**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

**Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки**

**кафедра практичної психології та соціальної роботи**

**Суконний Д.О.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Взаємозв’язок стресостійкості особистості і ризику суїцидальної поведінки у юнацькому віці та її корекція**

**Сєвєродонецьк**

**2020**

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

# Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

(повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра практичної психології та соціальної роботи

 (повна назва кафедри)

## ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня**\_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (бакалавр, спеціаліст, магістр)

напрям підготовки \_\_\_053 – Психологія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (шифр і назва напряму підготовки)

Спеціалізація «Практична психологія»

на тему: «Взаємозв’язок стресостійкості особистості і ризику суїцидальної поведінки у юнацькому віці та її корекція»

Виконав: студент групи ПСПП – 16д Суконний Д.О.

Керівник: д. психол. н., проф. Спицька Л.В.

Завідувач кафедри практичної

психології та соціальної роботи:

д. психол. н., проф. Завацька Н.Є.

Рецензент: к. психол. н., доц. Боярин Л.В.

Сєвєродонецьк – 2020

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

#  Факультетгуманітарних наук, психології та педагогіки

 (повне найменування інституту, факультету)

# Кафедра практичної психології та соціальної роботи

 (повна назва кафедри)

освітньо-кваліфікаційного рівня \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (бакалавр, спеціаліст, магістр)

напрям підготовки \_\_\_053 – Психологія\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (шифр і назва напряму підготовки)

Спеціалізація «Практична психологія»

# ЗАТВЕРДЖУЮ

**Завідувач кафедри**

**практичної психології**

**та соціальної роботи**

**проф. Завацька Н.Є.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“26” березня 2020\_року

## З А В Д А Н Н Я

### НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА

**Суконного Дмитра Олександровича**

## Тема роботи: «Взаємозв’язок стресостійкості особистості і ризику суїцидальної поведінки у юнацькому віці та її корекція»

## Керівник роботи Спицька Ліана Вікторівна, д. психол. н., проф.

 ( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “26”березня 2020 р. № 50/15.17

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_05.06.2020 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи – 76 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 72дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з особливостей взаємозв´язку стресостійкості особистості і ризику суїцидальної поведінки; підібрати діагностичний інструментарій згідно вивчення особливостей взаємозв´язку стресостійкості особистості і ризику суїцидальної поведінки у юнацькому віці та їі корекції; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо розвитку стресостійкості особистості.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *таблиці – 6.*

6. Консультанти розділів роботи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата |
| завдання видав | завданняприйняв |
| 1 | Спицька Л.В. – д.психол.н, доц., професор кафедри практичної психології та соціальної роботи | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |
| 2 | Спицька Л.В. – д.психол.н, доц., професор кафедри практичної психології та соціальної роботи | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |
| 3 | Спицька Л.В. – д.психол.н, доц., професор кафедри практичної психології та соціальної роботи | 26.03.2020 р. | 26.03.2020 р. |

7. Дата видачі завдання 26.03.2020 р.

**КАЛЕДНАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №з/п | Назва етапів дипломного проекту | Строк виконання етапів проекту | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану дипломної роботи | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 2 | Пошук та аналіз літератури. Робота над теоретичною частиною | 03.2020 р. | 03.2020 р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення тестування | 04.2020 р. | 04.2020 р. |
| 4 | Узагальнення результатів  | 04. 2020 р. | 04. 2020 р. |
| 5 | Висновки | 05.2020 р. | 05.2020 р. |
| 6 | Підготовка дипломною роботи до захисту та захист роботи | 06.2020 р. | 06.2020 р. |

Студент Суконний Д.О.

Керівник роботи Спицька Л.В.

**РЕФЕРАТ**

Текст – 76с., табл. – 6, джерел – 72, додатків – 1

У даній дипломній роботі розглядаються теоретичні і практичні питання взаємозв'язку стресостійкості особистості і ризику суїцидальної поведінки у юнацькому віці та її корекції. Структура даної дипломної роботи виглядає наступним чином:

Перші два розділи відображають науково - теоретичний аналіз літератури, присвяченої проблемам стресостійкості і суїцидального ризику, їх взаємозв'язку. Крім того, в першому розділі розглянуті психологічні дослідження стресостійкості і суїцидального ризику. У другому розділі - гендерні та вікові аспекти даних феноменів, теорії взаємозв'язку стресу і суїцидальної поведінки.

У розділі три розглянуто проведене експериментальне дослідження, описані виявлені психологічні особливості взаємозв'язку стресостійкості і ризику суїцидальної поведінки юнаків і дівчат. Дані дослідження відповідають теоретичним аспектам розглянутої проблеми, що говорить про надійність результатів емпіричного дослідження.

**Ключові слова:** ЮНАЦЬКИЙ ВІК, СУЇЦИД, СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА, СТРЕСОСТІЙКІСТЬ, СТРЕСОГЕННІ ФАКТОРИ, ГЕТЕРОАГРЕСІЯ, АФЕКТИВНІСТЬ, САМООЦІНКА.

**ЗМІСТ**

ВСТУП 8

РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА СТРЕСОСТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ І РИЗИКУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

1.1 Стрес і суїцид: аналіз сучасних підходів 11

1.2 Психологічні дослідження феномену стресостійкості 13

1.3 Типи стресостійкості 18

1.4 Особливості стресостійкості у гендерному вимірі 20

РОЗДІЛ 2. ТЕОРІЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СТРЕСУ І СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

2.1 Суїцидальна поведінка як процес 22

2.2 Проблема суїцидальної поведінки в філософії і психології: історичний аспект 24

2.3 Віковий і гендерний аспекти суїцидальної поведінки 28

2.4 Корекція схильності до суїцидальної поведінки у юнацькому віці 34

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ І РИЗИКУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДІВЧАТ І ЮНАКІВ

3.1 Загальна організація дослідження і його методи 42

3.2 Аналіз і інтерпретація отриманих результатів 52

3.2.1 Результати психологічного дослідження і їх аналіз 52

3.2.2 Визначення нормальності розподілу аналізованих даних для вибору критерію дослідження 57

3.2.3 Виявлення взаємозв'язку стресостійкості особистості і ризику суїцидальної поведінки дівчат і юнаків 59

ВИСНОВКИ 63

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 71

ДОДАТКИ 81

**ВСТУП**

**Актуальність теми дослідження.** Всі ми періодично відчуваємо на собі негативний вплив стресу. Кожен з нас схильний до цього, і не завжди в силах протистояти натиску непростих життєвих подій. У такі моменти у деяких людей може знижуватися настрій і загальний життєвий тонус, утворюється «душевна порожнеча» і небажання що-небудь робити, нерідко спостерігаються ознаки суїцидальної поведінки. «Руки опускаються» - таким виразом можна описати подібний стан. У інших же реакцією на стрес може стати, навпаки, зайва діяльна активність, підвищення мотивації, сили волі і т.д. Чому ж так відбувається? Вся справа в особливому механізмі - стресостійкості особистості [54].

В процесі еволюції склалося так, що стресові реакції в організмі - це реакції боротьби. Ті гормони, які викидаються в кров - викидаються з певною метою: змусити нас рухатися і боротися за своє життя. Людина з низькою стресостійкість, відчуваючи стрес і маючи всі ці переживання, продовжує сидіти на місці і нічого не робити. Це в корені не правильно, тому що як тільки ми починаємо рухатися, боротися велика частина крові йде до м'язів і з нею йдуть гормони викликають підвищення імунітету, поліпшення стану шлунково-кишкового тракту, загального гормонального фону, тобто поліпшення стану всього організму. Це дозволяє переносити як вже існуючий стрес, так наступні стреси з найменшими втратами. Стресостійкість визначається як поєднання особистісних якостей, що дозволяють переносити стресові ситуації без неприємних наслідків для своєї діяльності, особистості та оточуючих [21].

Стресостійкі люди завжди готові до будь-яких змін і з легкістю їх приймають. Вони запросто долають труднощі в кризових ситуаціях. Стресонестійким людям складно адаптуватися до будь-яких змін, їм складно міняти свою поведінку, установки, погляди. Низька стійкість до стресів у людей пов'язана з багатьма факторами. Це і стан сучасного суспільства, середовищні чинники, такі, як економічні умови, сімейний стан, расова або релігійна приналежність, психоемоційне напруження в різних життєвих ситуаціях і т.п. [13].

Особистості стресонестійкі, найчастіше це юнаки і дівчата від 14-15 років до 23 -24 років стають найбільш вразливими і схильними шукати рішення виходу з життєвих негараздів в суїцидальної поведінки [46].

Актуальність проблеми полягає в збільшенні на сьогоднішній день кількості суїцидів серед молоді як слідства великої кількості стресів у сучасному суспільстві, а також зниження стресостійкості суїцидентів в умовах тривалого стресового впливу.

**Об’єкт дослідження:** стресостійкість і ризик суїцидальної поведінки у юнацькому віці.

**Предмет дослідження:** взаємозв’язок стресостійкості особистості і ризику суїцидальноїповедінки у юнацькому віці та її корекція.

**Мета дослідження:** дослідити взаємозв’язок стресостійкості особистості і ризику суїцидальної поведінки у юнацькому віці та визначити методи її корекції.

Для досягнення поставленої мети, висунуті наступні **завдання дослідження:**

1. Провести теоретичний аналіз проблеми взаємозв'язку ризику суїцидальної поведінки і стресостійкості особистості.
2. Розкрити психологічні особистості феноменів стресостійкості та суїцидальної поведінки.
3. Дослідити взаємозв'язок ризику суїцидальної поведінки і стресостійкості особистості у юнацькому віці.
4. Розробити практичні рекомендації при роботі з проблемами предсуїцидальної поведінки у стресонестійких осіб та визначити методи корекції суїцидальної поведінки.

 **Методологічна та теоретична основа дослідження:** принципи системного (Б. Ананьєв, І. Данилюк, А. Коваленко, Б. Ломов, С. Максименко, А. Петровський, К. Платонов та ін.) та субʼєктно-діяльнісного (К. Абульханова-Славська, А. Брушлинський, С. Максименко, В. Роменець, С. Рубінштейн та ін.) підходів в психології; положення про єдність свідомості й діяльності (А. Борисюк, Л. Виготський, З. Ковальчук, О. Леонтьєв, В. Татенко, Т. Титаренко та ін.); розуміння вчинку як сутнісної основи людини й осередку її системи психіки (М. Бахтін, О. Блинова, В. Бочелюк, С. Гарькавець, В. Роменець, О. Шевяков та ін.); психологічні механізми й особливості суїцидальної поведінки (М. Бачериков, В. Войцех, Н. Завацька, П. Згонніков, Т. Ларіна, О. Лосієвська, В. Москалець, О. Моховіков, Г. Пілягина, А. Чуприков, Л. Юр’єва та ін.), теоретичні і методологічні положення суїцидології *(*А. Амбрумова, Д. Брент, Е. Гроллман, А. Канн, К. Меннінгер, К. Пфайффер, І. Стенгел, К. Тихоненко та ін.), методологічні положення і принципи активних методів соціально-психологічного навчання та допомоги (Г. Балл, О. Бондарчук, Ю. Бохонкова, І. Ващенко, Л. Карамушка, С. Кузікова, Л. Пілецька, М. Тоба, Т. Яценко та ін.).

**Методи дослідження:** методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге; тест самооцінки психічних станів Г. Айзенка; опитувальник САН; шкала реактивної і особистісної тривожності Ч. Спілбергера; опитувальник суїцидального ризику (модифікація Т. Разуваєва).

**Практичне значення дослідження** полягає в тому, що матеріали дослідження можуть бути використані психологами-практиками, шкільними психологами та педагогами в роботі з людьми, які переживають проблему самовизначення, що знаходяться в розгубленості, які відчувають стрес, депресивні стани, втрату життєвих орієнтирів, з низькою стресостійкістю і знаходяться на межі суїцидальної поведінки, а також тих, хто вже зробив таку спробу. Дані дослідження можуть використовуватися і як теоретична база для розробки програми тренінгів та заходів з превенції самогубств, виходу людини зі стресового стану, підвищення стресостійкості особистості.

**РОЗДІЛ 1**

**ПРОБЛЕМА СТРЕСОСТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ І РИЗИКУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ**

**1.1 Стрес і суїцид: аналіз сучасних підходів**

В даний час неухильно зростає стресогенність соціального простору. Міжнаціональні конфлікти, економічні кризи, проблеми на роботі, безробіття, дорожньо-транспортні пригоди. Все це неухильно веде до ослаблення психічної захисту людини, до його саморуйнування, до пошуку вирішення проблем в суїцид.

Частота суїцидальних дій серед молоді, протягом останніх двох десятиліть подвоїлася. У 30% осіб у віці 14 - 24 років бувають суїцидальні думки, 6% юнаків і 10% дівчат здійснюють суїцидальні дії [8]. Фахівці пишуть про те, що в 10% суїцидальну поведінку має на меті покінчити собою, і в 90% суїцидальну поведінку - це залучення до себе уваги, причому як у підлітків, так і у дорослих людей. За даними державної статистики кількість дітей і підлітків, що наклали на себе, становить 12,7% від загального числа померлих від неприродних причин. За останні п'ять років самогубством покінчили життя 14157 неповнолітніх. За кожним таким випадком стоїть особиста трагедія, катастрофа, безвихідь, коли страх перед життям перемагає страх смерті. Вирішуються на такий крок, як правило, замкнуті, ранимі по характеру юнаки та дівчата від відчуття самотності, власної непотрібності, стресів і втрати сенсу життя, все це характерно для особистостей з низькою стресостійкість, або взагалі стресонестійких [46].

  Безумовно, причин для самогубств у сучасної людини дуже багато. Але погодьтеся, що і психічно здорова людина, що не вживає нічого поганого, провідний активний спосіб життя, в певний момент може вчинити суїцид або його спробу. Чому ж це відбувається у, здавалося б, успішних у всьому людей? А відповідь на це питання дуже проста. Це звичайний стрес. Як приклад подій і життєвих ситуацій, що викликають стрес, можна привести серйозні особистісні кризи, травми, гострі соматичні і психічні захворювання, зловживання психоактивними речовинами, важку втрату або розлуку з близькою людиною, безробіття, залякування або насильство, знущання в школі або на роботі, а також різні нарцистичні порушення [13].

Людина, що переживає стрес, відчуває сильну тривогу, злість, смуток, відчай і безнадія, пов'язані з виразними фізіологічними реакціями. Повторні і тривалі травми роблять людину більш уразливим, послаблюючи його здатність долати наступні негативні події життя. Недолік сну, сезонні зміни тривалості світлового дня, зловживання алкоголем і наркотиками, а також неадекватний харчовий раціон впливають на вразливість людини. До 80% всіх стресів протікають з суїцидними тенденціями (думки про самогубство і спроби звести рахунки з життям). Спроби самогубства можуть бути як імпульсивно-несподіваними, так і ретельно спланованими [3].

Звичайно, є люди, які навіть у разі тривалого неодноразового впливу стресів не вибирають шлях в безодню. Вони переносять все ситуації якщо не з легкістю, то з найменшими втратами. Людина, що володіє певними властивостями, які дозволяють йому переносити значні інтелектуальні, вольові та емоційні навантаження (перевантаження), зумовлені особливостями професійної діяльності, без особливих шкідливих наслідків для діяльності, що оточують і свого здоров'я має хорошу стійкість до стресів. Саме вона дозволяє людині не зламатися, встояти, не вирішиться на суїцид. Стресостійкість - є інтегральним якістю особистості, основою успішного соціальної взаємодії людини, який характеризується емоційною стабільністю, низьким рівнем тривожності, високим рівнем саморегуляції, психологічної готовністю до стресу [61].

Поль Фресса дає наступне визначення - «стресостійкість - це сукупність індивідуальних психологічних властивостей, які виступають в якості базових психологічних механізмів корекції стресових станів» [57].

Виходячи з вищевикладеного, можна зробити висновок про те, що стресостійкість це особливий механізм, щит, що захищає людину не тільки від самих стресів, але і від суїцидальних тенденцій. Питання, пов'язані зі стресостійкість, безліч разів піднімалися і розглядалися видатними умами різних століть і існують різні, іноді суперечливі точки зору на цю проблему.

**1.2 Психологічні дослідження феномену стресостійкості**

Стресостійкість, як показник стійкості до стресу, необхідний компонент ефективності управлінської діяльності та діяльності, яка підвищує продуктивність праці зокрема. Сресостійкість - це властивість особистості, яка є якісним показником стійкості до стресу [58].

 Стресостійкість часто визначають або порівнюють з власне адаптацією до стресової ситуації. Основна індивідуальна характеристика змісту стресу - адаптація (стресостійкість). На думку психіатрів Олександрівського Ю.А., Лебедевева В.І. и др це бар'єр психічної адаптації [34,48].

 Психологи Дика Л.Г., Моросанова В.І., Сагіев Р.Р. основою стресостійкості вважають саморегуляцію людини, який складається з певних ланок і стилістично різноманітна [40].

 Б.Х. Варданян визначає стресостійкість, як особливе взаємодія всіх компонентів психічної діяльності, в тому числі емоційних. Він пише, що стресостійкість «... можна більш конкретно визначити як властивість особистості, що забезпечує гармонійне ставлення між усіма компонентами психічної діяльності в емоціогенной ситуації і, тим самим, що сприяє успішному виконанню діяльності» [12].

На одну з істотних сторін стресостійкості звертає свою увагу П.Б. Зільберман, кажучи про те, що стійкість може бути недоцільним явищем, що характеризує відсутність адекватного відображення ситуації, що змінилася, що свідчить про недостатню гнучкість, пристосовності. Він же пропонує свою і, на наш погляд, одну з найбільш вдалих трактувань стресостійкості, розуміючи під нею «... інтегративне властивість особистості, що характеризується такою взаємодією емоційних, вольових, інтелектуальних та мотиваційних компонентів психічної діяльності індивідуума, яке забезпечує оптимальне успішне досягнення мети діяльності в складній емотивної обстановці »[12]. Таким чином, стійкість до стресів - це самооцінка здатність і можливості подолання екстремальної ситуації пов'язана з ресурсом особистості або запасом, потенціалом різних структурно-функціональних характеристик, що забезпечують загальні види життєдіяльності та специфічні форми поведінки, реагування, адаптації і т.д. [27].

         Як випливає з наведених визначень стресостійкості, даний феномен (якість, риса, властивість) розглядається в основному, з функціональних позицій, як характеристика, що впливає на продуктивність, успішність діяльності. Перебуваючи в постійному активному соціальному становищі, людина зобов'язана мати імунну реакцію на всі фактори, здатні вивести його душевний і психологічну рівновагу з ладу. Для цього необхідно мати "хорошу стійкість до стресів форму" [1].

Про саме поняття стресостійкості людини говорилося досить багато. Основне трактування таке: "Стресостійкость - це сукупність особистісних якостей, що дозволяють працівнику переносити значні інтелектуальні, вольові та емоційні навантаження (перевантаження), зумовлені особливостями професійної діяльності, без особливих шкідливих наслідків для діяльності, що оточують і свого здоров'я" [56] .

          Як можна почерпнути з наведених визначень поняття стресостійкості, даного багатьма фахівцями доведено взаємозв'язок між фізичним і психологічним здоров'ям, а з цього випливає, що не тільки фізичне здоров'я страждає від неспроможною "психологічної форми" людини, а й психологічний стан безпосередньо залежить від фізичної підготовки. Фізичні вправи, загартовування, здорове харчування - все це є міцними складовими в такому щиті від стресів, як стресостійкість [39].

У сучасних дослідженнях стресостійкість розглядається як якість особистості, що складається із сукупності таких компонентів:

           А) психофізіологічні (тип, властивості нервової системи).

           Б) Мотиваційного. Сила мотивів визначає значною мірою емоційну стійкість. Один і той же людина може виявити різну ступінь її в залежності від того, які мотиви спонукають його проявляти активність. Змінюючи мотивацію, можна збільшити або зменшити емоційну стійкість.

В) Емоційного компонента - емоційного досвіду особистості, накопиченого в процесі подолання негативних впливів екстремальних ситуацій.

           Г) Вольового компонента, який виражається в свідомої саморегуляції дій, приведення їх у відповідність до вимог ситуації.

         Д) Інформаційного компонента - професійної підготовленості, інформованості та готовності особистості до виконання тих чи інших завдань.

          Е) Інтелектуального компонента - оцінка вимог ситуації, прогноз її можливої ​​зміни, прийняття рішень про способи дій [35].

        Стійкість людини до виникнення різних форм стресових реакцій визначається, перш за все, індивідуально-психологічними особливостями і мотиваційною орієнтацією особистості. Слід зазначити, що екстремальний вплив далеко не завжди чинить негативний вплив на ефективність виконуваної діяльності. Більш високий рівень стресостійкості відрізняє людей, в системі цінностей яких переважають так звані духовні цінності. Навпаки, домінування цінностей матеріального характеру призводить до зниження рівня стресостійкості та формуванню своєрідної стресозалежності. Остання виражається в появі особливого світогляду, відповідно до якого стрес є невід'ємна властивість життя взагалі [31].

Стресостійкість - якість непостійне, і, отже, його можна розвивати (підвищувати) тренуванням (психотренінг), звичкою до щоденної напруженої творчої праці. Виділяють три основні чинники, що впливають на стресові стани: фізіологічний, поведінковий і суб'єктивний.

Л.А. Китаєв-Смик додає до цього переліку соціально-психологічний фактор, в першу чергу зміни в спілкуванні, а також психологічний фактор стресу. Виділяють наступні етапи в процесі розвитку стресостійкості:

  1) Інтерпретація і оцінка ситуації. Інтерпретуються і оцінюються:

А) вимоги ситуації, величина навантаження, ступінь загрози (благополуччю, здоров'ю, авторитету і т.д.);

Б) можливості організму і особистості;

В) співвідношення вимог ситуації і можливостей людини. Крім деяких фізіологічних стресорів, всі інші не діють на людину безпосередньо, безпосередньо впливає образ стресора, інтерпретація стресора, ситуації.

2) Оцінка (аналіз) стресових змін в своєму організмі. Часто "мішенню" стресового впливу є якась окрема система організму або сфера особистості [39].

Початкові стресові зрушення можуть бути викликані розладом або травмою одного органу, підвищеним навантаженням на сферу особистості (наприклад, інформаційне перевантаження), втратою або зміною особистісно значущого зв'язку, значимого соціального якості. Потім розгортаються множинні реакції, наступають різноманітні наслідки.

3) Найбільш важливим етапом є адаптаційний процес. У ньому може домінувати одне з трьох напрямків:

А) протидія;

Б) пристосування;

В) відхід від стресового впливу.

Спрямованість адаптаційної активності визначається, з одного боку, природою стресового впливу, специфікою ситуації, а з іншого - особливостями особистості, резервами організму. Можливість реалізувати той чи інший вид адаптації до стресової ситуації залежить не тільки від мотивів і цілей, властивостей особистості, психічного стану, а й від того, який стресор впливає, яка його сила, в яку ситуацію включена людина і т.д. Особистість має можливість вибору в реагуванні, діяльності, поведінці, але ступінь свободи вибору обмежена особливостями стресовій ситуації [55].

Психотравми (стресогенні фактори) можна класифікувати:

1) за силою: шокові (раптові), підгострі (короткочасні),

 емоційно значимі, хронічні (тривалі);

2) за значимістю для особистості (значущі і незначущі);

3) за спрямованістю інформації (привносять або позбавляють її);

4) по можливості розв'язання;

5) за тривалістю;

Несприятливі стани виникають в тому випадку, коли навантаження перевищує стійкість людини. Помірний емоційний стрес активізує резервні можливості людини [39].

У сучасних працях ряд авторів пов'язують дослідження стресостійкості особистості з переважанням тих чи інших «стратегій подолання» [52].

Успішне переживання важкій життєвій ситуації різноманітно за своєю фабулою, і, відповідно, різними є стратегії подолання людини з труднощами. Інтенсивність стресового стану залежить не тільки від умов впливу стресорів, а й від мотиваційних і соціальних характеристик людини, які є суттєвою детермінантою поведінки його в стресі [39].

Таким чином, доводиться констатувати, що, незважаючи на незгасний протягом багатьох років інтерес до феномену стресостійкості, ця проблема не знаходиться в досить вивченому стані. Велика кількість досліджень є також і суперечливими один одному. Немає чіткого уявлення про механізми стресостійкості. За останні десятиліття зроблено ряд спроб виділити основні стресогені ситуації. Але визначити ступінь складності, стресогенності різних ситуацій виявилося дуже складно. Одне і те ж подія у різних людей може викликати різку протидію, породити негативні почуття або пройти майже непоміченим. Тобто один і той же подразник впливає на різних людей неоднаково, тому важко виділити будь - які закономірності в цьому процесі.

**1.3 Типи стресостійкості**

Зараз дуже активно розвивається особлива наука про переробку інформації людським інтелектом, що дозволяє прогнозувати поведінку людини в найрізноманітніших ситуаціях, в тому числі стресових - це соціоніка. Окремий її блок присвячений теорії стресостійкості, згідно з якою всі люди діляться на 4 групи або 4 типи:

* Стресонестійкісь;
* Стресотренируючі ;
* Стресогальмуючі ;
* стресостійкі.

«Стресонестійкість» характеризує максимально можлива ригідність по відношенню до зовнішніх подій. Вони не схильні змінювати свою поведінку і адаптуватися під зовнішній світ. Їх установки і поняття непорушні. Тому будь-який несприятливий зовнішній подія або навіть натяк на його можливість в майбутньому для них - стрес. У самій стресовій, критичної ситуації люди стресонестійких типів (типів інформаційного метаболізму) схильні до підвищеної емоційності, вкрай збудливі і неврівноважені. Від них не варто чекати швидких і конструктивних рішень в напружені моменти.

«Стресотренируючі » готові до змін, але тільки не глобальним і не миттєвим. Вони намагаються трансформувати своє життя поступово, невимушено, безболісно, ​​а коли це з об'єктивних причин неможливо, робляться дратівливими або впадають в депресію. Однак у міру повторення приблизно схожих за змістом напружених ситуацій «стресотренируючі » звикають і починають реагувати на стреси більш спокійно. Зрілі, досвідчені представники таких типів цілком здатні бути лідерами в екстремальних ситуаціях.

«Стресогальмуючі » відрізняються жорсткістю своїх життєвих принципів і світоглядних установок, проте до раптових зовнішніх змін відносяться досить спокійно. Вони принципово не готові змінюватися поступово, але можуть піти на швидке і одноразова зміна тієї чи іншої сфери їх життя, наприклад, різко змінити роботу. Люди, які мають типи даної групи, здатні бути лідерами під час «точкових» змін, після яких відразу буде фіксація їх нового статус-кво. Якщо ж стреси йдуть один за іншим, а особливо мають уповільнений характер, вони поступово втрачають присутність духу і контроль над своїми емоціями.

«Стресостійкість» готові відносно спокійно приймати будь-які зміни, який би характер - тривалий або миттєвий - вони не носили. Навпаки, все стабільне і заздалегідь визначене їм чуже і викликає іронію через загальної нестійкості, настільки гостро відчувається представниками типів цієї групи. Вони зазвичай самі починають процеси перетворень або навіть революцій, очолюють їх, при цьому в найгостріший момент можуть відійти в сторону, так як при всій любові до змін зовсім не в захваті від можливості нанесення шкоди собі. Вони вміють ефективно діяти в нестабільних, кризових умовах, але погано пристосовані для роботи в організаціях з усталеними традиціями. Стресом для них є тільки найважчі події, що стосуються їх самих або близьких. Нерідко «стресостійкі» вибирають собі професії, пов'язані з ризиком і постійним перебуванням в екстремальних ситуаціях [51].

Таким чином, існує 4 види стресостійкості. Але слід зауважити, що в процесі індивідуального особистісного становлення і розвитку особистості має місце перехід від одного виду стресостійкості до іншого, тому що це якість непостійне і, отже, його можна розвивати (підвищувати) тренуванням (психотренінг), звичкою до щоденної напруженої творчої праці.

**1.4 Особливості стресостійкості у гендерному вимірі**

Чоловіки і жінки з різною інтенсивністю і різними способами висловлюють свої емоції. Відмінності в інтенсивності вираження емоцій можуть бути пов'язані з тим, що у жінок лицьова активність в цілому вище, ніж у чоловіків. Слід враховувати і той факт, що чоловіки в рамках своєї традиційної статевої ролі схильні до «обмежувальної емоційності» - мінімізації емоційної експресії. Чоловікам властиво «забивати» свої почуття, тим самим рівень стресу у них значно збільшений. Усвідомлена регуляція емоцій пов'язана в основному з їх придушенням. Чоловіки в цілому більш стримані в прояві симпатії, печалі і дистресу, жінки - в проявах сексуальності, гніву, а також агресії. Одним з найбільш поширених в наші дні видів афектів є стрес. Він являє собою стан надмірно сильної і тривалої психологічної напруги, яка виникає у людини, коли її нервова система одержує емоційне перевантаження. Стрес дезорганізує діяльність людини, порушує нормальний хід його поведінки. Стреси, особливо якщо вони часті і тривалі, роблять негативний вплив не тільки на психологічний стан, але і на фізичне здоров'я людини. Тому важливим фактором якісної життєдіяльності є стресостійкість [21].

На незначність гендерних відмінностей в емоційній сфері вказує Ш. Берн [9]. Навпаки, Г. Орме наводить дані про те, що, незважаючи на відсутність відмінностей між чоловіками і жінками, за загальним рівнем коефіцієнта емоційності, жінки виявляють більш високий рівень з міжособистісним показниками емоційного інтелекту (емоційності, міжособистісних відносин, соціальної відповідальності).

У чоловіків переважають внутрішньоособистісні показники (самоствердження, здатність відстоювати свої права), здатності до управління стресом (стресостійкість, контроль імпульсивності) і адаптованість (визначення правдоподібності, рішення проблем). Цікаво, що у дівчат загальний рівень емоційного інтелекту пов'язаний з когнітивними процесами розуміння і осмислення емоцій, у юнаків - в більшій мірі з якістю міжособистісних зв'язків, особливо в період раннього онтогенезу

Дані про прояв властивостей нервової системи в реакціях на інтенсивні стимули узгоджуються з уявленнями деяких авторів про нижчу стійкості до стресу жінок в порівнянні з чоловіками. На думку Д.А. Жукова, особливо ці відмінності, виявляються при високому рівні стресу, коли чоловіки демонструють кращу здатність до прийняття рішень. Автор пояснює біологічні механізми низькою стресостійкості жінок, виходячи з даних про більш повільному повернення деяких фізіологічних параметрів до норми у жінок після стресових змін. Зокрема, після стресового впливу жінкам потрібно більше часу, ніж чоловікам, для зниження секреції кортизолу (гормону надниркових залоз) до вихідного рівня. Поряд з цим швидкість мобілізації регуляторних систем в умовах емоційного стресу у жінок вище, ніж у чоловіків. Це виражається в більш інтенсивному наростанні рівня збудження, швидкої загальної емоційної активацією жіночого організму [26].

Таким чином, можна зробити висновок, що гендерні дослідження стресостійкості не так об'ємні. Не можна з великою точністю сказати у якої статі вона вище. Д.А. Жукова передбачає, що все-таки, у чоловіків. Але тоді залишається відкритим питання: «Чому рівень суїциду у чоловіків вище?»

**РОЗДІЛ 2**

**ТЕОРІЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СТРЕСУ І СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ**

**2.1 Суїцидальна поведінка як процес**

Все починається з дитинства. Базові характеристики особистості складаються ще до школи, до п'яти-шести років. Ці роки визначають все подальше життя. Залежно від того, як вони пройшли, особистість буде або гармонійна, стресостійка, конструктивна, самодостатня, любляча себе і інших, бо людина, яку не навчили любити самого себе, ніколи не полюбить інших. Або вона буде збиткова, слабка, з низькою стресостійкість, і як наслідок з високим ризиком суїцидальної поведінки.

Суїцидальна поведінка - це ж не тільки петлю намилити? Це ціла історія. Суїцидальна поведінка - аутоагрессивное поведінку, що виявляється у вигляді фантазій, думок, уявлень або дій, спрямованих на самоушкодження або самознищення і, по крайней мере, в мінімальному ступені мотивованих явними або прихованими інтенціями до смерті [30]. Бандура А. вважає суїцидальну поведінку проявом суїцидальної активності - думки, наміри, висловлювання, погрози, спроби, замаху. Це процес, який може тривати десятиліттями. Це форма аномального поведінки, один із проявів агресії. Ми зазвичай вважаємо, що агресія спрямована назовні. Але існує ще й аутоагресія, тобто агресія, спрямована на самого себе, а її крайня форма - самогубство [5].

Крім того, існує біологічна, спадкова схильність до суїцидальної поведінки. На це вказує те, що у людини, в рідні у якого хтось скоїв суїцид або спробу, ризик накласти на себе руки набагато вище, ніж у будь-якого іншого. Схильність ця не є фатальною: людина може прожити сто років і не впізнати, що у нього вона є. Але при впливі ряду несприятливих життєвих факторів «сплячий» процес може бути запущений, і з якою швидкістю він буде розвиватися - залежить від особистості та від обставин.

Процес суїцидальної поведінки складається з декількох періодів. Амбрумова А.Г та Тихоненко В.А. виділяють досуіцідальний період з частими спадами настрою, втратою позитивних емоцій, здатності радіти тому, що раніше радувало. Наступний - пресуїцидальний - період характеризується появою думок про безглуздість існування, безперспективності життя, а потім і про небажання жити. У міру наростання цих проявів суїцидальні думки переходять в наміри. Якщо людина залишилася в живих, настає постсуїцидального період, в якому обов'язково потрібна допомога фахівця для профілактики повторного суїциду [2].

Суїцидальна поведінка зустрічається як в нормі (без психопатології), так і при психопатіях і при акцентуація характеру - в останньому випадку воно є однією з форм девіантної поведінки при гострих афективних або патохарактерологіческіх реакціях [47].

При вивченні суїцидальної поведінки Амбрумова А.Г та Тихоненко В.А. також розрізняють наступні типи:

1. Демонстративна поведінка - при демонстративній поведінці способи суїцидальної поведінки найчастіше проявляються у вигляді порізів вен, отруєння неотруйними ліками, зображення повішення.
2. Афективна суїцидальна поведінка - при афективній суїцидальній поведінці частіше вдаються до спроб повішення, отруєння токсичними і сильнодіючими препаратами.
3. Справжня суїцидальна поведінка - при істинному суїцидальної поведінки частіше вдаються до повішення [2].

Таким чином, можна зробити висновок, що суїцид є не якимсь миттєвим явищем, а цілим процесом, психологічним симптомокомплексом, що свідчить про кризу, що насувається суїцидальним актом, тобто етап суїцидальної динаміки, тривалість якого становить від декількох хвилин до декількох тижнів і місяців, коли людина тільки зважується на такий вихід із ситуації, виношує саму ідею і вже здійснює акт.

**2.2 Проблема суїцидальної поведінки в філософії і психології. історичний аспект**

Самогубство - одна з вічних проблем людства, оскільки існує як явище практично стільки ж, скільки існує на Землі людина. Самогубство, як вважають дослідники, явище суто антропологічне. Вважається, що випадки самогубств тварин є або поетичним вигадкою, або неправильними висновками з поверхневих спостережень за життям тварин. Ні скорпіон, втикали собі своє отруйне жало в спину, якщо його оточити вугіллям, що горить, ні ті тварини, які відмовляються від їжі в неволі і гинуть, не діють свідомо, і це - головна відмінність їхньої поведінки від поведінки людини [7].

У літературі проблема суїциду знайшла своє відображення ще за часів Стародавнього Єгипту, саме до цього періоду відносять дослідники поетичний твір "Суперечка розчарованого зі своєю душею". Ось як визначає свій стан невідомий автор, який написав цей текст:

Мені смерть видається нині

Лікування хворих,

Виходом з полону страждання [43, С.230].

Самогубство являє собою комплексну проблему, і вивчення даного явища почалося в сфері не психології, а філософії. Альбер Камю - один з представників школи екзистенціалістів - вважав, що "є лише одна по-справжньому серйозна філософська проблема - проблема самогубства. Вирішити, варто чи не варто життя того, щоб його прожити, - значить відповісти на фундаментальне питання філософії. Все інше - чи має світ три виміри, чи керується розум дев'ятьма або дванадцятьма категоріями - другорядне "[29].

У психології та медицині суїцид став досліджуватися, починаючи з XIX ст., Коли з'являються праці Е. Дюркгейма і З. Фрейда, що стали фундаментальними дослідженнями на цю тему.

Соціологічна теорія самогубства, запропонована Дюркгеймом, розглядає самогубство в основному як результат розриву інтерперсональних зв'язків особистості, відчуження індивідуума від тієї соціальної групи, до якої він належить.

Знайомство російської аудиторії з роботою Е. Дюркгейма "Самогубство" відбулося незабаром після її опублікування у Франції: в 1912 р Його ідеї широко пропагувалися відомим російським соціологом Питиримом Сорокіним в самий розпал чергової епідемії самогубств в країні (1910-1914) [43].

З. Фройд трактував явище самогубства як наслідок порушення психосексуального розвитку особистості. На думку Фрейда і його школи, потяг до самогубства у підлітків розвивається в зв'язку з аутоеротизмом, задовольняє онаністичними ексцесами, які розглядаються в той же час як принизливий акт, загрозливий тяжкими наслідками, і звідси виникають ущемлені комплекси і потяг до самогубства [45].

 Заслуговує на увагу стаття З. Фрейда "Сум і меланхолія" (1910). Її поява за часом збігається зі знаменитим засіданням Віденського психоаналітичного суспільства, на якому вперше обговорювалася проблема суїцидальної поведінки. У своїй роботі З. Фрейд аналізує суїцид на підставі подань про існування в людині двох основних потягів: Ероса - інстинкту життя і Танатоса - інстинкту смерті. Континуум людського життя є полем битви між ними. По Фрейду, суїцид і вбивство є проявом руйнівного впливу Танатоса, тобто агресією. Різниця полягає в її спрямованості на себе або на інших. Здійсничи аутоагресивний вчинок, людина вбиває в собі інтроецирований об'єкт любові, до якого відчуває амбівалентні почуття. Панування Танатоса разом з тим майже ніколи не буває абсолютним, що відкриває можливість запобігання самогубству [18]. У Росії частково розділяючи ідеї Фрейда, вже в сучасності Головін визначає акт агресії проти себе - аутоагресії - як вид поведінки агресивного - агресивні дії, що направляються суб'єктом на самого себе. Проявляється в самозвинуваченні, самоприниженні, нанесенні собі тілесних ушкоджень, суіцидної поведінці [15].

Послідовник школи психоаналізу, американський вчений Карл Меннінгер розвинув уявлення З. Фрейда про суїцид, дослідивши їх глибинні мотиви. Він виділив 3 основні частини суїцидальної поведінки:

1) Бажання вбити; суїциденти, будучи в більшості випадків інфантильними особистостями, реагують люттю на перешкоди або перешкоди, що стоять на шляху реалізації їх бажань;

2) Бажання бути вбитим; якщо вбивство є крайньою формою агресії, то суїцид являє собою вищу ступінь підпорядкування: людина не може витримати докорів сумління і страждань через порушення моральних норм і тому вбачає спокутування провини, лише в припиненні життя;

3) Бажання померти; воно є поширеним серед людей, схильних піддавати своє життя необгрунтованого ризику, а також серед хворих, які вважають смерть єдиними ліками від тілесних і душевних мук.

Таким чином, якщо у людини виникають відразу три описаних К. Меннінгер бажання, суїцид перетворюється в невідворотну реальність [24].

Карл Густав Юнг, торкаючись проблеми самогубства, вказував на несвідоме прагнення людини до духовного переродження, яке може стати важливою причиною смерті від власних рук. Це прагнення обумовлене актуалізацією архетипу колективного несвідомого, що приймає різні форми [25].

Е. Шнейдман вніс величезний внесок в суїцидології, будучи представником феноменологічного напряму. Він вперше описав ознаки, які свідчать про наближення можливого самогубства, назвавши їх "ключами до суїциду". Е. Шнейдманом описані і виділені загальні риси, характерні для всіх суїцидів. Разом з Н. Фарбероу він ввів в практику метод психологічної аутопсії (що включає аналіз посмертних записок суїцидентів) [41].

Н. Фарбероу є творцем концепції саморуйнується поведінки людини. Його підхід дозволяє більш широко поглянути на проблему, маючи на увазі не тільки завершені самогубства, а й інші форми аутоагресивної поведінки: алкоголізм, токсикоманію, невиправдану схильність до ризику і т.д. [там же].

Основоположник і класик логотерапії Віктор Франкл розглядав самогубство в ряду таких понять, як сенс життя і свобода людини, а також у зв'язку з психологією смерті і вмирання. Людина, якому властива свідомість існування, вільний щодо способу свого буття. Однак при цьому в життя він стикається з екзистенціальної обмеженістю на трьох рівнях: зазнає поразок, страждає і повинен померти. Тому завдання людини полягає в тому, щоб, усвідомивши її, перенести невдачі і страждання. В. Франкл ставився до самогубства з жалем і наполягав, що йому немає законного, в тому числі морального виправдання. В кінцевому рахунку, самовбивця не боїться смерті - він боїться життя, вважав В. Франкл [42]. У XX ст. вивченням проблеми самогубства, зайнялися також такі психологи як Е. Гроллман, К. Роджерс та інші. Можна сказати, що найбільш важливими проблемами, що привертають увагу всіх дослідників в цій області, є:

1. Причини самогубства;
2. Фактори ризику (стать, соціальний стан, психічні розлади,

генетичні захворювання і т.д.);

Превенція, інтервенція і поственція суїциду, яким приділяють значну увагу Е. Гроллман. Під цими термінами розуміється профілактика самогубств, безпосередня психологічна допомога людині, яка стоїть на межі вибору і допомогу його близьким, якщо трагедія все ж трапилася.

Крім цих проблем існує і безліч інших, пов'язаних з морально-етичними нормами, релігією, культурою і т.д [59].

Як видно з усього вищесказаного дослідженнями в області суїцидології займалися в основному іноземні психологи і соціологи. Що стосується вивчення цієї проблеми в Україні, то в першу чергу можна назвати кандидата філософських наук Красненкова І. П. До основних її робот по даній темі можна віднести "Соціально-філософські та політико-правові аспекти феномена суїциду" і "Філософський аналіз суїциду під кутом зору взаємовідносини людини з штучної середовищем ". У зв'язку з даною темою можна також згадати книгу Алієва "Актуальні проблеми суїцидології" 1987 року видання.

**2.3 Віковий і гендерний аспекти суїцидальної поведінки**

Що стосується віку, то існує чітка тенденція до збільшення рівня суїцидів з віком. Так, за даними Захистимо право громадських організацій самогубств в Україні, проведеного Г. Бєлоглазовим, середній глобальний рівень самогубств у чоловіків становить 24,7 на 100 000 населення. Однак аналіз вікових груп показує, що рівні суїцидів по віковим групам різко відрізняються (від 0,9 у групі 5-14 років з поступовим зростанням до 66,9 у осіб старше 75 років).

Аналогічний позитивний зв'язок між віком і рівнем самогубств спостерігається і у жінок: при загальному рівні, що становить 6,9, рівні в різних вікових групах коливаються від 0,5 на 100 000 в групі 5-14 років до 29,7 в групі старше 75 років [7]. Нахил до самогубства правильно збільшується, починаючи від дитячого віку аж до глибокої старості. Якщо іноді воно знижується після 70 або 80 років, то зменшення це дуже незначно; в цей період життя воно все-таки в два або в три рази сильніше, ніж в період зрілості [23].

  Якщо ж розглядати стать, то статеве співвідношення простежується в рівні, причини і формах суїцидальної поведінки чоловіків і жінок. Дослідження гендерних аспектів суїциду концентруються навколо: 1) статистичного переважання чоловічих суїцидів над жіночими (співвідношення в останні десятиліття 3: 1 або 4: 1 в більшості країн, в Україні в 2000-х - 5,5: 1); 2) соціальної і культурної обумовленості гендерних відмінностей суїцидальної поведінки [28].

    Перша група припущень про причини сверхсуіцідальності чоловіків орієнтується на відмінності в біосоціальній адаптації. Вважається, що чоловіки гостріше реагують на погіршення умов життя, безробіття, дезорганізацію робочого процесу. Індекс сверхсуіцідальності чоловіків описує "середнєтипове в соціально типових системах", його перевищення свідчить про наростаюче соціальне неблагополуччя. У періоди економічного підйому зростають можливості суспільства щодо задоволення потреб чоловіків в самореалізації, і рівень сверхсуіцідальності знижується [17]. Друга група думок грунтується на особливостях дитячого розвитку і культурних вимог до хлопчиків, в результаті яких чоловіки набувають негнучку життєву парадигму. Роль чоловіка стереотипизуєтсья - справжній чоловік повинен і вмирати як чоловік, крокуючи назустріч своїй долі. Як тільки чоловіки стають чутливими до нещасть, ймовірність суїцидальних проявів підвищується, цьому відповідають два піки суїцидальної активності - в підлітковому віці і після 60 років [64]. Некритична інтеріоризація деяких чоловічих стереотипів визначає позитивну оцінку самогубства заради збереження честі і гідності, максималізм і прийняття суїциду як мужнього вчинку.

Третя група досліджень чоловічий сверхсуіцідальності розглядає взаємозв'язок ауто - і гетероагресії, вважаючи найбільш суїцидонебезпечними контингентом "людей зі зброєю": військовослужбовців, солдатів строкового призову, працівників правоохоронних органів. Антропологічні факти надають нам кілька прикладів амбівалентні прагнень. Серед рівнинних індіанців Північної Америки, племен Дакота і Шайєнн зустрічається модель "Crazy-Dog-Wishing-To-Die" ( "Божевільна собака, яка прагне до смерті"). Член племені, який назвав себе Crazy-Dog повинен атакувати ворога до тих пір, поки не буде убитий. Серед малайців існують деякі форми душевної хвороби, відомої як "амок". Феномен характеризується глибокою початковій депресією, за якою слідують раптові агресивні дії. Охоплений цією хворобою може вбити кількох людей, перш ніж знищить себе. Схожі поведінкові комплекси існують не тільки в традиційних культурах, але і в сучасному суспільстві, часто чоловіки стають їх жертвами.

Четверта група досліджень шукає причини більш життєздатного жіночої поведінки, яке, відповідно до гіпотези, може мати характер опору культурним суїцидальних вимогам. Культурні традиції протягом століть наказували жінкам прийнятні для суспільства моделі суїцидальної поведінки. Як правило, вони носили характер альтруїстичних самогубств, дозволених і очікуваних ритуальних дій, наприклад, жертвопринесення жінок на могилі чоловіка або вождя. Звичай жертвопринесення дружин померлих чоловіків придбав найбільш інституційний характер у індоарійцев в самоспалення вдів - сати. Вважалося, що дружина - це власність чоловіка, і вдова здійснювала самогубство, щоб уникнути ризику знову вийти заміж або яким-небудь іншим способом порушити вірність і цнотливість, а також, щоб забезпечувати чоловіка всім необхідним в потойбічному світі [62].

У традиційній російській культурі також існували установки самозречення. Слов'янки не хотіли переживати чоловіків і добровільно спалювалися на вогнищі з їх трупами. Жива вдова Безчестя сімейство, а жінка, що позбавила себе життя для порятунку від загрожувала насильства, що не піддавалася осуду. Ці та інші приклади свідчать про те, що життя жінки в ряді культур визнавалася меншу цінність, ніж життя чоловіка. На початку XX ст., Коли стали очевидними перші успіхи жіночого руху за незалежність і свободу, кількість суїцидів серед жінок різко зменшилася, боротьба за емансипацію зробила видимий благополучний ефект на соціальне здоров'я жінок. Більш низький показник жіночих суїцидів може бути пояснений прагненням вижити всупереч суїцидальних звичаями. Століттями виховані в жінках життєздатність, бажання жити і нести відповідальність, за себе і сім'ю, відкритість до допомоги в кризовій ситуації, є потужними антисуїцидальними факторами [22].

Проте, залишається непоясненим гендерне співвідношення спроб самогубства до завершеним суїцидів з переважанням жіночих спроб (1:10). Деякі автори розглядають суїцидальну спробу і спосіб суїциду - отруєння - як "фемінного" шляху агресивності, відзначається реактивний нехарактерний патерн спроби самогубства

Чоловікам дуже властиво уникати пошуків професійної допомоги навіть у випадках важкої депресії, дуже великого стресу. Роль чоловіка в суспільстві вважається несумісною зі слабкістю, пригніченістю і дозволом собі плакати. Ця обставина може бути причиною заперечення чоловіками стресів і їх небажання говорити про пригніченому настрої. Чи викличе здивування, що стрес у них часто пов'язаний з ситуаціями професійної діяльності та роботи. Для чоловіка перетворення в безробітного означає втрату не тільки зайнятості та фінансового достатку, а й колег, колективу і звичного розпорядку дня. Вони переносять втрату соціального статусу набагато важче, ніж жінки, які в більшій мірі ототожнюють себе з родиною, дітьми та друзями [19]. Симптоми стресу у чоловіків відрізняються від тих, які властиві жінкам. У цьому стані вони рідко згадують про тривогу, печалі або пригніченому настрої. Вона проявляється у зниженні продуктивності на роботі, вдома і в сфері дозвілля яке, досить часто компенсується інтенсивною, хаотичної діяльністю. Типовими ознаками є метушливість, дратівливість, сварливість і недолік зосередження уваги. Ймовірно, чоловіки страждають депресією набагато частіше, ніж свідчать статистичні дані, але вона ховається за фасадом алкоголізму, підвищену агресивність, жорстокість і самогубства [4].

У літературі, як правило, відзначається, що суїцидні спроби найчастіше зустрічаються у жінок, ніж у чоловіків. Але «успішний» (т. Е. Завершений, що закінчилася смертю індивіда) суїцид однаковий у алкоголіків різної статі, а також наркоманів. Іноді жінки-наркоманки перевершують чоловіків-наркоманів за цим показником. Завершення суїцидні спроби найчастіше зустрічаються в стані наркотичного сп'яніння у обох статей [63].

Однак часто ці дані спотворюються будь-якими привхідними факторами. Зазвичай вважають число спроб (невдалих, коли людина залишилася живою), про які стало відомо. Але жінки частіше за чоловіків схильні повідомляти про них - в силу або більшої щирості і відвертості, або більшою демонстративності поведінки, а можливо, чоловіки приховують такі спроби як прояв слабкості.

Більш точним видається підхід норвезьких учених І. Россовай і колег. Вони включили в перелік параметрів суїцидальної поведінки два показника: суїцидальні спроби і суїцидальні наміри (т. Е. Думки про самогубство). Включення суїцидальних спроб в число параметрів суїцидальної поведінки цілком виправдано, тому що ці думки, багаторазово повторюючись, надалі або приводили до суїцидальних спроб, або, так само як і спроби (успішні чи ні), свідчать про психологічний неблагополуччя індивіда.

За даними норвезьких учених, всупереч існуючим стереотипним уявленням, серед девіантної молоді (що вживає наркотики) не було статевих відмінностей по суїцидні спроби. Серед 800 випробовуваних обох статей (61% чоловіків і 40% жінок, основна група випробовуваних: вік 20-39 років) 38% здійснювали такі спроби [63]. У обох статей найбільш значимими факторами, що провокують бажання або спробу накласти на себе руки, були наступні:

* алкоголізм батька, що супроводжувався насильством щодо дітей;
* психічне нездоров'я матері;
* вживання випробуваними наркотиків, особливо в юному віці;
* випробувані в дитинстві дистрес і душевний біль (наркотики починали вживати, щоб впоратися з психологічними проблемами);
* депресивний емоційний стан однаково часто зустрічалося у наркоманів обох статей (серед звичайної вибірки депресія частіше зустрічається у жінок).

Жінки частіше за чоловіків повідомляють про свої суїцидних думках. При цьому серед чоловіків такі думки з'являються лише у тих, хто в дитинстві відчув серйозну психологічну травму [10].

Люди, також страждають завищеною самооцінкою, коли вони втрачають здатність в зв'язку з віком або фізичної травмою, але продовжують дотримуватися своїх колишніх стандартів досягнення. Як результат, вони настільки різко критикують власне виконання, що, врешті-решт, стають апатичними і відмовляються від діяльності, яка раніше доставляла їм так багато особистого задоволення [5].

Таким чином, можна говорити, що суїцид це більш чоловічий спосіб вирішення проблем. Хоча може просто вони доводять розпочату справу до кінця, на відміну від жінок. Адже статистика спроб самогубства показує зовсім інші співвідношення. Що стосується віку, то збільшення числа самогубств з віком явно парадоксально виглядає як новина для сучасного обивателя. Адже ми частіше звикли чути в ЗМІ про самогубства дітей, школярів і студентів. Смерть людей у ​​віці не удостоюється особливою увагою, просто по тому, що як вважається вони «своє віджили». А ось статистика говорить про зворотне - старше покоління вмирає від суїциду частіше.

Що стосується часу року, то найбільше самогубств реєструється навесні, коли людські нещастя контрастують з цвітінням навколишньої природи. Тьмяні фарби зими в якійсь мірі гармоніюють з душевної пригніченістю, але між похмурими переживаннями «Я» і яскравими днями весни виникає явний контраст. Історично неврози навесні ототожнювалися з давніх-давен існували святкуваннями сівби, який супроводжувався веселощами і радістю. Різке невідповідність весняного радіє світу і відчайдушного стану душі може провокувати самогубства. Як писав американський поет Томас Еліот, «квітень - найжорстокіший місяць» [60]. Рівень суїцидів у квітні вище приблизно на 120%, ніж середньорічний.

Суїциди частішають під час різдвяних свят. Засмучені розпалися сім'ями, смертями, нестерпним самотністю, соціальними або економічними невдачами люди виявляють, що «щасливий сезон» не приносить очікуваної радості. У розпачі вони можуть вирішити накласти на себе руки.

Для деяких людей акт суїциду може бути спробою повторного народження. «Американський Журнал пасторській психології» присвятив цілий номер темі «Різдво і суїцид». У ньому один з психіатрів провів аналіз, як деякі з його суїцидальних пацієнтів ототожнювали себе з немовлям Ісусом і Христом Спасителем, який помер для того, щоб віруючі могли мати вічне життя. В силу цього Різдво є прекрасною можливістю прояву особливого «святкового синдрому», для якого характерно бажання воскресіння, нового народження, як це сталося з Ісусом, і чудесного дозволу життєвих проблем [53].

**2.4 Корекція схильності до суїцидальної поведінки у юнацькому віці**

Корекційна робота з підлітками, склонними до суїциду, а не є самостійним процесом, а входить в симбіоз системи навчально-виховних роботи освітніх установ, різних центрів, займаються соціальною реабілітацією та установ, чия діяльність охоплює профілактику бездоглядності та безпритульність

неповнолітніх [4].

Будь-яка профілактична та корекційна робота повинна будуватися на основі індивідуального підходу до особистості, враховувати конкретну ситуацію і суїцидальні змінні. Така робота повинна дотримуватися повноти і повноцінного обхвату, без дефіциту часу.

Робота з підлітками, склонними до суїцидальної ризику, передбачає проходження деяким правилам, виробленим протягом довгої практичної роботи:

1) Діалог з підлітком НЕ повинен бути замкнутим, спілкування доцільно вести відкрито і прямо;

2) Підлітки часто стикаються з байдужістю, і тому, важливо показувати його значимість і відсутність байдужості по ставленню до його успіхів і особистості;

3) Уміння щиро слухати і сприймати сказане.

4) У діалозі з підлітком важливо відстоювати точку зору в тому, що суїцид НЕ є вихід зі сформованих важких обставин;

 5) В підлітковому середовищі культивуються різні «авторитети», до яких він прислухається, і тому можна вдатися до додаткової допомоги з їх боку, при наданні підтримки підлітку;

6) Укласти з підлітком «угоду» про нездійсненні самогубства, ключовою умовою є обіцянка підлітка не завдавати собі ніякої шкоди;

7) У разі необхідності, можна вдатися до допомоги психотерапевта, який може вивести дитину з кризового стану;

8) Підліток, схильний до суїцидальної поведінки, деякий час повинен знаходитися, під піклуванням іншого дорослого;

9) Виявляти структури особистості, які зазнали психотравматизації, активувати «зону збереженій моральної мотивації », де останні виступлять в майбутньому як антисуїцидальні фактори [16].

При виявленні схильності до суїциду, і в рамках загальної профілактики, доцільно проведення навчальних заходів, спрямованих на релаксацію, саморегуляцію і зниження рівня психоемоційного напруження при стресових ситуаціях. Використання тимчасових інтервалів, що забезпечують психологічну

розвантаження, також дає позитивний результат [56].

Усі корекційні заходи умовно можна розділити на 4 групи, які включають різні способи донесення недоцільність суїциду серед підлітків.

Значну ланку в корекції суїцидальної поведінки несуть соціально-психологічні служби, які зобов'язані своєчасно виявляти фактори ризику суїцидальної поведінки у підлітків, використовуючи психодіагностику [22].

Для цього проводиться реалізація спеціальних програм, спрямованих на самих учнів підлітків, їх батьків і педагогів, які в належній мірі розвивають пізнання щодо ознак кризового стану та можливостей попередження та запобігання самогубствам серед підлітків.

У навчанні можна культивувати принцип взаємного навчання, коли до проведення заходів залучаються всі учні підлітки. В ході викладання важливо використовувати можливості всіх предметів, наприклад, в дисциплінах гуманітарного циклу приводити теми про цінності життя. Для глибшого усвідомлення можна наводити як приклад більш авторитетні джерела - досвід історичних особистостей [54].

Розглянемо конкретні заходи, які можуть проводитися з

учнями:

* проведення тренінгів, спрямованих на розвиток основ аутогенних тренувань і розвитку емоційної саморегуляції, підтримання та розвиток соціальних навичок і способи подолання стресу;
* проведення тренінгів, які формують впевненість підлітків до себе і розвивають адаптивне поведінку;
* проведення тренінгів, котрі культивують особистісний ріст;
* використання психологічної корекції стратегії уникнення і подальший розвиток ступеня самоконтролю;
* проведення різних тематичних конференцій, дебатів щодо проблем суїцидальних нахилів і поведінки;
* проведення класних годин, які передбачають формування конструктивних навичок, спрямованих на дозвіл конфліктних ситуацій у зовнішній і внутрішній сфері життя підлітка.

Для педагогів передбачаються такі дії, як:

1. Здійснення і скликання педагогічної ради, присвячені розвитку і консультації педагогів щодо кризової особливості підліткового віку, ключові особливості особистості суїцидентів, причини, що призводять до суїциду, узагальнення і застосування на практиці заходів, що дозволяють запобігти суїциди серед учнів.
2. Організація та проведення виховних заходів педагогів з учнями підлітками з обговорення актуальних проблем [59].

Важливу роль відіграють заходи для батьків, які мають на увазі участь в батьківських зборах, на яких здійснюється просвіта щодо деталей підліткового віку, особливості кризового стану, суїцидальної поведінки і супутньої інформації. Також, рекомендовано участь батьків і дітей в об'єднують зборах, де обговорюються проблеми сімейних відносин. Для батьків також проводиться психологічне консультування [67, c.20-23]. Іноді підліток не бажає приймати допомогу з боку. Йому властива амбівалентність: стан, при якому дитина одночасно бажає і не бажає допомоги. Щоб досягти успіху в спілкуванні з підлітком, доцільно використовувати кризовий консультування. Як правило, воно складається з трьох етапів:

1. Кризова підтримка - початковий етап. Проводяться бесіди, розвиваючі теми щодо тривоги, невизначеності, безсиллі. Переходити до наступного етапу можливо в тому випадку, коли купується афективна напруженість підлітка.
2. Кризовий втручання - на даному етапі перебудовується когнітивний рівень і видозмінюється зруйнована мікросоціальне середовище. Протягом даного втручання знаходяться неадаптівние установки, які є перепоною на шляху вирішення кризової ситуації. У разі підлітків, схильних до суїцидальної поведінки, зусилля соціального педагога направляються на корекцію по відношенню до суїцидогенної установці.
3. Підвищення рівня соціально-психологічної адаптації - на даному етапі підвищується рівень соціально-психологічної адаптації, раніше передував кризового стану [7].

Сучасна корекція суїцидальної схильності об'єднує в своїй структурі різні кабінети невідкладної психіатричної допомоги, розташованих в лікарнях загального профілю, центри психічного здоров'я, консультативні центри, антисуїцидальних бюро [60]. Нижче розглянемо базові одиниці, що займають важливу роль в корекції схильності до суїцидальної поведінки підлітків.

Крім основних, базових корекційних заходів, до них додатково можна віднести спеціальні служби надання допомоги, по існуючого телефону довіри для дітей і підлітків: 116-111.

На лінії довіри працюють лікарі-психіатри, психотерапевти або соціальні педагоги, волонтери, які неодмінно проходять спеціальні курси підліткової суїцидології.

Дитячий телефон довіри дозволяє надавати корекційну і профілактичну консультативну допомогу по телефону тим, хто звернувся по ньому за допомогою в запобіганні суїцидальних дій.

Ключовим завданням телефону довіри є висновок і знищення кризових станів у які звернулися, зниження або повне запобігання суїцидальних тенденцій в подальшому [44].

Головним інструментом є психотерапевтична бесіда, в ході котрій виконується діагностична робота. діагностична робота передбачає:

* розробку і реструктуризацію алгоритмів телефонного консультування з суїцидентів;
* формування та доведення до актуальності буклетів, спрямованих на інформованість, профілактику і виявлення суїцидальної поведінки.

Перспективні і умови суїцидальних нахилів у підлітків, а саме - критерії та ознаки, повноцінно обговорюються фахівцями на прес-конференціях, опублікування і аналізі періодичних видань, рекламної діяльності та супервізії.

Звернення реєструється в журналі звернень, що містить структуру бесіди, вжиті заходи, або, по можливості, дані того, хто подзвонив.

На екстреному телефоні довіри, проблематика звернулися на основі суїцидальних аспектів, зачіпає приблизно 0,3-0,5% в загальній структурі проблем, з якими звертаються діти і підлітки. Щодо кількості звернулися, то цифра варіюється в межах від 115 до 160 осіб на рік. Однак, незважаючи на настільки малу кількість які звернулися, за кожним зверненням стоїть цінна життя дитини.

При зверненні на лінію, що консультують фахівці звертають увагу на діагностичні ознаки - пошук сенсу життя, втрата віри, наявність інтелектуальних проблем, наявність страхів у дитини.

У кабінеті соціально-психологічної допомоги виявляється консультативна та профілактична допомога тим, хто добровільно звернувся за допомогою в суїцидальному стані [53].

Ключовими завданнями кабінету є:

* здійснення консультативної підтримки та діагностики

стану для подальшої корекції;

* надання необхідної допомоги: психологічної або

соціальної;

* надання психопрофілактичної та корекційної допомоги

населенню.

Як правило, робота в кабінеті виявляється анонімно, але допускається повідомлення даних. Ведеться документація по окремих випадках. Відділення кризових станів розташовуються в лікарнях, і займаються ускладненою корекцією і профілактикою схильності до суїцидальної поведінки - наданням стаціонарної лікувально-профілактичного допомоги.

Ключовими завданнями є:

1. допомогу при ситуаційних реакціях, депресіях, психопатіях,

де яскраво виражається схильність до суїцидальної поведінки;

1. здійснення структурованої психотерапевтичної,

медико-психологічної та соціальної допомоги;

1. здійснення диференційно-діагностичних заходів

в ускладнених випадках;

1. створення сприятливого середовища.

У напрямку програм, що реалізуються на базі реабілітаційних та інших антикризових центрів, для підлітків, схильних до суїциду, входить:

* зниження ступеня аутоагресії і внутрішніх протиріч;
* підвищення самооцінки підлітка;
* розширення структури навколишнього світу рольового репертуару;
* реструктуризація внутрішньосімейних взаємин;
* підвищення комунікаційних навичок взаємодії.

На підлітка оформляють «Індивідуальну карту», ​​яка дозволяє фіксувати основні моменти первинної і вдруге діагностики, щоб провести розрахунок динаміки реабілітаційного процесу.

Така карта дозволяє скоординувати батьків та інших фахівців, шляхом формування рекомендацій, способів надання допомоги та підтримки, після завершення роботи з підлітком, схильним до суїциду.

До загальних практичних рекомендацій по корекції і профілактиці схильності до суїцидальної поведінки, можна розглянути наступні:

1. Підбірка ключа до розгадки суїциду. Підбірка ключа має на увазі аналітику ознак можливої небезпеки: суїцидальні погрози, депресії і зміни в поведінці. Ключовим буде виявлення безпорадності, самотності і ізольованості.
2. Прийняття суїцидента-підлітка як особистість. Важливо дійсно розуміти той факт, що людина може виявитися суїцидальної особистістю. Не можна вважати, що особистість не здатна або НЕ зважитися на самогубство. Не можна вводитися в оману щодо того, що суїцидальна ситуація може бути несерйозною. якщо існує дійсність того, що існує загроза самогубства, то потрібно діяти на запобігання, профілактику і корекція.
3. Установка дбайливих взаємин і вміння уважно слухати. Важливо показати значимість суїцидента, а також надати посильну чуйність. Уміння слухати дозволять нівелювати почуття відчуження від світу і не обрізати нитку життя.
4. Утримання нейтральної, не спірної позиції. Задавання питань. Обговорення і суперечки можуть тільки спровокувати пригніченість стану, посилюючи суїцидальний ефект. доцільно дохідливо з'ясовувати і задавати питання про тривожної суїцидента ситуації.
5. Пропозиція конструктивних підходів і вселення надії. Важливо звернути суїцидента на альтернативні рішення, які, можливо, ще не приходили в голову цієї людини. А вселення надії може допомогти відкрити приховані думки на поверхню, де вони будуть здаватися менш фатальними.
6. Важливість збереження турботи і підтримки. Часто за поліпшення фахівцями і близькими суїциденту людьми, приймається підвищення психічної активності. багато суїциденти вдаються до прощення у скривджених людей, а насправді - зводять рахунки з життєвими обставинами. Суїцидальна ситуація не вирішиться, поки людина не адаптується до життя. І вкрай важливо, підтримувати турботу і здійснювати підтримку [34].

Таким чином, корекція схильності до суїцидальної поведінки є невід'ємною частиною для запобігання фатального результату у підлітків, які потребують, в силу віку, більше уваги до своїх проблемам.

**РОЗДІЛ 3.**

 **ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ І РИЗИКУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ДІВЧАТ І ЮНАКІВ**

**3.1 Загальна організація дослідження і його методи**

Як видно з огляду літературних джерел, стресостійкість являє собою сукупність особистісних якостей, що дозволяють людині переносити значні інтелектуальні, вольові та емоційні навантаження (перевантаження), без особливих шкідливих наслідків для діяльності, що оточують і свого здоров'я. Стресостійкість - якість непостійне і, отже, його можна розвивати, підвищувати тренуванням, психотренінг, звичкою до щоденної напруженої творчої праці і т.д. [56].

Суїцидальна поведінка - аутоагресивна поведінка, що виявляється у вигляді фантазій, думок, уявлень або дій, спрямованих на самоушкодження або самознищення і, принаймні, в мінімальному ступені мотивованих явними або прихованими інтенціями до смерті.

Суїцидальний акт розглядається як результат взаємодії численних «базових» факторів ризику один з одним і з «тригерними» (пусковими) факторами, пов'язаними з кризовою ситуацією і суб'єктивної переробкою індивідом її значущості для нього [30].

Ми висуваємо ці визначення в якості робітників, так як вважаємо, що вони найбільш повно відображають основні характеристики досліджуваних феноменів.

Таким чином, ми поставили перед собою мету - виявити взаємозв'язок стресостійкості особистості і ризику суїцидальної поведінки у дівчат і юнаків, а також вивчити, використовуючи обраний дослідницький інструментарій, деякі характеристики стану людини, який знаходиться в групі підвищеного ризику суїцидальної поведінки на прикладі досліджуваної вибірки, даної вікової групи.

Для реалізації мети були висунуті наступні завдання:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми взаємозв'язку ризику суїцидальної поведінки і стресостійкості особистості у юнаків і дівчат.
2. Спланувати і провести дослідження.
3. Провести кореляційний аналіз з використанням комп'ютерної Обробити і інтерпретувати результати.

Розробити рекомендації для психолога-консультанта, шкільного психолога в ситуаціях роботи з проблемами Предсуіцідальний поведінки у особистостей стресонесійких.

Об'єктом нашого дослідження є студенти, юнаки і дівчата.

Предметом нашого дослідження є стресостійкість і ризик суїцидальної поведінки у юнаків і дівчат.

У нашому дослідженні ми перевіряємо наступні гіпотези:

1. Існує взаємозв'язок стресостійкості особистості і ризику суїцидальної поведінки у юнаків і дівчат;
2. Не існує взаємозв'язку стресостійкості особистості і ризику суїцидальної поведінки у юнаків і дівчат.

Вибірку нашого емпіричного дослідження становлять 2 групи випробовуваних (всього 60 осіб): група №1 - 29 юнаків у віці від 17 до 21 року; група №2 - 31 дівчина у віці від 17 до 22 років

Для перевірки висунутих гіпотез нами підібрані наступні експериментальні методики:

1. Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге;
2. Тест самооцінки психічних станів Айзенка;
3. Опитувальник САН;
4. Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера;
5. Опитувальник суїцидального ризику (модифікація Т.Н. Разуваєва). Дослідження проводилося в групах. Методики пред'являлися кожному респонденту окремо, по черзі, в наступному порядку, враховуючи складність їх виконання для випробовуваних (складність «розбавлялася»): на початку методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге, потім тест самооцінки психічних станів Айзенка, потім опитувальник САН, потім шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера, в останню чергу опитувальник суїцидального ризику (модифікація Т.Н. Разуваєва).

На виконання всіх п'яти методик, відводилося не більше 60 хвилин.

Для обробки вихідних даних і обчислень застосовувалися методи кількісного та якісного статистичного аналізу з використанням комп'ютерної програми обробки даних «SPSS 17.00 for Windows».

1. Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге.

Доктора Холмс і Раге (США) вивчали залежність захворювань, в тому числі інфекційних хвороб і травм, від різних стресогенних життєвих подій, у більш ніж п'яти тисяч пацієнтів. Вони прийшли до висновку, що 151 психічним і фізичним хворобам зазвичай передують певні серйозні зміни в житті людини. На підставі свого дослідження вони склали шкалу, в якій кожного важливого життєвого події відповідає певне число балів залежно від ступеня його стресогенності. Відповідно до проведених дослідженнями було встановлено, що 150 балів означають 50% імовірності виникнення якогось захворювання, а при 300 балах вона збільшується до 90%. Піддослідним пропонувався бланк даної методики з наступною інструкцією: «З наведеного нижче списку постарайтеся згадати всі події, що трапилися з Вами протягом останнього року, і підрахуйте загальну кількість« зароблених »Вами балів».

Якщо будь-яка ситуація виникала частіше ніж один раз, то кількість балів слід помножити на вказане випробуваним кількість разів. Підсумкова сума визначає одночасно і ступінь опірності стресу. Велика кількість балів - це сигнал тривоги, що попереджає про небезпеку. Отже, випробуваному необхідно терміново щось зробити, щоб ліквідувати стрес. Підрахована сума має ще одне значення - вона висловлює в цифрах ступінь стресового навантаження.

Якщо, наприклад, сума балів - понад 300, це означає реальну небезпеку, т. Е. Випробуваному загрожує психосоматичне захворювання, оскільки він близький до фази нервового виснаження.

Для досить великій мірі опірності стресу характерна мінімальна ступінь стресового навантаження. Будь-яка діяльність особи, незалежно від її спрямованості і характеру тим ефективніше, чим вище рівень стресостійкості. Це дає можливість говорити про управлінську діяльність як таку, яка має сильний стресогенний характер. Підвищення рівня стресостійкості особистості прямо і безпосередньо веде до продовження життя.

Для високого ступеня опірності стресу характерна низька ступінь стресового навантаження. Енергію і ресурси особистість не витрачає на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають в процесі стресу. Тому будь-яка діяльність, незалежно від її спрямованості і характеру стає ефективніше.

Для порогового (середнього) ступеня опірності стресу характерна середня ступінь стресового навантаження. Стресостійкість знижується зі збільшенням стресових ситуацій в житті. Це призводить до того, що особистість змушена левову частку своєї енергії і ресурсів взагалі витрачати на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають в процесі стресу.

Для низького ступеня опірності стресу характерна висока ступінь стресового навантаження. Це призводить до того, що особистість змушена левову частку своєї енергії і ресурсів взагалі витрачати на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають в процесі стресу.

Велика кількість балів (більше 300) - це сигнал тривоги, що попереджає про небезпеку. Якщо сума балів понад 300, то особистості загрожує психосоматичне захворювання, оскільки особистість близька до фази нервового виснаження.

1. Методика самооцінки психічних станів за Г. Айзенком.

Опитувальник складається з 49 тверджень. Приблизний час тестування 15-20 хвилин.

Методика призначена для діагностики психологічного стану по 4 параметрам оцінки.

* **Тривожність.** Низькі показники: емоційна врівноваженість, спокій, розкутість, невимушеність. Впевненість в собі і в своїх здібностях вирішувати життєві проблеми. Низька чутливість по відношенню до тих негативних подій або невдач, які переважно можуть трапитися або статися.

Високі показники: емоційна нестійкість, негативно забарвлене переживання внутрішнього неспокою і заклопотаності, незадоволеність, напруженість, відчуття необхідності якихось пошуків. Висока чутливість по відношенню до тих негативних подій або невдач, які переважно можуть трапитися або статися. Виражена схильність до сприйняття широкого кола ситуацій загрозливих своїй самооцінці, престижу, самоповазі або життя діяльності.

* **Фрустрація.** Низькі показники: психологічна стійкість до стресових ситуацій. Спрямованість на подолання перешкод, що виникають на шляху до досягнення мети, задоволення якої-небудь життєвої потреби або до вирішення завдання.

Високі показники: психологічний стрес, викликаний об'єктивно непереборними (або суб'єктивно так розуміються) перешкодами, що виникають на шляху до досягнення мети, задоволення якої-небудь життєвої потреби або до вирішення завдання. Внутрішній конфлікт особистості між її спрямованістю (потягу, бажання, інтереси, схильності, ідеали, світогляду і переконання) і об'єктивними можливостями, з якими особистість не згодна. Домінування негативних емоцій, пов'язаних з руйнування планів, переживанням невдач. Почуття незахищеності, відчаю, розгубленість перед труднощами. Відчуття безвиході ситуації, схильність звинувачувати себе в трапилися неприємності. Переконаність у непоправності недоліків свого характеру. Спрямованість на відмову від боротьби, переконаність в її марності.

* **Агресивність.** Низькі показники: високий самоконтроль над проявом агресивних реакцій в міжособистісних стосунках. Виражене прагнення уникати прояву негативних почуттів по відношенню до оточуючих. Витриманість, спокій.

Високі показники: низький самоконтроль над агресивністю і стримування агресивних актів. Невитриманість, запальність, дратівливість. Виражена готовність до прояву негативних почуттів, при найменшому порушенні (гнів, ворожість, ненависть).

* **Ригідність.** Низькі показники: гнучкість у зміні наміченої програми діяльності і характеру поведінки при раптово мінливих обставинах. Швидка зміна домінуючої концепції, готовність в будь-який момент відмовитися від своєї точки зору. Рухливість емоційних реакцій. Легкість перемикання уваги, перебудови сприйняття, уявлень і мислення в ситуації, що змінилася.

Високі показники: виражені труднощі у зміні наміченої програми діяльності, в обставинах, що вимагають від особистості гнучкості і зміни характеру поведінки. Схильність до «застрявання» на емоційно значущих переживаннях. Завзятість і безкомпромісність у відстоюванні своєї позиції, прихильність певної ідеї. Тенденція до негативних переживань у випадках порушення наміченого плану або відхилення від прийнятого режиму.

1. Методика САН.

Методика САН є різновидом опитувальників станів і настроїв. Розроблено В.А.Доскіним, Н.А.Лаврентьевой, В.Б.Шарай, М.П.Мірошніковим в 1973 г. При розробці методики автори виходили з того, що три основні складові функціонального психоемоційного стану - самопочуття, активність і настрій можуть бути охарактеризовані полярними оцінками, між якими існує континуальної послідовність проміжних значень. Однак отримані дані про те, що шкали САН мають надмірно узагальнений характер. Факторний аналіз дозволяє виявити більш диференційовані шкали «самопочуття», «рівень напруженості», «емоційний фон», «мотивація». Конструктна валідність САН встановлювалася на підставі зіставлення з результатами психофізіологічних методик з урахуванням показників критичної частоти миготіння, температурної динаміки тіла, хронорефлексометрія. Поточна валідність встановлювалася шляхом зіставлення даних контрастних груп, а також шляхом порівняння результатів випробовуваних в різний час робочого дня. Стандартизація методики проведена на матеріалі обстеження вибірки 300 студентів.

САН знайшов широке поширення при оцінці психічного стану хворих і здорових осіб, психоемоційної реакції на навантаження, для виявлення індивідуальних особливостей і біологічних ритмів психофізіологічних функцій.

Самопочуття - це комплекс суб'єктивних відчуттів, що відображають ступінь фізіологічної та психологічної комфортності стану людини, напрямок думок почуттів і т.п. Самопочуття може бути представлено у вигляді деякої узагальнюючої характеристики (погане або хороше самопочуття, бадьорість, нездужання і т.п), а також може бути локалізовано по відношенню до певних форм відчуття (відчуття дискомфорту в різних частинах тіла і т.д.).

Активність - 1) загальна характеристика живих істот, їх власна динаміка як джерело перетворення або підтримки життєво значущих зв'язків з навколишнім середовищем, що має свою ієрархію: хімічна, фізична нервова психічна активність, активність свідомості, особистості, групи, суспільства. Активність будується відповідно до імовірнісним прогнозуванням розвитку подій в середовищі і положенням в ній організму; 2) одна зі сфер прояву темпераменту, яка визначається інтенсивністю і об'ємом взаємодії людини з фізичної та соціальної середовищем. За цим параметром людина може бути інертним, пасивним, спокійним, ініціативним, активним або стрімким.

Настрій - порівняно тривалі, стійкі стану людини яке може бути представлено як: 1) емоційний фон, (піднесений, пригнічений) тобто бути емоційною реакцією нема на безпосередні наслідки конкретних подій, а на їх значення для суб'єкта в контексті загальних життєвих планів, інтересів і очікувань; 2) чітке яке дозволяє ідентифікувати вас стан (нудьга, сум, туга, страх, захопленість, радість, захоплення та ін.). Настрій, на відміну від почуттів, завжди направлено на той чи інший об'єкт. Настрій, будучи викликаним певною причиною, конкретним приводом, проявляється в особливостях емоційного відгуку людини на дії будь-якого характеру.

1. Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера.

Тест є надійним і інформативним способом самооцінки людиною рівня своєї тривожності в даний момент і особистісної тривожності як стійкої риси характеру.

Тест, розроблений американським вченим Ч. Спілбергера і адаптований для України Ю.Л. Ханін, складається з двох частин: в першій оцінюється реактивна тривожність, в другій і особистісна тривожність.

Реактивна тривожність (стан) - характеризується напругою, занепокоєнням, нервозністю в конкретний момент або інтервал часу.

Особиста тривожність (риса характеру) свідчить про стійку схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозливі, і реагувати на такі ситуації станом тривоги.

Особистісна тривожність відносно стабільна і не пов'язана з ситуацією, оскільки є властивістю особистості. Реактивна тривожність, навпаки, буває викликана будь-якої конкретної ситуацією.

Інструкція до тесту: «прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і поставте галочку проти обраного відповіді в залежності від того, як ви себе почуваєте в даний момент. У цьому тесті немає "правильних" або "неправильних" відповідей, він просто дозволить вам оцінити рівень реактивної тривоги, як стану в даний момент часу, і особистої тривожності як риси характеру ».

Сама по собі тривожність не є спочатку негативним симптомом. Певний рівень тривожності - природна і обов'язкова особливість активної особистості. При цьому існує оптимальний індивідуальний рівень «корисної тривоги», значні же відхилення від рівня помірної тривожності - це привід подумати про стан свого здоров'я і про можливу консультації з фахівцем. Високий рівень тривожності може свідчити про наявність внутрішнього конфлікту, емоційному або невротичний зриві і навіть психосоматичному захворюванні.

Даний опитувальник дозволяє диференційовано вимірювати тривожність, і як особистісне властивість, і як стан [50].

1. Опитувальник суїцидального ризику (модифікація Т.Н. Разуваєва).

Мета даної методики експрес-діагностика суїцидальної ризику, виявлення рівня сформованості суїцидальних намірів з метою попередження серйозних спроб самогубства. Випробуваному пропонується ряд висловлювань і в бланку для відповідей йому необхідно поставити в разі згоди з твердженням "+", в разі незгоди з твердженням "-". По кожному субшкальному діагностичному концепту підраховується сума позитивних відповідей. Отриманий бал зрівнюється в значеннях з урахуванням індексу. Робиться висновок про рівень сформованості суїцидальних намірів і конкретних факторах суїцидального ризику.

Зміст субшкальних діагностичних концептів:

* **Демонстративність**. Бажання привернути увагу оточуючих до своїх нещасть, домогтися співчуття і розуміння. Оцінюване з зовнішньої позиції часом як «шантаж», «істеричне випинання труднощів», демонстративна суїцидальна поведінка переживається зсередини, як «лемент про допомогу». Найбільш суїцидонебезпечними поєднання з емоційної ригідністю, коли «діалог зі світом» може зайти надто далеко.
* **Афективність**. Домінування емоцій над інтелектуальним контролем щодо оцінки ситуації. Готовність реагувати на психотравматичну ситуацію безпосередньо емоційно. В крайньому варіанті - афективна блокада інтелекту.
* **Унікальність**. Сприйняття себе, ситуації і, можливо, власного життя в цілому як явища виняткового, не схожого на інші, і, отже, передбачає виняткові варіанти виходу, зокрема, суїцид. Тісно пов'язана з феноменом «непроникності» для досвіду, тобто з недостатнім умінням використовувати свій і чужий життєвий досвід.
* **Неспроможність**. Негативна концепція власної особистості. Подання про свою неспроможності, некомпетентності непотрібності, «вимкненим» зі світу. Дана Субшкала може бути пов'язана з уявленнями про фізичну, інтелектуальну, моральну та іншої неспроможності. Неспроможність висловлює інтрапунітівние радикал. Формула зовнішнього монологу - «Я поганий».
* **Соціальний песимізм**. Негативна концепція навколишнього світу. Сприйняття світу як ворожого, яке не відповідає уявленням про нормальні або задовільних для людини відносинах з оточуючими. Соціальна песимізм тісно пов'язаний з екстрапунітівнимі стилем каузальної атрибуції. За відсутності «Я» спостерігається екстрапунітівность за формулою внутрішньої монологу «Ви всі не гідні мене».
* **Злам культурних бар'єрів**. Культ самогубства. Пошук культурних цінностей і нормативів, що виправдовують суїцидальну поведінку або навіть роблять його в якійсь мірі привабливим. Запозичення суїцидальних моделей поведінки з літератури і кіно. В крайньому варіанті - інверсія цінності смерті і життя. За відсутності виражених піків по інших шкалах це може говорити тільки про «екзистенції смерті». Одна з можливих внутрішні причини культу смерті - доведена до патологічного максималізму смислова установка на самодіяльність: «Вершитель власної долі сам визначає кінець свого існування».
* **Максималізм**. Інфантильний максималізм ціннісних установок. Поширення на всіх сфер життя змісту локального конфлікту в якійсь одній життєвій сфері. Неможливість компенсації. Афективна фіксація на невдачах.
* **Антисуїцидальних фактор**. Навіть при високій вираженості всіх інших факторів є фактор, який знімає глобальний суїцидальний ризик. Це глибоке розуміння почуття відповідальності за близьких, почуття обов'язку. Це уявлення про гріховність самогубства, антиестетичності його, боязнь болю і фізичних страждань. У певному сенсі це показник наявного рівня передумов для психокорекційної роботи [49].

**3.2 Аналіз і інтерпретація отриманих результатів**

Для аналізу отриманих в дослідженні даних використовувалися кількісні математико-статистичні методи обробки результатів емпіричного дослідження: застосовувався кореляційний аналіз. Використовуючи якісний аналіз, отриманих статистично достовірних даних, проводилася їх інтерпретація. Далі відображені основні, отримані в дослідженні, результати. Первинні результати наведені в таблиці додатка А.

**3.2.1 Результати психологічного дослідження і їх аналіз**

1. За результатами методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге було виявлено, що у 51,6% дівчат виявлено високу опірність стресу (відсоток випробовуваних, які легко адаптуються після перенесеного стресу); 38,7% мають порогову опірність стресу (адаптація у них вже більш ускладнена); 9,7% мають низьку опірність, вразливість (це означає реальну небезпеку, тобто людині може загрожувати психосоматичне захворювання, оскільки особистість близька до фази нервового виснаження).

Результати дослідження у юнаків показують, що у 62,07% юнаків виявлено високу опірність стресу (відсоток випробовуваних, які легко адаптуються після перенесеного стресу); 24,1% мають порогову опірність стресу (адаптація у них вже більш ускладнена); 13,7% мають низьку опірність, вразливість (це означає реальну небезпеку, тобто людині може загрожувати психосоматичне захворювання, оскільки особистість близька до фази нервового виснаження).

1. За результатами методики самооцінки психічних станів Айзенка було виявлено, що 35,5% дівчат мають низьку тривожність; 48,4% мають тривожність середню, допустимого рівня; 16,1% дівчат показали дуже тривожний рівень. У 13,9% високий рівень фрустрації (у них низька самооцінка, уникають труднощів, бояться невдач, дуже фрустрировані), У 45,2% Середній рівень фрустрированності; У 38,7% дівчат фрустрированість низька (вони не мають високої самооцінки, стійкі до невдач, не бояться труднощів). 10% спокійні, витримані; 61% мають середній рівень агресивності; 29% агресивні (не витримав, є труднощі при спілкуванні і роботі з людьми). 26% не мають ригідності (легка переключення); 65% - мають середній рівень; 9% мають сильно виражену ригідність (незмінність поведінки, переконань, поглядів, навіть якщо вони розходяться, не відповідають реальній обстановці, життя. Їм протипоказані зміна роботи, зміни в сім'ї). Результати надані в табл. №1.

Таблиця 1

Результати методики самооцінки психічних станів Айзенка у дівчат

|  |  |
| --- | --- |
| Тривожність низька | 35,5% |
| Тривожність середня, допустимого рівня | 48,4% |
| Дуже тривожний | 16,1% |
| Високий рівень фрустрації | 13,9% |
| Середня фрустрированість | 45,2% |
| Фрустрированість низька | 38,7% |
| Спокій, витриманість | 10% |
| Середній рівень агресивності | 61% |
| Високий рівень агресії | 29% |
| Ригідності немає | 26% |
| Середній рівень регідності | 65% |
| Сильно виражена ригідність  | 9% |

За результатами методики самооцінки психічних станів Айзенка було виявлено, що 34,5% юнаків мають низьку тривожність; 49,5% мають тривожність середню, допустимого рівня; 16% юнаків показали дуже тривожний рівень. У 14% високий рівень фрустрації (у них низька самооцінка, уникають труднощів, бояться невдач, дуже фрустрировані); У 46,2% середній рівень фрустрированості; У 39,8% юнаків фрустрированість низька (вони не мають високої самооцінки, стійкі до невдач, не бояться труднощів). 9% спокійні, витримані; 65% мають середній рівень агресивності; 26% агресивні (не витримав, є труднощі при спілкуванні і роботі з людьми). 23% не мають ригідності (легка переключення); 58% - мають середній рівень; 19% мають сильно виражену ригідність (незмінність поведінки, переконань, поглядів, навіть якщо вони розходяться, не відповідають реальній обстановці, життя. Їм протипоказані: зміна роботи, зміни в сім'ї). Результати відображені в табл. №2.

Таблиця 2

Результати методики самооцінки психічних станів Айзенка у юнаків

|  |  |
| --- | --- |
| Тривожність низька, або відсутня | 34,5% |
| Тривожність середня, допустимого рівня | 49,5% |
| Дуже тривожний | 16% |
| Високий рівень фрустрації | 14% |
| Середня фрустрированість | 46,2% |
| Фрустрированість низька | 39,8% |
| Спокій, витриманість | 9% |
| Середній рівень агресивності | 65% |
| Високий рівень агресії | 26% |
| Ригідності немає | 23% |
| Середній рівень регідності | 58% |
| Сильно виражена ригідність  | 19% |

1. За результатами опитувальника САН ми виявили, що у 45,3% дівчат гарне самопочуття; у 44% бадьорий; у 10,7% дівчат погане (вони відчувають нездужання і т.п.); у 59,2% дівчат стан активне, 33,4% спокійне, ініціативне; у 7,4% інертність, пасивність; у 32% дівчат емоційний фон піднятий; у 48,6% настрій середнє; у 19,4% нудьга, печаль, туга.

У юнаків дослідження показало наступні результати: 44,5% мають гарне самопочуття; у 39% бадьорий; у 16,5% юнаків погане (вони відчувають нездужання і т.п.); у 59,2% стан активне, 29,8% спокійне, ініціативне; у 11% інертність, пасивність; у 35% емоційний фон піднятий; у 55, 9% настрій середнє; у 9,1% нудьга, печаль, туга.

1. За результатами опитування шкали реактивної та особистісної тривожності Спілбергера ми отримали наступні дані: 59,7% дівчат мають низьку ситуативну тривожність; 45,9% мають помірну ситуативну тривожність; у 5,6% дівчат високий рівень ситуативної тривожності. Особистісна тривожність у дівчат має такі співвідношення: 60% дівчат мають низьку тривожність; 26,9% мають помірну тривожність; у 13,1% дівчат високий рівень тривожності.

У юнаків ми отримали наступні дані: 39,8% мають низьку ситуативну тривожність; 48,9% мають помірну ситуативну тривожність; у 11,3% хлопців високий рівень ситуативної тривожності. Особистісна тривожність у хлопців має наступні співвідношення: 58,9% мають низьку тривожність; 30% мають помірну тривожність; у 11,1% високий рівень тривожності.

1. За результатами опитувальника суїцидального ризику (модифікація Т.Н. Разуваєва) ми отримали наступні дані: у 5,5% дівчат виражена демонстративність в поведінці (бажання привернути увагу оточуючих до своїх нещасть, домогтися співчуття і розуміння, демонстративна суїцидальна поведінка переживається зсередини як "крик про допомогу "); у 2,7%- аффективність в поведінці (домінування емоцій над інтелектуальним контролем в оцінці ситуації, готовність реагувати на психотравматичну ситуацію безпосередньо емоційно); у 6,9% - унікальність (сприйняття себе, ситуації, і, можливо, власного життя в цілому як явища виняткового, не схожого на інші, і, отже, передбачає виняткові варіанти виходу, зокрема, суїцид); 3,8% мають виражену неспроможність (негативна концепція власної особистості, уявлення про свою неспроможність, некомпетентність, непотрібності, "вимкнення" зі світу); у 7,9% - соціальний песимізм (негативна концепція навколишнього світу, сприйняття світу як ворожого, яке не відповідає уявленням про нормальні або задовільних для людини відносинах з оточуючими); 12,5% - злам культурних бар'єрів (культ самогубства, пошук культурних цінностей і нормативів, що виправдовують суїцидальну поведінку або навіть роблять його в якійсь мірі привабливим, запозичення суїцидальних моделей поведінки з літератури і кіно); 19,7% - максималізм (інфантильний максималізм ціннісних установок, поширення на всі сфери життя змісту локального конфлікту в якійсь одній життєвій сфері. Неможливість компенсації); у 41% - антисуїцидальний фактор (навіть при високій вираженості всіх інших факторів є фактор, який знімає глобальний суїцидальний ризик. Це глибоке розуміння почуття відповідальності за близьких, почуття обов'язку. Це уявлення про гріховність самогубства).

У 6,5% юнаків виражена демонстративність в поведінці (бажання привернути увагу оточуючих до своїх нещасть, домогтися співчуття і розуміння, демонстративна суїцидальна поведінка переживається зсередини як "крик про допомогу"); у 3,7- аффективність в поведінці (домінування емоцій над інтелектуальним контролем в оцінці ситуації, готовність реагувати на психотравматичну ситуацію безпосередньо емоційно); у 5,3% - унікальність (сприйняття себе, ситуації, і, можливо, власного життя в цілому як явища виняткового, не схожого на інші, і, отже, передбачає виняткові варіанти виходу, зокрема, суїцид); 2,7% мають виражену неспроможність (негативна концепція власної особистості, уявлення про свою неспроможність, некомпетентність, непотрібності, "вимкнення" зі світу); у 7,9% - соціальний песимізм (негативна концепція навколишнього світу, сприйняття світу як ворожого, яке не відповідає уявленням про нормальні або задовільних для людини відносинах з оточуючими); 16,5% - злам культурних бар'єрів (культ самогубства, пошук культурних цінностей і нормативів, що виправдовують суїцидальну поведінку або навіть роблять його в якійсь мірі привабливим, запозичення суїцидальних моделей поведінки з літератури і кіно); 23,7% - максималізм (інфантильний максималізм ціннісних установок, поширення на всі сфери життя змісту локального конфлікту в якійсь одній життєвій сфері. Неможливість компенсації); у 33,7% - антисуїцидальних фактор (навіть при високій вираженості всіх інших факторів є фактор, який знімає глобальний суїцидальний ризик. Це глибоке розуміння почуття відповідальності за близьких, почуття обов'язку. Це уявлення про гріховність самогубства, його антиестетичності, боязнь болю і фізичних страждань ).

**3.2.2 Визначення нормальності розподілу аналізованих даних для вибору критерію дослідження**

Для проведення нашого статистичного дослідження і виявлення кореляції нам необхідно аналізовані дані перевірити на нормальність розподілу. Це потрібно для того, щоб вибрати критерій дослідження.

Для цього ми використовуємо тест Колмогорова - Смирнова одновибірковий. За допомогою цього тесту можна перевірити чи відповідає реальний розподіл змінної нормальному. Отримані результати наведені в табл. № 3.

Таблиця 3

Одновибірковий критерій Колмогорова-Смирнова

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Самопочуття | Активність | Настрій | Тривожність | Фрустрація | Агресивність | Ригідність | Ситуативна тривожність | Особистісна тривожність |
| Середнє | 4,74 | 4,29 | 5,348 | 9,45 | 8,58 | 12,29 | 10,48 | 40,35 | 46,35 |
| Стандарт. Відхил. | 1,30 | 1,11 | 1,021 | 4,68 | 4,38 | 3,626 | 3,414 | 9,847 | 12,600 |
| Статист. Знач.(двостороння) | 0,965 | 0,415 | 0,719 | 0,534 | 0,584 | 0,313 | 0,443 | 0,868 | 0,587 |

Відхилення від нормального розподілу вважається істотним при значенні статистичної значущості менше 0,05, у нас у всіх випадках (0,965; 0,415; 0,719 ...), то є ймовірність помилки є не значущою; тому значення змінних досить добре підкоряються нормальному розподілу. У нашому випадку це буде означати, що для дослідження статистичної взаємозв'язку ми будемо використовувати двосторонній критерій Пірсона. Двостороннім він буде тому, що ми заздалегідь не знаємо як корелюють наші змінні позитивно або негативно, і корелюють взагалі [44].

**3.2.3 Виявлення взаємозв'язку стресостійкості особистості і ризику суїцидальної поведінки дівчат і юнаків**

Для того щоб виявити взаємозв'язок між стресостійкість та ризиком суїцидальної поведінки у юнаків і дівчат ми за допомогою комп'ютерної програми обробки даних «SPSS 17.00 for Windows» провели кореляцію між шкалами методик спрямованих на виявлення різних складових стресостійкості особистості і шкалою методики виявляє ступінь схильності до суїциду.

Спочатку ми провели аналіз для двох вибірок вшити. Також окремо ми провели аналіз для кожної з 2 вибірок. Група №1 - 29 юнаків у віці від 17 до 21 року; група №2 - 31 дівчина у віці від 17 до 22 років.

Таблиця 4

Результати кореляційного аналізу

|  |  |
| --- | --- |
| Шкали методик | Рівень схильності до суїцидальної поведінки |
| Самопочуття (мет 1) | 0,115 |
| Активність (мет 1) | -0,018 |
| Настрій (мет 1) | 0,105 |
| Тривожність (мет 2) | 0,055 |
| Фрустрація (мет 2) | 0,07 |
| Агресивність (мет 2) | 0,281 |
| Ригідність (мет 2) | 0,103 |
| Ситуативна тривожність | 0,079 |
| Особистісна тривожність | 0,069 |
| Рівень стресостійкості | 0,350 |

З наведеної таблиці кореляції ми бачимо, що найбільша позитивна кореляція 0,350 (ближче до 1) у шкали «Рівень стресостійкості» і у шкали «Рівень схильності до суїцидальної поведінки».

Також з наведеної таблиці ми спостерігаємо, що кореляція кожної з шкал методик з п'ятої ключовий позитивна (кореляція більше 0 і менше одиниці). А якщо значення однієї змінної зростають (в нашому випадку це змінні, складові стресостійкість особистості, тобто особистість стає менш стресостійкою), то значення іншої (ризик суїцидальної поведінки або схильність до суїциду) мають тенденцію до зростання і чим ближче коефіцієнт кореляції до 1 , тим сильніше ця тенденція [44].

Негативною є лише кореляція між шкалою «Рівень схильності до суїцидальної поведінки» і шкалою «Активність». Негативна кореляція - це кореляція, при якій збільшення однієї змінної пов'язано зі зменшенням іншого. При вивченні літератури ми відзначили цікавий факт, що активність потенційного суїцидента з підвищенням його мотивації до аутоагресії і наближенню до так званої хвилині «Х» знижується. Існує кілька фаз активності людини знаходиться в суїцидальної поведінки. Остання з яких і характеризується відсутністю явної активності у людини. Її ознаки: зниження уваги або здатності до ясного мислення; втрата інтересу або почуття задоволення в ситуаціях, зазвичай викликають позитивні емоції; млявість, хронічна втома, песимістичне ставлення до майбутнього, негативне сприйняття минулого; нездатність до адекватних реакцій на похвали і нагороди; почуття гіркої печалі, що переходить в плач; зміна апетиту з подальшим збільшенням або втратою ваги; як наслідок зниження загальної активності людини [37].

Таблиця 5

Результати кореляційного аналізу у дівчат

|  |  |
| --- | --- |
| Шкали методик | Рівень схильності до суїцидальної поведінки |
| Самопочуття | 0,216 |
| Активність | -0,066 |
| Настрій | 0,059 |
| Тривожність | 0,08 |
| Фрустрація | 0,203 |
| Агресивність | 0,314 |
| Ригідність | 0,041 |
| Ситуативна тривожність | 0,053 |
| Шкали методик | Рівень схильності до суїцидальної поведінки |
| Особистісна тривожність | 0,004 |
| Рівень трессоустойчівості | 0,315 |

Результати дослідження у жіночої статі також показують позитивну кореляцію - зв'язок, при якій збільшення однієї змінної пов'язано зі збільшенням іншої змінної. Також спостерігається негативна кореляція між шкалою «Рівень схильності до суїцидальної поведінки» і шкалою «Активність», яку ми пояснили вище. Такий же високий показник взаємозв'язку між шкалами «Рівень стресостійкості» і «Схильність до суїцидальної поведінки».

Таблиця 6

Результати кореляційного аналізу у юнаків

|  |  |
| --- | --- |
| шкали методик | Рівень схильності до суїцидальної поведінки |
| самопочуття | 0,042 |
| активність | 0,025 |
| настрій | 0,135 |
| тривожність | 0,010 |
| фрустрація | -0,101 |
| агресивність | 0,225 |
| ригідність | 0,098 |
| ситуативна тривожність | 0,056 |
| особистісна тривожність | 0,145 |
| рівень стресотійкості | 0,361 |

Результати дослідження у юнаків показують також позитивну кореляцію кожної з шкал методик з п'ятої ключовий, кореляція більше 0 і менше одиниці. Негативною є кореляція між шкалою «Фрустрація» і шкалою «Рівень схильності до суїцидальної поведінки». Фрустрація виникає в ситуації, яка сприймається суб'єктом як загроза задоволення тієї чи іншої його потреби.

Вона проявляється в ряді емоційних процесів, таких як розчарування, тривога, роздратування і навіть відчай [33].

Як і розчарування, фрустрація виникає при відсутності якогось очікуваного і бажаного результату, проте в стані фрустрації люди все ще продовжують боротьбу за отримання бажаного, навіть якщо не знають точно, що потрібно зробити для досягнення успіху. Вважається що, дівчата, мабуть, можуть легше придушувати свої почуття, ніж юнаки, які прагнуть вести себе, як то кажуть, по-чоловічому. Оскільки у чоловічої статі більш високий рівень домагань, вони більш гостро реагують на недосягнення власних цілей, з якими пов'язана фрустрація, спалахи шаленства і згубні соціальні наслідки, в результаті у них частіше формується негативне самосприйняття, низька самооцінка, відчуття ізоляції, відкидання і, як результат, бажання саморуйнування. Чоловіки вбивають себе приблизно в 3 рази частіше, ніж жінки, оскільки вибирають більш дієві методи, що залишають мало можливостей для порятунку. У критичному стані для потенційних самогубців характерні: біль і страждання, емоційне напруження, тривога, фрустрація, самоізоляція [35].

**ВИСНОВКИ**

1.Теоретичний аналіз літературних джерел дозволив виявити безліч фактів, які відображають сучасний стан вивчення таких феноменів як стресостійкість і суїцидальну поведінку. По-перше, було виявлено, що, незважаючи на незгасний протягом багатьох століть інтерес до цієї проблематики, все дослідження з цього питання носять періодичний характер. Немає тривалих лонгітюдних досліджень, які давали б точне уявлення про зміни стресостійкості особистості не тільки під впливом зовнішніх чинників, а й під впливом мінливого з віком особистості світовідчуття і світосприйняття. Крім того, немає чіткого уявлення про спонукальні механізми стресостійкості. Дуже мало науково розроблених даних про те, чому одна частина людей, переживаючи різні стресові стани, після припинення дії стрес-факторів повертається до звичного для них станом, а інша ж частина переходить до стану посттравматичного стресу, що ускладнює їх адаптацію до звичних умов життя і призводить до виникнення різноманітних дезадаптивних форм поведінки. Також залишаються відкритим питання про тонкій грані між людьми, які вже знаходяться на шляху до суїцидальної акту і тими, у кого ще залишилися сили боротися. Чому люди, здавалося б, уже зважилися на суїцид, все ж не наважуються на нього. І як схопити цю нитку для подальшого використання в превенції самогубств. І, звичайно ж, дуже мізерні дослідження в області гендерного вивчення феномена стресостійкості. Існують лише початкові передумови досліджень в цій області, які в подальшому, ми сподіваємося, будуть розроблятися більш активно.

2.Розкрито основні визначення, які найбільш повно відображають провідні характеристики досліджуваних феноменів.

Стресостійкість - це показник стійкості до стресу, необхідний компонент ефективності управлінської діяльності та діяльності, яка підвищує продуктивність праці зокрема. Стресостійкість часто визначають або порівнюють з власне адаптацією до стресової ситуації. Основна індивідуальна характеристика змісту стресу - адаптація або стресостійкість. Даний феномен (якість, риса, властивість) розглядається з функціональних позицій, як характеристика, що впливає на продуктивність, успішність діяльності.

 Суїцидальна поведінка - виявляється у вигляді фантазій, думок, уявлень або дій, спрямованих на самоушкодження або самознищення і, принаймні, в мінімальному ступені мотивованих явними або прихованими інтенціями до смерті. Суїцидальна поведінка - це прояв суїцидальної активності - думки, наміри, висловлювання, погрози, спроби, замаху. Це процес, який може тривати десятиліттями. Це форма аномального поведінки, один із проявів агресії.

 Суїцидальний акт розглядається як результат взаємодії численних «базових» факторів ризику один з одним і з «тригерними» (пусковими) факторами, пов'язаними з кризовою ситуацією і суб'єктивної переробкою індивідом її значущості для нього.

Основне завдання дослідження ми дозволили в емпіричної частини. За допомогою статистичного методу кореляційного аналізу виявлено взаємозв'язку між стресостійкістю особистості і ризиком суїцидальної поведінки у юнаків і дівчат. Шкали, що визначають стійкість до стресів юнаків і дівчат, корелювали позитивно зі шкалою визначальною ризик суїцидальної поведінки, за винятком кількох, які також корелювали, але негативно. У зв'язку з цим, ми можемо констатувати, що гіпотеза про існування взаємозв'язку між стресостійкість особистості і ризиком суїцидальної поведінки у юнаків і дівчат, підтвердилася.

3.Запропоновано практичні поради, які можуть стати в нагоді в спілкуванні з людьми, що пережили сильний стрес, і в даний момент стресонестікі: суїцидальна профілактика (полягає не тільки в турботі та участі друзів, а й у здатності розпізнати ознаки прийдешньої небезпеки). Як близькі, колеги так і фахівці повинні шукати ознаки можливої ​​небезпеки: суїцидальні погрози, попередні спроби самогубства, депресії, значні зміни поведінки або особистості людини, велика кількість перенесених стресів, розмови про суїцид, прояви безпорадності і безнадійності і визначити, чи не є людина одиноким і ізольованим. Одне з найбільш важливих завдань профілактики суїцидів полягає в тому, щоб допомогти визначити джерело психічного дискомфорту. Це може бути важким, оскільки «живильним середовищем» суїциду є таємність. Зневірену людину необхідно запевнити, що віно може говорити про почуття без сорому, навіть про такі негативні емоції, як ненависть, гіркота або бажання помститися. Важливо вселяти надію і не залишати людину одну в ситуації високого суїцидального ризику. Ні в якому разі при суїцидальній загрозі не слід недооцінювати допомогу психологів або клінічних психологів. Завдяки своїм знанням, умінням і психотерапевтичному впливу ці фахівці володіють унікальними здібностями розуміти потаємні почуття, потреби і очікування людини. Під час психотерапевтичної консультації зневірені люди глибше розкривають своє страждання і тривоги. Якщо депресивна людина не схильна до співпраці і не шукає допомоги фахівців, то ще одним методом лікування є сімейна терапія.

Діагностика предсуїцідального синдрому має важливе профілактичне значення. Особи, які перебувають в предсуїцідальному періоді, які відчувають стрес, і знаходяться в дезадаптивному стані, потребують індивідуальної, групової та сімейної психотерапії.

4.Отримані результати можна використовувати в сфері практичної психології в роботі з людьми, які переживають проблему самовизначення, які знаходяться в розгубленості, відчувають стрес, депресивні стани, втрату життєвих орієнтирів, з низькою стресостійкістю і знаходяться на межі суїцидальної поведінки, а також тих, хто вже зробив таку спробу. Дані дослідження стануть у нагоді і як теоретична база для розробки програми тренінгів та заходів з превенції самогубств, виходу зі стресового стану, підвищення стресостійкості особистості. Для того щоб запобігти подальшому зростанню кількості суїцидів, необхідно надавати своєчасну допомогу і підтримку. Основною ланкою в справі превенції самогубств є анонімна телефонна служба ( "телефон довіри"). Мета телефонної служби - прагнення запропонувати будь-якій людині, яка знаходиться в кризовій ситуації і думає про самогубство, телефонний контакт зі співробітником, готовим вислухати, здатним допомогти подолати кризову ситуацію. Серед принципів цієї служби особливе місце займає довіра, абсолютна таємність, заборона вимагати винагороди за послуги і заборона надання будь-якого тиску.

Слід також розширити інфраструктуру надання психологічної допомоги юнакам і дівчатам на базі загальноосвітніх, вищих освітніх і медичних установ. Необхідно проводити регулярний моніторинг психічного стану не тільки дітей і підлітків, а й осіб юнацького віку, адже саме в цьому віці людина починає шукати себе як особистість. Необхідно проводити просвітницьку роботу з батьками і вже дорослих студентів, з оточенням потенційно суїцідентних осіб, з їх сім'ями.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1) Аболин Л.М. Психические механизмы эмоциональной устойчивости человека / Л.Н. Аболин. - Казань: Изд-во КазГУ, 1987. - 261с.

2) Амбрумова А.Г. Диагностика суицидального поведения: метод. реком. / А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко.- М.: Наука, 1980. - С. 24 - 55.

3) Антонюк В.В. Смертность от неестественных причин - убийства, самоубийства, травмы и отравления / Антонюк В.В., Ермаков С.П., Семенова В.Г. ; Электронная энциклопедия: Окружающая среда и здоровье населения. Глава: Смертность от неестественных причин - убийства, самоубийства, травмы и отравления. - М.: Академия, 2003.

4) Алимова М. А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция / М.А. Алимова - Барнаул, 2014. - 100 с.

5) Аллан Пиз. Язык взаимоотношений. Мужчина - женщина / А. Пиз, Б. Пиз. - Эксмо-Пресс, 2007. - С. 123 -125.

6) Бандура А. Теория социального научения / Бандура А. - СПб. : Евразия, 2000. - С. 26, 290 - 292.

7) Басалаева Н.В. Профилактика суицидального поведения старших подростков / Н.В. Басалаева. - 2013. - С. 188-195

8) Бойко И.Б. Самоубийство и его предупреждение / Бойко И. Б. - Рязань, 1997. - 167 с.

9) Бертолоте Х.М. Распространенность самоубийств в мире: эпидемиологический обзор (1959-2000 гг.) / Бертолоте Х.М. - М: Смысл, 2005. - С. 17-27

10) Берн Ш. Гендерная психология. / Берн Ш. - М Прайм-Еврознак, 2004. - С. 68.

11) Бендас Т. В. Гендерная психология / Бендас Т.В. : Учебное пособие. - СПб. Питер, 2006. - С. 331. - (Серия «Учебное пособие»).

12) Бэрон Р. Агрессия / Р. Бэрон, Д. Ричардсон. - СПб: Питер, 2001.

13) Варданян Б.Х. Механизмы саморегуляции эмоциональной устойчивости / Варданян Б.Х. // Категории, принципы и методы психологии. Психологические процессы. - М.: 1983.

14) Вассерман Д. Марна смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Вассерман Д .; пер. Е. Ройне. - М .: Смысл, 2005. - С 35 - 37, 178-182.

15) Волкова А.Н. Психолого - педагогическая поддержка детей суицидентов / Волкова А.Н. - СПб. Речь, 2006. - 120 с.

16) Гикаева Ю.А. Коррекция склонности к суицидальным намерениям в подростков / Гикаева Ю.А. - Самара: Бахрах-М, 2014. - № 20 (79). - С. 655-657

17) Головин С. Ю. Словарь практического психолога / Головин C.Ю.- Мн., 1998. - 800 с.

18) Горская М.В. Диагностика суицидального поведения у подростков / Горская М.В. - Москва: Московский университет, 1994. - С. 44-52.

19) Социологическое исследование / А.А. Давыдов, М., 1991, С. 99-102, № 5.

20) Денисова А.А. Словарь гендерных терминов / Под ред. А. А. Денисовой. -Региональная общественная организация "Восток-Запад: Женские Инновационные Проекты". - М.: Информация XXI века, 2002. - 256 c.

21) Дерлейн Р. Уже взрослый, еще ребенок / Дерлейн Г. - М.: Паблишер, 2016. - 280 с.

22) Амбрумова А.Г. Диагностика суицидального поведения. Методические рекомендации / Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А.- М.: Медицина, 1981. - С. 34 - 48.

23) Дикая Л.Г. Психологический журнал / Дикая Л.Г., Махнач А.В. - Тверь: Тверской государственный университет, 1996. C. 140-148, 157. № 3.

24) Дряхлов Н.И. Социокультурные ценности: вчера, сегодня, завтра / Дряхлов Н.И., Давыденко В.А. - М.: Социс, 1997. - C. 143 - 149.

25) Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / Дюркгейм Э. - М. : Мысль, 1994. - C. 134.

26) Дюркгейм Э. Самоубийство. // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Дюркгейм Э. - М.: Мысль 1998. - С. 145- 147.

27) Жерехов Е.М. Эпидемиологические аспекты самоубийств при шизофрении / Жерехов, Е.М., Улыбина, Т.В., Уманский, С.М. // Научно - практический журнал. - 2002. - 24 января. (№ 3). - С. 8 -10.

28) Жуков Д.А. Психогенетика стресса: поведенческие и эндокринные корреляты генетических детерминант стресс-реактивности при неконтролируемой ситуации / Д.А. Жуков. - СПб, 1997. - С. 81.

29) Зильберман П.Б. Эмоциональная устойчивость оператора / Зильберман П.Б. - М.: Наука, 1974. - 20 с.

30) Змановская Е.В. Девиантология Психология отклоняющегося поведения: учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений / Змановская Е.В. - второй изд., Испр. - М.: Издательский центр "Академия", 2004. - С. 169 -173, 215.

31) Камю А. Миф о Сизифе. Эссе об абсурде. Бунт человек / Камю А.- М .: Астрель, 1990.- 56 с.

32) Колесникова И.С., Исследование взаимосвязи суицидальной поведения и акцентуации характера подростков / Колесникова И.С.// Научное общество студентов XXI века. Гуманитарные науки: XXVII Междунар. студ. научно-практической. конф. - 2014. - № 12 (27). - С. 1-5

33) Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков / Кондрашенко В.Т. - Мн.: Беларусь, 1988.- С. 124 - 135, 225.

34) Косицкий Г.И. Нервная система и стресс / Г.И. Косицкий, В.М. Смирнов.- М.: Наука, 1970. - С. 78 - 100.

35) Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / Кочюнас Г. - М.: Академический проект, 1999. - 240 с.

36) Краткий психологический словарь / Под общей ред. Петровского А. В. и Ярошевского М.Г.; [Ред.-составитель Л. А. Карпенко.] - 2-е изд., Расширенное, испр. и доп Ростов-на-Дону: «ФЕНИКС», 1998.

37) Лебедев В.И. Личность в экстремальных условиях / Лебедев В.И.- М.: Политиздат, 1989. - С. 124 - 128, 215.

38) Левитов Н.Д. Проблема психических состояний / Левитов Н.Д. - М .: Просвита, 1955 - С. 16 -22.

39) Левитов Н.Д. Фрустрация как один из видов психических состояний / Левитов Н.Д. - М .: Просвита, 1967. - С. 14 - 20.

40) Маклаков А. Г. Психология и педагогика. Военная психология / [под ред. Маклакова А.Г.] - СПб.: Питер, 2007. - С. 57 - 59, 436.

41) Мариновський И.Д. Конфликтология / Мариновський И.Д., Цветков В.Л .: - М .: Щит-М, 2001. - С.114 - 125.

42) Мильман, В. Е. Стресс и личностные факторы регуляции деятельности / Мильман В.Э. - М.: ФиС, 1983. - С. 100 -125.

43) Можейко А.В., Причины, механизмы и профилактика подросткового суицида / Можейко А.В. - М.: АРКТИ, 2017. - С. 107-109

44) Моросанова В.И. Диагностика индивидуально-стилевых особенностей саморегуляции в учебной деятельности студентов / Моросанова В.И., Сагиев В.В.- М .: Когито - Центр, 1994. - 87с.

45) Моховиков А.Н. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Моховиков А.Н. - М .: Когито-Центр, 2001. - С. 230 - 237.

46) Моховиков А.Н. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Моховиков О.М.- М.: Когито-Центр, 2001. - С. 225 - 229.

47) Моховиков А.Н. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / Моховиков О.М.- М.: Когито-Центр, 2001. - С. 230, 470 - 474.

48) Наследов А. Д. SPSS: Компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках / Наследов А.Д. - СПб.: Питер, 2005. - С. 365 - 378.

49) О мерах профилактики суицида среди детей и подростков: офиц. текст: по состоянию от 26 01. 2000 года № 22-06-86 / Минобразования Украины. - М .: Столичная. - 60 с.

50) Положий Б.С. «Суицид начинается с детства» о природе самоубийства. / Положий Б.С. - М .: РИО "ФГУ ГНЦ ССП им. В. П. Сербского », 2011. - C. 46 - 48.

51) Полушина А.В., Суициды в подростковой среде как мольба о помощи / А.В. Полушина - Самара: Бахрах - М, 2013. С. 153-155

52) Александровский Ю.А. Психогении в экстремальных условиях / Александровский Ю.А. - М .: Медицина, 1991. - 96 с.

53) Разуваева Т.Н. Диагностика личности / Разуваева Т.Н. -Шадринськ: Шадринский дом печати, 1993. -С.26 - 30.

54) Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Райгородский Д.Я .: Учебное пособие. - Самара: Бахрах - М, 1998. - 672 с.

55) Самарский С.М. Отечественный и зарубежный опыт превенции подростковых суицидов / Самарский С.М. - Ростов-на-Дону: КРАФТ, 2015 - С. 215 - 220

56) Диагностика психологической адаптации осужденных с учетом индивидуально-типологических особенностей. - В сб.: Молодежь - науке будущего. Тез. доп. Международной науч.конф. - Набережные Челны: Изд. Камского политехнического ин-та, 2000. - С. 294 -298.

57) Селье Г. На уровне целого организма / Селье Г. - М: Наука, 1972. -С. 100 - 122.

58) Степанов И.А. Клиническая психология и психотерапия. Суицид. О мерах профилактики суицида среди детей и подростков / Степанов. И.А. - М.: Юрайт, 2018. - 27с.

59) Степанов И.А. Суицид. Профилактика суицида среди детей и подростков / И.А. Степанов. - М.: Тигель, 2017. - С. 1-5.

60) Сухарева О.А. Подростковый суицид: меры профилактики и предупреждения подросткового суицида в образовательной организации / Сухарева О.А. - М .: Академии социального управления, 2017. - С. 66-70

61) Лестницы: щомис. журн. / Учредитель: Минские Духовные Академия и Семинария. Изд. группа "Лотос". - 2003 сечь. - №1 - Беларусь: Невыносимо тяжкожизние. Проблема стресса в современном мире. - 2003. - C. 68-72.

62) Щербатых Ю. Управляем стрессом / Щербатых Ю., галанцев Д., Фридман А. - М: Книги Искателя, 2002. - 255 с.

63) Уэйлс Дж., Сэнгер, Л. Википедия. Общедоступная многоязычная универсальная интернет-энциклопедия [http://ru.wikipedia.org/] / Дж. Уэйлс, Л. Сэнгер. - 2001-2012. - Режим доступа: http://ru.wikipedia.org/.

64) Фресс П. Эмоции. Экспериментальная психология / П Фресс. - М., 1975. - Выпуск № 5. С. 111-195.

65) Стрессоустойчивость руководителя в управленческой деятельности. Исследование стрессоустойчивости в рамках формируется эксперимента [http: // https: //sites.google.com/site/khodakovskiy/naucnye-stati/stata] / А.В. Ходаковский - 2005. - №8 - Режим доступа: http: // https: //sites.google.com/site/khodakovskiy/naucnye-stati/stata.

66) Чхартишвили Г. Писатель и самоубийство. / Чхартишвили Г. - М. Захаров, 2008. - С. 8. - 18.

67) Элиот Т. С. Полые люди / Элиот Т. С. - СПб. ООО "Издательский Дом" Кристалл "", 2000. - C. 89 - 92.

68) Цветкова Л.А. Групповая работа с детьми и подростками / Цветкова Л.А. - СПб: СПбГУ, 2016. - 56 с.

69) Юрьева Л.Н. Кризисные состояния / Юрьева Л.Н. - Днепропетровск: Арт-Пресс, 1998. - С. 65 - 67.

70)Achte K. A., Lonnqvist, J. Suicide in Finnish Culture. Suicide in different cultures / Edited by N. Farberow. - Copyright by University Park Press, 1975.-С. 167 -168.

71)Harden R.M. et al. Multiple Choice Questions: To guess or not to guess, Medical Education / R. M. Harden, R. A. Brown, L. A. Biran, W. P. Ross, and R. E. Wakeford.- 10 (1), 2001. - 27-30.

72)Miles R. The Rites of Man. Love, Sex and Death in Making of the Male / Miles, R .: Graftonbooks, 1991. - С. 202 - 204.

ДОДАТОК А

Таблиця

Первинні результати дослідження

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Випро-буваний | Стать | Само-почу-ття | Актив-ність | Наст-рій | Тривожність | Фруст-рація | Агресив-ність | Ригідність | Ситуа-тивна тривож-ність | Особис-тісна тривож-ність |
| 1 | Ж | 6,2 | 5,7 | 6,8 | 9 | 8 | 9 | 5 | 36 | 48 |
| 2 | Ж | 6,3 | 4,6 | 4,9 | 6 | 17 | 16 | 11 | 29 | 45 |
| 3 | Ж | 3,5 | 3,6 | 5,1 | 15 | 9 | 18 | 15 | 39 | 30 |
| 4 | Ж | 2,2 | 2,7 | 3,1 | 17 | 11 | 6 | 16 | 50 | 57 |
| 5 | Ж | 4,8 | 5,6 | 5,8 | 9 | 10 | 13 | 8 | 58 | 40 |
| 6 | Ж | 4,5 | 5,1 | 5,4 | 11 | 14 | 14 | 9 | 27 | 55 |
| 7 | Ж | 6 | 4,9 | 6,4 | 10 | 5 | 9 | 9 | 28 | 71 |
| 8 | Ж | 4,3 | 4,2 | 6,3 | 14 | 12 | 9 | 12 | 53 | 43 |
| 9 | Ж | 6,8 | 6 | 6,9 | 5 | 11 | 17 | 7 | 55 | 20 |
| 10 | Ж | 4,7 | 3,3 | 5,9 | 10 | 7 | 17 | 12 | 41 | 56 |
| 11 | Ж | 6,8 | 3 | 3,7 | 22 | 18 | 9 | 12 | 43 | 51 |
| 12 | Ж | 4,7 | 5,2 | 6,8 | 17 | 17 | 9 | 12 | 28 | 20 |
| 13 | Ж | 2,9 | 3,2 | 5,5 | 6 | 6 | 13 | 13 | 40 | 56 |
| 14 | Ж | 6,3 | 4,4 | 6,2 | 5 | 4 | 16 | 12 | 43 | 51 |
| 15 | Ж | 4,4 | 4,5 | 5,1 | 11 | 8 | 13 | 15 | 43 | 20 |
| 16 | Ж | 4,1 | 3,6 | 4,3 | 9 | 8 | 19 | 9 | 53 | 46 |
| 17 | Ж | 5,4 | 3,6 | 4,8 | 11 | 12 | 14 | 14 | 53 | 46 |
| 18 | Ж | 2,5 | 5,1 | 6 | 9 | 6 | 12 | 6 | 34 | 50 |
| 19 | Ж | 4,4 | 2,1 | 3,3 | 6 | 4 | 9 | 12 | 36 | 51 |
| 20 | Ж | 5,4 | 4,5 | 5 | 10 | 8 | 14 | 7 | 44 | 54 |
| 21 | Ж | 2,1 | 5,2 | 6,3 | 5 | 4 | 6 | 5 | 31 | 43 |
| 22 | Ж | 4,5 | 5 | 5,6 | 10 | 9 | 7 | 7 | 36 | 44 |
| 23 | Ж | 5,3 | 2,7 | 4,9 | 11 | 8 | 15 | 17 | 42 | 61 |
| 24 | Ж | 5 | 2,4 | 4,1 | 15 | 15 | 8 | 13 | 40 | 59 |
| 25 | Ж | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 11 | 9 | 59 | 61 |
| 26 | Ж | 4,2 | 5,6 | 6 | 3 | 3 | 14 | 9 | 29 | 39 |
| 27 | Ж | 5,3 | 4,9 | 5,9 | 6 | 7 | 12 | 14 | 33 | 43 |
| 28 | Ж | 6,3 | 4,4 | 4,3 | 10 | 9 | 15 | 14 | 40 | 55 |
| 29 | Ж | 5,4 | 2,4 | 4,2 | 12 | 8 | 12 | 78 | 52 | 54 |
| 30 | Ж | 4 | 5 | 6 | 0 | 1 | 9 | 6 | 27 | 26 |
| 31 | Ж | 5,9 | 5,5 | 6,2 | 5 | 3 | 12 | 8 | 29 | 42 |
| 32 | М | 6,6 | 3 | 6,7 | 9 | 10 | 5 | 9 | 38 | 56 |
| 33 | М | 4 | 4,1 | 5,1 | 6 | 7 | 8 | 9 | 34 | 34 |
| 34 | М | 4,5 | 4,4 | 4,3 | 4 | 4 | 10 | 12 | 20 | 20 |
| 35 | М | 5,3 | 3,9 | 3,3 | 11 | 12 | 10 | 12 | 48 | 64 |
| 36 | М | 3,6 | 4,6 | 5,2 | 13 | 3 | 17 | 8 | 27 | 26 |
| 37 | М | 5,3 | 4,9 | 4,9 | 5 | 5 | 6 | 7 | 40 | 59 |
| 38 | М | 4,8 | 5 | 5 | 10 | 9 | 14 | 5 | 36 | 44 |
| 39 | М | 6,9 | 4,9 | 5,6 | 5 | 4 | 14 | 5 | 52 | 54 |
| 40 | М | 5,3 | 4,9 | 6 | 5 | 4 | 13 | 12 | 31 | 43 |
| 41 | М | 4,8 | 2,7 | 6,3 | 9 | 14 | 14 | 15 | 29 | 55 |
| 42 | М | 4,5 | 5,6 | 5,6 | 11 | 5 | 9 | 9 | 39 | 71 |
| 43 | М | 6 | 5,1 | 4,9 | 10 | 12 | 9 | 14 | 50 | 43 |
| 44 | М | 4,3 | 4,9 | 4,1 | 14 | 11 | 17 | 6 | 58 | 20 |
| 45 | М | 6,8 | 4,2 | 5 | 5 | 7 | 17 | 7 | 27 | 56 |
| 46 | М | 4,7 | 6 | 6 | 10 | 18 | 9 | 8 | 28 | 51 |
| 47 | М | 6,8 | 3,3 | 5,9 | 22 | 17 | 9 | 8 | 53 | 20 |
| 48 | М | 4,7 | 3 | 4,3 | 17 | 6 | 13 | 6 | 53 | 56 |
| 49 | М | 2,9 | 5,2 | 4,9 | 6 | 4 | 16 | 8 | 55 | 51 |
| 50 | М | 6,3 | 3,2 | 4,1 | 5 | 8 | 13 | 9 | 41 | 20 |
| 51 | М | 4,4 | 4,4 | 5 | 11 | 8 | 19 | 12 | 43 | 46 |
| 52 | М | 6,8 | 4,5 | 6 | 9 | 12 | 14 | 12 | 28 | 46 |
| 53 | М | 4,7 | 3,6 | 5,9 | 11 | 6 | 12 | 7 | 40 | 50 |
| 54 | М | 2,9 | 3,6 | 4,3 | 5 | 4 | 9 | 9 | 29 | 51 |
| 55 | М | 6,3 | 2,7 | 4,2 | 10 | 8 | 14 | 9 | 38 | 54 |
| 56 | М | 4,4 | 3 | 6 | 11 | 4 | 6 | 12 | 34 | 43 |
| 57 | М | 4,1 | 5,2 | 6,2 | 15 | 9 | 7 | 7 | 20 | 44 |
| 58 | М | 5,4 | 3,2 | 6,7 | 4 | 8 | 15 | 12 | 48 | 61 |
| 59 | М | 2,5 | 4,4 | 5,1 | 3 | 15 | 8 | 9 | 27 | 61 |
| 60 | М | 4,4 | 4,5 | 4,3 | 6 | 4 | 16 | 9 | 40 | 43 |