубство, але і визнати за людиною формальне право зробити такий крок. А під час самого діалогу фахівцю рекомендується:

1. уважно слухати співрозмовника тому, що підлітки дуже часто страждають від самотності і неможливості розповісти все що він вбачає для себе важливим;
2. правильно формулювати питання, спокійно і дохідливо розпитуючи про суть тривожної ситуації та про те, яка допомога необхідна;
3. не висловлювати здивування від почутого і не засуджувати дитину за будь-які, самі шокуючи висловлювання;
4. не сперечатися і не наполягати на тому, що його біда незначна, йому живеться краще за інших, оскільки висловлювання типу «у всіх є такі ж проблеми» змушують дитину відчувати себе ще більш непотрібним і марним;
5. докласти зусилля для змінити романтично-трагедійного ореола уявлень неповнолітнього про власну смерть;
6. не пропонувати невиправданих утіх, оскільки підлітки часто не здатні прийняти поради, але підкреслити тимчасовий характер проблеми;
7. привести конструктивні способи її вирішення;
8. одночасно прагнути вселити в неповнолітнього надію, яка, однак, має бути реалістичною і спрямованої на зміцнення його сил і можливостей.

При оцінці суїцидального ризику В. Ромек пропонує на рівні з бесідою та спостереженням також враховувати наступні біографічні чинники:

• гомосексуальна орієнтація (підлітки обох статей і дорослі чоловіки);

• суїцидальні думки, наміри, спроби в минулому;

• суїцидальну поведінку родичів, близьких, друзів, інших значущих осіб (релігійні лідери, кумири поп-культури тощо).

Аналіз продуктів діяльності – метод опосередкованого емпіричного вивчення людини через аналіз, інтерпретацію матеріальних і ідеальних (музика, живопис, малюнки, казки, вироби, твори, учнівські зошити, тощо) продуктів діяльності [31].

Аналіз продуктів діяльності неповнолітніх з аутоагресивними тенденціями складається з наступних елементів: вивчення психографологічних особливостей почерку суїцидентів; виявлення висловлювань про самогубство в листах до близьких, в щоденниках, в авторських поетичних творах, в малюнках, у виборі музики, творах, які обирає підліток тощо; психологічний аналіз трудової діяльності, вивчення робочого місця і житлового приміщення неповнолітнього на предмет наявності специфічної літератури, що стосується самогубств або газетних заміток по даній темі.

Наприклад, підліток в своїх віршах або творах пише про смерть, вибір теми також може свідчити про суїцидальну поведінку. Записи в особистих щоденниках (наприклад біографічні описи наркоманів, за якими, можна, простежити вирішальні обставини, що схилили їх до вступу на шлях пороку, також ставлення до них самого підлітка, виявити його індивідуальні механізми психологічного захисту тощо). Відомі факти, коли напередодні спроби самогубства підлітки відвідували кладовища, в романтичних тонах описували їх в листах рідним, в розмовах з товаришами і однокласниками.

Рисунки є дуже інформативними в дослідженнях суїцидентів. Роздуми на тему смерті можуть набувати форму художніх образів – в записниках, в зошитах зображуються малюнки, що ілюструють депресивний стан людини (труни, хрести, шибениці тощо). Аналіз таких джерел дає досліднику змістовну та необхідну інформацію.

Важливим методом дослідження є математична статистика, яка дозволяє систематизувати і використовувати статистичні дані для наукових і прикладних цілей. Методи математичної статистики дозволяють графічно відображати дані результатів досліджень.

Але частіше за все на практиці використовуються діагностичні методи. До діагностичних дослідних методів ставляться різні тести, тобто методи, що дозволяють досліднику давати кількісну кваліфікацію досліджуваного явища, а також різні прийоми якісної діагностики, за допомогою яких виявляються, наприклад, різні рівні розвитку психологічних властивостей і характеристик випробовуваних [34].

Від інших методів дослідження тести відрізняються тим, що:

а) дозволяють зібрати діагностичну інформацію у відносно короткі терміни;

б) представляють інформацію не взагалі про людину, а цілеспрямовано про ті чи інші його особливості (акцентуація характеру, тривожність тощо);

в) інформація надходить у вигляді, що дозволяє дати якісне і кількісне порівняння індивіда з іншими людьми;

г) інформація, придбана цими методами корисна з точки зору підбирання засобів втручання, прогнозу його ефективності, а також прогнозу розвитку, ефективності тієї чи іншої діяльності індивіда.

В даний час не існує універсальної психодіагностичної методики для визначення суїцидального ризику у людей, та зокрема підлітків. Тестові методики, опитувальники і анкети являються одним з найбільш поширених діагностичних інструментів, використовуваних при оцінці суїцидального ризику. Діагностика суїцидальної поведінки включає в себе виявлення безпосередніх суїцидальних тенденцій, найближчих суїцидонебезпечнх станів та позицій особистості, предиспозиційних суїцидогенних особистісних характеристик (форм і рівнів дезадаптації); особистісно-ситуаційних чинників (конфліктів і суїцидальних мотивів); групових факторів ризику (соціально-демографічних та інших середовищних).

Спеціалізовані опитувальники, призначені для оцінки суїцидального ризику, діляться на дві групи: методики, що включають відносно прямі запитання о наявності суїцидальних думок і переживань та опитувальники, які виявляють індивідуальні особистісні фактори, найбільш тісно пов'язані з високою ймовірністю скоєння суїциду.

Зазвичай виділяють дві групи тестів – стандартизовані і проективні. Тест, орієнтований на оцінку, називається стандартизованим тестом. Серед стандартизованих тестів діагностики аутоагресивних тенденцій неповнолітніх поширені:

«Опитувальник суїцидального ризику» (ОСР) А. Шмельова. Методика дозволяє діагностувати суїцидальний ризик, виявити рівень сформованості суїцидальних намірів. Має в собі дев’ять шкал: демонстративність, афективність, нікальність, неспроможність, соціальний песимізм, злам культурних бар'єрів, максималізм, тимчасова перспектива, антисуїцидальний фактор.

«Методика визначення ступеня ризику скоєння суїциду» (Погодін І.).

Мета методики – виділення дітей групи суїцидального ризику; супровід дітей та їх сімей з метою попередження суїциду. Основу методики становить спеціальна карта, в яку включено 31 фактор ризику суїциду. Наявність і ступінь вираженості кожного з цих факторів необхідно встановити у обстежуваного індивіда [56].

«Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій (СР-45)» П. Юнацкевича Методика призначена для виявлення схильності до суїцидальних реакцій. Дозволяє виявляти осіб, які мають схильності до суїцидальних реакцій, і формувати з них групи ризику.

Методика експрес-діагностики суїцидального ризику «Сигнал» (М. Зотов, В. Петрукевіч, В. Сисоєв). Призначена для об'єктивного виміру психофізіологічних реакцій для вирішення завдань профілактики, психотерапії і реабілітації суїциду. Показником діагностики є показники суїцидального ризику: сенсомоторні реакції, ступінь фіксації уваги, ступінь відмінності середніх часових показників переробки нейтральної інформації та інформації суїцидального характеру.

Проективні тести – група методик, призначених для діагностики особистості, в яких обстежуваним пропонується реагувати на невизначену (багатозначну) ситуацію: інтерпретувати зміст сюжетної картинки, завершувати незакінчені речення, давати тлумачення невизначених контурів, намалювати малюнок за запропонованим завданням. Відповіді на завдання проективних тестів не можуть бути альтернативними (правильно – неправильно), можливий широкий діапазон різноманітних рішень. При цьому мається на увазі, що характер відповідей досліджуваного обумовлюється особливостями його особистості, які «проектуються» на відповіді. Для обстежуваного мета проведеної методики відносно замаскована, що зменшує можливості призвести бажане для нього враження про себе. Для проектованого тесту властивий глобальний підхід до оцінки особистості, а не виявлення окремих її рис [27, 35].

Приклади проективних методик виявлення суїцидальних тенденцій та поведінки підлітків:

«ТАТ. Тематичний апперцептивний тест (4 фотографії)» (Г. Мюррей)

Досліджує рушійні сили особистості – внутрішні конфлікти, потяги, інтереси та мотиви. Фотографії виявляють депресивні і суїцидальні тенденції, підозрілість і приховану агресивність, аж до параної. Вимірюється ставлення до смерті близьких, власні страхи смерті, депресивні тенденції; провідні мотиви, відносини, цінності; афективні конфлікти і їх сфери; способи вирішення конфліктів (позиції, механізми захисту); самооцінка.

Графічний тест «Ваші думки про смерть» (Л. Шнейдер). Метою діагностики є: прояснення відношення до смерті, глибинних думок. Інтерпретація здійснюється по чотирьом шкалам: присутність-відсутність страху смерті, інтерес до смерті, песимізм-оптимізм по відношенню до смерті, філософське ставлення.

«Метод незакінчених пропозицій» (Дж. М. Сакс, С. Леві). Дана методика спрямована на оцінку характеру міжособистісних взаємин.

Мета: оцінка відносин до себе, сім'ї, однолітків, до дорослих, до пережитих страхам і побоюванням, ставлення до минулого і майбутнього, до життєвих цілей [15, c. 269].

На думку А. Амбрумової аутоагресивна поведінка, тобто весь комплекс думок, намірів і дій, які пов'язані з суїцидом, є наслідком соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитого мікро соціального конфлікту. Ситуація конфлікту призводить до суїцидальних дій при наявності трьох факторів: соціокультурних особливостей виховання; несприятливого соціального оточення; сукупності індивідуальних особливостей особистості [4].

Отже, критеріями визначення суїцидальної спрямованості будуть: підвищена особистісна тривожність, фрустрація, негативне сприйняття навколишнього, прагнення поміняти його і безпорадність у самостійних пошуках шляху вирішення проблеми, ступень взаємовідносин з батьками, розуміння ними своїх дітей, співпереживання, нормативних відносин, крім того, відсутність усвідомленого бажання до життя. Чим інтенсивніше сформульовані ці особливості, тим значніше збільшується ризик скоєння суїциду.

Тому завданням тестів для дослідження аутоагресивних тенденцій є: виявити схильності респондентів до суїциду, обстежити неповнолітніх на ставлення до життя і смерті, оцінити емоційні розлади (депресії, агресія, тривожність тощо), визначення суїцидальних нахилів суб'єкта, стійкість до внутрішніх позивів накласти на себе руки з тих чи інших причин.

Таким чином, під час проведення дослідження, враховуючи мету, об’єкт та предмет дослідження, використовуємо наступні методики:

«Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки» (М. Горська)

Мета: виявлення схильності індивіда до суїцидальної поведінки.

Тест можна застосовувати як для індивідуального, так і для групового дослідження.

За основу даної методики автор бере опитувальник Г. Айзенка, який включає опис різних психічних станів, наявність яких у себе випробовуваний повинен підтвердити або спростувати. Опитувальник дає можливість визначити рівень тривожності, фрустрації, агресії та ригідності.

Час виконання – 30-45 хвилин.

Методика призначена для людей віком від 14 років.

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

Обробка результатів.

При обробці результатів підраховується кількість відповідей «1» і «2», які співпали з ключем. За кожну відповідь «2», яка збіглась з ключем, нараховується 2 бали, за відповідь «1» – налічується 1 бал. Потім відповіді за кожною шкалою підсумовуються. Для кожної групи можлива кількість балів від 0 до 20.

Оцінка та інтерпретація балів:

0-7 балів – низький рівень психічного стану;

8-14 балів – середній рівень;

15-20 балів – високий рівень психічного стану.

Підсумком тесту є сума балів за чотирма шкалами які визначають показник схильності до суїцидальної поведінки:

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

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

46 балів і більше – рівень схильності до суїцидальної поведінки високий, потрібна корекційна робота (див Додаток В).

Методика «Виявлення суїцидального ризику у дітей» (А. Кучер, В. Костюкевич)

Мета: дослідження аутоагресивних тенденцій і чинників, що формують суїцидальні наміри.

Методика призначена для учнів 5 – 11 класу. Форма проведення може бути як індивідуальна, так і групова.

Інструкція: Увага дитини зосереджується на тесті, мета якого вуалюється як визначення інтелектуальних здібностей дитини. Дитині зачитуються вираження, її завдання співвіднести їх з відповідними колонками заздалегідь підготовленої таблиці в бланку відповіді. На обмірковування внутрішнього сенсу виразу і визначення теми його змісту відводиться 5-7 секунд. Якщо дитина не може віднести почутий вираз до будь-якої теми, він його пропускає. Переконавшись, що учні готові до роботи, приступите до читання висловлювань.

Обробка результатів.

Після заповнення бланка підраховується кількість позначок в кожному стовпчику. Відповіді інтерпретуються на основі таблиць (Див. Додаток В). Про наявність суїцидального ризику свідчить результат, отриманий в колонці «Добровільний відхід з життя».

Якщо результат колонки «Добровільний відхід з життя» менше представлених в інтерпретаційній таблиці показників, то це свідчить про невисокий ризик суїцидальної поведінки, але при цьому можна судити про інші фактори, які представлені в інших колонках, як про стресогені проблеми, що впливають на стан психологічного комфорту неповнолітнього [12].

Проективна методика «Ваші суїцидальні схильності» (З. Королёв)

Мета: визначення суїцидальних схильностей суб'єкта.

Проективна методика дозволяє визначити такі показники, як: актуальний настрій, саморегуляція, суїцидальні думки, ступінь чутливості, маніпулювання суїцидальниими думками.

Інструкція: Перед вами якась фігура вигадливою форми. Її серцевина зафарбована чорним. Ваше завдання закінчити малюнок, надати фігурі завершеності. Для цього вам потрібно зафарбувати всі частини фігури таким чином, щоб картина вам самим сподобалась.

Обробка та інтерпретація здійснюються відповідно ключа (див. Додаток Д).

«Опитувальник батьківського ставлення» (А. Я. Варга, В. В. Столина)

Мета: виявлення батьківського ставлення, почуттів по відношенню до дитини та поведінкових стереотипів.

Тест-опитувальник батьківського ставлення являє собою психодіагностичний інструмент, орієнтований на виявлення батьківського ставлення в осіб, що звернулись за психологічною допомогою з питань виховання дітей та спілкування з ними. Батьківське ставлення розуміється як система різноманітних почуттів стосовно дитини, поведінкових стереотипів, що практикуються в спілкуванні з ним, особливостей сприйняття і розуміння характеру особистості дитини, її вчинків.

Результати опитування виражаються в п'яти шкалах: прийняття – відторгнення, кооперація (соціальна бажаність поведінки дитини), симбіоз (відсутність дистанції між батьком і дитиною), авторитарний контроль, ставлення до невдач дитини.

Інструкція. Вашій увазі пропонуються твердження, з якими ви згодні або не згодні. Якщо ви згодні з твердженням, то навпроти нього напишіть «Так», якщо ж не згодні, то напишіть «Ні».

Обробка та інтерпретація.

За кожну відповідь типу «Так» випробуваний отримує 1 бал, а за кожну відповідь типу «Ні» – 0 балів. Якщо перед номером відповіді стоїть знак "–", це дорівнює відповіді «Ні», тобто на це питання нараховується один бал, а за відповідь «Так» – 0 балів.

При підрахунку тестових балів за всіма шкалами враховується відповідь «Так». Високий тестовий бал по відповідних шкалах інтерпретується як: відторгнення, соціальна бажаність, симбіоз, гиперсоціалізація, інфантилізація (інвалідизація) [44].

Тестові норми проводяться у вигляді таблиць відсоткових рангів тестових балів за відповідними шкалами = 160

**2.3. Психологічний та статистичний аналіз результатів констатувального експерименту**

Дослідження суїцидальних тенденцій неповнолітніх проводилось на базі науково-практичного Центру медико-соціальних та психотехнологій (кафедра практичної психології та соціальної роботи СНУ ім. В.Даля).

Респондентами в дослідженні виступали учні групи 104 за спеціальністю «Оператор з обробки інформації та програмного забезпечення**»**. Генеральна сукупність: 31 учень. Обсяг вибірки – 30 осіб, з них 14 (47%) хлопців і 16 (53%) дівчат. Середній вік випробовуваних – 15-16 років.

В групі 104 навчання зорієнтоване в напрямку виконання технологічних операцій з обробки інформації та програмного забезпечення; пов’язано з розробкою, розміщенням і супроводом Веб-сайтів та пошуком інформації в інформаційних мережах.

Показник успішності складає: відмінники – 2 учні (7%), хорошисти – 8 учнів (27%), задовільний рівень мають 17 неповнолітніх (56%), незадовільний рівень має 3 учні (10%).

Дослідження суїцидальних тенденцій проводилося поетапно, в умовах реального навчального процесу, у звичній для учнів атмосфері. На першому етапі ми виявили схильності неповнолітніх до суїцидальної поведінки за допомогою опитувальника «Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки» (М. Горська).

Учні позитивно зустріли психолога, уважно прослухали завдання. Психолог розповів інструкцію та умови проходження діагностики. Учні зосереджено слухали, цікавилися скільки питань в тесті, скільки часу дається для проходження діагностики. Багатьом підліткам було цікаво дізнатися мету діагностики, деякі учні хвилювалися за результати, боялись що можуть не правильно відповісти на питання. Психолог пояснив підліткам, що в тесті не має правильних та не правильних відповідей, що відповідати потрібно відверто. Заспокоївшись, почали відповідати на питання діагностики. Деякі учні намагалися подивитися на відповіді одногрупників, але після рекомендацій психолога вони зосередились та працювали самостійно. Інколи, коли було не зрозуміло питання, просили допомоги у психолога, у своїх товаришів. У класі відчувалась напруженість. Підлітки замислювались, коли чули питання й не могли з точністю відповісти на нього, намагалися згадати запропоновану ситуацію, відтворити та відчути її подумки. У класі була створена психологічно позитивна атмосфера, яка сприяла роботі учнів.

На другому етапі ми вивчали аутоагресивні тенденції і чинники, що формують суїцидальні наміри за допомогою методики «Виявлення суїцидального ризику у дітей» (А. Кучер, В. Костюкевич).

Учні радо зустріли психолога. Їм було цікаво дізнаватися результати попередньої методики. Відчувалась зібраність учнів, бажання виконувати завдання тесту. Охоче почали роботу. Уважно слухали запропоновані вираження. Коли не могли віднести його до якоїсь теми, помітно нервували. Деякі намагалися списати у друзів. Психолог пояснив, що ця робота не стосується оцінок, потрібно висловити власну думку. Були вираження, які спричиняли труднощі, на інші відповідали відразу. У класі було тихо. Одна дівчинка постійно ховала бланк відповіді, не бажала, щоб хтось побачив її відповіді. У класі усі учні цілеспрямовано працювали. Спостерігалося, що дітям цікаво.

На третьому етапі ми досліджували суїцидальні нахили учнів за допомогою проективної методики «Ваші суїцидальні схильності» (З. Королёва).

Учні чекали психолога, з захопленням розповідали про свої плани на майбутню освіту. Запитували, яку методику будуть проходити, що вона визначає. Психолог розповів умови проходження діагностики, учні уважно слухали. Не відчувалося напруги, підлітки зацікавлено прислухалися до коментарів психолога. Коли вони побачили картки зі стимульним матеріалом, їм стало дуже цікаво, та хотілось почати роботу. Кожен з учнів спочатку міркував над тим, що він хоче домалювати до запропонованої картинки, а потім з помітною активністю й зацікавленістю приймався за малюнок. Учням сподобалося малювати. В цілому в класі була сприятлива атмосфера.

Четвертий етап ми провели на батьківських зборах групи 104. Ми вивчали батьківське ставлення, почуття по відношенню до дитини та поведінкові стереотипи за допомогою методики «Опитувальник батьківського ставлення» (А. Варга, В. Століна).

Батькам було представлено психолога, та повідомлена мета діагностування їх та дітей. Батьки с зацікавленістю слухали психолога. Багато батьків погодились з необхідністю проводити подібні дослідження. При проходження діагностики, батьки уважно слухали запитання, намагалися пригадати подібну ситуацію. Після діагностики багато батьків хотіло дізнатися свої результати, а також результати своїх дітей. Також було висунуто питання «Які фактори спричиняють суїцидальні тенденції» та «Як захистити неповнолітнього від суїцидальних спроб». Батьки радо брали участь у круглому столі на запропоновані теми.

Після проходження чотирьох етапів дослідження були оброблено данні результатів діагностики.

За результатами методики «Визначення схильності до суїцидальної поведінки» (М. Горська) отримано такі данні (див. Додаток Г):

Агресивність:

високий рівень агресивності – 4 досліджених (13 %);

середній рівень агресивності – 22 особи (74 %)

низький рівень агресивності – 4 респонденти (13 %).

Тривожність:

високий рівень тривожності – 3 учні (10 %);

середній рівень тривожності – 17 досліджених (57 %);

низький рівень тривожності – 10 осіб (33 %).

Фрустрація

високий рівень фрустрації – 2 респонденти (6 %);

середній рівень фрустрації – 14 учнів (47 %);

низький рівень фрустрації – 14 досліджених. (47 %).

Ригідність

високий рівень ригідності – 6 осіб (21 %);

середній рівень ригідності – 22 досліджених (73 %);

низький рівень ригідності – 2 респонденти (6 %), (див. рис. 2.1).

Таким чином, порівнюючи результати відповідей з ключем, дослідження схильності до суїцидальної поведінки має такі показники:

високий рівень схильності до суїцидальної поведінки – не виявлено;

рівень схильності до суїцидальної поведінки, що потребує уваги до неповнолітнього – 2 учні (10%);

низький рівень схильності до суїцидальної поведінки – 28 осіб (90%).

**Рис. 2.1. Сегментограма результатів випробування за методикою «Визначення схильності до суїцидальної поведінки» (М. Горська)**

*Таблиця 2.1*

**Кількісні та якісні показники рівня схильності до суїцидальної поведінки за методикою «Визначення схильності до суїцидальної поведінки» (М. Горська)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рівні схильності до суїцидальної поведінки | Хлопці | Дівчата |
| Абсолютне значення | Відсоток (%) | Абсолютне значення | Відсоток (%) |
| Високий | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Рівень, що потребує уваги  | 2 | 7 | 1 | 3 |
| Низький | 12 | 40 | 15 | 50 |

Наочно результати дослідження рівня схильності до суїцидальної поведінки показані на рисунку 2.2.

**Рис. 2.2. Діаграма дослідження схильності до суїцидальної поведінки за методикою «Визначення схильності до суїцидальної**

**поведінки» (М. Горська)**

Таким чином, досліджуваний параметр – схильності до суїцидальної поведінки, більше виражений у юнаків, ніж у дівчат.

За результатами методики«Виявлення суїцидального ризику у дітей» (А. Кучер, В. Костюкевич) отримано такі данні (див. Додаток З):

Алкоголь, наркотики: норма – 28 осіб (93%); потребується особова увага – 2 учні (7%); потрібне формування антисуїцидальних факторів – не виявлено.

Нещасливе кохання: норма – 30 досліджених (100%); потребується особова увага, потрібне формування антисуїцидальних факторів – не виявлено.

Протиправні дії: норма – 27 осіб (90%); потребується особова увага – 3 учні (10%); потрібне формування антисуїцидальних факторів – не виявлено.

Гроші та проблеми з ними: норма – 25 респондентів (83%); потребується особова увага – 5 досліджених (17%); потрібне формування антисуїцидальних факторів – не виявлено.

Добровільний ухід з життя: норма – 30 учнів (100%); потребується особова увага та потрібне формування антисуїцидальних факторів – не виявлено.

Сімейні негаразди: норма – 26 респондентів (87%); потребується особова увага – 4 досліджених (13%); потрібне формування антисуїцидальних факторів – не виявлено.

Втрата сенсу життя: норма – 30 осіб (100%); потребується особова увага, потрібне формування антисуїцидальних факторів – не виявлено.

Відчуття неповноцінності, ущербності та потворності: норма – 25 респондентів (83%); потребується особова увага – 5 досліджених (17%); потрібне формування антисуїцидальних факторів – не виявлено.

Шкільні проблеми, проблеми вибору життєвого шляху: норма – 27 респондентів (90%); потребується особова увага – 3 досліджених (10%); потрібне формування антисуїцидальних факторів – не виявлено.

Відношення з оточенням: норма – 26 респондентів (87%); потребується особова увага – 4 досліджених (13%); потрібне формування антисуїцидальних факторів – не виявлено.

**Рис. 2.3. Гістограма результатів випробування за методикою «Виявлення суїцидального ризику у дітей» (А. Кучер, В. Костюкевич)**

*Таблиця 2.2*

**Кількісні та якісні показники аутоагресивних тенденцій і чинників, що формують суїцидальні наміри, в яких потребується особова увага до неповнолітнього за методикою «Виявлення суїцидального ризику у дітей» (А. Кучер, В. Костюкевич)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Аутоагресивні тенденції і чинники | Хлопці | Дівчата |
| Абсолютне значення | Відсоток (%) | Абсолютне значення | Відсоток (%) |
| Алкоголь, наркотики | 2 | 7 | 0 | 0 |
| Нещасливе кохання | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Протиправні дії | 2 | 7 | 1 | 3 |
| Гроші | 3 | 10 | 2 | 7 |
| Добровільний ухід з життя | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Сімейні негаразди | 1 | 3 | 3 | 10 |
| Втрата сенсу життя | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Відчуття неповноцінності | 2 | 7 | 3 | 10 |
| Шкільні проблеми | 1 | 3 | 2 | 7 |
| Відношення з оточенням | 2 | 7 | 2 | 7 |

Як видно з наведених даних в таблиці 2.2 у обстежуваних юнаків переважає аутоагресивний чинник:гроші та проблеми з ними – 10%;

алкоголь, наркотики – у 7% учнів; протиправні дії – у 7% осіб; відчуття неповноцінності, ущербності та потворності – 7% респондентів; відношення з оточенням – у 7% досліджених, сімейні негаразди – 3% респондентів; шкільні проблеми, проблеми вибору життєвого шляху – у 3% хлопців.

Аутоагресивні тенденції і чинники: нещасливе кохання, добровільний ухід з життя, втрата сенсу життя у обстежуваних юнаків – не виявлено.

У обстежуваних дівчат переважають аутоагресивні тенденції і чинники: відчуття неповноцінності – 10% дівчат та сімейні негаразди – 10% осіб.

Гроші та проблеми з ними – 7% досліджених, шкільні проблеми, проблеми вибору життєвого шляху – 7% осіб, відношення з оточенням – 7% дівчат.

Аутоагресивні тенденції і чинники: алкоголь, наркотики, нещасливе кохання, добровільний ухід з життя, втрата сенсу життя у обстежуваних дівчат – не виявлено.

Наочно результати дослідження аутоагресивних тенденцій і чинників, що формують суїцидальні наміри, в яких потребується особова увага до неповнолітнього показані на рисунку 2.4.

**Рис. 2.4. Діаграма дослідження аутоагрессивних тенденцій і чинників, що формують суїцидальні наміри за методикою «Виявлення суїцидального ризику у дітей» (А. Кучер, В. Костюкевич)**

Таким чином, досліджуваний параметр – аутоагресивні тенденції і чинники, що формують суїцидальні наміри, мають більший вплив на дівчат, ніж на хлопців.

За результатами проективної методики «Ваші суїцидальі схильності» (С. Корольова) отримано такі дані:

Низький рівень суїцидальних нахилів, але на даний час похмурий настрій – 4 учні (13%);

Сформована воля та стійкі нерви, не схильний до самогубств – 26 досліджених (87%);

Можливі подумки про самогубство – не виявлено;

Схильні до суїциду – не виявлено;

Схильні шантажувати самогубством – не виявлено;

Підсвідомі думки про суїцид – не виявлено (див. рис. 2.5).

**Рис. 2.5. Сегментограма результатів випробування за методикою «Ваші суїцидальні схильності» (С. Корольова)**

Як видно з наведених даних в таблиці 2.3 у обстежуваних юнаків переважає сформована воля та стійкі нерви, підліток не схильний до самогубств – 37%.

Низький рівень суїцидальних нахилів, але на даний час похмурий настрій у обстежуваних юнаків – 10%.

У обстежуваних дівчат також переважає сформована воля та стійкі нерви, підліток не схильний до самогубств – 50%.

Таблиця 2.3

**Кількісні та якісні показники рівня суїцидальних схильностей за методикою «Ваші суїцидальні схильності» (С. Корольова)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рівні суїцидальних схильностей  | Хлопці | Дівчата |
| Абсолютне значення | Відсоток (%) | Абсолютне значення | Відсоток (%) |
| Низький  | 3 | 10 | 1 | 3 |
| Не схильний до самогубств | 11 | 37 | 15 | 50 |
| Можливі подумки про самогубство | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Високий | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Схильність шантажувати самогубством | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Підсвідомі думки про суїцид | 0 | 0 | 0 | 0 |

На рис. 2.6. наочно показані результати дослідження суїцидальних схильностей за методикою «Ваші суїцидальні схильності» (С. Корольова).

**Рис. 2.6. Діаграма результатів випробування за методикою «Ваші суїцидальні схильності»**

Таким чином, досліджуваний параметр – суїцидальні схильності у всіх на низькому рівні, але у юнаків, на відмінно від дівчат, краще виражений рівень низький з похмурим настроєм.

За результатами методики «Опитувальник батьківського ставлення (А. Варга, В. Століна)» отримано такі дані:

«Прийняття – відторгнення»:

Високий рівень – 8 досліджених (26%);

Середній рівень – 20 батьків (67%);

Низький рівень – 2 респонденти (7%);

«Кооперація»:

Високий рівень – 7 осіб (23%);

Середній рівень – 18 респондентів (60%);

Низький рівень – 5 досліджених(17%);

«Симбіоз»:

Високий рівень – 10 батьків (33%);

Середній рівень – 14 осіб (47%);

Низький рівень – 6 респондентів (20%);

«Контроль»:

Високий рівень – 3 досліджених (10%);

Середній рівень – 15 респондентів (50%);

Низький рівень – 12 батьків (40%);

«Ставлення до невдач дитини»:

Високий рівень – 5 батьків (17%);

Середній рівень – 16 досліджених (53%);

Низький рівень – 9 осіб (30%).

Таким чином, за результатами дослідження батьківського ставлення з питань виховання дітей і спілкування з ними отримано такі данні:

Високий рівень – 6 досліджених (20%);

Середній рівень – 17 батьків (57%);

Низький рівень – 7 респондентів (23%), (див. рис.2.7).

**Рис. 2.7. Сегментограма результатів досліджень батьківського ставлення з питань виховання дітей і спілкування з ними за методикою «Опитувальник батьківського ставлення (А. Варга, В. Століна)»**

Отже,за результатами досліджень за трьома методиками виявленні такі данні (див. рис.2.8):

високий рівень суїцидальних нахилів – не виявленно;

середній рівень суїцидальних нахилів – у 3 респондентів (10%);

низький рівень суїцидальних нахилів – у 27 осіб (90%).

**Рис. 2.8. Сегментограма результатів досліджень за трьома методиками**

Статистичний аналіз результатів дослідження.

Для обробки результатів дослідження ми визнали доцільним використовувати кореляційний аналіз, оскільки цей критерій перевіряє висунену нами гіпотезу, про зв'язок суїцидальної поведінки неповнолітнього та стилю його виховання й відносин в колі сім’ї, також цей аналіз є показником взаємного імовірнісного впливу двох випадкових величин.

Кореляційний аналіз ми розраховували за формулою Пірсона:



Розрахунок за формулою Пірсона проводили в MS Excel. Результати дослідження представлені в таблиці 2.4 (див. Додаток З). Виходячи з отриманих результатів ми отримали коефіцієнт кореляції rxy = – 0,**74**, це свідчить про прямий зв'язок між досліджуваними ознаками і про помітну тісноту (силу) зв'язку.

Отримані данні свідчить про наявність помітного зв'язку між рівнем батьківського ставлення до підлітка, а саме прийняття або відторгнення дитини, і рівнем суїцидальних тенденцій підлітка. Це свідчить про те, що чим вище рівень прийняття батьками своєї дитини, є виражене позитивне ставлення, тим нижче показники суїцидальних схильностей у підлітка. Якщо дорослий відчуває по відношенню до дитини в основному тільки негативні почуття: роздратування, злість, досаду, навіть іноді ненависть, тоді показники суїцидальних схильностей помітно вищі.

**2.4. Профілактичні заходи щодо попередження аутоагресивних тенденцій у підлітковому середовищі**

Програма профілактичних заходів щодо попередження аутоагресивних тенденцій у неповнолітніх спрямована на пошук форм роботи, що сприяють розвитку особистості, формуванню емоційної стабільності та ефективних комунікативних навичок.

Представлена наступними матеріалами: пояснювальна записка, розробка занять.

Актуальність програми. Суїцид – це глобальна і трагічна проблема для світової спільноти. За даними звіту Дитячого фонду ООН за останні роки значно збільшилася кількість суїцидальних спроб і завершених самогубств серед молоді та підлітків. Підлітковий вік – один з найскладніших періодів у житті людини, бо саме в цей період відбувається дуже швидкий розвиток всіх систем і органів, починає активно функціонувати гормональна система. Відбувається і перебудова психіки. У цей період життя підліток активно веде пошук свого «Я», з'являється потреба в автономії. Все це часто супроводжується почуттям невпевненості в собі, невпевненості у власній цінності як особистості, питаннями про сенс життя. За даними сучасних науковців саме самогубство неповнолітніх посідає третє місце серед провідних причин смертельних випадків і четверте серед основних причин потенційної втрати життя. Тому здоров’я дітей та неповнолітніх як фізичне, так і психічне, на сьогодні стає все більш актуальним. Розширення діагностичних можливостей, становлення шкільної психології дозволяють виявляти особливості розвитку дитячого організму на всіх етапах, доки дитина перебуває в шкільному оточені. Важливим ланцюгом при роботі з дітьми є профілактика як залежних так і девіантних форм поведінки, саме яким і є суїцидальні тенденції. Основним змістом загального напрямку профілактичної роботи має стати послаблення соціально-психологічних передумов, що сприяють формуванню суїцидальної поведінки та суїцидогенної обстановки в учнівських колективах.

Програма спрямована на корегування агресивної та суїцидальної поведінки підлітків, профілактику суїцидів, особистий розвиток дитини в навчанні, поведінці, у взаємовідношеннях з іншими.

Мета корекційних занять – запобігання суїцидальної поведінки; сприяти повноцінному психічному і особистісному розвитку учнів; зниження рівня агресивності; зниження емоційної напруженісті; коригувати поведінки в неповнолітніх за допомогою ігротерапії; зниження рівня тривожності через формування вміння регулювати свій емоційний стан; навчання прийомам саморелаксації, зняття емоційної напруги в стресових ситуаціях.

В запропонованій програмі успішно вирішуються наступні задачі:

* створення умови для довірчих, доброзичливих відносин, атмосфери розуміння і активної участі в роботі групи;
* виявлення дітей «групи ризику»;
* формування у неповнолітніх мотивації розвитку своєї особистості за допомогою усвідомлення своїх внутрішніх переживань і причин, що їх викликають, з подальшим їх емоційним відреагуванням;
* розвиток навичок використання активних поведінкових стратегій при переживанні, подоланні життєвих труднощів і для попередження подальшого розвитку девіантної поведінки;
* зниження емоційної напруги;
* розвиток здатності до позитивного самосприйняття;
* розвиток внутрішньої активності підлітків;
* перенесення позитивного досвіду з групи до реального шкільного життя;
* розвиток навичок комунікації, вміння відповідати на питання та слухати інших, вміння давати рефлексію.

Психолого-педагогічні засоби, які використовуються на заняттях.

Методичні засоби, які використовуються на заняттях, представляють собою: бесіди, дискусії, тематичні релаксації, рольові ігри, елементи тренінгу, психотерапевтичні прийоми: емоційне відредагування негативних переживань, зняття та зменшення соціальних страхів.

Технологія реалізації програми.

Заняття проводяться за принципом соціально-психологічного тренінгу в приміщені, класі де є можливість вільно розташовуватися та пересуватися. Їх тривалість не повинна перевищувати один шкільний урок. Кожній дитині необхідно забезпечити можливість проявити себе, бути відкритим та підліток не повинен боятися зробити помилку.

Провідними методами заняття є ігри, обговорення, дискусії, аналіз вчинків та поведінки. Підлітки вчаться відповідати на поставлені питання та робити висновки, узагальнювати, аналізувати та логічно розмірковувати.

Форма проведення заняття доволі вільна. Підлітки не тільки слухають, відповідають на питання, малюють, виконують завдання, а також вони розмовляють між собою, обмінюються емоціями, переживаннями. Суб’єктивна задоволеність процесом тренінгу вивчається за допомогою «зворотного зв’язку». Це дає можливість отримати цінну інформацію про безпосередні враження учасників занять. Отримуючи зворотній зв’язок, після завершення заняття ми можемо оцінити підсумки кожного учня.

Принципи програми:

* Принцип цінності особистості, що полягає в самоцінності дитини;
* Принцип унікальності особистості, який полягає у визнанні індивідуальності дитини;
* Принцип пріоритету особистісного розвитку, коли навчання виступає не як самоціль, а як засіб розвитку особистості кожного підлітка;
* Принцип орієнтації на зону ближнього розвитку кожного учня;

Структура заняття.

Кожне заняття складається з трьох частин.

Перша частина – вступна. Містить в собі привітання або розминку. Мета вступної частини заняття – налаштувати клас на спільну роботу, встановити емоційний контакт між учасниками.

Друга частина – основна. Ця частина містить в собі ключове смислове навантаження усього заняття. До основної частини входять: елементи групової дискусії, ігри, притчі, ігрові завдання, змагання між командами, вправи тренінгу тощо.

Третя частина – завершальна. Включає в себе обов’язкову підсумкову рефлексію учнів та ритуал прощання. Мета цієї частина – закріплення отриманого досвіду, матеріалу на занятті та створення у кожного неповнолітнього відчуття приналежності до групи.

Необхідною умовою ефективності програми є – активна участь неповнолітніх на заняттях, їх зацікавленість.

Програма складена для роботи з дітьми підліткового віку.

Зміст програми

Заняття 1

Мета: знайомство, допомога підлітку заглянути в себе, усвідомити себе особистістю.

1. Вступна частина

Вправа «Мене звуть»

2. Основна частина

Вправи: «Мій особистий герб», «Мені подобається в собі ...», «Моя внутрішня дитина».

3. Завершальна частина

Вправа «Павутинка»

Заняття 2

Мета: формування адаптивного відношення до життя, стресостійкості, усвідомлення цінності життя, формування адаптивного відношення до життя.

1. Вступна частина

Вправа «Здравствуй, шановний»

2. Основна частина

Вправи: «Поплавок в океані», «Чарівний магазин», «Тонування»;

Гра «М'яч»;

«Казка про милостиву долі» Д. Соколова.

3. Завершальна частина

Вправа «Передай посмішку по колу»

Заняття 3

Мета: інтеграція «відкинутого» неповнолітнього в колектив класу, налагодження відносин.

Гра «Колючка»:

Вправа-привітання «Без слів;

Розминка Гра «Увага» (введення в гру; розміщення на галявині; створення чарівної галявини; введення в казку; прийоми емоційної розрядки і м'язової релаксації);

Гра «Зайди в коло».

Заняття 4

Мета: розвиток групової згуртованості, зняття емоційної напруги, скутості, саморозкриття, формування невербальне взаємодія, корекція агресивної поведінки.

1. Вступна частина

Вправа «Сигнал»

2. Основна частина

Вправи: «Риба для роздумів», «Десять Я», «Розмова», «Впевнений – нахабний – боязкий».

3. Завершальна частина

Вправа «Ти мені подобаєшся тому що ...»

Заняття 5

Мета: розвиток навичок управління своїми почуттями.

1. Вступна частина

Вправа «Привітання на сьогоднішній день».

2. Основна частина

Вправи: «Заморожений», «Страхи і комплекси на папері», «Капля».

Психологічна притча «Навколосвітня подорож»

3. Заключна частина

Вправа «Оплески по колу».

Заняття 6

Мета: актуалізація проблеми визначення мети; формування навичок свідомо ставити життєву мету; розвиток умінь обирати шлях досягнення мети з урахувань індивідуальних можливостей.

1. Вступна частина

Вправа «Для привітання»

1. Основна частина

Вправи: «Трохи краще», «Малюємо цілі», «Через три роки»;

Притча про мету.

1. Заключна частина

Вправа «Долонька»;

Вправа «Подарунок».

Заняття 1

Мета: знайомство, допомога підлітку заглянути в себе, усвідомити себе особистістю.

1. Вступна частина

Психолог вітається з дітьми і пропонує прийняти правила роботи в групі.

Вони можуть бути такі: говорити по черзі; не перебивати; бути чемним; поважати один одного; бути уважнім; виконувати всі завдання.

Вправа «Мене звуть» (10 хв.)

Мета: створення доброзичливої атмосфери та знайомство учасників групи.

Інструкція: кожен учасник називає своє ім'я і те, що йому подобається (можна уточнити: називати улюблений фільм / книгу / напій / хобі тощо) по колу.

2. Основна частина

Вправа «Мій особистий герб» (15 хв.)

Інструкція: Для того, щоб краще познайомитися, дізнатися про інших більш глибинну інформацію, намалюймо свій особистий герб. Потім за бажанням можна буде розповісти про свій герб, а потім ми вивісимо всі герби ось тут на стенді (або дошці), і ви зможете з ними познайомитися більш детально після заняття.

Вправа «Мені подобається в собі ...» (15 хв.)

Мета: допомога кожному з учасників групи «перебрати» свої достоїнства і знайти серед них ті, які можуть стати точкою опори в собі, кроки по прийняттю себе.

У центрі кола стоїть стілець, який на час стає як би чарівним. Учасник гри, який встав на стілець, має право називати тільки свої переваги, тільки ті якості, які йому подобаються в собі. Чарівний стілець висвічує тільки гідності людини, його позитивні якості; називати недоліки категорично забороняється.

Група стає своєрідним «живим дзеркалом», в якому людина має можливість побачити своє позитивне відображення. Промовляючи добре слово про себе (по суті, відкриваючи свої ресурси), він дивиться на приймаючі, а значить підтверджують істинність його слів особи учасників. Це зміцнює його віру в себе, в те, що ці переваги йому насправді притаманні.

Для групи таку вправу теж надзвичайно корисно: воно стає хорошою школою розвитку інтересу до іншої людини, розвиває вміння з довірою поставитися до його відкритості і підтримати. В результаті виконання подібних вправ в групі виникає атмосфера довіри, настільки важлива для динаміки групового процесу.

Вправа «Моя внутрішня дитина» (10 хв.)

Мета: самопізнання і усвідомлення неповнолітніми своєї цінності.

Згадайте себе дитиною. Виберіть який-небудь важкий період вашого дитинства. Уявіть себе таким, яким ви були тоді. Скільки вам було років? Як ви виглядали? Що ви відчували? Що ви хотіли сказати людям? У чому ви потребували? Зверніться до цієї дитини. Скажіть йому кілька теплих слів схвалення і підтримки з позицій вашого віку, вашого життєвого досвіду. Скажіть про те, як ви ставитеся до нього зараз, що ви відчуваєте, порадьте йому що-небудь. Стати йому таким батьком (хрещеним батьком або хресною матір'ю), якого самі хотіли мати.

Якщо хочете, візьміть в руки м'яку іграшку, ляльку чи вашу фотографію, відчуйте, що у вас в руках той дитина, яким ви були, попестити, побаюкайте його, заспівайте йому колискову пісню.

Відпустіть ті почуття, які ви відчуваєте зараз, дозвольте їм бути. Коли закінчите цю вправу, обов'язково запишіть почуття і думки, які прийшли вам на думку. [54].

3. Завершальна частина

Вправа «Павутинка» (10 хв.)

Мета: розрядка групи, створення гарної атмосфери, розуміння значущості кожного у виконанні загального завдання.

Ведучий бере клубок тасьми і пропонує учасникам стати в коло. Ведучий бере кінець тасьми і передає клубок, розмотуючи його, учаснику навпаки, називаючи що він отримав в ході заняття тощо, другий учасник, утримуючи відрізок тасьми (нитки) рукою (або намотавши на палець), передає клубок наступному учаснику, називаючи одне зі своїх отриманих знань, умінь, поки залишки клубка знову не опиняться у ведучого.

Зрештою, виявляється, що всі учасники пов'язані єдиною «сіточкою – павутинкою з позитивних якостей». Ведучий пропонує перевірити, наскільки тонка і наскільки міцна нитка, що зв'язує групу, як ця конструкція залежить від кожного учасника. Перевірити, яке навантаження може витримати ця павутинка, можна, натягнувши її і поклавши на неї різні предмети, які уособлюють «шкідливі звички» або «конфлікти», або «проблеми».

Після виконання вправи можна відрізати від клубка частини рівні подвійної окружності зап'ястя плюс 6 сантиметрів для кожного учасника і запропонувати зробити на пам'ять про заняття саморобний браслет. Для цього потрібно зав'язати на кінцях відрізка тасьми вузлики, потім скласти відрізок тасьми навпіл і на місці згину також зав'язати вузлик так, щоб утворилася невелика петелька. Потім на зап'ясті учасник просмикує кінці з вузликами в петельку – виходить браслет – подарунок на пам'ять.

Заняття 2

Мета: формування адаптивного відношення до життя, стресостійкості, усвідомлення цінності життя, формування адаптивного відношення до життя.

1. Вступна частина

Вправа «Здравствуй, шановний» (5 хв.)

Мета: налаштування учасників на командну роботу, допомагає сконцентрувати увагу на тому, що відбувається в групі.

Інструкція: Вправа виконується по колу. Завдання першого учасника привітатися зі своїм сусідом праворуч, сказавши йому: «Здрастуй, шановний (ім'я сусіда)» і виконати якесь рух (жест). Наступний учасник вітається зі своїм сусідом праворуч, повторює жест, з яким звернулися до нього, і додає свій жест. Складність завдання полягає в тому, що жести не повинні повторюватися.

2. Основна частина

Вправа «Поплавок в океані» (5 хв.)

Мета: усвідомлення неповнолітніми цінності їх життя

Уявіть, що ви маленький поплавок у величезному океані. У вас немає мети, компаса, карти, керма, весел. Ви рухаєтеся туди, куди несе вас вітер, на деякий час хвиля може накрити вас, але ви знову виринає на поверхню. Спробуйте відчути ці поштовхи і виринання Відчуйте рух хвилі тепло сонця краплі дощу подушку моря під вами, підтримуючу вас. Подивіться, які ще відчуття виникають у вас, коли ви уявляєте себе маленьким поплавком у великому океані.

Вправа «Чарівний магазин» (10 хв.)

Мета: створити для учасників ситуацію активного роздуму про справжні цілі і сенсах життя.

Процедура: Один з учасників групи приходить в «чарівний магазин», продавець в якому – провідний групи. Продавець-чарівник може запропонувати учаснику все, що тільки можна побажати: здоров'я, кар'єру, успіх, щастя, любов тощо, але вимагає щоб покупець теж заплатив за це тим, що цінує в житті: здоров'ям, любов'ю тощо.

Гра «М'яч» (15 хв.)

Мета: формування адаптивного відношення до життя.

1-й варіант. Діти стоять в колі, ведучий – в центрі – кидає м'яч і формулює ситуацію. Дитина дає відповідь і кидає м'яч ведучому.

2-й варіант. Ведучий кидає м'яч і формулює ситуацію, а дитина відповідає позитивно. Якщо група не погоджується, то дитина знову відповідає, і так до тих пір, поки не знайде позитивний спосіб вирішення проблеми.

Приклади ситуацій: отримав двійку; послизнувся і впав в людному місці; хоче на дискотеку, а треба сидіти з молодшим братом (сестрою); конфліктує з учителем; дали кличку; втрата великої суми грошей тощо.

Педагог повинен зробити висновок: не бійтеся труднощів. У кожної людини завжди є вибір: робити щось легке або те, що важче. Головне, щоб прийняте рішення вело вгору, а не тягнуло вниз, щоб після рішення ви відчували радість і задоволення від здобутої перемоги над слабкістю та іншими негативними якостями. Для цього потрібно тільки усвідомлення необхідності самовдосконалення і віра, що ви можете змінити себе.

Вправа «Тонування» (5 хв.)

Мета: стабілізація ритмів організму.

Психолог повідомляє, що метод «тонування» є одним з простих, але дієвих способів заспокоїти мозок, стабілізувати ритми організму. «Тонування» являє собою проголошення або наспівування довгих звуків. Воно може служити для зміни фізичного та емоційного стану. Всі наведені нижче звуки вимовляються з рухом під ритмічну музику.

Звук перший – «м-м-м». Протягом п'яти хвилин спробуйте «мукати». Чи не намагайтеся відтворювати якусь мелодію, а просто підберіть тон, при якому ви відчуваєте себе комфортно. Розслабте щелепи і відчуєте енергію «мукання» всередині організму.

Звук другий – «а-а-а». Якщо ви відчуваєте сильний стрес або напруженість, розслабте м'язи нижньої щелепи і кілька хвилин вимовляєте неголосне «а-а-а».

Звук третій – «і-і-і». Це найбільш стимулюючий з усіх голосних звуків. Він активізує дух і тіло, діючи як «звуковий кофеїн».

Звук четвертий – «о-о-о». П'ять хвилин проголошення цього звуку призводять до м'язової релаксації, поглибленню дихання і поліпшення його ритму, зниження частоти серцевих скорочень змінюють. Це дуже потужний засіб швидкої нормалізації стану організму.

5. «Казка про милостивою долі» Д. Соколова. (15 хв.)

Зростала два деревця: молодих і красивих.

Вечорами вони шепотілися про долю.

– Я виросту високим і розлогим, – говорило одне. – У мене в гілках оселяться птиці. У моїй тіні будуть ховатися олені і зайці. Я першою буду зустрічати сонячні промені і ранковий вітерець. Пройде час, і мене оточить поросль моїх дітей. Вони будуть такі маленькі і чудові.

– Ні, говорило інше, – зростати страшно. Взимку б'ють морози, влітку сушить сонце. Цілий день труди коріння, гони воду вгору, годуй листя. Ні, хай краще мене візьмуть дроворуби, а потім тесляр виточить з мене щось прекрасне. Я буду лежати на оксамитовій подушці.

І що б ви думали? Прийшов бородатий дроворуб і звів друге дерево. Частина його спалили в грубці, а зі стовбура тесляр зробив різьблену скриньку. І довго шкатулка лежала на оксамитовоій подушці, зберігаючи в собі сережки, намиста і дорогі парфуми. Потім рассохся потихеньку, замочок зламався. Скриньку віддали дітям, вони її швидко доламали і викинули. Десь на дворі валялися її тріски до зими, а там вже – спитай по вітру! Вітер стане питати дерева в лісі, і одне з них – те, що було колись першим деревцем, – розповість, що ворони звили на ньому гніздо, вмонтувавши в стінки тріски старої шкатулки, як подружки дізналися один одного і подивувалися милостивої долі.

Обговорення: Чи можна змінити долю? Яка доля дерева? (Зростання, всмоктування, цвітіння). Яка доля людини? (Народження, розвиток, продовження роду, смерть). Як хотіло змінити долю друге дерево? Чи досягли вони своєї мети? Чи може виклик долі привести до сумних наслідків? Що визначає: сенс життя долю або доля сенс життя? Для чого живе людина, навіщо він прийшов в цей світ? Для чого живете ви?

Висновок: Вони досягли своєї мети, а ви досягнете своїх.

3. Завершальна частина

Вправа «Передай посмішку по колу» (5 хв)

Мета: виконання групового правила, обмін переживаннями.

Хід гри: учасникам групи пропонується взятися за руки, потиснути їх, посміхнутися сусідові

Рефлексія

Підліткам пропонується відповісти на питання про те, які думки виникали по ходу заняття. Думки можуть висловлюватися по колу або шляхом передачі іграшки, кидання м'яча тощо.

Заняття 3

Гра «Колючка»

Мета: інтеграція «відкинутого» п0неповнолітнього в колектив класу, налагодження відносин.

Основні завдання: надання дітям досвіду міжособистісної взаємодії в незвичайній ситуації гри; соціалізація «відкинутого» підлітка; відкриття нових форм співпраці один з одним; навчання навичкам самопізнання і самовідновлення.

Матеріали: музика для релаксації; 2 листи ватману; по 1 листу формату А4; по 1 картці 10х10 см; кольорові олівці; фломастери; клей.

Хід гри:

Привітання

Вправа-привітання «Без слів»

Учасникам тренінгу пропонується привітати один одного, використовуючи тільки засоби міміки і пантоміміки (посмішку, рукостискання, кивок головою). Кожен наступний учасник пропонує свій спосіб вітання.

Розминка Гра «Увага»

Учасники стоять в шерензі. Кожне завдання треба прагнути виконати якомога точніше.

Завдання 1. Високий зріст – невелике зростання;

Завдання 2. Темні очі – світлі очі;

Завдання 3. 1 січня – 31 грудня (дата, місяць народження).

Введення в гру

Ведучий. Діти, сьогодні ви опинитеся на чарівноій галявині. На ній ростуть найрізноманітніші квіти. Ці квіти вміють розмовляти і взаємодіяти один з одним.

Уявіть, що ви і є ці квіти. Подумайте, якою квіткою могли б бути ви, і намалюйте її на цій картині (листочки 10 х10. Діти малюють).

Ведучий. Я бачу, ваші малюнки готові. Прошу поставити їх так, щоб вони були добре видні іншим. Автори малюнків розкажуть, які квіти вони намалювали, інші можуть задавати питання, якщо їм щось незрозуміло.

Розміщення на галявині.

Ведучий. Всі ці квіти на великій сонячній галявині. Діти, уявіть, що наш клас – це і є чарівна поляна. Знайдіть собі місце на ній і станьте там, де б вам хотілося, щоб зростала ваша квітка.

Чи подобається їй там рости? Якщо хочете, можете перейти туди, де вам буде комфортніше.

Створення чарівної галявини (лист ватману).

Ведучий. Цей лист – наша чарівна поляна. Зараз ми разом будемо приклеювати на нього ваші малюнки. Розмістіть малюнки так, як ви стоїте.

Введення в казку.

Ведучий. А зараз послухаємо казку.

На великій галявині росла одинока колючка. Звичайно, вона росла там не одна: навколо було багато квітів і трав, але колючки здавалося, що на світі вона одна, а якщо хто і росте поруч, то тільки одні реп'яхи. Тому Колючка ні з ким не дружила. Вона часто дивилася в синє небо та й стала роздумувати: «Ось небо – велике, чисте і світле, а ось сонце – тепле, ласкаве і ніжне, але вони так далекі від мене, такі недосяжні. А я самотня і прив'язана до землі». Вона думала так день у день і все більше стискалася від самотності, і все твердіше ставали її голочки.

Прийоми емоційної розрядки і м'язової релаксації.

Ведучий. Діти, а у вас так, що ви відчуваєте себе самотнім, не понятими іншими, і від цього ви як би внутрішньо стискаєтесь, напружуєтеся? Зараз я навчу вас прийомам, які допомагають людям зняти напругу і розслабитися.

1. Уявіть, що ви – колючка, яка стиснулася від напруги. Напружте зараз м'язи всього тіла, рук, ніг; високо-високо підніміть плечі, сильно стисніть кулаки. А зараз розслабте всі частини тіла (3 – 5 раз).

2. Зробіть дуже глибокий вдих, найглибший, затримайте дихання на 10 - 15 секунд. Тепер видихніть все повітря з легенів і з видихом розслабтеся, скиньте напругу, поверніться до нормального дихання. Чи відчули ви напруження в грудях під час вдиху? Чи помітили розслаблення після видиху? Давайте запам'ятаємо це відчуття, оцінимо його (4 – 5 раз).

Гра «Увага»

Ведучий продовжує розповідь.

Одного ранку Колючка прокинулася від ніжного дотику. Вона подивилася по сторонах і побачила Сонячний Промінчик.

– Вітаю! – Сказав він їй. –Вже середина літа, всі квіти цвітуть, а ти про що думаєш?

– Що значить цвітуть? – здивувалася Колючка. – Я про це нічого не знаю.

Колючка озирнулася і вперше помітила, на якій великій, світлій та сонячній галявині вона зростає. Поруч шелестіли квіти – яскраві і ніжні, легкий вітерець ласкаво торкався їх і щось нашіптував, а навколо летіли птиці і співали веселі пісні.

Ведучий. Діти, а ви вмієте бути уважними? Зараз робимо вправу, яка включає в себе кілька завдань. Кожне з них розраховане на певний час. Я буду говорити вам, що треба робити, буду стежити за часом і повідомляти, коли воно закінчиться.

Завдання 1. Протягом двох хвилин мовчки дивимося один на одного.

Завдання 2. Поверніться спиною один до одного. Візьміть чисті аркуші та ручки. Я буду задавати питання, які стосуються зовнішності вашого партнера, на які потрібно дати письмові відповіді. Якого кольору очі у вашого партнера? Чи є у нього на обличчі родимки? Якщо є, то згадайте, де вони знаходяться. Якого кольору у нього брови? Чи є у нього на обличчі ямочки? А тепер поверніться і перевірте правильність ваших відповідей.

Завдання 3. Зараз змінимо пари. Один з партнерів переходить зліва від нього. Протягом хвилини мовчки дивіться один на одного.

Завдання 4. Поверніться спиною один до одного. Візьміть зошити і ручки. Я буду задавати питання: якого кольору взуття вашого партнера? Чи є у нього на руках (шиї, одязі) які-небудь прикраси? Які? На якій руці у нього годинник? Якої форми ґудзики у нього на одязі?

Поверніться і перевірте.

Гра «Зайди в коло»

Ведучий продовжує розповідь

– Як же так? – здивувалася Колючка. – Тут таке цікаве життя, а я нічого не бачила, дивилася в себе і сумувала від самотності. Як нерозумно!

– Промінь! – Вигукнула вона. – Допоможи мені стати такою ж красивою, як ці квіти. Я дуже хочу стати красивою!

– Але це ж просто, – відповів їй Промінь, – довірся світу, відкрий йому себе, і все станеться само собою.

– Як це? – Подумала Колючка.

Ведучий.

А дійсно, хлопці, як колючці перестати бути самотньою та стати такою ж красивою, як навколишні квіти? Давайте зіграємо в гру, яка називається «Зайди в коло». Зараз деякі з вас вийдуть за двері. Вони гратимуть роль Колючки. Хто хоче бути Колючкою? (3-4 учні за дверима. Решта в коло.)

Учасникам, що входять, пропонується увійти в це коло. Попередньо група домовляється про те, яким чином повинна поводитися людина, щоб його впустили (ввічливе вітання, прохання, виконання якоїсь умови тощо). Учасник, намагається виконати умови і увійти в коло, пробує різні форми спілкування, намагаючись вгадати невідому йому домовленість групи. Деякі можуть вдатися до спроб увійти за допомогою сили (обговорення даної гри).

Отже, Колючка подумала «Як це?», Але все ж випросталася, подивилася по сторонах і посміхнулася.

Ведучий. Діти, давайте і ми посміхнемось один одному.

Обговорення гри (що сподобалося, що ні, який висновок для себе зробили).

Завдання: намалювати, якою стала Колючка, коли прийняли її в своє коло.

Завершення гри.

Помах «чарівною паличкою» або вимова всією групою слова: «До побачення, казка!».

Заняття 4

Мета: розвиток групової згуртованості, зняття емоційної напруги, скутості, саморозкриття, формування невербальне взаємодія, корекція агресивної поведінки.

1. Вступна частина

Вправа «Сигнал» (5 хв.)

Мета: розминка, поліпшення атмосфери в групі.

Учасники стоять колом, досить близько і тримаються ззаду за руки. Хтось, легко стискаючи руку, посилає сигнал у вигляді послідовності швидких або більш довгих стиснень. Сигнал передається по колу, поки не повернеться до автора. У вигляді ускладнення можна посилати кілька сигналів одночасно, в одну або в різні боки руху.

2. Основна частина

Вправа «Риба для роздумів» (10 хв.)

Мета: розвиток групової згуртованості, зняття емоційної напруги, скутості, формування установки на взаєморозуміння.

Пропонується кожному з учасників «зловити рибу» – витягнути картку і закінчити записане на ній речення.

Кожен учасник групи «ловить рибу», дістаючи з кошика картку з незакінченим пропозицією. Після цього він зачитує пропозицію, завершуючи його своїми власними словами.

Пропозиції на картках:

Найбільший страх – це ...

Я не довіряю людям, які ...

Я серджуся, коли ...

Я не люблю, коли ...

Мені сумно, коли ...

Коли я сперечаюся ...

Коли на мене підвищують голос, я ...

Найсумніше для мене ...

Людина вважається невдахою, якщо ...

Я відчуваю невпевненість, коли ...

Обговорення. Яке почуття ви відчули, закінчуючи пропозиції?

Дійсно, кожен з нас переживав почуття страху, невпевненості, неуспіху. Напевно, траплялося, що ви були ображені, у вас був поганий настрій або на душі сумно, або ви просто нудьгували. У цей момент кожному хочеться мати підтримку і захист. З давніх часів люди створювали для себе талісмани і обереги. Сьогодні ми з вами спробуємо створити таку підтримку для себе.

Вправа «Десять Я» (15 хв.)

Мета: саморозкриття, робота з образом «Я».

Підліткам потрібно 10 раз відповісти на питання: «Хто я?», «Який я?» Листи із завданням не підписуються, психолог перемішує їх і зачитує, а учасники намагаються здогадатися, хто автор.

Вправа «Розмова» (15 хв.)

Мета: розвиток невербальної взаємодії, що здійснюється в процесі образотворчої роботи, що здатне генерувати конфлікт, який потім обговорюється.

Інструкція: кожен учасник групи вибирає для себе колір і підбирає партнера, орієнтуючись на його колір. Потім пари зображують «розмову» кольорів на одному аркуші паперу. Кожен намагається вести свою лінію приблизно паралельно лінії партнера або продовжуючи її.

«Критична ситуація (проблема) і її дозвіл». Один підліток зображує проблему на одній частині аркуша, інший підліток її вирішення на другій половині листа.

«Небезпечна подорож» – один малює шлях з перешкодами, інший – способи їх подолання.

Намалюйте і позначте кольором почуття і переживання, які у вас виникали при зустрічі з перешкодою; в процесі її подолання, і після того як ви її пройшли.

Вправа «Впевнений – нахабний – боязкий» (10 хв.)

Мета: посилення позиції Его, корекція агресивної поведінки.

Ведучий пропонує всім гравцям по черзі взяти одну з трьох карток. На картках написано: на одній – «впевнений», на іншій – «нахабний», на третій – «боязкий». Група не бачить, яку картку взяв учасник. Завдання учасника – зобразити поведінку зазначеної людини. Група повинна вгадати, яку поведінку показує даний гравець.

Рефлексія.

– Яка поведінка легше вгадується? Чому?

– Чи легко відрізнити впевнену поведінку від нахабної?

– В чому різниця?

3. Завершальна частина

Вправа «Ти мені подобаєшся тому що ...» (5 хв.)

Мета: підвищення самооцінки, адекватного самосприйняття, застосування навичок робити і приймати компліменти, формування поваги один до одного.

Попросіть учасників сісти в коло і сказати, що їм подобається в людині справа.

Заняття 5

Мета: розвиток навичок управління своїми почуттями

1. Вступна частина

Вправа «Привітання на сьогоднішній день» (5 хв.)

Ведучий: Почнемо нашу роботу з висловлювання один одному побажання на сьогоднішній день. Побажання має бути коротким – бажано в одне слово. Ви кидаєте м'яч тому, кому адресуєте побажання і одночасно говорите його. Той, кому кинули м'яч, в свою чергу кидає його наступному, висловлюючи йому побажання на сьогоднішній день. Будемо уважно стежити за тим, щоб м'яч побував у всіх, і постараємося нікого не пропустити.

2. Основна частина

Вправа «Заморожений» (10 хв.)

Мета: розвиток у неповнолітніх навичок управління почуттями.

Група ділиться навпіл. Половина дітей будуть грати роль «заморожених», друга половина – «реаніматори».

Завдання «заморожених» – застигнути і не реагувати на зовнішні подразники.

Завдання «реаніматорів» – пожвавити «заморожених», не торкаючись до них руками, використовуючи міміку, жести.

«Заморожений» вважається реанімованим, якщо він посміхнеться або поміняє позу.

На виконання вправи дається 2 хвилини. Потім партнери міняються місцями [28].

Обговорення: наскільки було складно зберігати незворушність, наскільки було важким «оживити» «замороженого». Якщо хтось вибув з гри, то чому?

Вправа «Страхи і комплекси на папері» (25 хв)

Мета: відреагування страхів, комплексів і минулого травмуючого досвіду.

Підлітки озвучують по одному зі своїх страхів або психологічних проблем (комплексів), пояснюють їхню соціальну значимість, і чим вони заважають у житті. Після чого члени групи задають актуальному учаснику уточнюючі питання, і ведеться обговорення (методом мозкового штурму), яким чином можна вирішити дану проблему. Далі про свої страхи або про свою проблему розповідає кожен учасник заняття.

Після знаходження варіантів вирішення проблем, всі учасники фломастерами записують свої страхи або психологічні комплекси або проблеми на аркуші. Папір розміщуються стійко між двома каменями. Члени групи по команді з криком розбивають ребром долоні (або кулаком, п'ятою) аркуш із записом проблеми. Тріски складаються в багаття, на якому ведучий варить «зілля удачі та впевненості» (морс, компот, кисіль або кави), розливає кожному в чашечку, дає установку, що з цього моменту проблеми учасників заняття будуть вирішуватися швидко і позитивно.

Рефлексія. Чи сподобалась вправа? Які труднощі були? Чи має місце дана вправа в повсякденному житті?

Вправа «Капля» (8 хв.)

Мета: показати учням, що багато незначних конфліктів, проблем або неприємні ситуації можна не доводити до крайності, і що будь-яка проблема вирішується.

Хід вправи.

Учитель кожному учню пензликом капає на чистий аркуш паперу по одній краплі гуаші або туші.

Умова: кожен може робити з цією краплею все, що захоче: може подути на неї, щоб вийшло якесь зображення, може з неї щось намалювати або залишити в колишньому стані.

Аналіз: якщо з маленькою краплі вийшла величезна пляма, можна зробити висновок: Не робити з мухи слона!

Психологічна притча «Навколосвітня подорож» (8 хв.)

Існує притча про людину, яка відправилася в кругосвітню подорож. За час круїзу він жодного разу не зайшов до ресторану поїсти, і коли подорож закінчилася, капітан запитав у нього:

– Чому Ви ніколи не обідали у нас?

– Справа в тому, що всі гроші я віддав за квиток на пароплав, і мені нема на що було купити їжу, – відповів пасажир.

– Але ж їжа входила у вартість вашого квитка – сказав йому капітан.

Обговорення:

Про що ця притча? (Відповіді учнів).

Висновок: кожен з вас побачив в ній свій сенс, але один з них такий: в «вартість» нашого життя вже входять радість і любов, самореалізація і свобода вибору, і тільки особисті обмеження заважають нам це зрозуміти і жити щасливо. Дуже важливо людині вміти знайти цінне в будь-якій ситуації, в своєму досвіді переживання, взаємодії і взяти з цього досвіду краще для розвитку. Мистецтво мудреця – це мистецтво ставити для себе життєві цілі, намічати шлях руху вперед, оцінювати перешкоди і шукати ресурси для їх подолання.

3. Заключна частина

Вправа «Оплески по колу» (5 хв.)

Ведучий починає:

– Ми добре попрацювали сьогодні, і мені хочеться запропонувати вам гру, в ході якої оплески спочатку звучать зовсім тихесенько, а потім стають все сильніше і сильніше.

Ведучий починає тихенько плескати в долоні, дивлячись на одного з учасників і поступово підходячи до нього. Далі вже цей учасник вибирає з групи наступного, кому вони аплодують удвох з ведучим. Третій вибирає четвертого і так далі. Останньому учаснику аплодує вже вся група.

Заняття 6

Мета: актуалізація проблеми визначення мети; формування навичок свідомо ставити життєву мету; розвиток умінь обирати шлях досягнення мети з урахувань індивідуальних можливостей.

1. Вступна частина

Вправа «Для привітання» (5 хв.)

Мета: Розвиток довірчого стилю спілкування, створення позитивних емоційних установок на довірче спілкування.

Хід вправи: Учасники сідають в коло і по черзі вітають один одного, обов'язково підкреслюючи індивідуальність партнера, наприклад: «Я радий тебе бачити, і хочу сказати, що ти виглядаєш чудово» або «Привіт, ти, як завжди, енергійний і веселий». Можна згадати ту індивідуальну рису людини, яку він сам виділив при першому знайомстві. Можна звертатися не тільки до конкретної людини, але і до всіх відразу.

Під час цієї психологічної розминки група повинна налаштуватися на довірчий стиль спілкування, продемонструвати своє добре ставлення один до одного. Ведучому слід звернути увагу на способи встановлення контактів і на завершення вправи розібрати типові помилки, допущені учасниками, а також продемонструвати найбільш продуктивні способи вітань.

2. Основна частина

Ведучій: Тема нашого сьогоднішнього заняття – «Мої цілі». Сьогодні у кожного з вас буде можливість поміркувати над своєю метою і прагненнями, про їхню роль у вашому житті.

Вправа «Трохи краще» (5 хв.)

Мета: вправа наочно показує важливість постановки цілей.

Викликаємо одного добровольця. Просимо підійти до стіни кімнати, підняти руки і дотягнутися якомога вище. Відзначаємо місце, до якого він дотягнувся, а потім просимо спробувати ще раз. Відзначаємо ще раз (як правило, в цей раз завжди виходить вище).

Можна запросити відразу декількох добровольців. Так вправа буде ще наочніше.

Підсумки:

Як цю вправу співвідноситься з плануванням і постановкою цілей?

Які висновки ми можемо зробити з цієї вправи?

Вправа «Малюємо цілі» (10 хв.)

Мета: вправа запускає процес досягнення мети на підсвідомому рівні.

Припустимо, у вас є кілька цілей. Або одна і велика мета, яка складається з підцелей.

1. Напишіть список ваших цілей

2. Визначте найбільш важливі з них. Побудуйте ієрархію цілей, так, щоб нагорі були найбільш важливі, в самому низу – найменш важливі.

3. Візьміть великий аркуш паперу і розміщуємо цілі в різних місцях листочка.

4. Позначте зв'язку між цілями. Можна виділити два види зв'язків: що допомагають і заважають.

5. Що вам нагадує вийшов малюнок? Рослина, дерево, тварина, щось інше?

6. Розфарбуйте малюнок. Перетворіть ваші цілі в образи, наповніть їх кольором, вдихніть в них життя. У вас повинна вийти картинка.

7. Подивіться на картинку. Чи подобається вона вам? Може бути, що-небудь в ній змінити? Творіть до тих пір, поки результат вам не сподобається. Це дуже важливо!

8. Вставте картинку в рамочку, і повісьте її на стінку. Періодично підходите і дивіться на свою картинку. Порівняйте той стан, якого ви досягли, з тим, що у вас на картинці.

Притча про мету (10 хв.)

Мудрець привів свого учня на луг. Посередині височів величний дуб. Мудрець прийняв рішення відкрити учневі мудрість. Спочатку вчитель прикріпив троянду посередині стовбура. Потім він дістав три предмети з заплічного мішка. Лук, зроблений з чудового пахучого і міцного сандалового дерева. Другою була стріла. Третім предметом – білосніжна хустка.

Потім Мудрець попросив зав'язати йому цією хусткою очі.

– Скільки від мене до троянди? – Запитав він свого учня.

– Тридцять метрів, – на око визначив той.

– Ти коли-небудь спостерігав за мною під час щоденного тренування в цьому стародавньому вигляді стрільби?

– Я бачив, як ти потрапляєш в око бика, перебуваючи від нього на відстані майже в сто метрів. І я не можу пригадати, щоб ти хоч раз промахнувся з такою близької дистанції, як зараз, – учень віддав належне майстерності вчителя.

Тоді, не знімаючи з очей пов'язки і твердо впершись ногами в землю, учитель з усієї сили натягнув свого лука й пустив стрілу, націлюючись в сторону троянди, що звисає з дерева. стріла з глухим звуком встромилася в стовбур досить далеко від троянди.

– Я думав, що побачу щось більш незвичайне з твоїх магічних здібностей, учитель. Що трапилося? Що це означає?

– Ми забралися в це відокремлене місце тільки з однією метою. Я прийняв рішення відкрити тобі нашу мудрість.

Сьогоднішній досвід повинен підкріпити мої слова про важливість визначення чітких цілей в житті і чіткого розуміння напрямку руху.

Те, що ти побачив, лише підтверджує найголовніший принцип для будь-якої людини, що прагне до досягнення своєї мети в житті: не можна потрапити в мету, яку не бачиш.

Люди проводять все своє життя в мріях про те, як стати щасливішим, як жити з більшою життєвою силою і як наповнити життя пристрастю. І при цьому не можуть приділити і десяти хвилин на місяць, щоб сформулювати на аркуші паперу свої цілі і серйозно задуматися про сенс свого життя.

Вправа «Через три роки» (20 хв.)

Мета: вправа дозволяє більш чітко розставити пріоритети у своєму поточному житті, почати більше працювати на важливі цілі.

Учасникам дають завдання – скласти невеликий список і написати в ньому найважливіші справи, які займають їх в даний період життя, і найбільші проблеми в даний час, не більше 5 пунктів.

Після складання списку, учасники намагаються подати себе на три роки старший, а потім подумати про ці проблеми і справах, як би через три роки.

Роздумуючи над даним завданням, слід відповісти на такі питання.

Що Ви можете згадати про дану проблему?

Що сталося з нею і як вона впливає на життя тепер, після закінчення трьох років?

Якби ця проблема постала перед Вами прямо зараз, знайшли б Ви її рішення? Яким би воно було?

Ця вправа виконується в окремих групах, що складаються з 3-4 чоловік; кожен учасник повідомляє іншим пункти з власного списку і відповідає на конкретні питання. Також можна дозволити бажаючим працювати самостійно, без групового обговорення, в результаті вправа виконується учасником письмово, і при цьому всі записи залишаються у неповнолітнього на згадку про заняття.

Сенс даної вправи полягає в аналізі всіх життєвих проблем, відповідно до свого майбутнього. Воно дозволяє всім учасникам подумати про важливу діяльності. Так, психологи офіційно встановили, що близько 80% успіхів можна досягти за рахунок всього лише 20% своїх зусиль, а решті відсотоків зусиль допомагає забезпечити 20% наших досягнень. Аналіз з «майбутнього» дозволяє усвідомити ступінь важливості певних справ.

Після завершення вправи відбувається її обговорення. Учасники задають собі такі питання: Яка діяльність за допомогою даного погляду здається більш важливою, а яка – ні? Чи повністю збігається ця думка з позиції теперішнього часу? Які враження справляє факт того, що через 3 роки ви не згадаєте жодної проблеми або справи, які вирішуєте сьогодні?

Кожен учасник повинен зробити певні висновки тільки для себе.

3. Заключна частина

Вправа «Долонька» (8 хв.)

Мета: Вправа сприяє розрядці, створенню доброї атмосфери, позитивному емоційному настрою, вчить правильному сприйняттю себе.

Кожен учасник обводить на аркуші паперу контур долоні. У центрі пише своє ім'я і на кожному пальці то, що йому подобається в собі самому. Потім передає листочок сусідові справа, і той протягом 30 секунд пише на листочку зовні від долоні щось, що подобається йому в господарі листочка. Так листочок передається по колу і повертається до власника з численними написами, побажаннями, компліментами.

Вправа «Подарунок»

Ведучій заняття дарує кожному учаснику листівку або побажання у вигляді цитати.

Приклади:

«Таємниця буття людського не в тому, щоб тільки жити, а в тому, для чого жити. Без уявлення, для чого йому жити, людина не погодиться жити і швидше знищить себе, ніж залишиться на землі, хоча б колом його всі були хліба» Ф. М. Достоєвський.

«Наше життя подорож. Ідея – путівник. Немає путівника і все зупиняється, мета втрачена і сил наче й не було» В.Гюго.

«Якщо ви хочете вести щасливе життя, ви повинні бути прив'язані до мети, а не до людей або до речей» А. Ейнштейн.

«Не важливо з якою швидкістю ти рухаєшся до своєї мети, головне не зупинятися» Конфуцій.

«Щоб дійти до мети, людині потрібно тільки одне. Йти» Бальзак.

«Дай мені мета, заради якої я зможу жити, і я виживу в будь-якій ситуації» Гете

«Потрібно жити завжди закоханими у що-небудь недоступне тобі. Людина стає вище ростом від того, що тягнеться вгору» М. Горький.

В даний час, коли відбувається інтенсивний розвиток країни, в якості важливих соціальних завдань, що стоять перед суспільством і державою є поліпшення добробуту людей, формування здорового способу життя людей і виховання гармонійно розвиненої особистості. Реалізація подібних завдань закликає до безперервно зростаючої опіки про охорону фізичного і психічного здоров'я населення, розв'язання проблем морального виховання підростаючого покоління, боротьби та профілактики з різними соціальними відхиленнями, ключовим яких є суїцидальні тенденції. До суїцидальнї поведінки схильні в рівній мірі люди різних соціальних верств, культур, віросповідань і вікових груп.

Глобальною проблемою всього людства на сьогодні є дитячій та підлітковий суїцид. Підлітковий суїцид це явище, яке можна попередити та уникнути в більшості випадків. За даними вчених жодна дитина не прийме рішення піти з життя, а тим паче не втілить своє рішення в життя, за лічені години. Тому для виявлення та запобігання суїцидальних дій неповнолітніх необхідно створювати профілактичні заходи, які допоможуть зменшити кількість дітей, що мають суїцидальні тенденції.

Профілактика суїцидальної поведінки – це система заходів, спрямованих на попередження різних проявів суїцидальної поведінки, в тому числі і пара суїциду, а також попередження повторних суїцидальних актів.

Профілактика суїцидальної поведінки є ключовою ланкою в мінімізації суїцидальних тенденцій і скорочення суїцидів у дітей підліткового віку. При цьому надзвичайно важливо, щоб програми, звернені на запобігання суїциду, базувалися на якійсь певній моделі зміни поведінки.

У зв’язку актуальності суїцидальної поведінки та самогубств вчені А. Чуприкова, Г. Пилягіна, В. Войцех розрізняють кілька видів профілактики суїцидальної поведінки.

За змістовним критерієм, автори виділяють спеціалізовані психіатричні, психологічні, загально медичні, соціальні та інформаційно-освітні.

До загально медичної профілактики відносять лікувальні заходи, що націлені на усунення соматичних і неврологічних наслідків скоєної суїцидальної спроби та на профілактику інвалідності.

Спеціалізовані психіатричні або суїцидологічні – це лікарські та психотерапевтичні методи впливу, які націлені на лікування психічних і поведінкових розладів, які спровокували суїцидальну поведінку. Також відбувається профілактика формування та рецидиву суїцидальної активності.

Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій – психокорекційні програми, сконцентровані на розвиток антисуїцидальної поведінки, зміні особистісних установок, самооцінки, рівня домагань тощо.

Соціальні види профілактики використовують заходи, звернені на модифікацію соціально економічного статусу потенційних суїцидентів і людей з аутоагресивними тенденціями.

Інформаційно-освітні – заходи, спрямовані на інформування усіх груп населення про необхідність і способи зміцнення психічного здоров'я, про переваги здорового способу життя, про перші ознаки, які характерні для суїцидонебеспечних станів, а також стратегії поведінки в подібній ситуації. Крім цього, цей вид профілактики містить в собі освітні програми з діагностики суїцидонебезпечних станів та невідкладні заходи щодо його запобігання.

Разом з тим, Всесвітня організація охорони здоров'япри роботі з неповнолітніми , виділяє три рівні профілактичної роботи: первинну, вторинну і третинну профілактику.

Первинна профілактика орієнтована на виключення негативних факторів, які пробуджують певне явище. Також виробляються заходи, спрямовані на підвищення стійкості особистості до впливу цих факторів. Цей рівень профілактики містить в собі три основних напрямки: вдосконалення соціального життя людей; запобігання соціальних факторів, які сприяють розвитку і прояву девіантної поведінки; формування соціально позитивно орієнтованої особистості.

У комплексній профілактичній роботі з неповнолітніми в рамках первинної профілактики суїцидальної поведінки можна зробити акцент на таких напрямках: своєчасне виявлення неповнолітніх групи ризику; здійснення конструктивної роботи з батьками та членами родини підлітка; формування сприятливих соціально-педагогічних умов з метою всебічного становлення особистості, розвитку світогляду і громадянської позиції, а також створення довірчого і відкритого спілкування з неповнолітніми та утворення стимулюючої творчої атмосфери в роботі; проведення соціально-психологічних тренінгів з метою навчити дітей практичним умінням і навичкам подолання стресу, підвищення рівня самоконтролю, пошуку соціальної підтримки; проведення психокорекційних занять з підвищення самооцінки, розвитку адекватного ставлення до власної особистості, інертної стратегії уникнення (в найбільш доступній формі з урахуванням особливостей підліткового віку); профілактику шкідливих звичок; пропаганда здорового способу життя та формування умінь, які забезпечують практику здорового способу життя і перешкоджають суїцидальним тенденціям, вживанню алкоголю, тютюнопаління та застосування психоактивних речовин.

Крім того, основним напрямком первинної профілактики є створення суїцидологічної служби, яка зосереджена на реалізації комплексної профілактичної діяльності, що сприяє ранній діагностиці, і лікуванні осіб, схильних до суїцидальної поведінки.

Велике значення на етапі первинної профілактики суїцидальної поведінки, відводиться засобам масової інформації. Мета превенції пов'язаної з діяльністю ЗМІ, є інформування підліткового середовища про існуючу систему надання медико-психологічної допомоги.

У засобах друку, радіо і телебачення має бути знаходиться інформація, яка зачіпає діяльність суїцидологічних служб або «телефонів довіри», центрів соціально-психологічної допомоги, кризових відділень, куди можуть звернутися за допомогою люди, що переживають кризові стани.

Вторинна профілактика орієнтована на раннє виявлення і реабілітацію нервово-психічних порушень і роботу з «групою ризику». Напрямки профілактичної діяльності могли б виглядати наступним чином:

* психодіагностика;
* запобігання первинних суїцидальних спроб;
* проведення реадаптаційних програми з людьми, які здійснювали суїцидальні спроби;
* розробка результативних психопрофілактичних заходів;
* поширення психогігієнічних і правових знань серед населення.

Третинна профілактика займається вирішенням спеціальних завдань, наприклад як лікування нервово-психічних розладів, що супроводжуються порушеннями поведінки. Також на етапі третинної профілактики можуть вирішуватися завдання, які зорієнтовані на попередження рецидивів у підлітків, в яких була раніше сформовані суїцидальні тенденції.

На сучасному етапі існує безліч моделей профілактичної роботи з людьми, у яких присутня аутоагресивна поведінка. Ми розглянемо модель систематичної роботи з профілактики суїциду підлітків, яка може бути використана в навчальних закладах (див Додаток З).

Запропонована система роботи з профілактики суїциду неповнолітніх містить в себе сім компонентів: психологічне просвітництво; створення позитивного психологічного клімату в ближчому оточені, класі, навчальному закладі; психологічна та педагогічна діагностика суїцидальних тенденцій; консультування учнів; психолого-педагогічна корекція суїцидальних тенденцій; систематичний контроль і облік динаміки змін в особистості і поведінці підлітків; переспрямування, в разі необхідності, суїцидальної справи спеціалістам медичного профілю.

Просвіта передбачає створення в навчальному закладі інформаційного куточка який містить в собі матеріал з методичною літературою, адреса і телефон довіри, дані про режим роботи кризових центрів, центрів соціальної роботи з молоддю, спеціалізованих відділень лікарень.

Передбачається проведення відповідної роботи з усіма учасниками виховного процесу:

* з педагогами – соціальний працівник виступає з профілактичним матеріалом на семінарах, педагогічних нарадах на теми, які стосуються емоційних та психічних розладів у дітей; ролі неповнолітнього в групі однолітків, його соціального статусу; фактори, які викликають суїцидальні тенденції; обговорюються подібні теми: «Цінність особистості в різних галузях знань та в суспільстві», «Як підібрати метод педагогічного впливу, щоб не зашкодити підліткам», «Як працювати з дитиною, яка виховується в неблагополучній сім'ї», «Способи виходу з конфліктів, які трапились між учителями і неповнолітніми або між двома неповнолітніми » тощо;
* з батьками – систематична різнобічна педагогічна освіта батьків, тобто ознайомлення їх як з основами теоретичних знань, так і з практикою роботи з учнями; залучення батьків до активної участі в навчально-виховному процесі; формування у батьків потреби в самоосвіті. На батьківських зборах соціальний працівник порушує теми: «В сім'ї росте підліток», «Складний етап у підлітка, депресивні стани», «Адиктивна поведінка в підлітковому віці», «Психологія особистісних і міжособистісних конфліктів, шляхи її попередження», «Агресія – стиль життя моєї дитини», «Емоційні порушення у підлітка». Також можуть бути створені додаткові часи для зустрічей батьків, підліток яких має певні труднощі, та вони потребують роботу с фахівцем;
* з неповнолітніми – цикл бесід про цінності особистості і сенс життя; заняття з формуванням у неповнолітніх навичок побудови ближніх та дальніх перспектив; уроки з психології, факультативи, класні часи на теми: «Я пізнаю себе», «Я відчуваю і вчусь висловлювати свої почуття»; «Я – впевнена у собі особистість», «Конфлікти, як їх подолати. Стратегії виходів з конфліктної ситуації», «Дорослі, зрозумійте мене»; «Ефективне спілкування з дорослими, однолітками», «Основні проблеми підліткового віку», «Стрес. Самопоміч при стресі», «Тривожність. Методи боротьби с тривожністю» тощо.

Створення позитивного психологічного клімату в ближчому оточені підлітка, класі, навчальному закладі. Позитивна атмосфера спостерігається в наслідку систематичного виконання всіх планових заходів по культурній, соціальній, виховній роботі, які сприяють формуванню позитивних громадянських, естетичних почуттів, духовності учнів і педагогів. Соціальний працівник та психолог беруть участь в цих заходах, вони є необхідною складовою превентивних мір.

Психологічна і педагогічна діагностика суїцидальних тенденцій. Цей компонент профілактики суїцидальної поведінки полягає у виконанні фахівця послідовних дій:

1. Звернути увагу педагогів та батьків, в процесі спостереження за неповнолітніми , до факторів ризику суїцидальності: спадковість; агресивність; висока конфліктність спілкування; ізоляція або неприйняття однолітками; зміни в поведінці, тенденція яких з’явилась в короткий термін, імпульсивність, неадекватність реакцій; неадекватна самооцінка; неблагополучне сімейне оточення, рання дорослість; психотравмуючі події (смерть близьких, міжособистісний конфлікт, немає зрозуміння або прийняття в родині тощо); адиктивна поведінка, асоціальний спосіб життя.

2. Виявлення ознак емоційних порушень: безсоння або сонливість; систематичні скарги на соматичні хвороби; неохайність, байдужість до зовнішнього вигляду, яка раніше не спостерігалась; постійне відчуття самотності, непотрібності, провини або туги; ізоляція від друзів та сім'ї; зменшення рівня уваги; занурення в роздуми про смерть; відсутність планів на майбутнє.

3. Використання спеціальних психодіагностичних методів, які допоможуть виявити дітей, що мають суїцидальні нахили, високі показники тривожності, депресії, агресії, гніву та інші показники, які орієнтовані на виявлення ознак ризику суїцидальної поведінки.

Консультування та психолого-педагогічна корекція суїцидальних тенденцій: робота соціального працівника та фахівців соціально-психологічної служби в цьому напрямку носить компетентний характер та передбачати такі заходи: консультативна робота з батьками, педагогами та учнями, спрямована на зняття провокуючих чинників, психологічних характеристик, які провокують суїцидальні тенденції; формування адекватної самооцінки, підвищення її соціального статусу в групі; профілактика порушень психічного здоров'я; навчання конструктивним поведінковим реакціям, формування навичок самопомочі в кризових ситуаціях; навчання технікам управління емоціями, зняття напруження, тривожності.

Систематичний контроль і облік динаміки змін в особистості і поведінці підлітка. Цей компонент системи профілактики полягає в безперервному масовому моніторингу ознак, тенденцій, ризиків суїцидальної поведінки учнів.

Переспрямування в разі необхідності суїцидальної справи спеціалістам медичного профілю. При спостереженні за неповнолітніми та при безпосередній взаємодії фахівець може помітити ознаки психічних захворювань, які викликають суїцидальну поведінку. Тому спеціалісти соціально-психологічної служби повинні бути готові проконсультуватися з психіатром і передати йому справу підлітка.

Слід зауважити, що при роботі з неповнолітніми , особливо які мають ознаки суїцидальної поведінки, фахівці відокремлюють наступні принципи соціально-профілактичної роботи: комплексність заходів, тобто організація впливу на різних рівнях соціального простору, сім'ї, особистості тощо; адресність (беруться до уваги вікові, статеві, соціальні, культурні особливості); масовість, групова робота та позитивність інформації; мінімізації негативних наслідків, принцип особистої зацікавленості і відповідальності учасників; принцип спрямованості у майбутнє (актуалізації позитивних цінностей і цілей та планування майбутнього без девіантної поведінки.

Проте, поміж всіх заходів профілактики суїцидальної поведінки, вченні вважають невід’ємним та складовим елементом роботи з попередження суїцидальних проявів профілактичну бесіду. Специфіка подібної бесіди полягає в наступному: забороняється запрошувати на бесіду за допомогою третьої особи, при виборі місця бесіди основне правило – відсутність сторонніх осіб (ніхто не повинен переривати розмови, незважаючи на її тривалість), впродовж бесіди доречно не вести ніяких записів, не поглядати на годинник і тим більше не вчиняти будь-яких попутних справ. Необхідно всім своїм виглядом продемонструвати суїциденту, що ця розмова для вас в даний момент дуже значна.

Профілактична бесіда містить в собі наступні етапи:

Початковий етап – встановлення емоційного контакту зі співрозмовником, взаємин «співчуваючого партнерства». Важливо вислухати суїцидента витримано, схвально і співчутливо, без критики.

Другий етап – встановлення черговості подій, які призвели до кризи; усунення почуття безвиході.

Третій етап – спільна діяльність з подолання кризової ситуації. На цьому етапі доцільно застосовувати методи: планування, тобто збудження суїцидента до словесного оформлення планів майбутніх вчинків; тримання паузи – цілеспрямоване мовчання, щоб дати підлітку можливість проявити ініціативу; логічна аргументація.

У разі якщо протягом бесіди підліток активно висловлював суїцидальні думки, то його слід негайно направити до найближчої лікувальної установи.

Враховуючи всі фактори, чинники та особливості суїцидальної поведінки, вчені розробили алгоритм профілактичної роботи з попередження суїцидальної поведінки дітей та підлітків, який містить в собі:

1. Виявлення підлітків, які мають труднощі у навчанні, проблеми в поведінці, ізольованість, дизадаптованість й ознаки емоційних розладів.

2. Переадресування до спеціалістів: консультування дитячого психоневролога; психотерапевта тощо.

3. Робота з сім'єю, бесіди, надання рекомендацій щодо корекції сімейних стосунків, стилю виховання підлітка.

 4. Рекомендації вчителям про добір індивідуального педагогічного стилю спілкування з кожним підлітком, не застосовувати до всіх дітей один метод взаємодії, виховання.

5. Просвіта батьків та учителів, які взаємодіють з дітьми, зокрема з неповнолітніми : семінари, лекторії та виступи на батьківських зборах, де соціальний робітник, разом з психологом, інформують батьків про всі аспекти суїцидальної поведінки та суїциду, про атмосферу у класі, пропонуються рекомендації для поліпшення емоційного клімату в сім'ї.

6. Робота з педагогічним колективом: психолого-педагогічний консиліум чи педрада, присвячена профілактиці суїцидів. Під час підготовки до педради проводиться вивчення психологічного клімату в учнівському колективі, сім'ї; індивідуальні бесіди та консультації з педагогами за результатами анкетувань, спостережень, рекомендації з вибору адекватних методів стосовно класу в цілому і окремих учнів.

Отже, суїцид і суїцидальні дії є крайньою формою відхилень у поведінці особистості, феномен соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціальних конфліктів.

Профілактика суїцидальної поведінки є ключовою ланкою в мінімізації суїцидальних тенденцій і скороченні суїцидів у підлітків.

Під профілактикою суїцидальної поведінки неповнолітніх в соціальній роботі розуміються науково обґрунтовані і своєчасно вжиті дії, спрямовані на: запобігання можливих фізичних, психологічних або соціокультурних обставин у підлітків, що входять до групи соціального ризику; збереження, підтримання та захист нормального рівня життя та здоров'я дитини; сприяння дитині в досягненні соціально значущих цілей і розкриття його внутрішнього потенціалу.

Таким чином, основними заходами профілактики парасуїциду неповнолітніх є: проведення профілактичних бесід, включення неповнолітніх в тренінгові групи з метою корекції негативних емоційно значущих ситуацій; переорієнтація індивідуальних і групових інтересів; навчання соціальним навичкам, способам ефективного спілкування, взаємодії з оточуючими, конструктивній поведінці в конфліктних ситуаціях; рекомендації щодо вивчення спеціальної літератури; залучення фахівців – психологів, соціальних педагогів, юристів, психотерапевтів тощо.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2**

Проведене психологічне дослідження дозволило визначити рівень суїцидальних схильностей підлітків. Проаналізувати і визначити вплив дитячо-батьківського прийняття неповнолітніх на рівень суїцидальних схильностей.

Дослідження суїцидальних схильностей проводилось на базі науково-практичного Центру медико-соціальних та психотехнологій (кафедра практичної психології та соціальної роботи СНУ ім. В.Даля).

Респондентами в дослідженні виступали учні групи 104 за спеціальністю «Оператор з обробки інформації та програмного забезпечення**»**. Обсяг вибірки – 30 осіб, з них 14 (47%) хлопців і 16 (53%) дівчат. Середній вік випробовуваних – 14-15 років.

Досліджуючи аутоагресивні схильності підлітків, було використано такі методики:

1. «Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки» (М. Горська) – дослідження схильності неповнолітніх до суїцидальної поведінки.

За результатами діагностики виявлено, що:

високий рівень схильності до суїцидальної поведінки – не виявлено;

рівень схильності до суїцидальної поведінки, що потребує уваги до неповнолітнього – 2 учні (10%);

низький рівень схильності до суїцидальної поведінки – 28 осіб (90%).

2. «Виявлення суїцидального ризику у дітей» (А. Кучер, В. Костюкевич) – дослідження аутоагресивних тенденцій і чинників, що формують суїцидальні наміри.

За результатами діагностики виявлено, що:

Норма антисуїцидальних факторів: алкоголь, наркотики – 28 осіб (93%); нещасливе кохання – 30 досліджених (100%); протиправні дії – 27 осіб (90%); гроші та проблеми з ними – 25 респондентів (83%); добровільний ухід з життя – 30 учнів (100%); сімейні негаразди – 26 респондентів (87%); втрата сенсу життя – 30 осіб (100%); відчуття неповноцінності, ущербності та потворності – 25 респондентів (83%); шкільні проблеми, проблеми вибору життєвого шляху – 27 осіб (90%); відношення з оточенням – 26 учнів (87%);

Потребується особова увага до чинників: алкоголь, наркотики – 2 учні (7%); протиправні дії – 3 респонденти (10%); гроші та проблеми з ними – 5 досліджених (17%); сімейні негаразди – 4 особи (13%); відчуття неповноцінності, ущербності та потворності – 5 досліджених (17%); шкільні проблеми, проблеми вибору життєвого шляху – 3 респонденти (10%); відношення з оточенням – 4 учні (13%);

Потрібне формування антисуїцидальних факторів – не виявлено.

3. «Ваші суїцидальні схильності» (С. Корольова) – дослідження суїцидальних нахилів учнів.

За результатами діагностики виявлено, що:

Низький рівень суїцидальних нахилів, але на даний час похмурий настрій – 4 учні (13%);

Сформована воля та стійкі нерви, не схильний до самогубств – 26 досліджених (87%);

Можливі подумки про самогубство; схильні до суїциду; схильні шантажувати самогубством; підсвідомі думки про суїцид – не виявлено.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що аутоагресивні тенденції у більшості респондентів на низькому рівні.

Отже,за результатами досліджень за трьома методиками виявленні такі данні:

високий рівень суїцидальних нахилів – не виявлено;

середній рівень суїцидальних нахилів – у 3 респондентів (10%);

низький рівень суїцидальних нахилів – у 27 осіб (90%).

4. «Опитувальник батьківського ставлення (А. Варга, В. Століна)» – дослідження батьківського ставлення, почуттів по відношенню до дитини та поведінкових стереотипів.

За результатами діагностики виявлено, що:

Високий рівень прийняття – 8 досліджених (26%);

Середній рівень прийняття – 20 батьків (67%);

Низький рівень прийняття – 2 респонденти (7%);

Для обробки результатів та підтвердження завдання дослідження ми використали кореляційний аналіз. Виходячи з отриманих результатів ми отримали коефіцієнт кореляції rxy = – 0.74, що свідчить про наявність помітного зв'язку між рівнем батьківського ставлення до підлітка, а саме прийняття або відторгнення дитини, і рівнем суїцидальних тенденцій підлітка. Ми можемо стверджувати, що чим вище рівень прийняття батьками своєї дитини, є виражене позитивне ставлення, тим нижче показники суїцидальних схильностей у підлітка. Якщо дорослий відчуває по відношенню до дитини в основному тільки негативні почуття: роздратування, злість, досаду, навіть іноді ненависть, тоді показники суїцидальних схильностей помітно вищі.

Мета корекційних занять – запобігання суїцидальної поведінки; сприяти повноцінному психічному і особистісному розвитку учнів; зниження рівня агресивності; зниження емоційної напруженісті; зниження рівня тривожності через формування вміння регулювати свій емоційний стан; навчання прийомам саморелаксації, зняття емоційної напруги в стресових ситуаціях.

Задачі запропонованої програми: створення умови для довірчих, доброзичливих відносин, атмосфери розуміння і активної участі в роботі групи; виявлення дітей «групи ризику»; формування у неповнолітніх мотивації розвитку своєї особистості за допомогою усвідомлення своїх внутрішніх переживань і причин, що їх викликають, з подальшим їх емоційним відреагуванням; розвиток навичок використання активних поведінкових стратегій при переживанні, подоланні життєвих труднощів і для попередження подальшого розвитку девіантної поведінки; зниження емоційної напруги; розвиток здатності до позитивного самосприйняття; розвиток внутрішньої активності підлітків; перенесення позитивного досвіду з групи до реального шкільного життя; розвиток навичок комунікації, вміння відповідати на питання та слухати інших, вміння давати рефлексію.

**ВИСНОВКИ**

1. Проаналізовано стан вивчення проблеми аутоагресивних тенденцій та суїциду людини у сучасній науковій літературі. Визначено, що вивченням парасуїциду та суїцидальною поведінкою людини займаються вчені різних спеціалізацій. Зокрема, психоаналітична концепція, в якій провідне місце суїцидальної поведінки відводиться психологічним факторам (З. Фрейд, А. Адлер). Екзистенційно-гуманістичний підхід підкреслює емоційні переживання в походженні суїцидальної поведінки (К. Роджерс, Р. Мей). Когнітивні теорії розглядають суїцидальну поведінку як спробу спілкування або вирішення проблеми (А. Бек, М. Ковач). Інтерперсональна модель показує, що істинна аутоагресивна спроба відбувається за наявності трьх факторів: прагнення померти; сприйняття себе як тягаря для близьких людей; отримана терпимість до фізичного болю і редукований страх смерті (Т. Джойнер). Аутоагресивна поведінка є наслідком соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитого мікросоціального конфлікту; В. Розанов вважае, що схильність до самогубства складається з трьох параметрів вимірювання: соціум, індивідуум і особистість, біологічні схильності; І.Кутько, відокремлює поняття парасуїцид, й відносить до нього аутоагресивні дії психічно хворого в стані психозу; Н. Конанчук визначає, що парасуїцид – форма агресії проти власного «Я».

2. Вивчивши теоретичні питання, які полягають у поглибленні, конкретизації, узагальненні та систематизації знань з проблеми аутоагресивних тенденцій та суїциду підлітків, можна зазначити, що парасуїцид – заподіяння шкоди власному здоров'ю, яке, однак, не викликане дійсним прагненням до смерті людини.Парасуїцід відрізняється від спроб суїциду (самогубства) тим, що він частіше зустрічається серед молодих людей, які перебувають в стані різкого дистресу, але у яких відсутнє будь-яке серйозне психічне захворювання. Проте багато людей, які звернулися до парасуїціду, надалі намагаються покінчити життя самогубством.

Як правило, парасуїцид відбувається в стані афекту та є не так спробою позбавити себе життя, скільки «криком про допомогу», спробою звернути на себе та свої проблеми увагу оточуючих. Ці дії так само називають демонстративною спробою суїциду. На противагу парасуїциду, істинний суїцид – це, як правило, добре спланований захід, мета якого – за всяку ціну позбавити себе життя незалежно від думки та реакції рідних, близьких, друзів тощо.

Виявлено особливості, які характерні для зовнішніх обставин життя суїцидального підлітка: неблагополучна сім'я, важкий психологічний клімат, конфлікти з батьками і між батьками, алкоголізм в сім'ї, втрата батьків.

Відзначено причини суїцидів, що найбільш часто зустрічаються серед підлітків: втрату коханої людини, стан перевтоми, уражене почуття власної гідності, руйнування захисних механізмів особистості внаслідок вживання алкоголю, гіпногенних психотропних засобів і наркотиків, наслідування людині, яка вчинила самогубство. Специфічними причинами суїцидальної поведінки неповнолітніх можуть бути також почуття протесту і помсти, страх покарання і ганьби, прагнення викликати співчуття, переїзд сім'ї на нове місце проживання, нерозділене кохання і ревнощі, небажана вагітність.

Організація соціальної роботи у боротьбі з самогубством має два основоположні напрямки: профілактика самогубств та реабілітація й адаптація суїцидентів і їх сім'ї, близького оточення.

Основними видами допомоги підлітку з суїцидальними тенденціями є: проведення профілактичних бесід; залучення фахівців – психологів, соціальних педагогів, юристів, психотерапевтів тощо; включення неповнолітніх з суїцидальними намірами в тренінгові групи, метою яких є усунення несприятливих емоційно значущих ситуацій; навчання соціальним навичкам, способам ефективного спілкування, взаємодії з оточуючими, конструктивній поведінці в конфліктних ситуаціях; переорієнтування індивідуальних і групових інтересів; призначення щодо освоєння спеціальної літератури.

3. Експериментально досліджено рівень суїцидальних схильностей неповнолітніх. Оброблено отримані результати за допомогою математичної статистики.

Дослідження підтверджує безпосередній зв`язок між рівнем батьківського ставлення до підлітка, а саме прийняття або відторгнення дитини, та рівнем суїцидальних тенденцій підлітка. Доведено, що чим вище рівень прийняття батьками своєї дитини: є виражене позитивне ставлення до неї, тим нижче показники суїцидальних схильностей у підлітка. Якщо дорослий відчуває по відношенню до дитини в основному тільки негативні почуття: роздратування, злість, досаду, навіть іноді ненависть, тоді показники суїцидальних схильностей помітно вищі.

Для обробки результатів дослідження ми використали кореляційний аналіз. Виходячи з отриманих результатів ми отримали коефіцієнт кореляції rxy = – 0, **74**, що свідчить про наявність значного зв'язку між рівнем прийняття батьками неповнолітнього та рівнем суїцидальних нахилів, тобто чим вище рівень прийняття дитини, тим нижче рівень суїцидальних схильностей.

4. Запропоновано програму щодо психопрофілактики аутоагресивної поведінки неповнолітніх.

Мета програми – запобігання суїцидальної поведінки; сприяти повноцінному психічному і особистісному розвитку учнів; зниження рівня агресивності; зниження емоційної напруженісті; зниження рівня тривожності через формування вміння регулювати свій емоційний стан; навчання прийомам саморелаксації, зняття емоційної напруги в стресових ситуаціях.

Задачі програми: створення умови для довірчих, доброзичливих відносин, атмосфери розуміння і активної участі в роботі групи; виявлення дітей «групи ризику»; формування у неповнолітніх мотивації розвитку своєї особистості за допомогою усвідомлення своїх внутрішніх переживань і причин, що їх викликають, з подальшим їх емоційним відреагуванням; розвиток навичок використання активних поведінкових стратегій при переживанні, подоланні життєвих труднощів і для попередження подальшого розвитку девіантної поведінки; зниження емоційної напруги; розвиток здатності до позитивного самосприйняття; розвиток внутрішньої активності підлітків; перенесення позитивного досвіду з групи до реального життя; розвиток навичок комунікації, вміння відповідати на питання та слухати інших, вміння давати рефлексію.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. [Аверьянов Л. Я. Хрестоматия по психологии](http://www.twirpx.com/file/484333/) / Л. Я. Аверьянов. – М.: Самиздат, 2009. – 138 с.
2. Артур Р. Большой толковый психологический словарь / Р. Артур. – Т. 1-2.– М.: Вече, АСТ, 2000. – 592 с.
3. Антощак О. Розуміння – розум – творчість / О. Антощак, І. Ганжала, Н. Ніколаєнко. – К.: Вид. дім «Шкіл. світ»: Вид. Л.Галіцина, 2006. – 112 с.
4. Амбрумова А. Г. Актуальные проблемы суицидологи / А. Г. Абрумова, В. А. Тихоненко. – М.,1979. – 387 с.
5. Амбрумова А. Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения / Комплексные исследования в суицидологии: сборник научных трудов. – М.:Изд. Моск. НИИ психиатрии МЗ СССР, 1986. – С. 7-25.
6. Агарков О. А. Технології соціальної роботи : навч. посіб. для студентів ВНЗ / О. А. Агарков, Д. Ю. Арабаджиєв, В. В. Кузьмін, І. В. Мещан, В. М. Попович. – Запоріжжя: Мотор Січ, 2015. – 486 c.
7. Блейхер В. М. Толковый словарь психиатрических терминов / В. М. Блейхер, И. В. Крук. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. – 640 с.
8. [Бровина Л. В. Хрестоматия по психологии](http://www.twirpx.com/file/165120/) / Л. В. Бровина, Т. А. Сергеева. – М.: Флинта, 2008. – 240 с.
9. Бек А. Когнитивная психотерапия расстройств личности / А. Бек, А. Фримен. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.
10. Волкова А. Н. Психолого-педгогическая поддержка детей суицидентов // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1998, №2 – с. 36-43.
11. Вроно Е. Поймите своего ребенка. – М.: Дрофа, 2002. – 224 с.
12. Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 2001. – №3. С. 32-39.
13. Говорин Н. В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров. – Томск: Иван Федоров, 2008. – 156 с.
14. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / В. А. Базарова. – М.: Мысль, 1994. — 399 с.
15. Истратова О. Н. Психодиагностика: коллекция лучших тестов / О. Н. Истратова, Т. В. Эксакусто. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 375 с.
16. Игишев В. Краткий толковый психолого-психиатрический словарь. / В. Игишев, *–* Ростов н /Д:Феникс, 2008. – 573 с.
17. Исаев Д. С. Психология суицидального поведения: Методические рекомендации для студентов по спецкурсу «Суцидология» / Д. С. Исаев, К. В.Шерстнев. – Самара: Стандарт, 2000. – 78 с.
18. Конончук Н. В. О психологическом смысле суицидов // Психологический журнал. – М., 1989, № 5, С. 95 – 102.
19. Кондрашенко В. Т. Общая психотерапия / В. Т. Кондрашенко, Д. И. Донской. – Мн.: Экспресс контакт, 1997. – 413 с.
20. Кондрашенко В. Т. Девиантное поведение у подростков / В. Т. Кондрашенко. – Мн.: Беларусь, 1988. – 207 с.
21. Клейберг Ю. А. Психология девиантного поведения: Учебное пособие для вузов. – М.: ТЦ Сфера, 2001. – 160 с.
22. Лайнен М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности / М. Лайнен. – М.: Вильямс, 2007. – 471 с.
23. Лонгмор М. Оксфордский справочник по клинической медицине / М. Лонгмор, Я. Уилкинсон, С. Раджагопалан – М.: Бином Лаборатория знаний, 2009. — 855 с.
24. Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. – М.: Смысл, 2000. – 195 с.
25. Личко А. Е.Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. – Л.: Медицина, 1983. – 215 с.
26. Малкина-Пых И. Г. Психологическая помощь близким / И. Г. Малкина-Пых. — М.: Эксмо, 2009. — 192 с.
27. Мещеряков Б. Г. Большой психологический словарь / Б. Г. Мещеряков, В. П. Зинченко. — СПб.: Прайм Еврознак, 2006. – 672 с.
28. Макартычева, Г. И. Коррекция девиантного поведения. Тренинги для подростков и их родителей / Г. И. Макартычева. – СПб.: Речь, 2007. –368 с.
29. Меннингер К. Война с самим собой / К. Менингер. – М.: Эксмо-Пресс, 2001. – 384 с.
30. Меновщиков В. Ю. Психологическое консультирование: работа с кризисными и проблемными ситуациями / В. Ю. Меновщиков. – М.: Смысл, 2005. – 182 с.
31. Моховиков А. Н. Суицид: Хрестоматия по суицидологии / А. Н. Моховиков. – К.: А. Л. Д., 1996. – 140 с.
32. Мясищев В. Н. Психология отношений: Избранные психологические труды / А. А. Бодалева – М.: Модэк МПСИ, 2004. – 230 с.
33. Мясищев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев – Л.: Изд-во Ленинградского Университета, 1960. – 428 с.
34. Нечипоренко В.В. Некоторые аспекты суицидального поведения у акцентуированных личностей в юношеском возрасте // Саморазрушающее поведение у подростков. – Л., 1991; с. 36-40.
35. Петухов В. В. Хрестоматия по общей психологии / В. В. Петухов. – М., 1998. – 514 с.
36. Платонов Ю. П. Психологическое сопровождение лиц, переживших насилие в семье: учебное пособие / Ю. П. Платонов. — СПб.: СПбГИПСР, 2002. – 113 с.
37. Платонов Ю. П. Социальная психология поведения / Ю. П. Платонов. – СПб.: Питер, 2006. – 464 с.
38. Погодин И. А. Суицидальное поведение: психологические аспекты. Учебное пособие. / И. А. Погодин. — М.: Флинта, 2016. – 197 с.
39. Пурич-Пейакович Й. Самоубийство у подростков / Й. Пурич-Пейакович, Д. Дуньич — М.:Медицина, 2000. — 196 с.
40. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека./ Е. И. Исенина. М.: Прогресс, 1994*. –* 247 с.
41. Розанов В.В. В темных религиозных лучах / А. Н. Николюкин. – М.: Республика, 1994. – 360 с.
42. Ромек, В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В. Г. Ромек, В. А. Конторович. – СПб.:Речь, 2007. – 243 с.
43. Ромек В. Г. Поведенческая психотерапия / В. Г. Ромек. – М.: Академия, 2002. – 60 с.
44. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога в образовании: Учебное пособие / Е. И. Рогов. – М.: Владос, 2004. – Кн.2: Работа психолога со взрослыми. Коррекционные приемы и упражнения. – 480 с.
45. Соколова Е. Е. Хрестоматия по курсу введение в психологию / Е. Е. Соколова. – М.: Российское психологическое общество, 1999. – 545 с.
46. Столин В. В. Самосознание личности / В. В. Столин. – М.: Издательство Московского Университета, 1983. – 284 с.
47. Таланов В. Л. Справочник практического психолога / В. Л. Таланов, И. Г. Малкина-Пых. — СПб.: Эксмо, 2005. – 928 с.
48. Тюптя Л. Т. Соціальна робота: Теорія і практика / Л. Т. Тюптя, І. Б. Іванова. – К.: Знання, 2008. – 408 с.
49. Сологубова Т. К. Социальная диагностика и профилактика. Социальная робота / Т. К. Сологубова. — Ростов н / Д: Феникс, 1999. – 325 с.
50. Свищева И. К. Технология социальной работы: учеб. пособие / И. К. Свищева. – Белгород: БелГУ, 2007. – 240 с.
51. [Синягин Ю. В.](http://libr.msu.mogilev.by:8888/opac/index.php?url=/auteurs/view/69463/source:default) Детский суицид: психологический взгляд / [Ю. В. Синягин](http://libr.msu.mogilev.by:8888/opac/index.php?url=/auteurs/view/69463/source:default), [Н. Ю. Синягина](http://libr.msu.mogilev.by:8888/opac/index.php?url=/auteurs/view/25256/source:default). – СПб.: Каро, 2006. – 176 с.
52. Франц А. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. / А. Франц. — М.: Эксмо-Пресс, 2002. — 352 с.
53. Фрейд 3 Психология бессознательного: Сб. произведений / М. Г. Ярошевский. – М.: Просвещение, 1990.— 448 с.
54. Шорохова О. А. Життєві пастки залежності і співзалежності / О. А. Шорохова. – СПб .: Мова, 2002. – 136 с.
55. Шваб Е. Д. Психологическая профилактика и коррекционно-развивающие занятия (из опыта работы) / Е. Д. Шваб. – Волгоград: Учитель, 2007. – 154 с.
56. Юревич А. В. Психология и методология / А. В. Юревич. – М.: Институт психологии РАН, 2005. – 311 с.
57. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология / Л. Н. Юрьева. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
58. Янышева В. А. Девиантное поведение подростков. Теории и эксперименты / Т. Г. Визель, Л. В.  Сенкевич, В. А. Янышева, А. К. Железнова. – Тула: ТПГУ, 2007. – 326 с.