

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Інститут управління, психології та безпеки

Кафедра практичної психології

**ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПОСТРАЖДАЛИМ, ЯКІ
ПЕРЕЖИЛИ КРИЗОВУ ПОДІЮ**

кваліфікаційна робота

здобувача вищої освіти

освітнього ступеня «магістр»

Юлії ЛЕСЬКІВ

2 курсу, денної форми навчання

спеціальність 053 «Психологія»

ОНП «Психологія»

Науковий керівник

доктор психологічних наук, доцент

Євген КАРПЕНКО

Рецензент

доктор психологічних наук, професор

Зоряна КОВАЛЬЧУК

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

«5» грудня 2023 р., протокол №5

Т.в.о. завідувача кафедри практичної психології

доктор психологічних наук, доцент

_____ **Євген КАРПЕНКО**

Львів

2023

АНОТАЦІЯ

ЛЕСЬКІВ Юлія Олександрівна. Перша психологічна допомога постраждалим, які пережили кризову подію.

Магістерська кваліфікаційна робота. Львівський державний університет внутрішніх справ, 2023 рік.

Кваліфікаційна робота присвячена опису алгоритму надання першої психологічної допомоги. Зазначено, що на сьогоднішній день проблема надання першої психологічної допомоги у кризових станах особистості відіграє важливу роль, як для окремої особистості, так і для жителів території нашої держави, загалом. Події, які відбуваються на території

України є однією з тих причин, через які люди переживають кризові стани.

Автентичним «чорним лебедем» періоду незалежності України є гібридна війна РФ, котра розпочалася ще у 2014 р. й переросла у відкритий вияв агресії 24 лютого 2022 р. Агресія РФ супроти України призвела до серйозної гуманітарної кризи. Так, повномасштабна військова агресія РФ й форсовані бойові дії, котрі продовжуються в Україні з 24.02.2022р., спричинили потужний удар по усіх ланках системах української держави.

Зазначено, що під першою психологічною допомогою слід розуміти низку заходів загально-людської й практичної допомоги близьким особам, котрі потерпають від страждань та різних нереалізованих потреб.

Більшості особам, котрі перебувають у кризових станах є притаманні амбівалентні суїцидальні прагнення, котрі перебувають поміж прагненням жити та прагненням померти. Звернення по допомогу до спеціалістів свідчить про наявність цієї амбівалентності та надію віднайти інший вихід з наявної ситуації.

Ключові слова: перша психологічна допомога, кризові ситуації, психологічна допомога, суїцидальні прагнення, амбівалентність

ANNOTATION

Leskiv Yulia Oleksandrivna. First psychological aid to victims who survived a crisis event.

Master's qualification work. - Lviv State University of Internal Affairs, 2023.

The qualification work is devoted to the description of the algorithm for providing psychological first aid. It is noted that today the problem of providing psychological first aid in crisis states of the individual plays an important role, both for an individual and for the inhabitants of the territory of our state, in general. The events taking place on the territory of Ukraine are one of the reasons why people are experiencing crisis situations. The authentic "black swan" of the period of Ukraine's independence is the hybrid war of the Russian Federation, which began back in 2014 and turned into an open manifestation of aggression on February 24, 2022. The aggression of the Russian Federation against Ukraine led to a serious humanitarian crisis. Thus, the full-scale military aggression of the Russian Federation and forced hostilities, which have continued in Ukraine since February 24, 2022, caused a powerful blow to all links of the Ukrainian state

systems.

It is noted that first psychological aid should be understood as a series of measures of general human and practical assistance to loved ones suffering from suffering and various unfulfilled needs. To most people, who are in crisis states are inherent ambivalent suicidal desires, which are between the desire to live and the desire to die. Seeking help from specialists indicates the presence of this ambivalence and the hope of finding another way out of the current situation.

Key words: first psychological aid, crisis situations, psychological aid, suicidal tendencies, ambivalence.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ АНАЛІЗУ КРИЗОВИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ	10
1.1. Сутність та критерії кризових станів	10
1.2. Класифікація кризових станів.....	16
1.3. Психологічні особливості суїцидальної поведінки.....	24
Висновки до розділу 1	29
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У КРИЗОВИХ СТАНАХ ОСОБИСТОСТІ	30
2.1. Сутність поняття першої психологічної допомоги у кризових станах ..	30
2.2. Психологічна допомога при різних видах кризових станів	39
2.3. Методи інтервенції та профілактики суїцидальності.....	42
Висновки до розділу 2	50
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ У КРИЗОВИХ СТАНАХ	54
3.1. Опис методик та процедура проведення емпіричного дослідження	54
3.2. Оброблення та інтерпретація результатів емпіричного дослідження ..	57
Висновки до розділу 3	64
ВИСНОВКИ	67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	74
ДОДАТКИ	81

ВСТУП

На певних етапах життя ми неодноразово зіштовхуємося із кризами. Криза трапляється тоді коли старе вже повністю вичерпане, а нове ще не зовсім сформоване. Кожна людина реагує на кризу своєрідно, в одних вона проходить легко і плавно, і людина приймає її як звичне і буденне, в когось криза – це загострення, певний переломний період у житті з якого людині важко вибратись. Але головне пам'ятати, що кризи є і в абсолютно щасливих людей, це те що робить людину стійкішою і емоційно, і психологічно сильнішою. Впродовж життєвого шляху людині приходиться боротись із самим собою, це зумовлено соціальними факторами і прогресом, і власне віковими змінами у власному організмі. Перебувати в кризовому стані, що означає перебувати в ньому «тут і тепер», людині важко раціонально усвідомити і оцінити, те що відбувається навколо і безпосередньо з нею, така людина потребує швидкої допомоги та підтримки, адже коли людина перебуває в кризовому стані у неї власне є два виходи з цього стану. Перший – це боротьба з собою, а другий варіант, це прийняти, перестати боротись, уникаючи будь-яких наслідків. Людина однаково реагує як на душевний біль так і на фізичний, бо наш мозок однаково сприймає цих два подразника, хоч інколи ми можемо проігнорувати те що не помітне на перший погляд і прийняти його як мало важливе.

Життя змінюється, і на своїй життєвій дорозі ми зазнаємо різних перемін, кожна з яких несе для нас якусь інформацію, досвід, власні зміни, для кожного все це є індивідуально, і навіть те з чим нам приходиться боротись. Ми боримось долаючи складну ситуацією, і боримось із самим собою, бо тільки переборовши себе, свої страхи ми переборюємо кризу.

Актуальність дослідження. На сьогоднішній день проблема надання першої психологічної допомоги у кризових станах особистості відіграє важливу роль, як для окремої особистості, так і для жителів території нашої держави, загалом. Події, які відбуваються на території України є однією з

тих причин, через які люди переживають кризові стани. Автентичним «чорним лебедем» періоду незалежності України є гібридна війна РФ, котра розпочалася ще у 2014 р. й переросла у відкритий вияв агресії 24 лютого 2022 р. Агресія РФ супроти України призвела до серйозної гуманітарної кризи. Так, повномасштабна військова агресія РФ й форсовані бойові дії, котрі продовжуються в Україні з 24.02.2022р., спричинили потужний удар по усіх ланках системах української держави.

Конфронтація насильства на Українську територію розпочалась в середині квітня 2014 року, коли проросійські агресори та активісти почали захоплювати адміністративні будівлі та відділки поліції, поступово це протистояння стало великою і масштабною конфліктною проблемою для усіх жителів України – розпочались воєнні дії. Байдужих до цих подій не залишилось нікого. Ця ситуація вплинула на зовсім малих дітей, підлітків та людей уже старшого пенсійного віку. Кожен з нас пережив страх, бажання до помсти, боротьби та змін, хтось відчув ненависть. Вже з малечку у дітей сформувались нові упередження до сусідів зі сходу, а у старших вони ще раз підтвердились. Ця напруга, яка нас супроводжує вже протягом дев'яти років не може не відобразитися на нашому стані. Люди перебувають в очікуванні змін на краще, але нажаль лиш розчаровуються, зустрічаються із відчаєм, втрачають віру та надію, що призводить подеколи до фатальних наслідків, таких наприклад, як самогубство.

Люди шукають виходу, шляхів вирішення проблемних ситуацій і коли почуття зневіри на краще лише ростуть, людина оточує себе негативними думками, і вважає що найкращий вихід це померти. До людей які не мають підтримки зі сторони близьких чи друзів це й вихід приходиться швидше. Такі люди швидше відважуються на такий вчинок, адже через відсутність емоційної підтримки у переломний період їхнього життя їм немає кому попередити суїцид.

Тому нам необхідно навчитись триматись в тонусі психологічної стійкості, допомагати іншим не падати духом, та вміти надавати першу

психологічну допомогу, тому що зараз це дуже важливо для покоління, яке в даний час формує себе як особистість, яке формує своє «Я».

Метою нашої роботи є теоретично обґрунтувати і емпірично підтвердити важливість надання першої психологічної допомоги особистості у кризових станах.

Завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз кризових станів у психологічній літературі;

2. Проаналізувати підходи та методи до надання першої психологічної допомоги;

3. Теоретично обґрунтувати залежність суїцидальності підлітків від впливу кризових станів;

4. Емпірично дослідити схильність до суїцидальної поведінки у підлітків під впливом кризових подій в Україні на сучасному етапі.

Об'єкт дослідження: особливості надання першої психологічної допомоги особистості у кризовому стані.

Предмет дослідження: особливості особистості підлітка в кризовому стані та специфіка надання першої психологічної допомоги.

Гіпотеза 1: припускаємо, що під час кризових подій і кризових подій у суспільстві зростає суїцидальна схильність її громадян.

Гіпотеза 2: припустимо, що на суїцидальність особистості впливають: підвищений рівень тривожності, самотність, фрустрація, агресивність, емоційна нестійкість.

Теоретико-методологічна основа дослідження. Актуальність проблеми полягає у вивченні методів та наданні першої психологічної допомоги у кризових станах особистості. Кризові стани та шляхи досліджували: В. Франкл, А. Маслоу, Г. Лоренц, А. Личко, К. Роджерс, С. Хачатурян, А. Спіс, Ф. Василюк, С. Розенцвейг, С. Падмазін, Д. Ісаєва, А. Бек. Окремо досліджували кризові стани, та схильність людини до

емоційного загострення: Р. Кеттел, Леонгардо-Шмішек, Д. Рассел, Л. Тепло, Т. Фергюсон, О. Євдокімова, Р. Сірко та інш.

Окремі аспекти щодо причин виникнення кризових станів розглядали Д. Александров, М. Боришевський, Є Варбан, О. Колесніченко, О. Цільмак, та інш.

Проблему психологічної травми після значних військових конфліктів досліджували А. Кардінер, Е. Крапелін, Д. Майерс, В. Осьодло, В. Овсяник, Т. Титаренко,.

Наукова новизна. У результаті дослідження було виявлено, що події які відбуваються на території країни мають вплив на емоційний стан її громадян, зокрема підлітків, які під впливом цих подій формуються як особистості. Під час кризи країни, кризу переживають і її громадяни, обмеженість у можливості змінити ситуацію, громадяни почуваються безсилими, і стресованими. Підлітки відчують цю ситуацію більш чутливо, адже в пубертатний період вони потребують більше уваги та визнання, готові на героїчні вчинки, багато подій максималізують, а коли розчаровуються, то сприймають це як власну поразку, часто втрачаючи сенс життя, та зниження рівня самооцінки.

Теоретичне значення роботи полягає у важливості знань про надання першої психологічної допомоги у кризових станах людини при кризових ситуаціях. Розширити власне бачення щодо стресових ситуацій та зрозуміти їхню причинність і наслідковність.

Практичне значення роботи полягає в можливості використання отриманих результатів для формування рекомендацій по зниженню рівня психологічного напруження серед населення України. Висновки дослідження можуть бути використані практичними психологами при роботі у кризових центрах психологічної допомоги, у шкільних закладах, а також у закладах вищої освіти під час викладання дисципліни «Практикум з надання психологічної допомоги різним категоріям населення».

Методологія. Для розв'язання поставлених завдань і перевірки гіпотези було використано загально-наукові методи теоретичного (аналіз літератури з теми дослідження, аналіз основних понять, систематизація матеріалу, порівняння та узагальнення даних) та емпіричного дослідження (анкетування, математико–статистичні методи обрахування даних із використанням пакету програми SPSS 17.0 (кореляційний та факторний аналіз).

Надійність і вірогідність дослідження здійснювалося шляхом використання методів, котрі відповідають меті, завданням, висунутим гіпотезам дослідження, кількісним та якісним аналізом одержаних даних.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, таблиць, графіка та піктограми, списку використаної літератури.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ АНАЛІЗУ КРИЗОВИХ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Сутність та критерії кризових станів

Запит до психологів часто має одну мету – це прискорення стану нечутливості до болю, щоб швидше бути знову ефективним членом суспільства і продовжувати свою життєдіяльність. Та рани не загоюються моментально. Немає спеціальних мазей, пов'язок чи знеболюючих, засоби треба шукати самостійно, своїми вчинками та діями, опираючись на досвід і ставати сильнішим. Але отримані рани не заживуть швидше, аніж спрацюють усі захисні та відновлювальні механізми. Так, кров аж ніяк не може бути змушена згущуватися швидше, а клітини організму – прискорено регенеруватися – адже усе чиниться у власний час та з власною швидкістю.

Людській психіці необхідно пройти всі етапи, для того щоб відхворіти. Болить втрата, розтавання, повідомлення з поганим змістом, не змога поговорити із кимось нам значимим, грубе слова приносить неприємні відчуття, нелюбов, ігнорування, ревності, будь-який біль ми відчуваємо кожною клітиною себе, все болить нас однаково.

В час коли особистість перебуває на межі між старим і новим досвідом в її житті настає переломний період, який називають – кризою.

Термін «криза» трактують як «рішення», «небезпека», «страх», «переломний момент» або «сприятлива можливість».

Поняття психологічної кризи та кризового стану вивчає кризова психологія та кризова психотерапія. Ця область науки є досить молодого, зазвичай пов'язана із катастрофами та травматичними подіями, а також кризовими періодами в житті людини, які в свою чергу впливають на її розвиток. З точки зору психології, кризу розглядають, як гострий емоційний стан, який виник при блокуванні цілеспрямованої життєдіяльності людини, як дискретний момент у розвитку особистості [25].

Клінічна психологія розглядає поняття кризи при визначення реакції на небезпечні події, в стані хвороби [27].

В кризовому стані людина дуже чутлива і часто сприймає все дуже близько до серця, вдячна за найменшу допомогу та увагу, іноді щоб підтримати таку людину достатньо її просто вислухати. Через це кризовий стан не входить в категорію серйозних захворювань, які виходять за рамки норми, тому що – це нормальна реакція людини на ненормальну подію [25].

Якщо людина справилась із кризою, вона здобула новий досвід та розширила свій діапазон реакцій на схожі стани. Людина здобуває власну стратегію виходу із типових ситуацій і попадаючи у схожу вона вже не буде відчувати кризи, а буде залучати свій досвід вирішую її. Але якщо людина не має можливості самостійно подолати кризу і вона поглиблює людину це може мати катастрофічні наслідки та порушення психологічного здоров'я людини, що веде до смерті або суїциду.

Якщо людина схильна не реагувати на кризу дезадаптаційними реакціями у неї змінюється стиль мислення, поведінка, почуття і фізичний стан, якщо цей стан є тривалим, чи поглинув людину настільки, що в неї немає ресурсів, можливості та бажання самостійно вийти із нього – це може призвести до соціальної дезадаптації, чи невротичних і психосоматичних розладів, або суїцидальної поведінки. Критеріями кризових станів є зовнішні, внутрішні, природні і не природні, вікові чинники, які впливають на людину.

Травматична криза виникла в наслідок екстремальних ситуацій у житті людини, які призвели до серйозних негативних наслідків [50], якими є загроза власному життю і здоров'ю (катастрофи техногенного та природнього походження, аварії, нещастя, насильство) [34].

Схожі події, в незалежності від їхніх наслідків, суттєво руйнують базове почуття безпеки особи та, подеколи призводить до динамічного розвитку хворобливого стану – травматичного або посттравматичного стресу, або іншого невротичного і психічного розладу [51].

На думку В. Франкла психологічній кризі є притаманною форма переживання – фрустрації, котра є пов'язаною із втратою сенсу життя. Чільне місце займає усвідомлення цінності часу власного життя у системі особистих сенсів, а подеколи вони асоціюються з цінністю життя, позаяк цінність часу є залежною від самого відношення людини до події. Цінність часу впродовж життя змінюється і значно різняться на кінці життєвого шляху, від тих які були в молодості. Адже на людину має вплив кохання, друзі, ситуації, в яких людина вважає себе приреченою до якогось роду зміни. Важливим є рівень самоактуалізації особистості в її ставленні до сприйняття часу (за А.Маслоу) та її компетентність в часі. Людина яка самореалізувалась у житті раціональніше сприймає проблеми які виникають у житті, та проблеми смерті, така людина більш гармонійна, розвинута і легше переживає кризові ситуації. Якщо ж людина погано самореалізувалась у житті то це говорить про серйозні життєві проблеми, конфлікти, кризи, сюди входять також і вікові. Стан фрустрації поділяється на три види: фрустрація минулого, фрустрація теперішнього та майбутнього [9].

Руйнування часових цінностей, які були для людини цінними у минулому виникає в наслідок фрустрації минулого, або складали смисл її життя. Прикладом такої кризи можемо розглянути так званий «в'єтнамський синдром» учасників бойових дій війни США у В'єтнамі [26]. А також синдроми, котрі виникли не так давно – «афганський синдром» та «чеченський синдром», що полягають у травматичному переживанні минулих бойових дій військовими [8]. Відчуття життєвої кризи характерне для сучасного стану нашого суспільства стану нашого суспільства, для людей старшого покоління та тих людей котрі повернулися зі східної частини нашої України та були учасниками бойових дій.

На початку двадцятого сторіччя опісля проведених революційних відкриттів у галузі класичної електродинаміки Г. Лоренц, перебуваючи у zenіті власної слави, зазначав: «...Я загубив упевненість, що наукова робота

вела до об'єктивної істини, і я не знаю, навіщо жив; жалкую тільки, що не помер п'ять років тому, коли мені ще все уявлялося ясним»[23, с.32].

При руйнуванні зв'язку між часовими перспективами і ретроспективами виникає фрустрація теперішнього. Часто це пов'язано із переживанням життєвої кризи яка є в даний момент, і котра супроводжується відчуттями безвихідності та безпорадності до події котра виникла, внаслідок різних причин: катастроф, зрад, наклепів, нерозділеного кохання, війни, ув'язнення, такі ситуації примушують людину відкласти реалізацію своїх планів на невизначений термін у майбутньому. Але неможливість людини розв'язати дану ситуацію, яка супроводжується депресією, або апатією, може призвести до спроб самогубства.

Фрустрація орієнтована до майбутнього виникає в наслідок руйнування того що людина запланувала собі у майбутньому, по причині втрати можливості реалізувати заплановані нею плани самостійно, мабуть, це найсерйозніші випадки екзистенціальної фрустрації. Така фрустрація може виникнути по причині втрати здоров'я, або втрати близьких, або ж при відкритті обставин, котрі були раніше невідомими. Вихід з кризи може відбутись лише у випадку, коли людина буде шукати ресурси, які вмотивують її до життя.

У випадках, коли кризи природнього характеру збіглись із кризами штучного чинника криза ускладняється і може тривати довший період, та болючіше, але навіть не глибокий аналіз доводить, що кризи які мають лише зовнішнє походження, мають вплив на саму людину, і змушує її до переосмислення власного «Я».

Наступними кризами які схильна пережити людині це нормальні та аномальні, їх ще називають віковими кризами. Це природні кризи існування людини, яких вона не може уникнути, вони говорять про завершення певного етапу психічного розвитку індивіда. Аномальна криза – це переживання людиною подій, які повністю змінюють її долю та періоди її життя, котрі з точки зору на плин психічного розвитку позиціонуються

стабільними. Вікова криза тісно пов'язана із життєвою кризою та пережитим досвідом [6].

Так, плин кризи слушно поділити на наступні етапи, а саме: форсування подій, чи «первинної напруги», коли особа цілковито усвідомлює, що нагромаджується низка подій, котрі вона вже не спроможна контролювати, через відсутність браку досвіду, ситуація буде вирішеною, якщо людина займеться плідною роботою над власними ресурсами; дезорганізація: збільшується напруга, почуття дискомфорту, людина починає звертатись до ресурсів другого рівня (священики, знайомі, ворожки), але якщо це не спрацьовує почуття безпомічності і безпорадності зростає, а самооцінка знижується; поворотна точка: етап кризи характеризується зверненням людини до ресурсів третього покоління (телефон довіри, психологи, психотерапевти), невдалі спроби у пошуку ресурсів, можуть призвести до загрози суїцидальних спроб; реорганізація: на даному етапі людина переосмислює власні ресурси, зовнішнього та внутрішнього характеру, знаходить нове розуміння проблемної ситуації, будує план дій, щоб рухатись далі; відновлення: на цьому етапі відновлюється нормальне функціонування, повертається відчуття життєвої стабільності [41].

Важливим компонентом для особистості, яка потрапила у кризову ситуацію, є психологічний час. Індивід який пережив травмуючу ситуацію часто не може усвідомити послідовність подій та уявити суб'єктивну картину. Метою роботи з таким клієнтом є вироблення «компетентності в часі» (термін Абрахам Маслоу) і має такі складові: 1) послідовність минулого, теперішнього, майбутнього; 2) реальність теперішнього (чітке усвідомлення того, що було насправді та того, що могло бути, але не відбулося насправді); 3) вільне пересування лінією часу, чіткі уявлення про те, з чого розпочинались ті чи інші повороти біографії, та до чого можуть привести події минулого.

Людина, яка переживає кризовий стан, часто думками повертається в минуле, наче живе в ньому, таке явище називають феноменом «муміфікації». Коли людина, яка пережила травму не може позбутись речей людини яку втратила, наче надіється що це може її повернути [11].

У психологічній літературі можна виділити наступні стадії кризових станів:

«Перші реакції», при виникненні раптової травмуючої ситуації, ця стадія триває від декількох секунд до 15 хвилин. На цій стадії нашій свідомості характерно звужуватись, а поведінка повністю підпорядковується інстинкту самозбереження, орієнтована спочатку на власний порятунок, а пізніше на порятунок своїх близьких та майна, немає реального сприйняття часу, що може привести до заціпеніння.

«Гострого емоційного шоку з явищами демобілізації», яка настає після заціпеніння і триває від 3 до 5 годин. На цій стадії в людини загострюється сприйняття і швидкість розумових процесів, виникає необміркована сміливість при зниженні до критичної оцінки ситуацій, але можливості у діяльності.

Наступною розвивається «Психофізіологічна демобілізація», яка приблизно може тривати до 3 діб, у цей час людина, як правило раціонально усвідомлює масштабність трагедії. У цей час в людини погіршується її психоемоційний стан, вона відчуває почуття розгубленості та безпорадності. Супроводжується апатійним настроєм та депресивною поведінкою, інколи доходить до алкоголізації та дій злочинного характеру. В деяких людей виникає нічим не обґрунтована провина за ситуацію яка відбулась, а в деяких підвищується екстернальний локус контроль, і людина звинувачує всіх у всьому.

Наступною є стадія «Демобілізації», і тривалість дії цієї стадії є від 3 до 12 днів, яка визначається розміром суспільних, або індивідуальних збитків. Після якої люди повертаються до раціональної діяльності, та з розвитком «стадії дозволу», в процесі якої стабілізується самопочуття, стан,

прийняття раціональних рішень. У більшості потерпілих зберігається потреба у вербалізації пережитих спогадів, які зазвичай є негативного характеру, та мають елементи героїзації особи, або групи до якої він належить. На цій стадії зростає запит про допомогу психосоматичного характеру. Люди скаржаться на захворювання, які пов'язані із серцево-судинною та нервовою системами та шлунково – кишковим трактом. Також є характерні ознаки хронічної перевтоми та гострого «емоційного» вигорання, без наявних на те причин.

Останньою є стадія «Відновлення», вона приблизно відбувається в житті людини з кінця другого тижня після психічної травми. Цю стадію найбільше помітно у поведінковій реакції, відновлюється активна життєва позиція, стає адекватним міжособистісне спілкування, людина починає задумуватись про майбутнє та будувати плани. Хоч і соматична сфера може залишатись в людини без позитивних змін [38].

У 10-12%людей, котрі пережили кризу виникають психопатологічні розлади, які ще називають стадією «Загальмованих реакцій», яка виявляється приблизно через місяць і переходить у стадію «Віддалених наслідків» на «Суміжні соціальні простори».

Отже, критерієм кризових станів виступають кризові ситуації у житті людини, які провокують людину до змін. Криза виникає при неможливості людини подолати перешкоду, яка заважає їй. У стані кризи, особа відчуває напруження та тривогу, занепокоєння, біль інколи безвихідь. Ці всі почуття є наслідком тих подій, які людина не очікувала через певні причини. Виходом із кризового стану є для людини прийняття кризи, та самостійний пошук ресурсів.

1.2. Класифікація кризових станів

Тема криз у психологічній літературі є предметом глибоких та тривалих досліджень, що сформувало багато поглядів на дану тематику.

Опираючись на думку науковців кризи класифікують: кризи психічного розвитку, вікові кризи, кризи невротичного характеру, професійні кризи, критично-сміслові кризи, життєві кризи [16].

Сила впливу кризи на психіку людини має три ступені: поверхневий (виявляється у зростанні тривожності та тривоги, занепокоєнні, незадоволенні собою, незадоволені власними діями, комунікацією з іншими та взаємодіями, своєю діяльністю та планами), поглиблений (полягає у почутті безсилля відносно того, що відбувається, виникає безсилля до контролювання власних дій, підвищується рівень дратівливості та гніву, не має бажання займатись якоюсь діяльністю, песимістичне сприйняття світу, порушення сну та апетиту, швидке стомлювання людина є сумною, інколи агресивною) і глибинний (у людини виникають почуття розчарування до всього що її оточують і власне до себе, відчуває себе непотрібною нікому, неповноцінною, впадає у стан відчаю, який має здатність перерости в апатію, або ворожість до інших, ізолюється від соціуму заглиблюється в себе, вона не бачить сенсу життя)

За симптомами кризовий стан характеризується: зниженням адаптованості поведінки; падіння рівня самосприйняття; примітивізацією саморегуляції [12].

Критичні події які стали причиною кризового стану у професійній реалізації особистості можна розділити на три групи: 1.Нормативні, які логічно зумовлені професійною реалізацією та життям людини: садочок, школа, закінчення школи, вступ до ВНЗ, працевлаштування, створення родини. 2.Ненормативні, які відбуваються при випадкових або несприятливих обставинах: вибування зі школи, не здача вступних іспитів до Вищого навчального закладу, розлучення, звільнення з роботи. 3.Наднормативні (екстраординарні), події які відбуваються опісля вияву гострих емоційно – вольових зусиль: самостійне покидання навчання, зміна професій, введення новаторства, добровільна відповідальність за певну діяльність чи процес [16].

Критична подія може мати два способи емоційного реагування: на критичну подію: позитивну (епічну), негативну (інциденту). Людина безперервно прогресує, життя має певні етапи, які чимось відрізняються від попередньо пережитого досвіду. Посилаючись на дослідження Еріка Еріксона криза розвитку людини може бути: нормативною або аномальною. Нормативне протікання кризи – це активне психічне насичення провідною діяльністю. Аномальне або регресивне протікання кризи – це завершення пов'язане із етапом психічного розвитку, коли людині доводиться пережити події, які неочікувано можуть змінити її життя. Також ця криза руйнує діяльність, яка на даному етапі є провідною [41].

Негативні зміни після переживання кризи відображаються у думках, почуттях, поведінці фізичному стані людини. Дуже часто зміни які відбулись несуть за собою психічне захворювання, яке ми не можемо одразу діагностувати.

Криза цілісності може виникнути, як відповідь на загрозу цінностям або системі цінностей, що спровокована діям, котрі перешкоджають джерелу життєвого смислу (блокування поставлених цілей, уява щодо неспроможності самоактуалізації, розрив поміж поняттями «повинен» і «хочеш», поміж особистим життям та життям людей, котрі їх оточують). Всі ці компоненти можуть призвести до втрати життєвого стимулу чи сенсу, інтересу до життя, перспективі, і як один з компонентів мотивації до процесу діяльності. В особистості формується феномен відсторонення та цілковитої безнадійності. Виявляється негативне емоційне відношення до власного життя: котре розпочинається з відчуття важкості та обтяженості до відчуття огиди. Схожі стани можуть виникнути після життєвих труднощів або як наслідок наявних гострих, тяжких короткотривалих психотравм. Кожна зміна в житті є свідченням втрати декотрих засад власного «Я» привичних в житті людини, і об'єктивно неповоротних, які передбачають постійну перевірку та обдумування чи їх опрацювання. До кризи цілісності відноситься – криза самоактуалізації та особистої автономії. Криза

самореалізації, може виникнути внаслідок обставин, які перешкоджають самореалізації. Причинами таких криз бувають: втрата значущої соціальної ролі, втрата соціального статусу, втрата роботи, вихід на пенсію, банкрутство [35]. Причинами кризи особистої автономії є обмеження або втрата свободи, вона виникає коли індивід позбавлений власної волі, що може залежати від інших людей чи обставин, ця криза може бути причиною попадання людини у нову небажану міжособистісну роль. Для прикладу можна розглянути кризу однієї людини, яку засудили несправедливо і яка до останньої хвилини вірила, що буде виправдана, надіялась на адвоката, який виправить помилку. Але надії виявились марні і прийшлося приймати реальність, відсидівши у в'язниці третину терміну, через причину затримання справжнього злочинця, надія на волю цього чоловіка була реалізованою, але криза залишила великий відбиток на його житті, через власне зневірення та зневірення у справедливість та добро [13].

Криза «пересадження коренів» – передумовою даної кризи є ситуація, коли людина змінює свою культуру, інформаційну і комунікативну сферу, відмовляючись від власної культури в користь чужої. Даний вид кризи часто пов'язана із інститутом шлюбу. В цій кризі велике значення відіграє «фундамент», який виступає первинною ланкою змін [7].

Криза втрати характеризується втратою близької людини. Реакція на втрату особливо гостра, якщо відносини із людиною яку втратили були важкі, та розуміння того, що нічого вже не можливо виправити. Якщо втрата неочікувана, непередбачувана чи трагічна, така подія, може викликати травматичну кризу. Але навіть якщо, ці події природні та закономірні, вона заставляє страждати і відчувати стан горя, по – іншому побачити своє власне життя та змінити систему цінностей.

Такий вид кризи, як ситуаційна виникнути від емоційно-значущої втрати, яка на перший погляд може здатись не трагічною: крадіжка, зрада, втрата невинності, втрата домашньої тваринки, суперечка.

Під час соціалізації, особистість може переживати кризу становлення, оскільки дорослішання дитини збільшує її власну відповідальність щодо власного до віку. Наприклад, вихованець садочку, учень, студент, працюючий, кожен відповідно до свого віку виконує відповідну діяльність, за яку несе певну відповідальність. У вихованця садочку – ігрова діяльність, на ньому лежить відповідальність організацію та проведення гри, за порядок іграшок, в учня та студента – провідною діяльністю є навчання, здобування освіти, на них лежить відповідальність якісно отримувати знання, ходити у навчальний вуз, бути уважним, розвиватись. У працюючого – провідною діяльністю є праця, якісне виконання своїх обов'язків, старанно працювати, але також у цьому віці люди вже додатково відповідають за сім'ю.

Криза розвитку і криза життя – пов'язані з особливостями людини і змінами, котрі відбуваються у її житті. Коли появляються нові фізіологічні і психологічні якості, особливості, зміни у характері, які часто потребують перебудови та зміни всього організму та власне особистих змін, і може бути психологічно не легкими та болючими. Розвиток який спровокований кризою – вважається нормативним, опираючись на статистичну норму, але кожен хто переживає ці кризи має власні свої періоди.

Період психологічного і фізіологічного дозрівання, часто супроводжується кризою у підлітків. Причиною кризи є те, що підліткам важко контролювати свої сексуальні вподобання та контролювати свої емоції. Притаманним цьому віці є бажання бути самостійним та незалежним від дорослих, що часто провокує конфліктні ситуації. У цей час підлітки часто вперше закохуються, що також може підсилити кризу і спровокувати до її негативного розвитку, особливо, якщо ці почуття висміяні, або не роздільні. У цей час підлітки заради кохання, часто вчиняють необдумані вчинки не думаючи про фатальні наслідки власних дій. Хоч і перше кохання не завжди зберігає свою інтенсивність, але хто зазнав втрати стверджує, що це відчуття настільки ж болюче, як при втраті і залишає болючий відбиток.

Початок сімейного життя починається із адаптації партнерів до потреб та бажань один одного супроводжується напруженістю, яка може призвести до кризи у відносинах. Часто первинною причиною цієї кризи виступає не втрата взаємних почуттів у пари, а невміння жити разом. Тому важливим є навчитись жити разом, чути один одного, відчувати свого партнера і не піддаватись емоціям [19].

Здобуття ще одної соціально значущої зміни, ставши батьком чи матір'ю, та період вагітності, народження первістка вимагає усвідомлення між поняттями «ми – тільки двоє» і «ми – сім'я», відповідальність за піклування та виховання про дитину. Цей період також пов'язаний із емоційною напруженістю і може призвести до сімейної кризи, через те що батьки можуть бути не готові до нових соціальних ролей, чоловік може ревнувати дружину до малюка, подружжю важко виконувати нові обов'язки, або хтось із подружжя взагалі відмовляється їх приймати і виконувати [20].

Захворювання у наслідок якого людина повністю або частково втрачає свою працездатність виступає сильним стресором, який може перерости у кризу. Початок хвороби для деяких людей – це закінчення життя до якого вони привикли, адже хворому важко примиритись із безпомічністю, інвалідністю, постійною залежністю від когось іншого. Ті люди, які поряд з такою людиною намагаються пристосувати не лише його життя до змін які відбулися, але й також змінюють своє власне життя. Криза настає часто тоді, коли людина втрачає свою повну функціональність, наприклад, каліцтво, втрата кінцівок, або інші захворювання, які значно впливають на її попередній і звичний спосіб життя. Ця криза змінює життєві плани людини, міняє орієнтири, а інколи і самі цінності, прикладом такого виду кризи, можна опиратись на життєву історію письменника М.Остроського, ще у молодості він втратив можливість ходити та бачити, що змінило його плани на життя, і ледве не стало причиною самогубства [18]. Мимовільне або штучне переривання вагітності, може бути тяжким ударом, для

подружжя, які бажали і очікували на дитину. Проблема ускладнюється, якщо у жінки раніше були викидні, або труднощі пов'язані із вагітністю. Штучне переривання вагітності, або ще називають аборт, на початку вагітності, також може бути стресом для жінки і призвести до кризи, через те що жінка може відчувати велике почуття провини за свій проступок, навіть якщо вона самотійно, без тиску зі сторони, вирішила зробити переривання.

У багатьох жінок менопауза викликає кризу, через втрату здатності дітонародження, бо трактують її для себе як закінчення життя. Ця криза негативно відбивається на стосунках та відносинах пари. Зміни які відбуваються в організмі жінки викликають фізичний дискомфорт, переживання депресивних станів [28].

Дуже важливою у житті людини в 35–45 років, є криза, яка розділяє життя на дві частини, і часто болісно переживається. Вона пов'язана із втратою сенсу життя, загострення відбувається коли змінюється робота, друзі, особисте життя, знецінення того, чого людина досягла і мала раніше. Якщо в 30 років ми з легкістю корегуємо і змінюємо свої плани та життєві позиції приймаючи щось далеке від наших мрій і фантазій, то у 40 років цей процес є набагато болючіший. Людині може здатись, що життя йде мимо неї, що вона робить, щось зовсім не те, люди які оточують є чужими, хоч на перший погляд все й добре, але не так. Даний вид кризи жінки та чоловіки сприймають по різному. Жінка переживає власну кризу яка пов'язана із дітьми та сім'єю, адже діти дорослішають, вилітають із батьківського гнізда, і вони відчуває свою непотрібність в їх житті. Жінки рідко добиваються кар'єрних успіхів, тому часто роблять акцент свого життя на родину та дітей, через те їм важко переживають час коли треба відпускати дітей у доросле життя, і розуміння того, що дім стане пустим. Чоловікам в цей здається, що в них останній шанс ще щось зробити, чого раніше не було. Тому часто у пошуках себе і діяльності, захоплень у чоловіків виникають романи на стороні. Викликати кризу у чоловіка також може страх – потенції, який на його думку є фатальним.

Криза перед пенсійного віку є дуже серйозною, людина очікує зміни соціального статусу, який є хронологічним і наступає автоматично. Люди через страх втрати роботи починають краще працювати ніж раніше та краще працювати за своїх колег, наче відкривається друге дихання. Коли активність знижується близько 65-68 років може наступити криза, яка пов'язана із прийняттям свого минулого, своїх дій в минулому та вчинків, того що здобув.

Важливим у житті особистості є «вузликочий період» він немає часових рамок, символ вузлика є те, що людина об'єднує все що набула в минулому: теплі спогади і веде приготування до того щоб відійти з життя. Деякі люди в цей час здатні до фесричних та нестандартних вчинків відносно свого колишнього життя, намагаються отримати ще максимум задоволення, закохуються, творять шедеври [30].

Деякі кризи трапляються на життєвому шляху людини не залежно вікових норм: це криза значущих відносин, або значущих стосунків, акцент даної кризи – це самі взаємовідносини, як сфера стосунків з іншими. При зміні чи втраті тих чи інших звичних стосунків особистість переживає кризу та зміну міжособистісних ролей. Найчастішими причинами таких криз є вимушена розлука, зрада, розлучення, або смерть. Але поява кризи може статись і при появі нових міжособистісних ролей, наприклад, народження дитини. Також у цю категорію криз можна віднести і кризи кохання, наприклад, втрата кохання, розчарування в коханні, нероздільне кохання.

Кризи життєвих помилок – розвиваються як наслідок, фатальних помилок, учинків, які були скоєні людиною, або безпосередньо мали до неї пряме відношення. Сюди можна віднести зради, злочинні дії, відбування покарання, втрата коштовностей, квартири, або наслідки стихійних бід. Також, ця криза може виникнути тоді, коли особа не зробила деяких учинків, які теж призвели до безповоротних наслідків.

Дані кризи виступають як детермінанти життєвої кризи що призводять до дисгармонії змін життєвих ролей [39].

1.3. Психологічні особливості суїцидальної поведінки

Більшість учених схиляється до думки, що під суїцидом слід вважати зумисне позбавлення самого себе життя, котре дуже часто має місце як і у здорових людей, так і у людей, у котрих є наявні психічні захворювання, котрі, подеколи виникають внаслідок наявної депресії [59].

Так, у пубертатному періоді, серед людей у яких є наявні психози, приходиться лишень 5% суїцидальних замахів, що є вагомою підставою виснувати про те, суїцидальну поведінку у підлітковому періоді слід розглядати як проблему, котра не відноситься до категорії психотичної патології. Як свідчать проведені дослідження суїцидальна поведінка подеколи трапляється як і при виявах психопатії, так і за виявів акцентуації характеру людини. В другому випадку суїцидальна поведінка є одним із виявів власне девіантної поведінки, в контексті вкрай загострених афективних чи пато-характерологічних впливах. [22].

Суїцидальна поведінка є виявом суїцидальної діяльності (думки, наміри, висловлювання, загрози, спроби). При реальній суїцидальній поведінці помисел вкоротити собі віку не лишень обмірковуються, але досить часто й поетапно плекаються в особи певний проміжок часу, обмірковуються плани стосовно реалізації власних намірів. Так, у 90% цей тип суїцидальної поведінки найчастіше зустрічається за наявності психотичного стану і лишень у 10% за відсутності психотичного розладу. Поведінка людини формується власне так, щоб запланована спроба суїциду була вдалою. Як свідчить досвід, суїциданти у своїх залишених записках, повсякчас акцентують увагу на нав'язливих ідеях самознищення та самозвинувачують себе у всьому.

За наявності патохарактерологічних реакцій реальна суїцидальна поведінка переважно є наслідком затяжного й глибокого психічного травмування. Найбільш часто таку поведінку можна спостерігати власне у

сенситивних неповнолітніх, а крім того підчас перебігу субдепресивної фази у разі циклоїдної акцентуації [29].

Під передсуїцидальний синдром слід вважати психологічний комплекс симптомів, котрі засвідчують про суїцидальний учинок, котрий має відбутися, а його тривалість передсуїцидального синдрому може тривати від декілька хвилин – до тижнів та місяців. Цей вид синдрому найчастіше можна спостерігати серед юнаків, юнок та дорослих людей у випадках присутності тенденцій до суїцидальних учинів за наявності у них складних життєвих ситуацій.

Так процес, котрий спричиняє суїцидальні дії, виокремлюють три стадії [29]:

1. Довгоривала історія присутності проблем власне у дитячому віці й періоді ранньої підліткової фази. Дітьми–суїцидантами набагато частіше стають власне діти, котрі є позбавленими батьківського піклування та уваги. Так, серед даної категорії дітей: 75% їх батьків є розлученими, мешкають окремо чи померли, більшість з них змінили місце свого проживання, діти проживають з прийомними родичами чи в інтернаті; 40% дітей достеменно стикалися з неминучими суїцидами чи парасуїцидами у власних родичів, серед друзів.

2. Фазі ескалації, є притаманним ще долучення до всіх наявних проблем, проблем, котрі є притаманними підлітковій фазі. Довготривалість наявних поведінкових проблем відбувається в терміни до п'яти років (непослух, омана, крадіжки, деліквентні прояви, втеча з дому), а власне самі «поведінкові проблеми» зазвичай є тим «засобом засмучення дорослих» в контексті привернення до себе уваги зі сторони значимих для них осіб; заключним у цьому ланцюгу «засобів засмучення дорослих» є сама суїцидальна дія. Орієнтовано 50% підлітків, котрі вчиняють спроби самогубства, не ходять по сімейним обставинам до школи, інша половина підлітків прогулює заняття; 1/3 суїцидів вчиняється власне у період відсутності підлітка у школі за станом здоров'я, наявними проблемами

їхньої поведінки. Підліткам, котрим є притаманна суїцидальна поведінка є вкрай складно налагоджувати та підтримувати доброзичливі взаємини зі своїми однолітками, незважаючи на те, що вони її дуже потребують, власною неадекватною поведінкою вони відштовхують близьких та друзів, позиціонуючи те, що їм дуже є добре на самоті.

3. На завершальній стадії підліток є цілковито відстороненим від власних батьків та друзів. Цей період характеризується психологічно вимушеною самотністю, котра ним вкрай тяжко переноситься. Будь – котрий чинник, котрий акцентує увагу чи збільшує самотність, подеколи, може бути тією «останньою краплею», сутність котрої є зрозумілою лишень із врахуванням колишніх хвилювань у його порядку індивідуальних особистих значень [31].

Погроза вчинити акт самогубства є тим засобом впливу власне на існуючі несприятливі обставини, подеколи, може трансформуватися до підкреслених суїцидальних спроб, котрий позиціонують як «суїцидальний шантаж». В даному випадку, небезпечність є у тому, що власне через припущену технічну огріху одну із спроб, подеколи, може бути і реалізовано.

Один із елементів передсуїцидального синдрому є незавершені особою суїцидальні учини, котрі є або виявом «суїцидального шантажу», або певним етапом суїцидальної поведінки, котрий передвіщає реалізацію справжнього суїциду, котрий позиціонують як парасуїцид. Повсякчасне бажання, рівень котрого не зменшується, за будь-яких обставин, покінчити власне життя самогубством позиціонується як суїцидоманія. Суїцидоманію розглядаєть водночас і як один із виявів «засмучення прагнень» під час психопатії, в межах котрої включено суїцидальні й псевдосуїцидальні прагнення. Як «суїцидальні», так й «псевдосуїцидальні» прагнення, подеколи, можуть появлятися епізодично, а, подеколи, можуть приймати стійкий характер, котрий виявляється у низці суїцидальних інцидентів. [22].

А. Личко виокремлює наступні різновиди суїцидальної поведінки, а саме:

Демонстративна суїцидальна поведінка – це виявом програвання театрального сценарію із спробами суїциду без жодного прагнення реально позбавити себе життя, а подеколи із розрахунком, що її своєчасно порятують. Всі дії особи починаються з метою привернути чи повернути утрачену до себе турботу, викликати до себе співчуття, позбавитися існуючих неприємностей, котрі можуть настати (покарання за вчинені деліквентні дії), для щоб розправитися з образником, акцентуючи на нього вияви обурення з боку оточення, чи створити образнику немалі неприємності. Так, місце, де власне реалізовується демонстрація, є свідченням того кому вона власне є адресованою: вдома – для рідних, у групі однолітків – одному із її членів, а при затриманні – для влади. Водночас, через власну необережність, невірний розрахунок чи інші обставини, дії особи, подеколи, обертаються фатальними наслідками. Оцінювання дії демонстранта вимагає ретельного аналізу усіх обставин [8].

Афективній суїцидальній поведінці є характерними суїцидальні спроби, котрі реалізуються в стані афекту, котрий, подеколи, триває пару хвилин, а іноді може проланговуватися годинами та добами, що є свідченням присутності компоненту демонстративності. Існує цілий спектр трансформаційних переходів власне від імпровізованої в стані афекту суїцидальної вистави до цілковитого, позбавленого хоч якого демонстрування реального, хоч і швидкоплинного прагнення завершити власне життя. Так, у першому випадку, мова йде власне про вияв демонстративної поведінку, яка здійснюється в стані афекту (афективна демонстрація). У всіх інших ситуаціях «афективна суїцидальна спроба» характеризується демонстративною дією, прагненням, щоб їх смерть вразила оточуючих. Так, підліткам є характерною певна прихильність до повторного вчинення суїцидальних спроб, й особливо вчинення суїцидальних демонстрацій [45].

Характерні особливості саморуйнівної поведінки, за різних видів акцентуацій характеру підлітків, повсякчас, залежить від характерних особливостей їх поведінки під час впливу різноманітних обставин. Спираючись на ці знання, можна з впевненістю здійснювати прогноз поведінки даної категорії підлітків у певних ситуаціях; здійснювати передбачення тих психогенних чинників, котрі придатні підштовхнути їх до саморуйнівної поведінки; передбачити форми реалізації саморуйнівної поведінки [4] (див. додаток 1).

Отже, суїцидальна поведінка пов'язана із психологічною кризою, оскільки криза виникає в наслідок блокування потреб людини будь якого рівня, фізіологічні, потреби у безпеці, потреби належності та приналежності, визнання і самоствердження, самовираження.

Біль яка виникає через незадоволення певної потреби, може спровокувати кризу, а суїцид може здатись для людини єдиним та найкращим виходом із ситуації.

На вчинення такого вчинку, як переривання власного життя можуть не всі люди, адже це також залежить від демографічних, медичних, вікових характеристик та релігійних переконань, знання даних факторів, допоможе попередити даний вчинок.

Отже, до найбільш типових мотивів суїцидальної поведінки серед підлітків можна віднести наступні, а саме: почуття образи, самоти, відчуження, дійсна чи вигадана утрата любові батьків; хвилювання, котрі є пов'язаними із смертю, розлучення, покидання сім'ї; відчуттям вини, сорому, докорів сумління, уразливим себелюбством, остраху ганьби, приниження; остраху бути покараним, небажанням попросити пробачення; любовними невдачами, незапланованою вагітністю у юнок; відчуттям помсти, озлоблення, маніфесту; прагнення звернути увагу до власної долі або викликати у знайомих співчуття, уникнення неприємних результатів, уникнення складних ситуацій; через співчування власним товаришам, героям улюблених книг та кінофільмів чи імітування їх.

Висновки до розділу 1

Період часу коли особистість перебуває на межі між старим і новим досвідом в її житті настає переломний період, який називають – кризою і розглядають, як гострий емоційний стан, який виник при блокуванні ціленаправленої життєдіяльності людини, як дискретний момент у розвитку особистості. Коли людина попадає у кризову ситуацію то перше, що вона відчуває це напруженість та тривогу, тільки через деякий час вона активується і шукає рішення та будує стратегії, щоб подолати кризу, адже докладаючи зусиль людина має можливість самостійно подолати її, залучає свої психологічні та фізичні ресурси, намагаючись покращити свій стан. Кризи класифікуються: кризи психічного розвитку, вікові кризи, кризи невротичного характеру, професійні кризи, критично – смислові кризи, життєві кризи. Сила впливу кризи на психіку людини має три ступені: поверхневий, поглиблений і глибинний. Однією із форм переживання кризи є фрустрація, яка пов'язана з втратою смислу життя, цінностей та сенсу жити. Негативні зміни після переживання кризи відображаються у думках, почуттях, поведінці фізичному стані людини, дуже часто зміни які відбулись несуть за собою психічне захворювання, яке ми не можемо одразу діагностувати.

Людина безперервно прогресує, життя має певні етапи, які чимось відрізняються від попередньо пережитого досвіду. Але якщо не надати вчасну допомогу і вчасно не виявити кризу у людину, то можна побачити результат кризи із сумними наслідками. Загострення кризи може перерости в десоціалізацію, депресію, інколи до бажання піти із життя. Суїцидальна поведінка є виявом суїцидальної діяльності (думки, наміри, висловлювання, загрози, спроби). При реальній суїцидальній поведінці помисел вкоротити собі віку не лишень обмірковуються, але досить часто й поетапно плекаються в особи певний проміжок часу, обмірковуються плани стосовно реалізації власних намірів.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ У КРИЗОВИХ СТАНАХ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Сутність поняття першої психологічної допомоги у кризових станах

Щороку тисячі підлітків намагаються добровільно піти із життя. Ці спроби – це крик про допомогу та потреба в увазі.

Батькам, педагогам, шкільним психологам та іншим фахівцям, котрі співпрацюють із підлітками, слід усвідомити той факт, що є вкрай складно змінити наявний антагоністично налаштований до юнаків та юнок світ. Водночас, усі небайдужі можуть сприяти полегшенню душевного гніту тих, хто власне потрапив у тенети кризового безвихідного становища й відчаю. Вкрай важливо здійснити спробу змінити щось у власному житті та знайти у самому собі сили, протягнути руку помочі і дорослим і підліткам, котрі перебувають на краю прірви, проявити до них співчуття, підтримку, доброту та турботу котрих вони потребують [61]. Важко надати допомогу, підтримати, коли підліток закривається від усього світу, є агресивно налаштованим, нетерплячим та надмірно емоційним. Але саме таким підліткам необхідна допомога в усвідомленні, що коли є почуття пригнічення чи стурбованість через якусь подію, ліпше поділитись власними хвилюваннями із людиною, котрій цілковито ти довіряєш, а не страждати наодинці. Розмова сприяє подивитися на існуючу проблему з іншої сторони та знизити емоційне напруження, яке в неї появилось. Часто ми заспокоюємося, коли відчуваємо підтримку та емпатію зі сторони.

Під першою психологічною допомогою (надалі – ППП) слід розуміти низку заходів загально-людської й практичної допомоги близьким особам, котрі потерпають від страждань та різних незреалізованих потреб [58]. Зазвичай, коли особа залишається один-на-один із власною проблемою, то їй ця проблема видається значною, непомірною, каверзною. Але коли відтермінувати розгляд наявної проблеми на декілька годин, то досить часто

вдається превентувати прагнення заподіяти самому собі смерть. Своєчасне втручання сприяє відверненню низки спроб вчинення суїциду [58]. Перш-за-все, що необхідно зробити, коли загроза вчинення суїциду стає явною слід подолати всі думки стосовно самогубства як прийняттого способу виходу зі скрутного стану [33]. Більшості особам, котрі перебувають у кризових станах є притаманні амбівалентні суїцидальні прагнення, котрі перебувають поміж прагненням жити та прагненням померти. Звернення по допомогу до спеціалістів свідчить про наявність цієї амбівалентності та надію віднайти інший вихід з наявної ситуації.

У випадках звернення суїцидального клієнта основним завданням консультанта є «відтермінувати час» та дочекатися завершення цього небезпечного періоду [33]. Коли суїцидент є цілковито залученим до терапевтичного процесу, у нього формується прагнення взнати, куди власне веде його психолог-консультант, і він можливо прийме рішення «почекати» із реалізацією власного суїцидальних наміру [33].

Тому слід повсякчас вселяти та підтримувати у клієнта-суїцидента зацікавленість у майбутньому. Найбільш продуктивний підхід є у тому, щоб спонукувати клієнта-суїцидента до здійснення об'єктивного аналізу власних суїцидальних прагнень і сформуванню у нього думку про те, що ці прагнення є необґрунтованими; таким чином психолог-консультант може сформуванню у клієнта-суїцидента позитивну мотивацію до пролангації дослідження [26].

Так, на думку Л. Вольнової під час розмови у консультант є декілька цілей: «... встановити емпатійний контакт з суїцидентом; викликати надію на поліпшення, що безсумнівно, є вкрай важливим у кризовій інтервенції; отримати від нього таку інформацію, яка дозволила б зробити висновок про ступінь суїцидального ризику у даний час і щодо найближчому майбутньому» [26]. Емпатійний контакт полягає, перш-за-все, у безоцінчному слуханні, підтримці суїцидента в його прагненні «виговоритися», тому консультант не повинен випереджати події та задає

клієнтові не усі такі необхідні запитання, себто одержана інформація від суїцидента є вкрай неповною.

Слід зрозуміти, в якій мірі суїцидент прагне співпрацювати із психологом, іншим чином провадить «боротьбу за власне життя» в контексті кризової інтервенції. Так, консультант, для того щоб надати допомогу суїциденту вижити, прагне з робити усе можливе, що залежить власне від нього та є відповідальним за те, щоб клієнт-суїцидент був ґрунтовно поінформований стосовно всіх форм потрібної йому допомоги. Потреба у наданні клієнтові медичної допомоги зростає під час сильного емоційного збудження, котре, подеколи є наслідком ажитерованої депресії, або під час виходу із депресивного становища, коли значно підвищується активність суїцидента, а рівень емоційного стану лишається вкрай пригніченим [37].

Пошук альтернатив необхідно здійснювати разом із суїцидентом. Основним завданням є напрацювання чіткого плану дій. Вкрай важливим є обговорення питання стосовно того, чим клієнт буде займатися у найближчі години та дні, з ким саме та і де саме він буде проводити цей час [6].

До найбільш загальних векторів у роботі з клієнтами-суїцидальниками є, перш-за-все, дослідження консультантом мотивів суїцидальної поведінки, по-друге, чи плекає він аналогічні плани.

Так, депресивні клієнти-суїциденти досить часто обґрунтовують власні суїцидальні прагнення двома видами мотивів. Так, одні з них зважуються на акт самогубства, прагнучи покінчити із власними стражданнями, для них акт самогубства є тим єдиним можливим способом подолати обтяжливі життєві обставини. Ці суїциденти, повсякчас, акцентують увагу власне на «нестерпності» та «безглуздості» їхнього життя, втоми від «повсякчасної боротьби»[21].

Під час кризи людина шукаючи виходу, може звернутись на телефон Довіри. Так, усі дії під час проведення консультативної роботи в контексті

надання телефонної допомоги повинні цілковито підпорядковуватись низці етичних принципів, а саме: [33]:

1. Анонімність абонента, котрий звернувся, повинна полягати у тому, що абонент не повинен себе ідентифікувати та надавати інформацію щодо місця власного перебування, що сприяє йому почувати себе «вільним». Під час викладу наявних власних проблем та важких ситуацій, і консультант не повинен надавати абонентові інформацію про самого себе, котра б сприяла можливості знайти консультанта за межами служби.

2. Приміщення, де розташовані телефони довіри повинні бути доступними лишень для чергових працівників. У процесі чергування у приміщенні повинні перебувати лишень чергові-консультанти. Не рекомендується надавати інформацію про місце локації служби не тільки абонентам, а й родичам та близьким друзям працівників.

3. Повна конфіденційність телефону-довіри, власне і полягає у тому, що усі без жодних винятків телефонні бесіди, журнали обліку чи інші способи реєстрування бесід, наявні картотеки чи інформаційні матеріали є у вільному доступі лишень для працівників цієї служби. Даною інформацією не слід ділитися, навіть із близькими родичами та друзями. Обмін думками стосовно телефонних бесід є можливим лишень поміж черговими працівниками та супервізором під час виникнення потреби у наданні взаємної допомоги. Під час проведення навчальних занять з волонтерами застосовується лишень фабула певної бесіди [33].

4. Добровільність під час проведення консультативної роботи свідчить про те, що у цю службу звертаються на добровільних засадах всі, хто має потребу у допомозі, пораді; хто прагне «виговоритися» й відчути власну значущість хоч би для однієї у світі людини – телефонного консультанта. Звернення за допомогою й припинення такої бесіди відбувається лишень за особистою волею абонента. Окрім того, абонентові надається можливість самостійно вибирати остаточне рішення [33].

5. Гуманність, котра передбачає цілковиту повагу до клієнта й надання йому допомоги у позиціонуванні його особистої індивідуальності, його особистих цінностей й потреб. Надавання вчасної індивідуальної психологічної та соціальної підтримки усім, хто звернувся на «телефон довіри», відбується незалежно від їхньої статі, наявного віку, конфесії, національної приналежності, соціального становища та місця їх проживання.

6. Доступність роботи телефонної служби довіри є організованою за принципом цілковитого наближення до потреб клієнта: номер телефону є дуже простим й багатоканальним; усі консультації надаються лишень на безкоштовних засадах, вкрай оперативно й цілодобово. Неупередженість телефонної служби полягає у незалежності від наявних політичних, національних, конфесійних і інших уподобань.

Окрім вище перелічених принципів, консультантові необхідно дотримуватись й певних загальних вимог роботи [32].

В процесі чергування консультант зобов'язаний бути: ситим: позаяк голод буває більш сильним за думку про клієнта чи потреби у вияві співчуття; прийнятим до команди його колег; сексуально вдоволеним: в іншому випадкові йому не уникнути в'їдливих проєкцій власних проблем на клієнта чи контр-переносу. Зазначене правило не потрібно тлумачити буквально, адже мова ведеться про потребу пропрацювати власні особисті сексуальні проблеми; незалежним від наявних взаємин зі своїми колегами.

Консультант зобов'язаний постійно приймати участь в освітніх сесіях, котрі проводяться їх службою, й постійно співпрацювати з супервізорами, що запобігає виникненню феномену «емоційного вигорання» та формування «ідеї власної величі»[2]. Діалог з клієнтом повинен складатися із низки послідовних етапів, кожний з котрих є підпорядкованим особливому завданню та ґрунтується на використанні певної психотерапевтичної техніки. Так, американськими спеціалістами пропонуються наступні рекомендації, стосовно загальної моделі

проведення діалогів. Встановіть міцний контакт із абонентом, позаяк ваша підтримка, емпатійність, чітко надана інформація й спокій сприятливо впливатимуть на нього.

1. Знайдіть й окресліть проблему. Ваш клієнт досить часто може перебувати у вкрай пригніченому становищі. Говоріть йому, що необхідно виявляти власні почуття, та посприйте йому це зробити. Необхідно доказати клієнтові, що його почуття (котрі він відчуває чи стримує) приймають активну участь у процесі розвитку його кризового стану. Переконайте клієнта у тому, що події, котрі мають місце, не є пов'язаними власне із його(її) особистими чи психічними вадами, непрофесіоналізмом.

2. Оцініть потенції вашого комуніката; дослідіть усі наявні альтернативи; поговоріть про потребу чи можливість вибору; визнайте, чи прагнув ваш співрозмовник хоч що-небудь зробити, для того щоб поліпшити власну ситуацію; що клієнт думає стосовно можливості цих спроб власне зараз?

3. Сформууйте план наступних дій. Домовтеся, що клієнт знову вийде до вас на зв'язок, і коли сформований вами план не вдасться чи він категорично відмовиться його реалізовувати [17].

Апріорі, що процес телефонного діалогу є феноменом, котрий, нажаль, вкрай важко спланувати. Але консультант зобов'язаний володіти знаннями стосовно основних етапів телефонної комунікації. Не можна спрогнозувати, чим саме завершиться комунікація з клієнтом—абонентом, але знання етапів телефонної комунікації сприяють побудові прогнозу бесіди[51].

Так, Т. Снегірьов запропонував використовувати модель консультування телефонної комунікації, котрий складається із шести етапів. Перший етап позиціонує початок розмови, котрий має за мету: а) надати клієнтові упевненості у тому, що він звернувся власне туди, де його повністю зрозуміють та нададуть підтримку; б) визначити рівень серйозності наявної ситуації та наявного стану абонента, шляхом

оцінювання обсягу реального часу, в рамках котрого слід прийняти якість, хоч би й часткове, але позитивне рішення. Клієнтові надається шанс говорити, у той час коли консультант уважно слухає та не перебиває його. Допустими є лишень певні нейтральні репліки, котрі допомагають клієнтові виговоритися.

Другий етап полягає у налагодженні засад розвитку взаємин з клієнтом. Консультант повинен виходити із саме тих ґрунтовних для наявної ситуації установок допомоги, котрі були розробленими Карлом Роджерсом, а саме: безсумнівне сприйняття особистості людини та її наявних внутрішніх переживань, котрій надається психологічна допомога. Априорі, що сприйняття цілком не означає надання позитивної оцінки, це є визнанням саме того, що є тут і зараз; відсутності оцінюванні в контексті ставлення до неї; емпатія, себто усвідомлення внутрішнього світу особи, глибокий рівень співпереживання їй тощо.

Коли є дотримані усі перелічені умови клієнт розпочинає більш свobodно та відверто розповідати про власні проблеми, пригадуючи й те, про що на самому початку бесіди йому було соромно говорити.

На даному етапі роль консультанта полягає у тому, щоб сприяти абонентові здійснити ідентифікацію проблеми. Консультант повинен використовувати окремі елементи техніки «активного слухання»: здійснює уточнення деталей отриманого повідомлення, повсякчас робить звернення до «відкритих» питань й «відкриваючих» висловлювань, котрі спонукають абонента розширити власне повідомлення, здійснює переформулювання сказаних абонентом думок та почуттів, ніби то повертаючи їх саме йому тощо.

Метою третього етапу є власне оволодіння наявною проблемою. Консультант ставить додаткові запитання, уточнює джерела найбільш негативних емоцій, виокремлює основні змістовні властивості моментів існуючих подій, таким чином здійснюючи «упорядкування»,

«структурування» існуючи переживань, сприяє формуванню більш об'єктивної й чіткої картини існуючих подій.

Четвертий етап полягає власне у корекційній роботі, котра потебує від консультанта застосування максимального рівня психотерапевтичного потенціалу в їх діалог. Тут є вкрай важливим встановлення та підтримання здорових, позитивних сторін особистості клієнта, підвищення рівня його самооцінки й закріплення впевненості у собі, визначенні кола близьких друзів та родичів, котрі б могли йому допомогти у ситуації, що має місце. Як і будь-якому процесу психотерапії, її телефонний варіант є розрахованим зрештою власне на активність самого абонента.

Під час п'ятого етапу консультант обіймає позицію «пасивної» активності, що полягає у «витримуванні» паузи, коли він щось пропонує, то пропонує дуже делікатно у форматі не вже готових рішень, а лишень їх гіпотез.

Шостий етап є завершальним, на якому передбачається підтримка й максимальне похвала клієнта, котра позиціонується у вірі у нього самого, у його силах, впевненості у реалізації задуманого [20].

Телефонне консультування слушно уважати одним із складових соціального супроводження дітей й молоді. Об'єктивна потреба власне у послугах, які надають телефонні консультанти роз'яснюється їхньою професійною придатністю здійснювати стимулювання внутрішніх резервів особистості в частині утворення активної позиції щодо самовизначення, самоохорони й вирішення існуючих соціальних проблем [51].

С. Томчук вважає, що головним різновидом надання психологічної допомоги саме по телефону є психологічним консультуванням, котре надає можливість вчиняти дії на власний розсуд та набуття навиків нової поведінки, допомагає у розвитку особи, сприяє підкреслити увагу на відповідальності клієнта (себто клієнт придатний за відповідних обставин самостійно приймати рішення, а сам консультант лишень створює такі умови, котрі заохочують власне вольову поведінку клієнта [56].

Серцевиною консультування є власне «консультативна взаємодія» поміж клієнтом та консультантом, котра є заснованою на філософії «клієнт-центрованої» терапії. Так, Карл Роджерс виокремив основні принципи зазначеного напрямку, а саме: 1) кожна людина є безсумнівною цінністю та повсякчас заслуговує повагу; 2) кожна людина є спроможною нести відповідальність за себе; 3) кожна людина наділена правами в частині обрання власних цінностей та цілей, самостійно приймати будь-які рішення.

А. Спіс запропонував вважати психологічне консультування власне як надання допомоги особистості в контексті переживання ним критичного стану. Схожою є точка зору і у Р. Сірко, котра вважає, що чільним завданням психолога є надання необхідної допомоги абоненту щодо превенції існуючих життєвих проблем. Завдання телефонного консультанта полягає власне у тому, щоб надати допомогу абоненту осмислити альтернативні можливості його поведінки, для того щоб сприяти абонентові стати більше креативним й гнучким [24]. Отже, із основних векторів стратегії роботи телефону довіри є проведення консультативної роботи з клієнтом в частині прийняття ним особистого варіанту вирішення наявної проблеми.

Телефонне консультування має своїм підґрунтям етичні стандарти. Етичні стандарти телефонного консультування включають етичні принципи організації, етичні принципи консультанта-психолога та етичні принципи клієнта. Етичні принципи організації включають етичну відповідальність установи за свої дії. Організація несе відповідальність за професійну компетентність та діяльність консультантів-психологів. Етичні принципи консультанта-психолога мають своїм підґрунтям моральні принципи та норми. Консультант-психолог повинен бачити межі між своїми моральними принципами та етичними стандартами у професійній діяльності, а також враховувати свої власні особисті принципи моралі.

Таким чином, здійснивши аналіз різноманітних моделей психологічного консультування, маємо можливість виснувати про те, що єдиного формуляру-зразку проведення телефонного консультування нині не

має, водночас ті, котрі існують на сучасному етапі в психологічній кризовій інтервенції є актуальні та професійно дієвими.

2.2. Психологічна допомога при різних видах кризових станів

Небажання та нездатність людини боротись із кризою несе за собою фатальні наслідки, якого б виду криза не переживалась людиною, кожна особистість має пройти поступові етапи до відновлення, наслідком якого є здобування нових знань, умінь та досвіду. Дієвим методом подолати тугу, котру спровокувала криза є постановка перед самим собою досяжних цілей та досягнення їх. Після того як досягнуто легкі цілі, слід поставити перед самим собою нові трохи важчі завдання та знову їх реалізовувати, усвідомити, що, нажаль, життя прожити без розчарувань не можливо. Усвідомити, що шляхом втрати власного життя, ти нічого не зможеш вирішити [40].

Завданням психолога під час різноманітних кризових станів полягає у наступному: 1. Для того щоб особа була спроектована на майбутнє, щоб у неї виникло прагнення успішно прожити існуючий важкий етап у житті, витримати його задля благополучного майбутнього. 2. Надати допомогу клієнтові в усвідомленні того, що в процесі емоційних хвилювань подеколи слід дати волю сльозам, зокрема наодинці, так і за присутності багатьох людей, позаяк власне у цьому нема нічого лячного. З однієї сторони – спрацьовує власне механізм внутрішньої щиросердної розради, а з другої сторони – власне цим людина може подати сигнал стосовно свого важкого становища, викликати до себе співчуття, емпатію та прагнення надати допомогу горю. 3. Викликати у клієнта бажання виправити становище. 4. Допомогти клієнту довіритись іншим, розділити свою самотність із кимось близьким це допомагає знизити відчуття болю та горя, позаяк поширеною є помилка, що саме очікування надасть можливість іншим самим здогадатися стосовно твоїх страждань та запропонують власну допомогу. На жаль, жодна людина не має можливості побачити, що є на серці в інших людей,

тому слід самостійно шукати необхідної комунікації, відкривати власні потаємні думки власне тому, кому ти цілковито довіряєш і хто реально в змозі надати допомогу. Утримати весь тягар у самому собі можна зрівняти з несенням самим важкого тягару [22].

Під час виникнення чи посиленню стану пригнічення досить часто каталізатором стає занижений рівень самооцінки. Коли повсякчас від оточуючих чути зневажливі вислови й образи, це призводить до того, що людина починає сприймати себе вкрай нікчемною й такою, що не є вартою поваги, психолог має створити умови, щоб людина повірила в себе та свої сили та унікальність.

Людина, котра надає допомогу, може користуватись такими висловами:

Рефлексивні коментарі: «з того, що ви говорите, я бачу, як ви б...»; «виглядає, що ви говорите...»; «здається, що ви є...».

Уточнюючі коментарі: «Виправте мене, якщо я не маю рації, так звучить, ніби ви...»; «Чи я маю рацію, якщо скажу, що ви...».

Підтримувальні коментарі: «не дивно, що ви відчуваєте...»; «це звучить дуже важко...»; «так виглядає, що ви були строгим до себе...»; «потрібно багато сили, щоб через щось таке пройти»; «мені дуже шкода, це такий важкий для вас час...»; «якщо ви бажаєте, ми можемо більше поговорити про це завтра...»[7].

У переживанні людиною кризи виникають проблеми із сном, наркотиками та алкоголем, невміння керувати емоціями .

При допомозі в керуванні емоціями, а безпосередньо із негативними проявами гніву, можна за допомогою розмови. Обговорити з особистістю, як гнів та роздратування впливають на її життя, взаєностосунки із близькими, сім'єю, друзями, родичами. Чи влаштовує такі взаємовідносини які склались. Нормалізувати досвід гніву, за допомогою обговорення того, наскільки збільшились міжособистісні конфлікти, і те що надмірний вияв

гніву веде до насильства. Намагатись скерувати людину до бажання змінити свою поведінку та обговорити шляхи які ведуть до реалізації змін [43].

Рекомендовані навички, щодо керування гнівом: 1.Візьміть «тайм – аут» або охопленнь (відійдіть та заспокойтесь, деякий час поробіть щось інше); 2.Поговоріть із другом про те, що викликає у вас гнів; 3.Випустіть пару через фізичні вправи (прогуляйтесь, пройдіться, зробіть фізичні вправи); 4.Заведіть журнал, у якому описуватимете, як ви почуваетесь і як ви можете змінити ситуацію; 5.Нагадайте собі, що, перебуваючи у гніві, ви не досягнете поставлених цілей і можете нашкодити важливим стосункам; 6.Відволікайте себе такими позитивними активностями, як читання книжок, медитація та молитви, слухайте позитивну музику, відвідуйте релігійні служби, запропонуйте свою допомогу тому хто потребує; 7.Подивіться на свою ситуацію по-іншому, подивіться на неї з іншого боку, попробуйте знайти причини, чому ваш гнів є надмірним [43].

Якщо криза виникла в наслідок катастрофи потерпілі можуть обдумувати, що спричинило дану подію, що вони зробили в минулому що могло спровокувати таку подію, приписуючи собі або близьким надмірні звинувачення, які лиш погіршують стан, в роботі з такими кризовими особистостями можна запитати: 1.Як ви б могли поглянути на ситуацію так, щоб менше засмучувались? Як можна по – іншому думати про це?; 2.Як би ви могли відреагувати, якщо б ваш добрий друг ось так до себе говорив? Що б сказали йому/їй? Чи ви можете це сказати собі?; 3.Скажіть потерпілому, що навіть якщо він думає, що винний, це не робить цього правдою. Якщо потерпілий готовий сприймати, запропонуйте альтернативні варіанти погляду на ситуацію. Допоможіть пояснити непорозуміння, плітки чи спотворення, які загостюють дистрес, необґрунтовану вину, або сором. Для дітей та підлітків, яким важко висловлювати думки, ви можете написати негативні думки на аркуші паперу (наприклад, «я зробив щось не так», «я спричинив те, що трапилось», «я погано поведився») та запропонувати їм доповнити список, опісля пропонується обговорити кожну думку [3].

Часто вирішення проблем намагаються знайти в зловживанні алкоголем або наркотичними речовинами, завдання психолога полягає у налагодженні зв'язку і намагатись пояснити потерпілому, що багато людей та підлітків обирають такий метод, щоб полегшити погані відчуття [15].

Отже, небажання та нездатність людини боротись із кризою несе за собою фатальні наслідки, кожна особистість має пройти поступові етапи до відновлення, наслідком якого є здобування нових знань, умінь та досвіду. Одним із дієвих способів подолання стану туги, котра була спровокованою кризою є поставлення перед самим собою досяжних цілей та їх досягнення, позаяк життя не можна прожити без розчарувань. Часто вирішення проблем намагаються знайти в зловживанні алкоголем або наркотичними речовинами, завдання психолога полягає у налагодженні зв'язку і намагатись пояснити потерпілому, що багато людей та підлітків обирають такий метод, щоб полегшити погані відчуття .

Нині функціонують служби, які надають анонімну допомогу людям, котрі перебувають у кризовій ситуації. Стосовно них можна довідатися зателефонувавши на телефоном міської довідки, звернутися до районного (міського чи обласного) відділення у справах сім'ї й молоді.

2.3. Методи інтервенції та профілактики суїцидальності

Відповідно до даних Всесвітньої організації охорони здоров'я поміж громадян віком від п'ятнадцяти до сорок чотири років – головною із причин смертності є власне суїцид. Як засвідчують дані офіційної статистики: кожний рік у світі приблизно мільйон людей самовільно приймають рішення йти з життя. Кожних сорок секунд у світі дехто завершує власне життя шляхом вчинення суїциду. Незважаючи як це є жахливо, поміж підлітків суїцид є третиною за частотою чинників смертності [33]. Так, у Україні, на кожних сто тисяч громадян випадає більш ніж двадцять самогубств. Відповідно до офіційних даних Україна віднесена до першої десятки держав світу. У яких є найвищий рівень вчинення самогубств. Так,

в Україні щодня від вчинення актів самогубства йдуть з життя від 35 до 40 людей й здійснюється орієнтовно 500 спроб суїциду. Власне поміж тих дітей, перед котрими виникає запитання стосовно сенсу особистого існування є значна кількість саме психічно здорових дітей [33].

Молодь та підлітки повсякчас вимагають належної уваги зі сторони дорослих, адже вони лишень ззовні видаються незалежними та самостійними, про те є вкрай емоційно-вразливими й дуже боляче реагують на наявні життєві труднощі. Всесвітній день превенції актам самогубства чи Всесвітній день превенції суїциду (англ. World Suicide Prevention Day) проводиться щорічно 10 вересня Міжнародною асоціацією запобігання самогубствам (МАПС) за активної підтримки Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), під егідою Організації Об'єднаних Націй (ООН) [33]. Всесвітній день превенції суїциду, на думку учасників Міжнародної асоціації запобігання самогубствам, має на меті акцентувати увагу державної влади та представників громадськості до зазначеної проблеми [33].

Апріорі, що суїцидальні прояви поведінки не є лишень медичною або психологічною проблемою. Детермінантами такого складного явище як суїцид позиціонують у собі макро- та мікро- фактори ризику. Запобігання суїцидальних дій є комплексним завданням, виконання якого можливе за ефективної взаємодії різних структур соціуму, повинно бути забезпечено застосування комплексного підходу та напрацюванням конкретних превентивних стратегій.

Діяльність практичних психологів й соціальних педагогів щодо превенції проявів суїцидальної поведінки має кілька превентивних ступенів: 1) загальний; 2) первинний; 3) вторинний; 4) третинний [44]. Первинна ступінь профілактики суїциду реалізовується відносно дітей та підлітків, які перебувають у «групі посиленої уваги» (за наявності трьох та більше чинників суїцидального ризику). Не слід вважати, що власне цими дітьми неодмінно будуть здійснювати суїцидальні умисли, водночас, враховавши

комплекс суїцидальних чинників, є нагальна потреба з зазначеною групою учнів реалізовувати низку профілактичних дій.

Перш-за-все фахівцям психологічної служби освітнього закладу слід здійснити комплекс заходів, котрі сприятимуть покращенню рівня компетентності як педагогів так і батьків відносно упізнання суїцидальних ризиків й надання ефективної підтримки учням, котрі опинилися у складних життєвих ситуаціях [33]. Задля здійснення низки заходів стосовно психологічної просвіти як педагогічних працівників закладів освіти так і батьків слід розробити пам'ятки, в котрих буде розміщена інформація стосовно того, яким чином можна розпізнати загострений кризовий стан у дітей та, що слід робити, коли дитина висловлює думки стосовно суїцидальних намірів, запросити працівників медичних установ задля проведення лекції з проблемних аспектів станів «депресії» та настання «суїцидального ризику». Так, з учнями, котрі є віднесеними до «групи посиленої психологічної уваги» слід здійснити більш ретельне психодіагностичне обстеження. Низкою вчених під час зазначеної психодіагностики застосовувати наступні методики: патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО); тест фрустраційної толерантності (С. Розенцвейга); опитувальник суїцидального ризику (ОСР); опитувальник соціально- психологічної адаптації (Роджерса–Даймонда); шкала самооцінки рівня тривожності (Спілберга–Ханіна); опитувальник агресивності (Баса–Дарки). Підліткам, в яких є вираженим комплекс суїцидальних чинників, слід запропонувати тест Сільвера «Намалюй історію», метод незакінчених речень (С. Подмазін), котрі сприятимуть встановленню меж рівня емоційної напруги та актуальність здійснення наміру [24].

Практичному психологу закладу освіти, під час етапу первинної превенції суїциду, слід проводити наступну роботу, а саме: відповідно до одержаних результатів спостережень, проведеної поточної психодіагностики, звернень вчителів, отриманих запитів батьків учнів

визначає тих учнів, котрі будуть віднесено до «групи посиленої психологічної уваги», зокрема і тих, котрим є притаманним комплекс суїцидальних чинників; здійснює додаткову психологічну діагностику, котра сприятиме оцінюванню патохарактерологічних особливостей, ступінь тривожності та агресивності, рівень їхньої дезадаптації й ризику стосовно вчинення актів суїциду, готує ґрунтовний аналіз отриманих діагностичних даних й розробляє рекомендації; бере активну участь в частині організації та проведення консиліуму; надає практичні рекомендації задля розроблення індивідуальної програми супроводження учня (психологічна компонента), проводить із учнями, котрі віднесені до «групи посиленої психологічної уваги» як індивідуальні так і групові корекційні та розвивальні заняття задля урегулювання їхнього емоційного напруження, корегуванні комунікативної компетентності, «Я»-образу, розвитку адекватного рівня фрустраційної толерантності та інш.; розробляє пам'ятки як для батьків учнів так і для педагогічних працівників «Як можна розпізнавати загострений кризовий стан у дитини і що слід робити»; за необхідності організовує низку зустрічей педагогічних працівників закладу освіти з іншими спеціалістами.

Вторинну профілактику суїцидальної поведінки здійснюють із групою учнів, котрі перебувають у вкрай складних життєвих ситуаціях й виявляють опосередковано (шляхом написання записок, записів у власному щоденнику, малюнках, комунікації у соціальній мережі) або відверто говорять про бажання вчинити суїцидальний намір. Основною її метою є превенція суїциду [25].

Перш-за-все практичний психолог закладу освіти повинен оцінити ризик суїциду. Вирізняють наступні рівні ризику суїциду: незначний рівень (наявність думок про суїцид без наявного плану); середній рівень (наявність думок про суїцид, наявність плану але без чіткого терміну його реалізації); високий рівень (є думка про суїцид, є розроблений чіткий план, обдумані терміни й способи та засоби його реалізації) [34].

Здійснити оцінку ризику практичний психолог може за допомогою використання наступних валідних діагностичних методик, а саме: опитувальника суїцидального ризику (ОРС), карти ризику суїцидальності, шкали оцінки ризику суїциду (Патерсона), шкала безнадійності (А. Бека).

Відповідно до ступеня ризику слід використовувати відповідні дії й стратегію. За незначного ризику вчинення суїциду практичному психологу слід запропонувати учню належну емоційну підтримку; проговорити про наявні суїцидальні почуття; акцентувати увагу учня на його сильних сторонах; надати рекомендацію щодо звернення до спеціалістів щодо надання додаткової психотерапевтичної й психіатричної допомоги; домовитись з учнем про постійні зустрічі та налагодити з ним дружній контакт [54].

За наявності середнього рівня ризику суїциду практичний психолог повинен запропонувати учню дружню емоційну підтримку; пропрацювати з ним наявні у нього суїцидальні почуття; зміцнити у нього прагнення жити (шляхом амбівалентності почуття); проговорити усі альтернативи самогубству; укласти з учнем контракт; скерувати його до фахівця-психотерапевта чи психіатра; установити взаємозв'язок із його родичами, друзями.

За наявності високого рівня ризику суїциду практичному психологу слід повсякчас перебувати коло учня, ні в якому разі не полишати його наодинці; за потреби обмежити його доступ до потенційних засобів вчинення самогубства; укласти з учнем контракт; терміново зв'язатись із фахівцем-психіатром або досвідченим лікарем; викликати карету швидкої допомоги та організувати госпіталізацію учня; проінформувати родичів.

Для педагогів закладу освітим слід організувати проведення як індивідуальні так і групових консультацій задля розроблення стратегії взаємодії із учнями, котрих віднесено до «групи посиленої психологічної уваги» на увесь період превенції кризової ситуації. А для батьків учня слід провести індивідуальні консультації [55].

У випадках потреби у наданні психотерапевтичної або медичної допомоги родичам учня у практичного психолога повинна бути уся необхідна інформація (номера телефонів спеціалістів, їх адреси, умови надання практичної допомоги). Досить часто педагогічні працівники закладу освіти та їх персонал є включеними у суїцидальний випадок й також потребують вираження власних почуттів і переживань. Із врахуванням принципу конфіденційності, практичні психологи повинні їм запропонувати пропрацювати наявні хвилювання під час проведення з ними індивідуальної консультації.

Подеколи мають місце випадки, коли всі здійснення дії практичних психологів та співробітників закладу освіти не можуть змінити наміри суїцидально налаштованого учня та він вчинить спробу реалізувати задумане, у таких випадках перед практичним психологом й соціальним педагогом постає додаткове завдання щодо повсякчасного супроводу його однокласників, учнів школи, вчителів і родичів учня, котрий вчинив суїцидальну спробу або суїцид.

Третинний рівень профілактика суїциду окреслює реалізацію низку заходів, котрі б знизили результати і зменшили ймовірність парасуїциду, проведення соціальної та психологічної реабілітації суїциданта й його близького оточення. Проводиться вона власне з учнями, котрі вчинили спробу акту суїциду, позаяк за умов збереження джерела його болю (фрустрації, наявного конфлікту та інш.) учень буде прагнути вчинити другу спробу «утечі» від наявної проблеми [9].

Практичному психологу закладу освіти під час етапу третинної профілактики суїциду слід здійснювати наступну роботу, а саме: окреслити вид постсуїцидального становища учня; розробити алгоритм соціального та психологічного супроводу (зокрема, із залученням медичних фахівців); приймати участь під час роботи консиліуму стосовно суїцидального випадку; здійснювати низку заходів щодо проведення індивідуальної корекційної роботи з учнем (в контексті розробленої програми, яка є

затвердженою керівником психологічної служби); організація проведення групової роботи класу та залучення до неї учня задля поновлення у нього навиків адаптації (шляхом проведення комунікативних тренінгів, тренінгів з фрустраційної толерантності); проведення консультацій для педагогічних працівників закладу освіти, близьких родичів та учнів (проведення консультацій в межах антикризового штабу); постійний моніторинг психо-емоційного стану підлітка (шляхом проведення спостереження, інтерв'ювання, опитування) [34].

Більшість вчених та практичних психологів схиляються до думки про те, що максимально небезпечним періодом є 1-3 тижні опісля здійснення суїцидальної спроби. На їх думку мають місце три основних складових постсуїциду: 1) актуальність існуючого конфлікту; 2) рівень фіксованості суїцидальних потягів; 3) відношення до вчиненої спроби. Чільне завдання спеціалістів психологічної служби полягає в отриманні достовірної інформації стосовно кожної складової задля прогнозування наступного розвитку подій [22].

Проведення профілактичних бесід складаються з наступних етапів:

1) *Початковий етап* – полягає у встановленні емоційного контакту із учнем. Вкрай важливим є вислухати суїциданта спокійно зі співчуттям; без жодної критики у його адресу, слід надати особі змогу виговоритися. Тоді учень вас сприйме як емпатійну людину чуйну, яка цілковито заслуговує на його довіру.

2) *Другий етап* – полягає в установленні послідовності низки подій, котрі спричинили кризу; зменшенні відчутті безнадії. Слушним є застосування наступних прийомів: «долання вийнятковості ситуації»; «підтримування успіхом» та інш.

3) *Третій етап* – полягає у спільній діяльності щодо подолання наявної кризової ситуації. У даних випадках слушно застосовувати: «планування», себто схиляння суїцидента щодо словесного оформлення власних планів стосовно його вчинків у майбутньому; «витримання

паузи» – полягає у цілеспрямованій мовчанці, для того щоб надати співрозмовнику спроможність проявити власну ініціативу.

4) *Завершальний етап* – полягає в остаточному формулюванні планів діяльності, активній психологічній підтримці суїцидента. На цій стадії вкрай необхідно застосовувати наступні прийоми: «логічне аргументування»; «раціональне навіювання упевненості» [24].

Коли під час бесіди учень активно висловлює суїцидальні думки, його слід негайно із супроводом скерувати до психіатра. Коли така можливість відсутня, суїцидента слід за будь-яких обставин переконати у наступному: важкий наявний емоційний стан – феномен тимчасовий; життя його є вкрай потрібним родичам, друзям, а його смерть буде вкрай важкою для них втратою; він має цілковите право бути розпорядником власного життя, але ухвалення рішення стосовно самогубства ліпше відкласти на певний час, вкрай спокійно усе йому обміркувати та інш. [46].

Під час проведення бесіди слід акцентувати увагу власне на детермінанти суїцидального ризику: цілковита самотність; наявні хронічні захворювання; втрата близьких людей; наявні попередні суїцидальні спроби тощо. Досить часто у таких випадках є доцільним відверто запитати в учня, чи дійсно він хоче померти. Існуючі переконання, котрі мали місце у попередній практиці, стосовно того, що задане пряме запитання може «наштовхнути» його на думку стосовно самогубства є малообґрунтованим, позаяк у підлітків є багато варіантів «натрапити» на власне цю думку і без нашого сприяння.

За іншої ситуації запитання можна переформулювати так: «Що саме тебе тримає у житті?». Практичний досвід засвідчує, що особам у котрих є сформовані антисуїцидальні уявлення дають відповідь дуже чітко та виразно (родичі, друзі). Подеколи може бути з'ясовано і додаткові чинники їх власних переконань стосовно «ганебності», «гріховності» самогубства та інш. Розгублення учня, ухилення від надання відповіді на поставлені питання є свідченням слабкості наявного антисуїцидального бар'єру та

підвищеного ризику до вчинення акту самогубства [50]. До будь-яких розмов, котрі стосуються теми суїциду та відповідних дій відноситися вкрай серйозно та повсякчас звертати увагу на них. Отже, підліток потрапивши у стресову ситуацію, яка несе травматичні наслідки для подальшого його розвитку у нормальних умовах та нормальному психічному стані, шукає вихід або методи припинення некомфортного стану. Нажаль, не завжди підлітку вдається самостійно знайти ресурси та отримати позитивний досвід із кризи, бувають випадки коли молодій людині важко справитись самостійно і вона шукає цієї підтримки з боку оточення, або здається. Завданням психолога є вчасно виявити депресивного підлітка та допомогти справитись йому самостійно із складною проблемою, яка відбулася у його житті.

Висновки до розділу 2

1) Під першою психологічною допомогою (надалі – ППП) слід розуміти низку заходів загально-людської й практичної допомоги близьким особам, котрі потерпають від страждань та різних незреалізованих потреб.

Більшості особам, котрі перебувають у кризових станах є притаманні амбівалентні суїцидальні прагнення, котрі перебувають поміж прагненням жити та прагненням померти. Звернення по допомогу до спеціалістів свідчить про наявність цієї амбівалентності та надію віднайти інший вихід з наявної ситуації.

До найбільш загальних векторів у роботі з клієнтами-суїцидальниками є, перш-за-все, дослідження консультантом мотивів суїцидальної поведінки, по-друге, чи плекає він аналогічні плани.

Усі дії під час проведення консультативної роботи в контексті надання телефонної допомоги повинні цілковито підпорядковуватись низці етичних принципів, а саме:

1. Анонімність абонента, котрий звернувся, повинна полягати у тому, що абонент не повинен себе ідентифікувати та надавати інформацію

щодо місця власного перебування, що сприяє йому почувати себе «вільним». Під час викладу наявних власних проблем та важких ситуацій, і консультант не повинен надавати абонентові інформацію про самого себе, котра б сприяла можливості знайти консультанта за межами служби.

2. Приміщення, де розташовані телефони довіри повинні бути доступними лишень для чергових працівників. У процесі чергування у приміщенні повинні перебувати лишень чергові-консультанти. Не рекомендується надавати інформацію про місце локації служби не тільки абонентам, а й родичам та близьким друзям працівників.

3. Повна конфіденційність телефону-довіри, власне і полягає у тому, що усі без жодних винятків телефонні бесіди, журнали обліку чи інші способи реєстрування бесід, наявні картотеки чи інформаційні матеріали є у вільному доступі лишень для працівників цієї служби. Даною інформацією не слід ділитися, навіть із близькими родичами та друзями. Обмін думками стосовно телефонних бесід є можливим лишень поміж черговими працівниками та супервізором під час виникнення потреби у наданні взаємної допомоги. Під час проведення навчальних занять з волонтерами застосовується лишень фабула певної бесіди.

4. Добровільність під час проведення консультативної роботи свідчить про те, що у цю службу звертаються на добровільних засадах всі, хто має потребу у допомозі, пораді; хто прагне «виговоритися» й відчути власну значущість хоч би для однієї у світі людини – телефонного консультанта. Звернення за допомогою й припинення такої бесіди відбувається лишень за особистою волею абонента. Окрім того, абонентові надається можливість самостійно вибирати остаточне рішення.

5. Гуманність, котра передбачає цілковиту повагу до клієнта й надання йому допомоги у позиціонуванні його особистої індивідуальності, його особистих цінностей й потреб. Надавання вчасної індивідуальної психологічної та соціальної підтримки усім, хто звернувся на «телефон довіри», відбувається незалежно від їхньої статі, наявного віку, конфесії,

національної приналежності, соціального становища та місця їх проживання.

6. Доступність роботи телефонної служби довіри є організованою за принципом цілковитого наближення до потреб клієнта: номер телефону є дуже простим й багатоканальним; усі консультації надаються лишень на безкоштовних засадах, вкрай оперативно й цілодобово. Неупередженість телефонної служби полягає у незалежності від наявних політичних, національних, конфесійних і інших уподобань.

2) Завданням психолога під час різноманітних кризових станів полягає у наступному:

1. Для того щоб особа була спроектована на майбутнє, щоб у неї виникло прагнення успішно прожити існуючий важкий етап у житті, витримати його задля благополучного майбутнього.

2. Надати допомогу клієнтові в усвідомленні того, що в процесі емоційних хвилювань подеколи слід дати волю сльозам, зокрема наодинці, так і за присутності багатьох людей, позаяк власне у цьому нема нічого лячного. З однієї сторони – спрацьовує власне механізм внутрішньої щиросердної розради, а з другої сторони – власне цим людина може подати сигнал стосовно свого важкого становища, викликати до себе співчуття, емпатію та прагнення надати допомогу горю.

3. Викликати у клієнта бажання виправити становище.

4. Допомогти клієнту довіритись іншим, розділити свою самотність із кимось близьким це допомагає знизити відчуття болю та горя, позаяк поширеною є помилка, що саме очікування надасть можливість іншим самим здогадатися стосовно твоїх страждань та запропонують власну допомогу. На жаль, жодна людина не має можливості побачити, що є на серці в інших людей, тому слід самостійно шукати необхідної комунікації, відкривати власні потаємні думки власне тому, кому ти цілковито довіряєш і хто реально в змозі надати допомогу. Утримати весь тягар у самому собі можна зрівняти з несенням самим важкого тягару.

Апріорі, що суїцидальні прояви поведінки не є лишень медичною або психологічною проблемою. Детермінантами такого складного явище як суїцид позиціонують у собі макро- та мікро- фактори ризику. Запобігання суїцидальних дій є комплексним завданням, виконання якого можливе за ефективної взаємодії різних структур соціуму, повинно бути забезпечено застосування комплексного підходу та напрацюванням конкретних превентивних стратегій.

Діяльність практичних психологів й соціальних педагогів щодо превенції проявів суїцидальної поведінки має кілька превентивних ступенів: 1) загальний; 2) первинний; 3) вторинний; 4) третинний

Підліток потрапивши у стресову ситуацію, яка несе травматичні наслідки для подальшого його розвитку у нормальних умовах та нормальному психічному стані, шукає вихід або методи припинення некомфортного стану. Нажаль, не завжди підлітку вдається самостійно знайти ресурси та отримати позитивний досвід із кризи, бувають випадки коли молодій людині важко справитись самостійно і вона шукає цієї підтримки з боку оточення, або здається. Завданням психолога є вчасно виявити депресивного підлітка та допомогти справитись йому самостійно із складною проблемою, яка відбулася у його житті.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ У КРИЗОВИХ СТАНАХ

3.1. Опис методик та процедура проведення емпіричного дослідження

Експериментальним майданчиком нашого дослідження було обрано ліцей №38 Львівської міської ради. В експериментальну групу ввійшли підлітки віком 16-18 років, загалом 50 осіб, з них – 27 хлопців і 23 – дівчини. Дослідження проводилось у 2023 році.

Для опитування було обрано наступні методики дослідження:

1. Тест Кеттелла (16 RF– опитувальник).
2. Характерологічний опитувальник Леонгарда–Шмішека.
3. Шкала оцінки самотності Д. Рассел, Л. Пепло, М. Фергюсон
4. Тест суїцидальної поведінки (Модифікований тест тривожності М. Горської)
5. Шкала депресії (тест адаптований Т. Балашовою);
6. Тест Кеттелла (16 RF– опитувальник).

Тест Кеттела є універсальним, валідним тестом. Котрий надає можливість отримати багатогранну інформацію стосовно особистісних якостей респондента. Опитувальник містить 105 запитань. Час, впродовж котрого проводиться дослідження сягає від 20 до 50 хв. Дана методика може використовуватися у групі й індивідуально; суміжно з іншими валідними методиками, так й самостійно. Вік респондента – розпочинаючи з 14 років [61].

Процес дослідження: перед респондентами є низка запитань, котрі сприятимуть визначенню декотрих властивостей особистості. У тесті відсутні «правильні» або «неправильні» відповіді, адже у люди є різними, і тому кожен повинен висловлювати власну думку. Прагніть надавати відповіді відверто, самостійно, чітко та влучно [61].

Надіючи відповідь на усі запитання, слід обрати одну із трьох запропонованих у тесті варіантів відповідей – власне ту, котра найбільше відповідає вашим поглядам, та особистої думки про себе.

Надіючи відповідь на запитання, слід пам'ятати про наступне:

1) не слід витрачати багато часу на міркування, щоб дати відповідь. Краще вибрати те що першим прийшло на думку після прочитаного запитання.

2) надавайте перевагу чітким відповідям, уникаючи відповідей на кшталт «не знаю», «дещо середнє» тощо;

3) обов'язково дайте відповідь на усі запитання за чергою, не проминаючи запитання.

4) давайте відповіді чесно та щиро.

Опрацювання результатів опитування проводиться підрахунком відповідей з допомогою ключа. Методика визначає рівень прояву рис характеру і включає 17 шкал (див. додаток 2) [61] :

К. Леонгард, особистостей, у котрих основні риси є яскраво вираженими, позиціонував як акцентуєваних. Акцентуєваних особистостей не потрібно розглядати як патологічних, позаяк це є випадком «загострення» певних, притаманних кожній особі, особливостей. Так, К. Леонгард вважав, що в акцентуєваних особистостях є потенційно закладеними як потенції щодо досягнення соціально позитивних так й соціально негативних аспектів. Акцентуація характеру впливає і проявляється в реакції особистості на ту, чи іншу подію, тому ми вважаємо важливим врахувати таку характеристику особистості для визначення схильності людини до стресових розладів. Ми можемо припустити, що особистості з певним типом акцентуації характеру, наприклад, дистимним, емотивним будуть більш схильні до стресового розладу, ніж особи з іншими типами, наприклад з гіпертимний.

Опрацювання результатів опитування проводиться підрахунком відповідей з допомогою ключа. Методика визначає рівень прояву рис

характеру і включає 10 шкал: «Демонстративність», «Неврівноваженість», «Педантичність», «Збудливість», «Гіпертимність», «Дистимність», «Тривожність», «Екзальтованість», «Емотивність», «Циклотимність».

Шкала оцінки впливу травматичної події вперше була запропонована у 1979 р., базується на самозвіті і виявляє тенденції до уникнення і нав'язливого відтворення травматичної події. У 1995 році методика була розширена і тепер діагностує не лише симптоми вторгнення і уникнення, а і симптоми гіперзбудження, які входять в діагностичний критерій і є частиною психологічної реакції на травматичну подію.

Метою шкали самотності (Д. Рассел, Л. Пепло, М. Фергюсон) є дослідження суб'єктивного стану почуття самотності. Стан самотності подеколи може мати взаємозв'язок із станом тривожності, соціальним ізолюванням, станом депресії. Вкрай важливим є диференціювання стану самотності, котра є викликаною нагальною потребою у ній людини, та самотність, котра є наслідком вимушеної ізоляції (див. додаток 3).

Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська)

Метою методики є дослідження схильностей особистості до суїцидальної поведінки. Підґрунтям даної методики є методика «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенк), яка надає можливість здійснити оцінювання певних дезадаптивних станів, а саме: тривожності, фрустрації, агресивності та властивостей особистості, а саме: тривожності, фрустрованості, ригідності. (див. додаток 4)

Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (адаптація Т.І. Балашової)

Запропонований опитувальник було розроблено для проведення диференційної діагностики саме депресивних станів та станів, котрі є близькими до стану депресії, з метою здійснення скринінг-діагностики під

час проведення масових досліджень, то попереднього чи долікарського діагностування.

Шкала була розроблена на базі діагностичних критеріїв, котрі було виділено на підставі результатів опитування пацієнтів, котрі потерпають від депресії.

Дослідження стосовно валідизації тесту було проведено за участі пацієнтів, котрі потерпають від депресії в амбулаторних умовах; так і у стаціонарі, за участі пацієнтів, котрі страждають на психічні захворювання. Зовнішній прояв валідності шкали депресивних станів була підтверджена отриманими клінічними даними і результатами проведеного факторного аналізу.

Опитувальник укладено із 20 тверджень, котрі вимагають не дуже багато часу для проведення опитування, є простим в обробленні. Даний опитувальник може застосовуватися лікарями, педагогічними працівниками, практичними психологами, працівниками соціальних служб (див. додаток 5).

3.2. Оброблення та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Аналізуючи ціннісні орієнтації досліджуваних груп юнаків, ми отримали наступні результати:

- середні показники тривожності серед молоді – 7,14, у школярів не виявлено нерішучості, схильності до страхів та насторожливого ставлення до оточуючих, найвищим показником тривожності у школярів було зафіксовано 15 із 24 можливих, найнижчим показником - 0;

- середні показники емоційної стійкості – емоційної нестійкості – 5,9, що свідчить про схильність до фрустрації, підвладність почуттям, мінливість в інтересах, роздратованості, втомленості, найвищим показником емоційної стійкості – емоційної нестійкості зафіксовано – 10 із

12 можливих, найбільш нижчим – 2.

- середні показники депресивності у підлітків – 37,76, що свідчить про відсутність депресії у школярів, найвищим показником депресії зафіксовано – 55 із 70, а найбільш нижчим показником – 27.

- середніми показниками самотності – 23,64, що свідчить про середній рівень самотності, найвищим показником самотності – 45 із 60, а найбільш нижчим – 2.

- середні показники фрустрації – 9,6, що свідчить про схильність до зони підвищеної фрустрації, або як межовий стан, найвищим показником зафіксовано – 13, найбільш нижчим – 2.

- середній показник агресії – 10,8, що свідчить про підвищу психологічну активність, прагнення до лідерства шляхом застосування сили стосовно інших людей, та схильність до агресивності собі, найвищий показник – 18, найбільш нижчий – 6.

Методика «Діагностика суїцидальної поведінки» застосовувалася нами задля діагностики рівня схильності до суїцидальних намірів та суїцидальних дій, котра сприяла виснувати про їх схильність саме до суїцидальної поведінки.

Дану методику слід виконувати наступним чином: підлітку пропонуються твердження, котрі підходять його варіанту поведінки, та такі котрі йому не підходять; кожну відповідь оцінюємо відповідно до ключів відповідей.

Оброблення отриманих результатів нами проводилися завдяки підрахунку балів, котрі нараховувалися за кожне твердження, відносно 4 шкал: тривожність, фрустрація, агресії, ригідність.

Опираючись на результати дослідження за результатами методик: тест Кеттелла (16 RF – опитувальник); характерологічний опитувальник Леонгарда–Шмішека; шкала оцінки самотності Д. Рассел, Л. Пепло, М. Фергюсон; тест суїцидальної поведінки (Модифікований тест тривожності М. Горської), шкала депресії (тест адаптований Т. Балашовою).

У результаті дослідження було підтверджено гіпотезу, що на суїцидальність особистості впливають: підвищений рівень тривожності, самотність, фрустрація, агресивність, емоційна нестійкість.

В результаті кореляції Пірсона було виявлено такі кореляційні зв'язки поміж: гіпертимністю, застряганням, емоційністю, педантичністю, тривожністю, цикломічністю, демонстративністю, неврівноваженістю, екзальтованістю, інтелектом, замкнутістю – товариськістю, емоційною стійкістю – емоційною нестійкістю, підпорядкованістю – домінантністю, стриманістю – експресивністю, підвладністю почуттям – нормативною поведінкою, нерішучістю – сміливістю, жорстокістю – сміливістю, довірливістю – підозрлістю, практичністю – розвинутою уявою, прямолінійністю – дипломатичністю, впевненістю – стриманістю, консерватизмом – радикалізмом, конформізмом – нонконформізмом, низьким самоконтролем – високим самоконтролем, розслабленістю – напруженістю, адекватністю самооцінки, депресивністю, самотністю, тривожністю, фрустрацією, агресивністю, ригідністю (див. додаток б).

Виявлено обернений прямий позитивний зв'язок поміж тривожністю та емоційною стійкістю ($r= 0,995$; $p= 0,001$), при високих показниках тривожності показник емоційної нестійкості також буде високим. При збільшенні показників емоційної нестійкості збільшується показник тривожності. Емоційна нестійкість характеризується роздратованістю, схильністю до фрустрації, та владою почуття. Тому можна стверджувати, що дані якості взаємопов'язані, при характеристиці депресивного стану.

Виявлено обернений прямий позитивний зв'язок поміж тривожністю та депресивністю ($r= 0,997$; $p= 0,000$); при високих показниках тривожності показник депресивності також буде високим. При збільшенні показників депресивності, тривожність також буде збільшуватись. Тривожність є одним із компонентів у діагностуванні депресивного стану. У стані депресії, людина є незібрана, замкнута, не довіряє оточуючим та відчуває тривогу.

Тож можна зробити висновки, що ці два компоненти пов'язані між собою і що при їх високих показниках є рівень загрози суїцидальних намірів.

Виявлено обернений прямий позитивний зв'язок поміж тривожністю та самотністю ($r= 0,996$; $p= 0,000$); при високих показниках тривожності показник самотності також буде високим. При збільшенні рівня самотності показник тривожності також буде збільшуватись. У стані тривоги людина не відчуває довіри до оточуючих, з пересторогою ставиться до інших, боїться встановлювати контакти та спілкуватися з іншими, отже при стані тривоги людина уникає оточуючих, чим яскравіше у людини виражена тривожність у ставленні до інших, тим більша імовірність її самотності. Високий показник самотності є загрозою для людини.

Виявлено обернений прямий позитивний зв'язок поміж тривожністю та фрустрацією ($r= 0,362$; $p= 0,10$); при високих показниках тривожності показник фрустрації також буде високим. При високих показниках фрустрації збільшиться рівень тривожного стану особистості. При неможливості досягнути поставленої мети через наявні або уявні перешкоди, людину часто переслідує тривога. Особистість не здатна справитись із перешкодою, по причині не впевненості, упередженості та нерішучості. Ці два стани міцно пов'язані між собою і впливають один з іншого і можуть бути передумовою думок про суїцид та суїцидальних намірів або навіть і вчинків.

Виявлено прямий позитивний зв'язок поміж емоційної нестійкістю та депресивністю ($r= 0,998$; $p= 0,000$); при високих показниках емоційної нестійкості показник депресивності також буде високим. При збільшенні рівня емоційної нестійкості рівень депресивності також буде високим. Емоційна нестійкість характеризується роздратованістю, схильністю до фрустрації, та підвладністю почуття. У депресивному стані людині притаманно занурюватись в себе, та не сприймати об'єктивно події які відбуваються навколо. Не змога стійко прийняти удар при кризовій ситуації, особистість стає емоційно нестійкою тому і схильна до депресії. Стан

роздратування у депресивному стані, може викликати сильне емоційне збудження, або агресію проти себе.

Виявлено негативний обернений зв'язок поміж емоційної стійкістю та фрустрацією ($r = -0,401$; $p = 0,004$); при високих показниках емоційної нестійкості показник фрустрації буде низьким. При зменшенні показника фрустрації збільшується показник емоційної стійкості, що свідчить про те, якщо людина є емоційно стійкою, у неї не виникають уявних перешкод на шляху до реалізації поставленої нею мети. Тож якщо людину переслідує негативна мета, яка полягає у покінченні життя, або завданні шкоди собі, або своєму здоров'ю, особистість нічого не стримує її реалізувати, довести справу до кінця.

Виявлено прямий позитивний зв'язок поміж емоційною нестійкістю – та агресивністю ($r = 0,008$; $p = 0,956$); при високих показниках емоційної стійкості показник агресивності також буде високим. При підвищенні рівня агресивності підвищується рівень емоційної нестійкості. При неможливості контролювати власні емоції та вихід їх за межі породжує агресія. Агресія виражена надмірною активністю та прагненням до лідерства у застосуванні сили. Стан агресії породжує агресію до навколишніх та до себе і є емоційно - негативно забарвленим. При показниках високої емоційної нестійкості і агресію, особистість може відчувати – автоагресію, чим може нашкодити собі.

Виявлено прямий позитивний зв'язок поміж депресивністю та самотністю ($r = 0,997$; $p = 0,000$); при високих показниках депресивності показник самотності також буде високим. При високому почутті самотності та не маючи підтримки, людина заглиблюється у власні думки, та не проявляє зацікавленості до оточуючого світу, що породжує депресію. При неможливості подолати самотійно депресивний стан, і не маючи підтримки зі сторони при високому показнику самотності, людина може прийняти рішення, що нікому не потрібна і втратити зацікавленість та бажання до життя. Прийняти рішення, яке має фатальні наслідки.

Виявлено прямий позитивний зв'язок поміж депресивністю та фрустрацією ($r= 0,346$; $p= 0,14$); при високих показниках депресивності показник фрустрації також буде високим. При збільшенні показника фрустрації збільшується показник депресії. При виникненні у людини реальної або уявної перешкоди, для реалізації власних цілей, людина засмучується, накручує себе думками, шукає шляхи, при невдалих спробах позбутись перешкод може виникнути депресивний стан, що показує їх логічно-послідовний зв'язок.

Виявлено прямий позитивний зв'язок поміж самотністю та фрустрацією ($r= 0,521$; $p= 0,00$); при високих показниках самотність показник фрустрації також буде високим. При збільшенні показника фрустрації збільшується показник самотності. При нав'язливому стані фрустрації, людина часто будує бар'єри яких не має насправді, що може викликати в оточуючих упереджене ставлення до даної особистості і спровокувати самотність. При високих показниках самотності людина схильна до суїцидальних думок.

Виявлено прямий позитивний зв'язок поміж самотністю та агресивністю ($r= 0,298$; $p= 0,035$); при високих показниках самотності показник агресивності також буде високим. При високих показниках агресії збільшується рівень самотності. При вираженні особистістю агресивних дій по відношенні до оточуючих, відштовхує та зменшує коло друзів та близьких. При застосуванні агресії у людини збільшуються шанси залишитись самотнім. Явно виражена агресія може бути направлена особистістю на себе.

У результаті було виявлено такі позитивні кореляції: тривожність – емоційна стійкість – емоційна нестійкість, тривожність – депресивність, тривожність – самотність, тривожність – фрустрація, емоційна нестійкість – депресивність, самотність, емоційна нестійкість – агресивність, депресивність – самотність, депресивність – фрустрація, самотність –

фрустрація, самотність – агресивність, фрустрація – агресивністю, і такі негативні кореляції: емоційна стійкість – емоційна нестійкість – фрустрація.

Характеристика особливостей факторного розподілу

На основі проведених статистичних аналізів, можна припустити, що тривожність, емоційна нестійкість, депресивність, самотність, фрустрація, цикломічність, демонстративність, неврівноваженість, підвладність почуттям – нормативна поведінка, жорстокість – сміливість, впевненість – стриманість, низький самоконтроль – високий самоконтроль, тривожність, агресивність є пов'язані із схильністю підлітків до суїцидальних намірів та вчинків. З цією метою проведемо багатофакторний аналіз.

Першим чинником, котрий виокремився є чинник, що є пов'язаним з цикломічність (факторне навантаження складає 0,699), впевненість – стриманість (факторне навантаження складає 0,625). Він отримав назву циклотомічна стриманість. Чинник пояснює 18,556 дисперсії.

Другий чинник емотивність (факторне навантаження 0,673), тривожність (факторне навантаження складає 0,872). Він отримав назву емотивна тривожність. Чинником висвітлено 13,206 дисперсії.

Третій чинник жорстокість – сміливість (факторне навантаження 0,863), дистемічність (факторне навантаження складає 0,630). Він отримав назву дистемічна жорстокість – сміливість. Чинник пояснює 12,533 дисперсії.

Четвертий чинник демонстративність (факторне навантаження складає 0,858). Він отримав однойменну назву демонстративність. Чинник висвітлив 11,517 дисперсії.

П'ятий чинник неврівноваженість (факторне навантаження складає 0,891), Він отримав назву агресивність. Чинник пояснює 11,300.

Шостий чинник тривожність (факторне навантаження 0,849), депресивність (факторне навантаження складає 0,680). Він отримав назву депресивно – тривожний. Чинник пояснює 10,525.

Факторний аналіз нами проводився за допомогою двох базових методів, а саме: 1) критерія Кайзера із ротацією Varimax (кількість ітерацій складала –8), 2) критерію кам'янистого насипу, котрий вказав на існування 5 факторів, котрі виділилися у матриці компонент, і показники цих чинників не є нижчими за значення. Факторний аналіз надав можливість висвітлити 77,637% дисперсії отриманих нами результатів. На підґрунті факторної матриці нами було побудовано графік розподілу наявних факторних навантажень власне у поверненому просторі (див. додаток 7, 8, 9).

За результатними проведеного факторного аналізу було виявлено шість чинників: «цикломічна стриманість», «емотивна тривожність», «дистемічна жорстокість – сміливість», демонстративність, агресивність, «депресивна тривожність».

Висновки до розділу 3

Опираючись на результати дослідження можна констатувати підтвердження гіпотези про схильність особистості до суїцидальності у кризовий період та про те, що на суїцидальну схильність особистості впливають такі показники, як: підвищений рівень тривожності, самотності, фрустрації, агресивності, емоційної нестійкості.

Дані зв'язки підтверджені кореляцією, при збільшенні одного компонента збільшується інший залежний, під впливом чого у людини погіршується емоційний стан. При збільшенні показників емоційної нестійкості збільшується показник тривожності. Емоційна нестійкість характеризується роздратованістю, схильністю до фрустрації, впливу почуттів. Якщо збільшується показник депресивності, тривожність також буде збільшуватись. Тривожність є одним із компонентів у діагностуванні депресивного стану. У стані депресії, людина є незібрана, замкнута, не довіряє оточуючим та відчуває тривогу. При збільшенні рівня самотності показник тривожності також буде збільшуватись. У стані тривоги людина не відчуває довіри до оточуючих, з острахом ставиться до інших, боїться

встановлювати контакти та комунікувати з іншими, у стані тривоги людина уникає оточуючих, чим яскравіше у людини виражена тривожність у ставленні до інших, тим більша ймовірність її самотності. При високих показниках фрустрації збільшиться рівень тривожного стану особистості. При неможливості досягнути поставленої мети через наявні або уявні перешкоди, людину часто переслідує тривога. Особистість не здатна справитись із перешкодою, по причині не впевненості, упередженості та нерішучості. При зменшенні фрустрації зростає емоційна стійкість, що свідчить про те, якщо людина є емоційно стійкою, у неї не виникають уявних перешкод на шляху до реалізації поставленої нею мети. Підвищення рівня агресивності підвищує рівень емоційної нестійкості. При неможливості контролювати власні емоції та вихід їх за межі породжує агресію. Агресія виражена надмірною активністю та прагненням до лідерства у застосуванні сили. При високому почутті самотності та не маючи підтримки, людина заглиблюється у власні думки, та не проявляє зацікавленості до оточуючого світу, що породжує депресію. При збільшенні показника фрустрації збільшується показник депресії. Якщо виникають у людини реальні або уявні перешкоди, для реалізації власних цілей, людина засмучується, накручує себе думками, шукає шляхи, при невдалих спробах позбутись перешкод може виникнути депресивний стан, що показує їх логічно послідовний зв'язок. При збільшенні показника фрустрації збільшується показник самотності. Високий показник агресії збільшує рівень самотності. При вираженні особистістю агресивних дій по відношенні до оточуючих, відштовхує та зменшує коло друзів та близьких. При застосуванні агресії у людини збільшуються шанси залишитись самотнім. Явно виражена агресія може бути направлена особистістю на себе.

Опираючись на події, які відбуваються на території нашої країни, підлітки не відчувають упевненості у завтрашньому дні та захищеності територіальної цілісності. Приклад агресії, який ми спостерігаємо по

відношенні до нашої країни формує у підлітків вже упереджену агресію до сусідів зі сходу, та незмога змінити події і якимось зарадити формує у підлітків депресивні стани, тож можна вважати, що під час кризових подій і кризових подій у суспільстві зростає суїцидальна схильність її громадян, є підтвердженою.

Метою даної роботи було дослідження, в основі якого звучать такі гіпотези, що під час кризових подій і кризових подій у суспільстві зростає суїцидальна схильність її громадян, що на суїцидальність особистості впливають (підвищений рівень тривожності, самотність, фрустрація, агресивність, емоційна нестійкість.)

ВИСНОВКИ

Період часу коли особистість перебуває на межі між старим і новим досвідом в її житті настає переломний період, який називають – кризою і розглядають, як гострий емоційний стан, який виник при блокуванні ціленаправленої життєдіяльності людини, як дискретний момент у розвитку особистості. Коли людина попадає у кризову ситуацію то перше, що вона відчуває це напруженість та тривогу, тільки через деякий час вона активується і шукає рішення та будує стратегії, щоб подолати кризу, адже докладаючи зусиль людина має можливість самостійно подолати її, залучає свої психологічні та фізичні ресурси, намагаючись покращити свій стан. Кризи класифікуються: кризи психічного розвитку, вікові кризи, кризи невротичного характеру, професійні кризи, критично – смислові кризи, життєві кризи. Сила впливу кризи на психіку людини має три ступені: поверхневий, поглиблений і глибинний. Однією із форм переживання кризи є фрустрація, яка пов'язана з втратою смислу життя, цінностей та сенсу жити. Негативні зміни після переживання кризи відображаються у думках, почуттях, поведінці фізичному стані людини, дуже часто зміни які відбулись несуть за собою психічне захворювання, яке ми не можемо одразу діагностувати.

Людина безперервно прогресує, життя має певні етапи, які чимось відрізняються від попередньо пережитого досвіду. Але якщо не надати вчасну допомогу і вчасно не виявити кризу у людину, то можна побачити результат кризи із сумними наслідками. Загострення кризи може перерости в десоціалізацію, депресію, інколи до бажання піти із життя. Суїцидальна поведінка є виявом суїцидальної діяльності (думки, наміри, висловлювання, загрози, спроби). При реальній суїцидальній поведінці помисел вкоротити собі віку не лишень обмірковуються, але досить часто й поетапно плекаються в особи певний проміжок часу, обмірковуються плани стосовно реалізації власних намірів.

Під першою психологічною допомогою (надалі – ППП) слід розуміти низку заходів загально-людської й практичної допомоги близьким особам, котрі потерпають від страждань та різних незреалізованих потреб.

Більшості особам, котрі перебувають у кризових станах є притаманні амбівалентні суїцидальні прагнення, котрі перебувають між прагненням жити та прагненням померти. Звернення по допомогу до спеціалістів свідчить про наявність цієї амбівалентності та надію віднайти інший вихід з наявної ситуації.

До найбільш загальних векторів у роботі з клієнтами-суїцидальниками є, перш-за-все, дослідження консультантом мотивів суїцидальної поведінки, по-друге, чи плекає він аналогічні плани.

Усі дії під час проведення консультативної роботи в контексті надання телефонної допомоги повинні цілковито підпорядковуватись низці етичних принципів, а саме:

7. Анонімність абонента, котрий звернувся, повинна полягати у тому, що абонент не повинен себе ідентифікувати та надавати інформацію щодо місця власного перебування, що сприяє йому почувати себе «вільним». Під час викладу наявних власних проблем та важких ситуацій, і консультант не повинен надавати абонентові інформацію про самого себе, котра б сприяла можливості знайти консультанта за межами служби.

8. Приміщення, де розташовані телефони довіри повинні бути доступними лишень для чергових працівників. У процесі чергування у приміщенні повинні перебувати лишень чергові-консультанти. Не рекомендується надавати інформацію про місце локації служби не тільки абонентам, а й родичам та близьким друзям працівників.

9. Повна конфіденційність телефону-довіри, власне і полягає у тому, що усі без жодних винятків телефонні бесіди, журнали обліку чи інші способи реєстрування бесід, наявні картотеки чи інформаційні матеріали є у вільному доступі лишень для працівників цієї служби. Даною інформацією не слід ділитися, навіть із близькими родичами та друзями.

Обмін думками стосовно телефонних бесід є можливим лишень поміж черговими працівниками та супервізором під час виникнення потреби у наданні взаємної допомоги. Під час проведення навчальних занять з волонтерами застосовується лишень фабула певної бесіди.

10. Добровільність під час проведення консультативної роботи свідчить про те, що у цю службу звертаються на добровільних засадах всі, хто має потребу у допомозі, пораді; хто прагне «виговоритися» й відчутти власну значущість хоч би для однієї у світі людини – телефонного консультанта. Звернення за допомогою й припинення такої бесіди відбувається лишень за особистою волею абонента. Окрім того, абонентові надається можливість самостійно вибирати остаточне рішення.

11. Гуманність, котра передбачає цілковиту повагу до клієнта й надання йому допомоги у позиціонуванні його особистої індивідуальності, його особистих цінностей й потреб. Надавання вчасної індивідуальної психологічної та соціальної підтримки усім, хто звернувся на «телефон довіри», відбувається незалежно від їхньої статі, наявного віку, конфесії, національної приналежності, соціального становища та місця їх проживання.

12. Доступність роботи телефонної служби довіри є організованою за принципом цілковитого наближення до потреб клієнта: номер телефону є дуже простим й багатоканальним; усі консультації надаються лишень на безкоштовних засадах, вкрай оперативно й цілодобово. Неупередженість телефонної служби полягає у незалежності від наявних політичних, національних, конфесійних і інших уподобань.

Завданням психолога під час різноманітних кризових станів полягає у наступному:

1. Для того щоб особа була спроектована на майбутнє, щоб у неї виникло прагнення успішно прожити існуючий важкий етап у житті, витримати його задля благополучного майбутнього.

2. Надати допомогу клієнтові в усвідомленні того, що в процесі емоційних хвилювань подеколи слід дати волю сльозам, зокрема наодинці, так і за присутності багатьох людей, позаяк власне у цьому нема нічого лячного. З однієї сторони – спрацьовує власне механізм внутрішньої щиросердної розради, а з другої сторони – власне цим людина може подати сигнал стосовно свого важкого становища, викликати до себе співчуття, емпатію та прагнення надати допомогу горю.

3. Викликати у клієнта бажання виправити становище.

4. Допомогти клієнту довіритись іншим, розділити свою самотність із кимось близьким це допомагає знизити відчуття болю та горя, позаяк поширеною є помилка, що саме очікування надасть можливість іншим самим здогадатися стосовно твоїх страждань та запропонують власну допомогу. На жаль, жодна людина не має можливості побачити, що є на серці в інших людей, тому слід самостійно шукати необхідної комунікації, відкривати власні потаємні думки власне тому, кому ти цілковито довіряєш і хто реально в змозі надати допомогу. Утримати весь тягар у самому собі можна зрівняти з несенням самим важкого тягару.

Апріорі, що суїцидальні прояви поведінки не є лишень медичною або психологічною проблемою. Детермінантами такого складного явище як суїцид позиціонують у собі макро- та мікро- фактори ризику. Запобігання суїцидальних дій є комплексним завданням, виконання якого можливе за ефективної взаємодії різних структур соціуму, повинно бути забезпечено застосування комплексного підходу та напрацюванням конкретних превентивних стратегій.

Діяльність практичних психологів й соціальних педагогів щодо превенції проявів суїцидальної поведінки має кілька превентивних ступенів: 1) загальний; 2) первинний; 3) вторинний; 4) третинний

Підліток потрапивши у стресову ситуацію, яка несе травматичні наслідки для подальшого його розвитку у нормальних умовах та нормальному психічному стані, шукає вихід або методи припинення

некомфортного стану. Нажаль, не завжди підлітку вдається самотійно знайти ресурси та отримати позитивний досвід із кризи, бувають випадки коли молодій людині важко справитись самотійно і вона шукає цієї підтримки з боку оточення, або здається. Завданням психолога є вчасно виявити депресивного підлітка та допомогти справитись йому самотійно із складною проблемою, яка відбулася у його житті.

Опираючись на результати дослідження можна констатувати підтвердження гіпотези про схильність особистості до суїцидальності у кризовий період та про те, що на суїцидальну схильність особистості впливають такі показники, як: підвищений рівень тривожності, самотності, фрустрації, агресивності, емоційної нестійкості.

Дані зв'язки підтверджені кореляцією, при збільшенні одного компонента збільшується інший залежний, під впливом чого у людини погіршується емоційний стан. При збільшенні показників емоційної нестійкості збільшується показник тривожності. Емоційна нестійкість характеризується роздратованістю, схильністю до фрустрації, впливу почуттів. Якщо збільшується показник депресивності, тривожність також буде збільшуватись. Тривожність є одним із компонентів у діагностуванні депресивного стану. У стані депресії, людина є незібрана, замкнута, не довіряє оточуючим та відчуває тривогу. При збільшенні рівня самотності показник тривожності також буде збільшуватись. У стані тривоги людина не відчуває довіри до оточуючих, з острахом ставиться до інших, боїться встановлювати контакти та комунікувати з іншими, у стані тривоги людина уникає оточуючих, чим яскравіше у людини виражена тривожність у ставленні до інших, тим більша ймовірність її самотності. При високих показниках фрустрації збільшиться рівень тривожного стану особистості. При неможливості досягнути поставленої мети через наявні або уявні перешкоди, людину часто переслідує тривога. Особистість не здатна справитись із перешкодою, по причині не впевненості, упередженості та нерішучості. При зменшенні фрустрації зростає емоційна стійкість, що

свідчить про те, якщо людина є емоційно стійкою, у неї не виникають уявних перешкод на шляху до реалізації поставленої нею мети. Підвищення рівня агресивності підвищує рівень емоційної нестійкості. При неможливості контролювати власні емоції та вихід їх за межі породжує агресію. Агресія виражена надмірною активністю та прагненням до лідерства у застосуванні сили. При високому почутті самотності та не маючи підтримки, людина заглиблюється у власні думки, та не проявляє зацікавленості до оточуючого світу, що породжує депресію. При збільшенні показника фрустрації збільшується показник депресії. Якщо виникають у людини реальні або уявні перешкоди, для реалізації власних цілей, людина засмучується, накручує себе думками, шукає шляхи, при невдалих спробах позбутись перешкод може виникнути депресивний стан, що показує їх логічно послідовний зв'язок. При збільшенні показника фрустрації збільшується показник самотності. Високий показник агресії збільшує рівень самотності. При вираженні особистістю агресивних дій по відношенні до оточуючих, відштовхує та зменшує коло друзів та близьких. При застосуванні агресії у людини збільшуються шанси залишитись самотнім. Явно виражена агресія може бути направлена особистістю на себе.

Опираючись на події, які відбуваються на території нашої країни, підлітки не відчують упевненості у завтрашньому дні та захищеності територіальної цілісності. Приклад агресії, який ми спостерігаємо по відношенні до нашої країни формує у підлітків вже упереджену агресію до сусідів зі сходу, та незмога змінити події і якимось зарадити формує у підлітків депресивні стани, тож можна вважати, що під час кризових подій і кризових подій у суспільстві зростає суїцидальна схильність її громадян, є підтвердженою.

Метою даної роботи було дослідження, в основі якого звучать такі гіпотези, що під час кризових подій і кризових подій у суспільстві зростає суїцидальна схильність її громадян, що на суїцидальність особистості

впливають (підвищений рівень тривожності, самотність, фрустрація, агресивність, емоційна нестійкість.)

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаптація дитини до школи / упор. С. Максименко, К. Максименко, О. Главник. Київ: Мікрос, 2003. 111 с.
2. Айві А. Цілісне інтерв'ювання і консультування. К.: Генеза, 2018. 320с.
3. Балахтар В. В. Соціально-психологічний тренінг і маніпуляція: навч.-метод. посіб. Вінниця: Видавництво «Черемош», 2015. 432 с.;
4. Бургонська С. В. Дослідження особливостей формування взаємовідносин між психотерапевтом і клієнтом. // Проблеми сучасної психології. 2015. Випуск 29. С.105-114.
5. Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів; Свічадо, 2015. 448 с.
6. Бомба Я. Юнацька депресія (епідеміологічне дослідження) // Журн. невропатол. і психіатр. 2022. Тернопіль 22. Вип.10. С.1501-1503.
7. Бондаренко О. Ф. Психологічна допомога особистості. Х.: Фоліо, 1996. 548 с.
8. Варій М. Й. Психологія особистості: навч. посібник для студ. вищих навч. закл. МОН України, Львів. держ. ун-т внутр. справ. К.: Центр учбової літератури, 2008. 591 с.
9. Варій М. Й. Загальна психологія: Підручник для студентів психологічних і педагогічних спеціальностей. МОН України, Львівський державний університет внутрішніх справ. 2-е вид., випр. і доп. К.: Центр учбової літератури, 2007. 967 с.
10. Варій М. Й. Основи психології і педагогіки: Навчальний посібник для студ. вищ. навч. закладів. МОН України, Львівський держ. ун-т внутрішніх справ. К.: Центр учбової літератури, 2007. 375 с.
11. Гурлева Т. С. Діалогічне спілкування психолога у просторі друкованих ЗМІ у відновленні та розвитку особистості в кризових умовах / Актуальні проблеми психології Т. 3: Консультативна психологія і

психотерапія, 12, 2016. С. 61–74. Електронний ресурс: <https://lib.iitta.gov.ua/708478/>

12. Гурлева Т. С. Довіра в опосередкованому спілкуванні: психологічна допомога особистості в кризових умовах // Актуальні проблеми психології. Консультативна психологія і психотерапія, 14 (3), 2018. С. 191–213. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/716097/>

13. Гурлева Т. С. Особливості спілкування психолога з населенням через друковані засоби масової інформації у кризових соціокультурних умовах. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2017, С. 193–221. Електронний ресурс: <https://lib.iitta.gov.ua/709806/>

14. Гурлева Т. С. «Розкритий маніпулятивний текст» в умовах інформаційної війни // Соціально-психологічні проблеми суспільства: матеріали міжнародн. наук.-практ. конф., м. Київ, 10 квітня 2020 р. К. : Таврійський національний університет імені В. І. Вернадського, 2020. С. 148–151.

15. Гурлева Т. С. Ставлення читача до медіатексту через призму довіри до себе як суб'єктної якості // Актуальні проблеми психології. Т. III : Консультативна психологія і психотерапія: Зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України; К. : Логос, 2019. Вип. 15. Консультативна психологія і психотерапія. С. 227–250.

16. Журавльова Н. Ю. Особливості психологічної допомоги сім'ям демобілізованих військовослужбовців // Актуальні проблеми психології [Т.3 : Консультативна психологія і психотерапія] : Зб. наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред.: С. Д. Максименка. К. : Логос, 2015. Вип.11. С. 76-84.

17. Допомога дітям, постраждалим внаслідок воєнного конфлікту: Довідник вихователя дошкільного навчального закладу / Н. В. Пророк, С. А. Гончаренко, Л. О. Кондратенко та ін., за ред. Н.В. Пророк. Слов'янськ : ПП «Канцлер», 2015. 84 с.

18. Дуткевич Т. Конфліктологія з основами психології управління: навчальний посібник. МОН України, Кам'янець-Подільський державний ун-т, Ін-т соціальної реабілітації та розвитку дитини. К.: Центр навчальної літератури, 2005. 455 с.

19. Євдокимова Н. О. Дорога змін: ефективне спілкування у кризових умовах життя: посібник із психології для «чайників». Миколаїв, 2016. 116 с.

20. Журавльова Н. Ю. Прояви ПТСР і вторинна травматизація: психотерапевтична допомога сім'ям ветеранів бойових дій // Психологія та педагогіка: необхідність впливу науки на розвиток практики в Україні: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 21–22 лютого 2020 р.). Львів : ГО «Львівська педагогічна спільнота», 2020. Ч. 2. С. 113–117

21. Кісарчук З. Г. Поняття «криза», «стрес», «психотравма», «посттравматичний стресовий розлад» // Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ «Видавництво «Логос»., 2015. С. 8–11.

22. Ковтика Т. Я. Мовленнєвий етикет – показник загальної та професійної культури // Філософсько-психологічні аспекти духовності: довіра як основа змін в економіці та суспільстві : Зб. тез II Всеукр. наук.-практ. конференції з міжнародною участю «Філософсько-психологічні аспекти духовності: довіра як основа змін в економіці та суспільстві», 19 лютого 2016 р. [Текст] / за ред. В. П. Мельник; відповід. за вип. В. В. Яцура, Н. І. Жигайло. Львів : СПОЛОМ, 2016. С. 116–118.

23. Коростій В. І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу // Міжнародний неврологічний журнал. 2015. № 6 (76). С. 59–71.

24. Кісарчук З. Г. Проблема стосунків «психотерапевт-клієнт» у ситуаціях надання психологічної допомоги постраждалим // Актуальні проблеми психології [Т.3 : Консультативна психологія і психотерапія] : Зб.

наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за ред.: Максименка С. Д. Вінниця : ФОП Рогальська І.О., 2016. Вип.12. С. 7-22.

25. Кудренко О.В., Афанасенко В.С.. Вплив стрес-факторів бойової обстановки на психіку військовослужбовців повітряних сил (на основі досвіду АТО) //Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України, 2018, № 2(31), с. 137-144;

26. Вольнова Л. М. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи –. – К.: наукова думка , 2012. 275 с.

27. Корольчук В. М. Психологія стресостійкості особистості [текст]: дис. д-ра психологічних наук 19.00.01 / В.М.Корольчук; Ін-т психологіїім. Г. С. Костюка АПН Укр. К. 2009. 511 арк.: рис., табл. Бібліографія: арк. 389 – 434

28. Козубовська І.В., Керецман В.Ю., Товканець Г.В. Роль соціально-психологічної служби в роботі з сім'єю.. Ужгород: УжНУ, 2000. Ч. 1. 192 с

29. Кісарчук З.Г., Омельченко Я.М. Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі: монографія /за ред. З.Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2017. 225 с.

30. Литвиненко Л. І. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців // Психологічна допомога особистості в кризових соціокультурних умовах : тези Міжнародної науково-практичної конференції (Київ, 29-30 жовтня 2015 року) /за наук. редакцією С.Д.Максименка, З.Г.Кісарчук. К. : ТОВ “Видавництво “Логос”. с. 54-58.

31. Литвиненко Л. І. Актуальні проблеми психології Т. III : Консультаційна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України;

Вінниця : ФОП Рогальська І. О., 2017. Вип. 13. Консультативна психологія і психотерапія. С. 92-112. 264 с.

32. Марковська Р. І. Психологічна підтримка агресивних абонентів у телефонному консультуванні // Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закл. освіти: зб. наук. пр. 2008. Вип. 41. С. 70-72.

33. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. Львів: Мс, 2004. 208 с.

34. Особливості стосунків «психотерапевт-клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі: монографія /З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2017. 225 с.

35. Оніщенко Н.В. Екстрена психологічна допомога постраждалим в умовах надзвичайної ситуації: теоретичні та прикладні аспекти: монографія. Харків: Вид-во «Право», 2014. 584 с.

36. Панок В.Г. (наук. ред.). Психологічна служба : підручник. К.: Ніка-Центр, 2016. 362 с.

37. Підготовка психолога-практика до використання малюнка в діагностико-корекційному процесі (психодинамічний підхід) : навч. посібн. / уклад. Н. В. Гриньова. Умань : Візаві, 2014. 174 с.

38. Пилипенко Н.М. Вплив кризи професійного становлення на саморозвиток особистості // Пилипенко Н.М. Педагогіка і психологія. 2005. № 2. С. 116-126.

39. Подкоритов В. С., Чайка Ю. Ю. Депресії сучасна терапія Харків: Торнадо, 2003. 351 с.

40. Рєпнова Т.П. Феномен емоційної зрілості і кризи розвитку //Практична психологія та соціальна робота. 2020. № 5. С. 77-79.

41. Смульсон М. Л., Мещеряков Д. С., Назар М. М. Розвиток інтелекту і суб'єктності дорослих у віртуальному просторі // Професійна педагогіка і андрагогіка: актуальні питання, досягнення та інновації: мат-ли міжнародн. наук.-практ. конф. (м. Кривий 177 Ріг, 20–21 листопада 2017р.) / [за ред. О.

- О. Лаврентьєвої, Т. М. Мішеніної]. Кривий Ріг, 2017. С. 113–115.
42. Прихована депресія, причини, лікування. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://medicine.co.ua/xvorob-roaza-kategoriy/1321-prukhovana-depresia.html>
43. Самогубства та депресії / за ред. Г. О. Слабкого. К.: Наукова думка, 2021. 432 с.
44. Савчин М. В. Вікова психологія: навч. посіб. К.: Академвидав, 2006. С. 234- 357. (Альма-матер).
45. Сакович Н. Профілактика суїциду [Електронний ресурс] // Перший психологічний портал м. П'ятигорську. – Режим доступу : <http://5psy.ru.>)
46. Синицький В.М. Депресивні стани. Київ: Наукова думка.2006. 272 с.
47. Скринінгові дослідження в практиці сімейного лікаря: обстеження на схильність до самогубства та депресії / за ред. Г. О. Слабкого. К.: Генеза, 2021. 232с.
48. Сугестивні технології маніпулятивного впливу: навч. посіб. / [В. М. Петрик, М. М. Присяжнюк, Л. Ф. Компанцева, Є. Д. Скулиш, О. Д. Бойко, В. В. Остроухов] ; за заг. ред. Є. Д. Скулиша. 2-ге вид. К. : ЗАТ «ВІПОЛ», 2011. 248 с.
49. Соколова Е.Т. Дослідницькі та прикладні задачі в психотерапії особистісних розладів. Соціальна й клінічна психіатрія. Том 8. №2. 1998. С. 45-52
50. Соціально-педагогічне консультування у службі: «Телефон довіри». К.:ДЦССМ, 2023. 164 с.
51. Соціальна робота в Україні: навч. посібник / І. Д. Зверева, О. В. Безпалько, С. Я. Марченкотаін., за заг. ред. І. Д.Зверєвої, Г. М. Лактіонової. К.: Центр навчальної літератури, 2004. 512 с.
52. Світова гібридна війна. Український фронт. Монографія / за заг. ред. В.П. Горбуліна. К.: НІСД, 2017. 496 с.
53. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія : навчально-методичний посібник. Вінниця : Віндрук, 2014. 100 с. : табл.

54. Теорії та методи соціальної роботи: Підручник для студентів вищих навчальних закладів / За ред. Т.В.Семигіної, І.І.Миговича. К.: Академвидав, 2005. 341 с.

55. Технології соціально-педагогічної роботи: навч. посібник / За заг. ред. проф. А. Й. Капської. К., 2020. 156 с.

56. Томчук С.М. Динаміка негативних психічних станів у молодших студентів та шляхи їх трансформації // Психологія та суспільство, 2005. №3. С. 101-108.

57. Трубавіна І.М. Консультування сім'ї. Науково-методичні матеріали. Частина І.К.: ДЦССМ, 2013. 251 с.

58 Титаренко Т. М. Способи підвищення психологічного благополуччя особистості, що пережила травму. URL: <https://msu.edu.ua/psixologiya-teoriyai-praktika/titarenko-t-m-sposobi-pidvishhennya-psixologichnogo-blagopoluchchyaosobistosti-shho-perezhila-travmu/>

59. Чепелева Н. В. Текст і читач: посібник. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2015. 124 с. Електронний ресурс: <https://lib.iitta.gov.ua/10285/>

60. Яковенко С.І. Психологія в силових структурах України / Psychology in security forces of Ukraine // International Journal of Education&Development. Issue 2. Psychology / Taras Shevchenko National University of Kyiv, Ukrainian Association of Educational and Developmental Psychology. – Co-publ. : Publishing office: Accent Graphics Communications – Hamilton, ON, – 2017. – С. 63-67.

61. Potter W. J. Media Literacy. Thousand Oaks / W. J. Potter. London : Sage Publication, 2001. 423 p.

ДОДАТКИ

*Ймовірність суїцидальних дій відповідно до типу акцентуації
характеру*

Тип акцентуації	Ймовірні суїцидальні прояви у підлітків
Гіпертимний	Гіпертимному виду акцентуації прояви суб'єктивного тяжіння до аутодеструкції є цілковито не характерними. Гіпертими не виявляють схильність завдавати самому собі шкоди в фізичному, соціальному, психологічному становищі. Суїцидальні спроби й думки їм не є властивими.
Циклоїдний	Циклоїдному виду акцентуації характеру саморуйнівна поведінка є залежною від фаз. Так, у гіпертимній фазі прагнення до саморуйнівної поведінки є відсутнім. Під час субдепресивної фази можливим є виникнення суїцидальної поведінки. Вчинення суїцидальних дій, зазвичай, здійснюються в стані афекту, насамперед, коли з усіх боків звучать звинувачення чи мають місце значні невдачі, публічно принижено самолюбство. Усі ці обставини нашоухують на думку щодо власної неповноцінності, нікчемності.
Емоційно-лабільний	Емоційно-лабільним підліткам є найбільш притаманними афективні реакції «інтропунітивного» виду. Так, їх афективна суїцидальна поведінка характеризується оперативністю прийняття рішень і їх реалізацією. Основним мотивом не є лишень прагнення померти, котре є мимовільним та не дуже домінуючим, а прагнення «що-небудь зробити із самим собою». Можливість настання смерті, водночас, припускається. Іншим чинником є прагнення «забутись», відокремитися від наявних життєвих негараздів й проблем.

Сенситивний	Сенситивним підліткам є характерними страждання від відчуття особистої неповноцінності. У випадках, коли вони є предметом недоброзичливого ставлення зі сторони людей, котрі їх оточують, коли їхня репутація «падає», коли мають місце несправедливі публічні звинувачення, то це зумовлює утворення реактивної депресії. Хвилюваннями, апріорі, з родичами та друзями не діляться, що поступово призводить до утворення суїцидальних намірів, котрі реалізуються вкрай несподівано для всіх оточуючих.
Психоастенічний	Психастенічний тип акцентуації взагалі не спричиняє саморуйнівну поведінку.
Шизоїдний	Шизоїдним підліткам не є притаманною схильність до проявів суїцидальної поведінки та завдання самому собі тілесних ушкоджень.
Епілептоїдний	<p>Епілептоїдний тип акцентуації сам по собі зумовлює загрозу саморуйнівної поведінки. Складні дисфорії з реальними суїцидальними діями є найбільш характерними для «епілептоїдних» психопатій. За таких акцентуацій досить часто має місце демонстративний вияв суїцидальної поведінки: позаяк реального прагнення позбавити себе віку немає, а основна мета полягає у завданні кривдникові значних неприємностей чи налякати когось. Водночас, демонстративні за власним помислом дії реалізуються в стані афекту, що спричиняє до того, що межі обережності можуть бути перейденими, і демонстративна за своїм помислом дія завершується або трагічним, або нещасним інцидентом.</p> <p>Афективним реакціям найчастіше є притаманним агресивний (екстрапунітивний) характер, але на самоті чи у безвихідних ситуаціях агресія, подеколи, обертається власне на саму особу. Досить часто підліток наносить сам собі порізи, позаяк вигляд своєї крові дає йому хоч якесь полегшення.</p>

Істероїдний	Істероїдній акцентуації типу характеру є властивим демонстративність і претензійність, що чинить вплив на його саморуйнівну поведінку. Власне істероїдному типу акцентуації є притаманним прояв демонстративних суїцидальних дій. Жодного умисного прагнення померти у них не буває, позаяк вони таємно убезпечуть усі міри, щоб це не трапилося.
Нестійкий	За наявності нестійкого типу акцентуації характеру є нехарактерною навмисна саморуйнівна поведінка, позаяк суїцидальні спроби є казуїстичною рідкістю. Стійкі гедоністичні установки в їхньому житті є перешкодою для завдання самому собі будь-якої фізичної шкоди.
Конформний	Даному типові саморуйнівна поведінка є можливою лишень як співучасть власне у групових діях однолітків. Діапазон вчинків є значним, а саме: від спільного розпивання алкогольних напоїв і, подеколи, що відбувається вкрай рідко – вчинення спільних суїцидальних дій.

Тест Кеттелла (16 RF– опитувальник).

Фактор А – свідчить про «замкнутість-товариськість». За наявності низьких оцінок особа позиціонується як не комунікабельна, замкнута, пасивна, ригідна та сувора під час оцінки людей. Вона є скептично налаштованою, холодною до оточення, полюбляє перебувати на самоті, в неї відсутні близькі друзі, з котрими вона можна бути цілком відвертою.

За наявності високих оцінок людина є відкритою та щиросердечною, товариською та доброзичливою, їй є властивим природність та безпосередність у поведінці, увага, доброзичливість, щиросердність у взаєминах. Вона вкрай охоче співпрацює з оточуючими її людьми, є активною у медіації конфліктних ситуацій, довірлива, ніколи не боїться критичних зауважень, повсякчас переживає яскраві та позитивні емоції, одразу відкликається на всі події.

Фактор А є орієнтованим на вимірювання рівня комунікабельності людини у малих групах.

Фактор В – є свідченням про наявності «інтелекту». За наявності низьких оцінок людині є властивими конкретність та певна ригідність мислення, подеколи виникає емоційна дезорганізація мисленнєвих процесів.

За наявності високих оцінок спостерігається абстрактність у мисленні, креативність та придатність до швидкого навчання. Має місце певний взаємозв'язок із ступенем вербальної культури й загальної ерудиції.

Фактор С – є свідченням взаємозв'язку поміж «емоційною нестійкістю-емоційною стійкістю». За наявності низьких оцінок даній особі є властивим низький рівень толерантності до фрустрації, цілковита підвладність власним почуттям, зміна інтересів, придатність до лабільності у настрої, роздратованість, швидка втомлюваність, вияви невротичних симптомів, іпохондрія.

За наявності високих оцінок людина є стриманою, працелюбною, емоційно зрілою, реалістично налаштованою, краще придатна виконувати вимоги групи, їй є характерним стійкість інтересів, відсутність нервової втоми. У деяких випадках має місце прояви емоційної ригідності та нечутливості. Фактор С є пов'язаним із силою нервової системи та її лабільністю.

Фактор Е – є свідченням взаємозв'язку поміж «підпорядкованістю-домінантністю». За наявності низьких оцінок людина є сором'язливою, схильною надавати дорогу іншим, досить часто є залежною від обставин, може взяти всю провину на себе, хвилюється стосовно власних можливих огріхів, їй є притаманними тактовність, шанобливість, покора, подеколи, цілковита пасивність.

За наявності високих оцінок людина є владною, незалежною, самовпевненою, впертою, а подеколи, навіть агресивною. Вона є незалежною в міркуваннях й власній поведінці, власну думку є схильною вважати законом як для себе так і для оточуючих. У всіх конфліктах прагне звинувачувати інших, цілковито не визнає владу та тиск із зовні, для себе визнає лише авторитарний стиль управління, прагне досягнути високого статусу; є конфліктною, примхливою.

Фактор F – є свідченням взаємозв'язку поміж «стриманістю-експресивністю». За наявності низьких оцінок людині є притаманною розсудливість, обережність, мовчазність, їй є властиво усе ускладнювати, певна занепокоєність, наявність песимістичності у контексті сприйняття дійсності, повсякчас турбується про власне майбутнє, повсякчас очікує невдачі. Для оточуючих вона видається нецікавою, в'ялою та надто манірною.

За наявності високих оцінок людині є притаманно життєрадісність, імпульсивність, безпечність, веселість, говіркість, енергійність, наявність соціальних контактів для неї емоційно значущими. Вона є експансивною, щирою у взаєминах із людьми. Високий ступінь емоційності, динамічності

спілкування слугують тому, що вона досить часто стає формальним чи неформальним лідером та ентузіастом під час групової діяльності, повсякчас вірить у власну удачу.

Оцінка за фактором F є відображенням емоційного забарвлення та динамічності у спілкуванні.

Фактор G – є свідченням взаємозв'язку поміж «підвладність відчуттям-високій нормативності поведінки». За наявності низьких оцінок людина є схильною до мінливості, є підвладною впливам випадків та обставин, не докладає зусиль задля реалізації групових вимог та норм. Їй є характерним безпринципність, неорганізованість, безвідповідальність, гнучкі установки стосовно наявних соціальних норм. Так, її свобода від впливу норм подеколи призводить до проявів антисоціальної поведінки.

За наявності високих оцінок можна спостерігати осмисленість у дотриманні норм та правил поведінки, високий ступінь наполегливості під час досягнення власної мети, точність, високий рівень відповідальності, ділова активність.

Фактор G позиціонує, як різноманітні норми та заборони чинять регулюючий вплив на поведінку та взаємини людини з її оточенням.

Фактор H – є свідченням взаємозв'язку поміж «нерішучістю-сміливістю». За наявності низьких оцінок людина є сором'язливою, невпевненою у власних силах, стриманою, нерішучою, прагне перебувати у тіні інших. Вона повсякчас віддає перевагу власне не великому товариству, а лишень одній чи двом людям, або товаришам. Їй є характерна підвищена чутливість до погроз.

За наявності високих оцінок людина є соціально сміливою, активною, готовою мати справу із незнайомими їй обставинами та людьми. Їй є притаманними схильність до ризику, у невідомому колективі почувається вільно.

Фактор H позиціонує реактивність на загрозу в будь-яких соціальних обставинах та визначає рівень активності під час соціальних контактів.

Фактор І – є свідченням взаємозв'язку поміж «жорстокістю-чутливістю». За наявності низьких оцінок людина є мужньою, самовпевненою, розсудливою, їй є притаманними реалістичність у судженнях, є практичною, подеколи жорстокою, суворою, черствою стосовно оточуючих.

За наявності високих оцінок людина є м'якою, залежною, спрямованою на заступництво, схильною до романтизму, артистичною натурою, жіночною, їй є притаманне художнє сприйняття навколишнього світу. Можна зазначати про розвинуту придатність до емпатії, виявів співчуття, співпереживання іншим людям.

Фактор L – є свідченням взаємозв'язку поміж «довірливістю-підозріливістю». За наявності низьких оцінок людина є відвертою, довірливою, доброзичливою стосовно інших людей, терпимою, поступливою. Вона є вільною від заздрощів, досить легко співпрацює з людьми у колективі.

За наявності високих оцінок людина є ревнивою, заздрісною, їй є характерним підозріливість, їй є властивою значна зарозумілість. Її власні інтереси є спрямованими лишень на саму себе, вона є обережною у власних діях та егоцентрична.

Фактор L є свідченням щодо емоційного відношення до людей.

Фактор M – є свідченням взаємозв'язку поміж «практичністю-розвинутою уявою». За наявності низьких оцінок людина є практичною, добросовісною, повсякчас є орієнтованою на наявну реальність та дотримується загально-прийнятих норм, їй є притаманною певна обмеженість та зайва увага до несуттєвих дрібниць.

За наявності високих оцінок людина має розвинуту уяву, є орієнтованої на власний внутрішній світ, їй є притаманним високий рівень творчого потенціалу.

Фактор N – є свідченням взаємозв'язку поміж «прямолинійністю-дипломатичністю». За наявності низьких оцінок людина є прямолинійною, наївною, природньою, безпосередньою у поведінці.

За наявності високих оцінок людина є розважливою, проникливою, розумною, їй є притаманним сентиментальний підхід до наявних подій та оточуючих її людей.

Фактор O – є свідченням взаємозв'язку поміж «впевненості у собі-тривожності». За наявності низьких оцінок людина є холоднокровною, спокійною, безтурботною, впевненою у собі.

При наявності високих оцінок людина є тривожною, депресивною, вразливою.

Фактор Q1 – є свідченням взаємозв'язку поміж «консерватизмом-радикалізмом». За наявності низьких оцінок людина є консервативною, стійкою до наявних труднощів. Вона чітко знає, у що їй слід вірити, та, не дивлячись на наявну непереконливість певних принципів, не здійснює пошук нових, із певним сумнівом відноситься до нових ідей, є схильною до виявів моралізаторства та повчання. Цілковито не погоджується із перемінами та її не цікавлять аналітичні та інтелектуальні міркування.

За наявності високих оцінок така людина є налаштована вкрай критично, їх є притаманні інтелектуальні інтереси, аналітичний тип мислення, прагне бути дуже добре поінформованою. Їй є притаманною схильність до експериментів, спокійно сприймає новітні, неусталені, думки та зміни, не довіряє «авторитетам», нічого не сприймає на віру.

Фактор Q2 – є свідченням взаємозв'язку поміж «конформізмом-нонконформізмом». За наявності низьких оцінок людина є залежною від групи, повсякчас слідує за існуючою суспільною думкою, прагне та працює, і приймає рішення спільно з іншими людьми, є орієнтованою власне на соціальне схвалення. Водночас, у неї досить часто є відсутньою ініціатива стосовно прийняття рішення.

За наявності високої оцінки людина повністю визнає свої рішення, є незалежною, повсякчас прямує обраною нею дорогою, самостійно приймає рішення та самостійно діє. Водночас, маючи особисту думку, вона не прагне її нав'язувати оточуючим.

Не можна говорити про те, що вона цілковито не любить людей, у неї просто відсутня потреба у їхній підтримці та схваленні.

Фактор Q3 – є свідченням взаємозв'язку поміж «низький самоконтролем-високим самоконтролем». За наявності низьких оцінок людина є недисциплінованою, їй є притаманним внутрішній конфлікт уявлення стосовно себе. Людина не є занепокоєною стосовно виконання соціальних потреб.

За наявності високих оцінок у людини є розвинутий самоконтроль, точність та чіткість стосовно виконання усіх соціальних вимог. Людина прямує власній уяві стосовно себе, дуже добре вміє контролювати власні емоції та поведінку, кожен розпочату доводить до логічного кінця, їй є притаманною цілеспрямованість та інтегрованість її як особистості.

Фактор Q3 вимірює ступінь внутрішнього контролю за поведінкою.

Фактор Q4 – є свідченням взаємозв'язку поміж «розслабленням-напруженістю». За наявності низьких оцінок людина є розслабленою, в'ялою, спокійною, з низьким рівнем мотивації, лінивою, надмірно задоволеною та незворушливою.

Висока оцінка є свідченням про наявність напруженості, фрустрованості, наявного збудження та неспокою. Людина, перебуваючи в стані фрустрації, є наслідком підвищеного ступеня мотивації, їй є властивим активне невдоволення наявним станом речей.

Фактор MD – є свідченням взаємозв'язку поміж «адекватності самооцінки». Чим вищою є оцінка за цим фактором, тим в більшій мірі людині є властивим завищення власних можливостей та переоцінювати самого себе.

Інструкція до методики визначення самотності

Інструкція: Вам є запропоновано низку тверджень. Слід їх розглянути та здійснити їх оцінювання з позиції частоти їхніх виявів у вашому особистому житті за допомогою чотирьох наданих варіантів відповідей: «часто», «інколи», «рідко», «ніколи».

Визначення властивостей, котрі будуть досліджуються у тесті:

Особистісна тривожність – це придатність людини до переживання стану тривоги, котра характеризується вкрай низьким порогом утворення реакції тривоги.

Фрустрація – це психічне становище, котре виникає в результаті реальної чи уявної перешкоди, котра чинить перешкоду для досягненні поставленої мети.

Агресія – це підвищений рівень психологічної активності, бажання до лідерства шляхом використання сили відносно інших осіб.

Ригідність – це утруднення у переміні запланованої суб'єктом діяльності за умов, котрі об'єктивно потребують її перебудови.

Інструкція до методика визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська)

Форма проведення: як індивідуальна так і групова.

Час проведення: впродовж 30-45 хв.

Вік респондентів: з 14 років.

Інструкція респонденту. Зараз вам будуть зачитані наступні твердження, прохання напроти кожного із них поставте оцінку за наступним принципом: коли ви погоджуєтеся з даним твердження – тоді ставимо оцінку – 2, коли твердження не цілком вам підходить – тоді ставимо оцінку – 1, коли твердження цілком вам підходить – тоді ставимо оцінку — 0.

Група підсумувала, що власне показники «тривожності», «фрустрації», «агресивності», «ригідності», а також усвідомлене стремління до життя чинять вплив на поведінку респондента за наявності несприятливих умов [61].

Визначення характеристик, які досліджуються в тесті:

Особистісна тривожність – це придатність людини до переживання стану тривоги, котра характеризується вкрай низьким порогом утворення реакції тривоги.

Фрустрація – це психічне становище, котре виникає в результаті реальної чи уявної перешкоди, котра чинить перешкоду для досягненні поставленої мети.

Агресія – це підвищений рівень психологічної активності, бажання до лідерства шляхом використання сили відносно інших осіб.

Ригідність – це утруднення у переміні запланованої суб'єктом діяльності за умов, котрі об'єктивно потребують її перебудови.

Інструкція до методики диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (адаптація Т.І. Балашової)

Інструкція: прочитайте запропоновані твердження. Навпроти кожного твердження поставте поруч із ним цифру, в залежності від того, як саме ви відчуваєтеся останнім часом. Прохання довго не розмірковувати над питаннями, позаяк вірних чи невірних відповідей не має.

За отриманими результатами проведеного діагностування, можна встановити:

- діагностовано не депресивний стан;
- легкий рівень депресії ситуативної чи невротичної природи;
- наявний субдепресивний стан чи замаскований стан депресії;
- наявний депресивний стан.

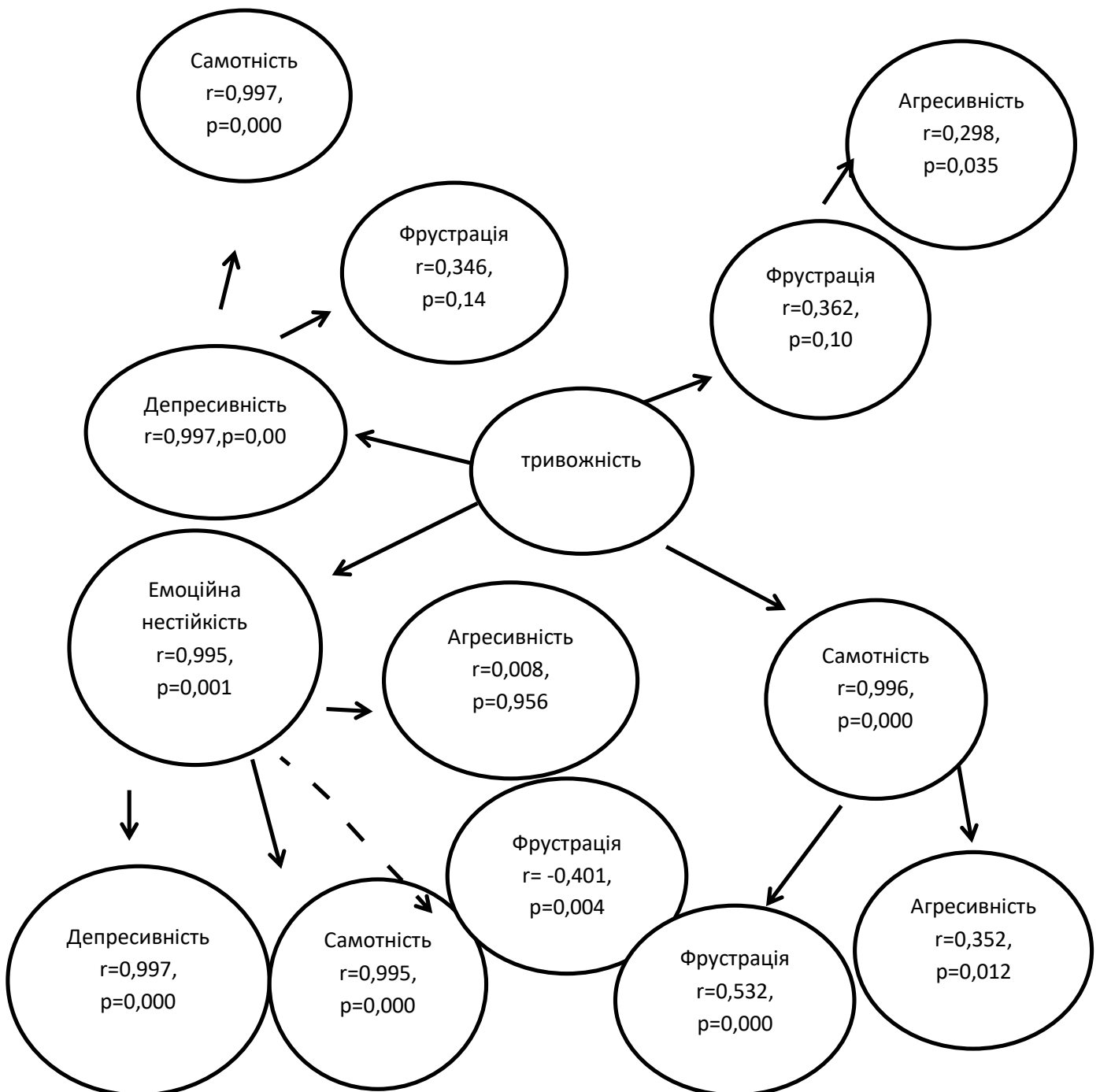


Рис. 3.1 Кореляційна плеяда «Тривожності, агресивності, фрустрації, депресивності, самотності, емоційної нестійкості –емоційної стійкості»

Результати факторного аналізу на шкалах (ротація Varimax)

	Чинники					
	Циклотомічна стриманість	Емотивна тривожність	Дистемічна жорстокість - сміливість	Демонстративність	Агресивність	Депресивна тривожність
Тривожність	,112	,128	,134	,277	-,073	,849
Емоційна стійкість -емоційна нестійкість	-,770	-,281	-,007	,123	,273	,167
Депресивність	,324	,091	,081	-,232	,187	,680
Самотність	,634	-,027	,111	,190	,349	,269
Фрустрація	,596	,568	-,194	,026	,299	,268
Емотивність	,091	,673	,461	-,260	,013	-,188
Цикломічність	,699	,180	,124	-,031	,423	,219
Демонстративність	,118	-,123	,211	,858	,073	-,110
Неврівноваженість	,038	,083	-,097	-,147	,891	-,018
Дистемічність	,360	-,072	,630	,217	,298	,136
Підвладність почуттям Нормативна поведінка	,074	,019	,221	-,851	,161	-,213
Жорстокість сміливість	-,091	-,011	,863	-,106	-,175	,114
Впевненість стриманість	-,625	,493	,319	-,018	-,058	,129

Низький самоконтроль	-	-,670	,220	-,237	-,082	,051	-,278
Високий самоконтроль							
Тривожність		,064	,872	-,144	-,035	,147	,216
Агресивність		,042	,349	,529	,211	,575	,122
Відсоток дисперсії		18,56%	13,20%	12,53%	11,52%	11,30%	10,53%

Графік компонент в повернутому просторі

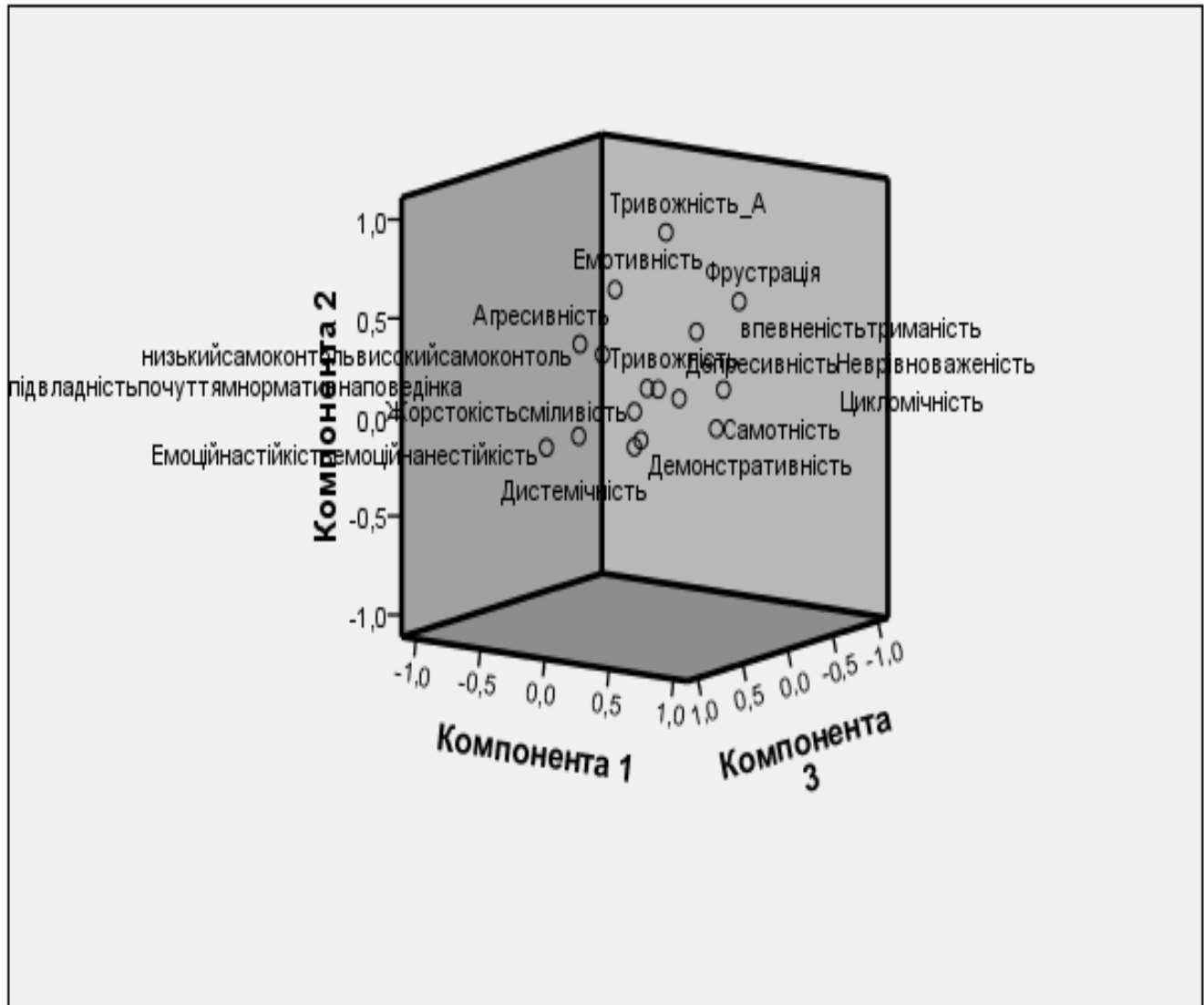


Рис. 3.2 Графічне представлення факторних навантажень

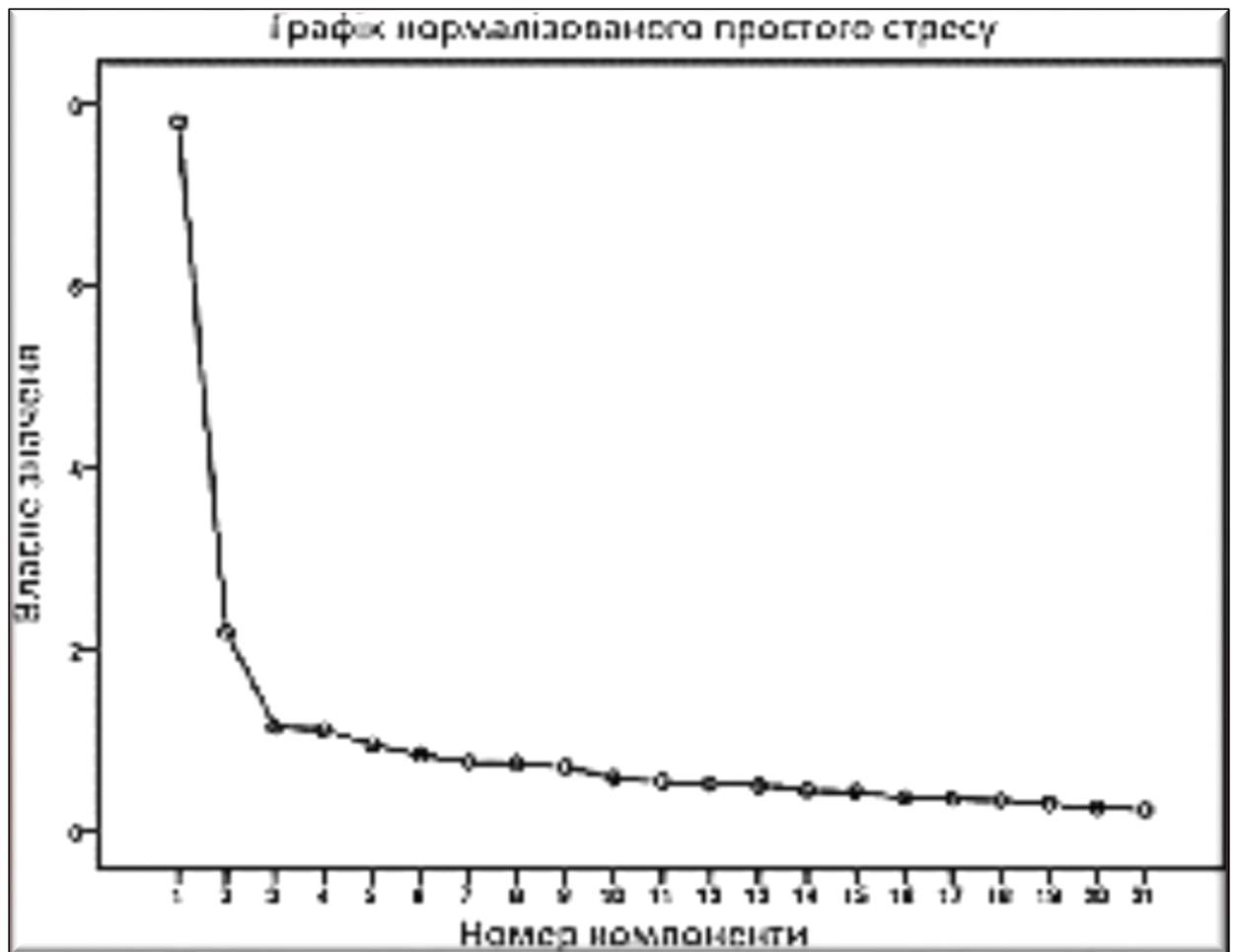


Рис. 3.3 Критерій кам'янистого насипу