МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ

Федеральное государственное бюджетное образовательное

учреждение высшего профессионального образования

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

**Курсовая работа**

**по дисциплине «Психология»**

**Тема: “Суицидальное поведение подростков”**

Выполнила: Сновальникова Наталья,

студентка 2 курса, гр. 12ИПН-1

Проверила: Мендова Н.С

ПЕНЗА, 2014

Оглавление

Введение

Глава 1. Теоритический анализ суицидального поведение подростков как социально-психологическое явление

1.1 Психологические особенности подростков с риском суицида

1.2 Проблема суицида, его факторы и профилактика

Глава 2. Эмпирическое исследование проблемы суицидального поведения подростков

2.1 Процедура и методы исследования

2.2 Анализ и интерпретация результатов изучения суицидального поведения подростков

Заключение

Список литературы

# Введение

В пoследние дeсятилетия суицидaльнoe пoвeдeниe пoдростков стaлo весьма актуальной проблемой вo мнoгих стрaнaх. Числo сaмоубийц срeди пoдрoстков неуклoннo вoзрастает. Пo дaнным Всeмирнoй oрганизации здравоохранения, количество суицидов среди лиц в возрасте 15-24 лет в последние 15 лет увеличилось в 2 раза и в ряду причин смертности во многих экономически развитых странах занимает 2-3-е место. Самоубийство у подростков приходится до 100-200 суицидальных попыток. По абсолютному количеству самоубийств среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет Россия, к сожалению, занимает 1-е место в мире. Ежегодно добровольно расстаются с жизнью oкoлo 2500 несoвершеннолетних. Анaлиз суицидальных проявлений у подростков свидетельствует о том, чтo суицидальное поведение в этом возрасте, имея мнoго общего c aналогичным поведением у взрослых, несет в себе и ряд отличий. Это обусловлено спецификой физиологических и психологических механизмов, свойственных растущему oрганизму и формирующейся личности в период социально-психологического становления.

Цeлью нашей курсовoй рабoты является изучение суицидального поведения подростков, психологических осoбенностей подрoстков, причин, фaкторов суицида и его профилактики.

Гипотеза: Гипoтeза заключается в прeдположении о том, что суицидальное намерение у пoдростков исхoдит от их несостоятельности в жизни, от нeдовольства сoбой и oкружающим миром.

Задачи:

.Изучить суицид как явление в подростковом возрасте.

.Рассмотреть причины, вызывающие суицидальное поведение в подростковом возрасте.

.Рассмотреть содержание профилактики суицида.

.Провести анализ и выявить уровень сформированности суицидальных намерений у испытуемых.

.Подвести итоги.

Объектом нашего исследования является суицидальное поведение подростков.

Предмет исследования - причины суицидального поведения подростков.

Методы исследования: опросник суицидального риска (модификация Т. Н. Разуваевой)

# Глава 1. Теоретический анализ суицидального поведение подростков как социально-психологическое явление

## .1 Психологические особенности подростков с риском суицида

Внешние формы суицидальной активности принято разделять на две группы:

Суицидальные попытки - целенаправленные акты поведения, направленные на лишение себя жизни, не закончившиеся смертью.

Завершенный суицид - действия заканчиваются смертью.

У подростков часты не столько завершенные суициды, сколько замыслы и попытки. Присутствует демонстративно-шантажное поведение, которое предполагает не столько смерть, сколько воздействие на значимых лиц. При таком поведении подросток в действительности не хочет умирать и избирает суицид как способ влияния на жизненные условия и людей, от которых зависит исправление этих условий.

В практической работе психологов эта особенность подростковой аутодеструктивности имеет важное значение, поскольку дети не ищут смерти как таковой и не стремятся к сознательному нанесению вреда себе.

С ними необходимо проводить как коррекционную работу (исправление саморазрушительных установок и развитие конструктивности), так и профилактические мероприятия (выявление подростков группы суицидального риска, в том числе посредством психодиагностики).

Особое внимание следует обращать на подростков с акцентуациями характера, изолированных и отверженных в среде сверстников, имеющих опыт незавершенного суицида.

Самым оптимальным методом психолого-социальной коррекции таких подростков является включение их в групповую коррекционную работу, где они имеют возможность научиться конструктивно разрешать трудные жизненные ситуации.

Перед включением в коррекционную группу с подростком необходимо провести серию консультативных бесед с целью минимизации риска суицидальной попытки. При консультировании нужно придерживаться следующих правил:

. Выслушивание. Подростка часто пугают собственные намерения, поэтому он жаждет высказаться. Ему следует дать возможность говорить свободно, не перебивать, не спорить, больше задавать вопросов, чем говорить.

. Банализация - снятие представлении об исключительности страдания. Суициденту его проблема представляется зачастую глобальной и уникальной, он подавлен ею и не способен критически посмотреть на нее. Особенно склонны к этому подростки из-за недостаточности их жизненного опыта и отсутствия понимания, что в конечном итоге все проходит.

. Эстетический подход. Подросткам крайне небезразлична их внешность, даже после смерти. Поэтому очень результативным способом профилактики суицида является описание, как будет выглядеть их труп.

. Напоминание об обязанностях и связях с близкими. Следует искать в окружении подростка близкого человека, которого он не хотел бы огорчить своим поступком.

. Взвешивание плохого и хорошего. Подростку следует помочь сосредоточиться не только на негативных сторонах актуальной ситуации, но и оживить» представления о том хорошем, что есть у него в жизни.

. Контрастирование. Известно, что люди легче переносят страдания, если кто-то страдает еще больше. Подростку полезно показать примеры того, как люди мужаются и продолжают бороться, будучи в гораздо худшем положении, чем он.

. Использование имеющегося опыта решения проблем. Подростку следует напомнить его навыки в разрешении проблем и привлечь его прошлый опыт для разрешения настоящей ситуации.

.Пробуждение потенциала силы. Следует помочь найти подростку в себе энергетическое начало, на которое он будет опираться: сила воли, физическая сила, терпение.

. Позитивное будущее. Следует помочь построить планы на будущее, выявить желания и мечты, ради реализации которых подросток будет стремиться вперед.

. Структурирование действий. Совместно с подростком вы страивается план действий на ближайшее время, ему рекомендуется придерживаться этого плана.

. Переключение на заботу о других. Многие люди способны забыть о своих проблемах, занимаясь кем-то более слабым и незащищенным. Для подростка такими объектами могут стать домашние животные, младшие братья и сестры.

. Расширение круга интересов. Подростку следует помочь подыскать такие занятия, которые помогли бы ему отвлечься, обрести радость. Можно обсудить занятия спортом, в кружках, участие в коллективных мероприятиях.

## 1.2 Проблема суицида, его факторы и профилактика

В настоящее время общественность не перестает волновать проблема подростковых суицидов, число которых неуклонно возрастает. Данная тенденция отмечается не только в России, но и в ряде западных стран. По данным Всемирной организации здравоохранения, количество суицидов среди лиц в возрасте 15-24 лет в последние 15 лет увеличилось в 2 раза и в ряду причин смертности во многих экономически развитых странах занимает 2-3-е место. Необходимо также учитывать, что на каждое законченное самоубийство у подростков приходится до 100-200 суицидальных попыток.

По абсолютному количеству самоубийств среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет Россия, к сожалению, занимает 1-е место в мире. Ежегодно добровольно расстаются с жизнью около 2500 несовершеннолетних. Ожидается, что в последующие 10 лет число самоубийств среди подростков будет расти быстрее, чем ранее.

Анализ суицидальных проявлений у подростков свидетельствует о том, что суицидальное поведение в этом возрасте, имея много общего с аналогичным поведением у взрослых, несет в себе и ряд отличий. Это обусловлено спецификой физиологических и психологических механизмов, свойственных растущему организму и формирующейся личности в период социально-психологического становления.

В последние 10-летия произошел резкий сдвиг в скорости биологического созревания молодежи. Снизился возраст возникновения месячных у девочек примерно с 16-17 до 12-13 лет. Для современных подростков характерно более раннее начало половой жизни, учебной и трудовой деятельности. Их психологическое развитие и социальная адаптация в какой-то степени не способны угнаться за теми требованиями общества, которые позволяют характеризовать подростка как готового к взрослой и самостоятельной жизни. Экономические и социокультуральные изменения, которые произошли за последние 20 лет, имеют и определенную негативную роль. Растет распространенность и легкодоступность алкоголя, наркотических средств среди молодежи, которые нередко являются составной частью суицидальной попытки, притупляя чувство самосохранения. Информационная «поддержка» современными СМИ темы суицида, нейтральное отношение к нему общества, распространение суицидальных интернет-сообществ, пропагандирующих индивидуальный или расширенный киберсуицид, также повышают риск совершения суицида у подростков.

По данным А.Е. Личко, лишь в 10% случаев у подростков имеется истинное желание покончить с собой (покушение на самоубийство), в 90% суицидальное поведение подростка - это «крик о помощи». Неслучайно 80% попыток совершается дома, притом в дневное или вечернее время, т.е. крик этот адресован к ближним прежде всего [9].

В зарубежной литературе рассматривается «когортная теория», согласно которой имеется взаимосвязь между ростом суицидов в подростковом возрасте и относительной численностью соответствующих когорт рождения. По мнению авторов, чем выше доля когорты в общей структуре населения страны, тем большие трудности приходится испытывать ее представителям в конкурентной борьбе за доступ к дефицитным социальным ресурсам в сфере занятости, образования, здравоохранения и т.д. Невозможность удовлетворения насущных потребностей приводит молодых людей к депривации и аутодеструктивным действиям.

Ю.В. Попов, А.В. Бруг дают оценку одной из форм суицидального поведения у подростков - аддитивного [11]. По их мнению, так как в большинстве случаев суицидальное поведение - это своеобразный «крик о помощи», то в ситуации хронического стресса, негативного эмоционального климата в семье, в отсутствие позитивного опыта решения стрессовых ситуаций - суицидальное поведение может закрепляться как способ хотя бы временного (либо очень быстрого) разрешения семейных и личных проблем. И поскольку у детей и подростков аффективное реагирование, особенно если оно приобретает патологический характер, характеризуется стереотипным повторением, реакциями «клише», то в дальнейшем уже на любые проблемы подросток дает привычную реакцию. Он становится зависимым от привычной формы реагирования.

Наиболее распространенной в отечественной суицидологии является концепция А.Г.Амбрумовой, согласно которой «суицидальное поведение - это следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микроконфликта» [1].

По мнению А.Г. Амбрумовой, к особенностям суицидального поведения в молодом возрасте относятся:

. Недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий. Понятие «смерть» в этом возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. В отличие от взрослых у подростков отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажным аутоагрессивным поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения.

. Несерьезность, мимолетность и незначительность (с точки зрения взрослых) мотивов, которыми подростки объясняют попытки самоубийства. Этим обусловлены трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружающих случаев.

. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств подростков с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д. При этом в подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых.

По данным исследований В.В. Нечипоренко, для суицидентов-подростков характерны следующие особенности: обидчивость, ранимость; снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам; низкая самооценка; отвержение социальным окружением, чувство покинутости; переживание собственной несостоятельности, физического отставания; избегание «нагрузочных» ситуаций и пассивность в разрешении трудных ситуаций [10].

Е.М. Вроно отмечает, что подросток часто переживает проблемы трех «н»: непреодолимость трудностей, нескончаемость несчастья, непереносимость тоски и одиночества. При этом он должен бороться с тремя «б»: беспомощностью, бессилием, безнадежностью [5].

Следует отметить, что у подростков пресуицидальный период не так отчетливо выражен, как в более старшем возрасте. Частота завершенных суицидов по сравнению с покушениями относительно невелика - 1% попыток к самоубийству подростков заканчивается смертью. Следует иметь в виду, тем не менее, что суицидальные попытки, как правило, содержат реальную угрозу для жизни юного суицидента. Очевидно также относительное преобладание подростков-суицидентов старшего пубертатного возраста.

В младшем подростковом возрасте суицидальные попытки наблюдаются у мальчиков и девочек приблизительно поровну, а в среднем и старшем пубертатном периоде попытки самоубийства совершают по преимуществу девочки.

Важным для подросткового возраста является момент установления истинности суицидальных действий путем оценки осознанности суицида, которая в немалой степени определяется особенностями трактовки подростком феномена смерти. К периоду адолесценции вместе с появлением относительной зрелости и социализированности личности появляются адекватные представления о смерти как о необратимом прекращении жизни. У подростков формируется страх смерти, который, однако, еще не базируется на осознанном представлении о ценности жизни. «Метафизическая интоксикация», свойственная психологии подростка, выражается, в частности, в углубленном размышлении на тему жизни и смерти. Общая неустойчивость, недостаточность критики, повышенная самооценка и эгоцентризм создают условия для снижения ценности жизни, что негативно окрашивает эмоциональность подростка и в конфликтной ситуации создает предпосылки для суицидального поведения. Вместе с тем при наличии определенного инфантилизма личности возможен регрессивный уход к более ранним, свойственным в большей степени детскому возрасту представлениям о смерти как о возможности двойственного бытия: считаться и быть умершим для окружающих и в то же время самому наблюдать их отчаянье, быть свидетелем собственных похорон и раскаяния своих обидчиков.

Немаловажным представляется вопрос о религиозной вере как об одном из определяющих антисуицидальных факторов. Понимание «греховности» суицида порой является для подростка сдерживающим фактором. С.Б. Борисов [3], исследовавший мнение современной молодежи относительно восприятия смерти, выявил интересные факты: 70% респондентов в той или иной форме признавали бытие души после физической смерти, из них 40% верили в реинкарнацию, однозначно отвергали бытие души после смерти всего 9% интервьюируемых.

По данным В.Т. Кондрашенко [8], суицидальные действия у подростков обусловлены следующими причинами: 10% - психотические расстройства; 15% - невротические состояния; 1% - тяжелые соматические заболевания; 12% - сложная семейная ситуация; 18% - сложная романтическая ситуация; 15% - проблемы самореализации в референтной группе; 7% - боязнь ответственности за совершенные действия; 8% - дидактогении; 5% - употребление алкоголя и наркотических веществ; 9% - невыясненные причины.

По мнению А. Аптера [2], в популяции подростков особое значение для суицидальности имеют следующие коморбидные сочетания:

. шизофрении, депрессии и злоупотребления психоактивными веществами;

. злоупотребления психоактивными веществами, расстройств поведения и депрессии;

. аффективного расстройства, расстройств пищевого поведения и тревожных расстройств;

. аффективного расстройства, расстройства личности (параноидное и шизоидное расстройства личности) и диссоциативных расстройств (проявляющихся дезинтеграцией функций сознания, памяти, идентификации или восприятия мира). Эти сочетания требуют энергичного психиатрического вмешательства.

По данным Л.Я. Жезловой, среди детей-суицидентов до 13 лет больные шизофренией составили 70%, а лица с ситуационными реакциями - 18%; в более старшем возрасте (13-14 лет) число страдающих шизофренией уменьшилось до 38%, а количество лиц с ситуационными реакциями, наоборот, возросло до 60% [7].

Связь между аффективными расстройствами у подростков и суицидальностью подтверждается многочисленными исследованиями.

В подростковом возрасте особенности развития почти неизбежно сказываются в атипичности проявлений аффективного расстройства. Однако по крайней мере на субсиндромальном уровне кратковременные депрессии в этом возрасте не столь редки. Свою роль играет психическая уязвимость подростков, их склонность к депрессивным реакциям и даже клинически оформленным, но обычно реактивным депрессиям. Причины депрессивного реагирования в подростковом возрасте зачастую неординарны - либо сугубо индивидуальны, либо отражают субкультуральные влияния подростковой среды. Малопонятные для взрослых, но значимые для подростков поводы для острой реакции, а также склонность к подражательному поведению могут провоцировать суицидальные действия, чаще всего импульсивные.

Изучение подростков, перенесших эндогенные депрессивные приступы субпсихотического уровня (встречающиеся несравненно чаще, чем психотические, и протекающие в большинстве случаев вне непосредственного наблюдения психиатра, что повышает их суицидальную опасность), выявило наличие суицидальных тенденций почти у 1/3 обследованных и позволило определить основные формы суицидальных действий, в известной степени связанные с особенностями депрессивного синдрома [6].

На основании доминирования у подростков в течение приступа определенного оттенка депрессивного компонента было выявлено 5 типов депрессивных состояний:

. астенический;

. меланхолический;

. тревожный;

. дисфорический;

. апато-динамический.

При этом лишь астенические депрессии не сопровождались суицидальными тенденциями. При меланхолическом, тревожном, дисфорическом вариантах депрессии, несмотря на циклотимный уровень расстройств, аффективные переживания характеризовались достаточной насыщенностью и вторичной психологической переработкой с построениями о неблагоприятно изменившемся отношении окружающих к самому больному. При этих вариантах депрессий суицидальные попытки, как правило, возникали внезапно после объективно незначительной психотравмы (конфликта), которая играла роль катализатора, резко обострявшего имевшиеся стертые депрессивные переживания. Суицидальная решимость в большинстве случаев не была истинной, носила парасуицидальный характер, будучи направленной на восстановление социальных связей с окружающими, отличалась кратковременностью и нестойкостью в силу быстрого ослабления эмоционального напряжения и переключения внимания на иные проблемы.

Иная форма суицидального поведения у подростков выявлялась при адинамических депрессиях, характеризовавшихся ослаблением витально-энергетического тонуса при блеклости, невыраженности собственно аффективного синдрома. В этих случаях суицидальные намерения возникали на фоне монотонной депрессии, не имели связи с психогенией и нередко сопровождались повышенной депрессивно окрашенной рефлексией с рассуждениями о тщетности и мелочности жизненных установок окружающих, о меркантильности человеческих взаимоотношений, о собственной неприспособленности к реальной жизни. Суицидальные намерения при этой форме депрессии редко реализовывались в поступки, однако в случае возникновения суицидальных действий последние отличались склонностью к рецидивированию и совершались втайне от окружающих.

Следует отметить, что считающиеся классическими для больных эндогенными депрессиями формы суицидальных действий (вследствие идей самообвинения) у подростков наблюдаются достаточно редко, что, очевидно, связано с большей обращенностью «вектора вины» на окружающих.

По данным отечественных и зарубежных исследований, была выявлена очевидная взаимосвязь влияния выраженности и сочетания химических зависимостей на суицидальное поведение подростков. При этом наблюдались гендерные различия, когда у девушек при менее брутальных аддитивных состояниях отмечались высокие аутоагрессивные тенденции по сравнению с подростками мужского пола.

Суицидальное поведение подростков - это в основном проблема «пограничной» психиатрии, т.е. области изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуации характера. Лишь 5% суицидов и попыток падает на психозы, в то время как на психопатии - 20-30%, а все остальное - на так называемые подростковые кризы.

По данным А.Е. Личко [9], суицидальное поведение является одной из распространенных форм нарушений при психопатиях и при непсихотических реактивных состояниях на фоне акцентуаций характера в подростковом возрасте. Среди 300 обследованных им подростков мужского пола суицидальное поведение было отмечено у 34%. Из них демонстративное поведение было констатировано у 20%, аффективные попытки - у 11%, истинные, заранее обдуманные покушения - лишь у 3% .

По мнению У.Отто среди подростков, совершавших суицидные попытки, преобладали истероиды (36%) и инфантильные эмоционально-лабильные субъекты (33%), еще у 13% отмечены астенические черты. Шизоиды и циклоиды встречались крайне редко.

При демонстративном суицидальном поведении 50% оказались представителями истероидного, истероидно-неустойчивого, гипертимно-истероидного типов, в 32% - эпилептоидного и эпилептоидно-истероидного типов и лишь в 18% - были представители всех других типов, причем шизоидных, циклоидных и сенситивных подростков не было вовсе. При аффективном суицидальном поведении 1-е место заняли лабильный и лабильно-истероидный типы (37%), на 2-м месте были другие варианты истероидного типа (23%), по 18% пришлось на сенситивный и конформно-неустойчивый типы и лишь 4% - на эпилептоидный. Истинные покушения в большинстве случаев совершались представителями сенситивного (63%) и циклоидного (25%) типов. Обращает внимание чрезвычайно низкая суицидальная активность шизоидов в подростковом возрасте.

При суицидальных поступках у подростка особое значение приобретает фактор «внушающего влияния самоубийцы в качестве примера». В качестве примера могут выступать суицидальные поступки как «ближнего круга» - родителей, братьев или сестер, друзей или соседей, так и не совсем корректное освещение в средствах массовой информации темы суицида. Очень опасными и часто ведущими к суицидальному действию у подростков являются повторяющиеся угрозы родителей совершить самоубийство, особенно в связи с разводом. Часто в таких случаях дети реализуют намерения родителей. Особенное влияние на молодежь может иметь смерть «кумиров»: знаменитостей, музыкантов, моделей.

Разные публикации в газетах, теле- и радиопередачи о самоубийствах могут, как выяснилось, также подтолкнуть к попыткам самоубийств среди особо чувствительных подростков. В 80-е годы 2 американских детских психиатра описали действие серии телевизионных программ о самоубийствах подростков, которые были показаны с педагогической целью. В течение 2 недель после каждой такой программы количество самоубийств в этой возрастной группе значительно увеличилось. Сейчас информацию (например, описание различных способов самоубийства) можно получить по Интернету, что также может повысить риск подражания. Считается, что подросток, совершивший самоубийство, «вдохновляет» других людей, которые находятся в трудном положении, к таким же действиям. Увеличение случаев самоубийств может наблюдаться в школьной среде или других группах, где подростки хорошо знают друг друга. Те, кто был ближе всего к умершему, переживают очень сильный шок. У них развивается депрессия или посттравматическое стрессовое расстройство.

Для подросткового возраста характерны кластерные суициды в виде эпидемии самоубийств, совершенных сходным способом в короткий период времени. Впечатлительные, склонные к подражанию подростки являются наиболее частыми жертвами информационных программ, документальных или художественных фильмов и публикаций в прессе, в которых освещаются случаи самоубийств. В суицидологии этот феномен известен как «синдром Вертера». Более двух столетий тому назад гениальный немецкий писатель И. Гете написал роман «Страдания юного Вертера». Главный герой романа Вертер застрелился из-за неразделенной любви. Книга имела огромное влияние на читателей и вызвала волну самоубийств по всей Европе. Подражая Вертеру, молодые люди стрелялись перед портретами возлюбленных. Всплеск самоубийств был столь велик, что в некоторых странах роман был запрещен. Эффект подражания и индуцирующее влияние резонансных самоубийств, отраженных в масс-медиа, хорошо известен и в наши дни [12].

В настоящее время большой проблемой стали публикации в средствах массовой информации, в которых суициды и суицидальное поведение являются своеобразной «изюминкой», «изысканной» или «благородной» смертью «мужественного человека». Подробно описывается, как можно «красиво уйти из жизни». Далеко не каждый подросток, имеющий суицидальное поведение, осуществит свои намерения. Но подросткам с уже существующей суицидальной настроенностью, а также со свойственной им впечатлительностью подобная информация может «помочь» принять роковое решение. Кроме того, такая информация направлена на поощрение суицидального поведения как на способ решения проблем. Широкая и доступная информация о суицидах даже в форме их осуждения может спровоцировать суицидальное поведение у подростков, ранее не задумывавшихся об этом. Учитывая и без того возрастающую актуальность подростковых суицидов, это не может не вызывать тревоги, и, видимо, требуются ограничительные меры на подобную информацию.

Основной проблемой постсуицидального периода является то, что основная группа суицидентов-подростков выпадает из поля зрения психолого-психиатрической службы в этот период [4]. Подростки, совершившие суицид, госпитализируются в отделения соматического профиля, где им оказывается неотложная помощь и в лучшем случае предлагается обратиться к психиатру после выписки. Но родители суицидентов намеренно скрывают факт суицида, опасаясь так называемых «социальных последствий» обращения к психиатру. Таким образом, подростки остаются с нерешенными проблемами и без квалифицированной помощи.

Выходом из этой ситуации является использование в работе с данным контингентом подростков многопрофильной бригады, включающей в себя клинического психолога, врача-психиатра, психотерапевта и социального работника. На раннем этапе постсуицидального периода происходит взаимодействие клинического психолога непосредственно с суицидентом и его родителями. Происходит дифференциальная диагностика причин суицида, определение дальнейшей тактики работы многопрофильной бригады. Если первичное психологическое обследование выявило, что причиной суицида явилась непатологическая ситуационная реакция, обусловленная неблагоприятными внутрисемейными отношениями или межперсональными конфликтами, то работа строится следующим образом: психологом назначаются сессия индивидуальной психокоррекции или, при необходимости, занятия у психотерапевта, в то время как социальный работник консультирует семью суицидента. Если при первичном психологическом обследовании обнаружены патопсихологические реакции, задача психолога - убедить подростка, совершившего суицид, и его родителей в целесообразности обращения к психиатру для диагностики расстройства и последующего лечения в условиях специализированного стационара или амбулаторно. На постгоспитальном этапе реабилитацией суицидента занимается психотерапевт, а социальный работник консультирует семью.

Подростки, в особенности при наличии расстройств личности, как правило, негативно относятся к лечению. После совершения суицидальной попытки они в подавляющем большинстве случаев остаются неспособными к разрешению своих проблем. Поэтому им крайне важна помощь специалистов и, прежде всего, неотложная терапия с последующей долговременной психотерапевтической коррекцией (особенно семейной), а также (в ряде случаев) назначением психотропных средств. Назначение конкретного лекарственного препарата зависит от анализа суицидальной попытки и наличия актуальной психопатологии.

Мотивы к совершению подростком суицида

Проведенные многочисленные исследования показывают, что причинами различных видов суицидального поведения, по мнению подростков, могут быть:

. проблемы в семье - 72,4%;

. несчастная любовь - 50,1%;

. употребление алкоголя, наркотиков - 47,8%;

. безысходность положения - 32,1%;

. проблемы в школе - 28,9%;

. стремление дать понять окружающим, что человеку плохо - 11,9%;

. стремление повлиять на другого человека, чтобы добиться от него желаемого - 8,8%;

. желание заставить человека раскаяться в плохом отношении к другому - 8%.

Причиной суицида подростка, чаще всего, является длительная конфликтная ситуация в семье. Лишь 30% самоубийств можно объяснить депрессией или психическим расстройством. Около половины подростков, совершивших попытки самоубийства, выросли в семьях, в которых один из родителей либо умер, либо покинул семью.

В то же время одним из сильных антисуицидальных факторов, удерживающих молодых в жизни, являются отношения с родителями. Если отношения строятся на доверительной основе, в них проявляется диалогичность, если родители относятся к своему ребёнку как к партнёру, то, как правило, в таких случаях формируются внутренние защитные механизмы, предохраняющие юношу от суицидального поведения.

“Школьные причины” суицидального поведения обычно связаны с отношениями с учителями и администрацией школы. К сожалению, нередко именно в школе формируются такие важные социальные запросы подростка, как: потребность в положительной оценке значимых для него взрослых; потребность в самоуважении; потребность в общении.

Отношения со сверстниками (особенно противоположного пола) являются весьма значимым фактором суицидального поведения подростков. Одним из объяснений важности этих отношений служит чрезмерная зависимость от другого человека, возникающая обычно в качестве компенсации плохих отношений со своими родителями. Бывает, что отношения с другом или подругой становятся столь значимыми и эмоционально необходимыми (по типу “я не могу жить без тебя ”), что любое охлаждение привязанности, а тем более, измена, уход к другому воспринимаются либо как унижение чувства собственного достоинства, либо как невосполнимая утрата, лишающая смысла дальнейшую жизнь.

Средний подростковый возраст характеризуется наличием философичной интоксикации: подросток постоянно рассуждает о смысле жизни и смерти, высказывает мысли, свидетельствующие о пассивном согласии на смерть.

Подросткам и молодёжи свойственна повышенная внушаемость в силу которой возможны суициды и при наличии ближайшего окружения. Имеют место суицидальные попытки вдвоём-втроём, нередки “хвосты” суицидов в школе. Сильные переживания вызывают у детей и подростков самоубийство брата или сестры (сиблинг). Родители настолько поглощены горем, что не замечают других своих детей, которые тоже страдают, и, в целях привлечения внимания родителей, могут повторить суицидальный поступок брата (сестры).

Особые причины для суицидального поведения существуют и в студенческой среде. Многие студенты - это мигранты с присущими им характеристиками: свободой межличностных отношений в любви, свободой поведения. Ещё с подросткового возраста они сохраняют тягу к группированию со сверстниками, с которыми проводят всё своё время. Результатом иногда становятся трудности в учении, в усвоении материала; порой возникают конфликты с деканатом и преподавателями. К этому может примешиваться невротическая симптоматика: частые головные боли, бессонница, пониженное настроение. Возможны трудности в коммунальном плане: неустроенность в общежитии, проблемы с жильём и т.п. Все эти факторы могут способствовать появлению суицидальных намерений и их реализации. Наиболее суицидоопасными являются ситуации, связанные с возникновением интимно-личностных проблем (отсутствие взаимности, разрыв отношений с другом-подругой, прерывание беременности, венерические болезни).

Статистика свидетельствует, что в привилегированных ВУЗах уровень суицидов больше, чем в обычных учебных заведениях. Так, например, уровень самоубийств в Оксфорде превышает уровень самоубийств в других ВУЗах в 7 раз, а в Кембридже даже в 10 раз. Существует и некий “профессиональный” риск: например, в физико-математических, художественных и музыкальных ВУЗах уровень суицидов выше.

Восприимчивость к психической травме повышают перенесённые ранее нервные потрясения, тяжелые заболевания, акцентуированный характер: повышенная обидчивость, тревожность, чувствительность, неуверенность, низкая самооценка, слабоволие, нерешительность, склонность к риску.

Можно говорить о различных вариантах суицидов у подростков и молодёжи. Эта классификация может иметь в основании такую категорию, как “личностный смысл”, - она объясняет, какой смысл вкладывает суицидент в своё действие.

Психологические основания для принятия решения об уходе из жизни.

. п р о т е с т, м е с т ь - когда своими суицидальными действиями молодой человек протестует против сложившихся обстоятельств, против принятого решения и т.п. Иногда подросток своим самоубийством как бы наказывает других: “Вы пожалеете, когда я умру”;

. п р и з ы в - для того, чтобы изменить невыносимую личностную ситуацию, подросток как бы призывает помощь извне: “Заметьте меня, я очень нуждаюсь в вашей помощи”;

. и з б е ж а н и е к а р ы - имеется в виду попытка избежать наказания или страдания, при этом существует угроза биологическому или личностному существованию человека. Такой тип суицида совершается в том случае, если подросток предполагает ухудшение ситуации: “Дальше будет ещё хуже” или невыносимость переживаний: “Мне не вынести этого позора”;

. с а м о н а к а з а н и е - суицидальным действием подросток наказывает себя за совершённый ранее поступок или проступок: “Никогда не прощу себе...”. В данном типе суицида имеет место своеобразное расщепление личности на “судью” и “подсудимого” - в таком случае от “судьи” исходит наказание и уничтожение в себе врага, а от “подсудимого” - “искупление вины”;

. о т к а з о т с е б я - человек отказывается от существования, поскольку жизнь потеряла для него интерес и смысл. Данный тип суицида наиболее сложен в психокоррекционной работе.

Выделенные типы суицида позволяют определить особенности постсуицидального периода, а также специфику психокоррекционной работы с суицидентом.

Формы проявления суицидального поведения могут быть внутренними и внешними. К внутренним формам можно отнести антивитальные представления (размышления об отсутствии ценностей жизни), пассивные суицидальные мысли, суицидальные замыслы, суицидальные намерения. Внешними формами принято считать суицидальные высказывания, суицидальные попытки, завершённый суицид.

Установлено, что суицидальное поведение, как бы быстро оно не развивалось, всегда имеет определённую фазность. Самоубийству предшествует пресуицид, включающий две фазы: предиспозиционную и собственно суицидальную. Предиспозиционная фаза характеризуется исключительно высокой активностью человека (период поиска «точки опоры»), но эта активность не сопровождается суицидальными исполнительными действиями. По мере того, как исчерпываются варианты улучшения ситуации, крепнет мысль о её неразрешимости. Суицидент остро ощущает невыносимость существования и предположительно констатирует отсутствие желания жить, но мысли о самоубийстве блокируются механизмами защиты. Ещё сохраняется возможность оказать помощь человеку, вывести его из тупика.

Если же суицидент не нашёл выхода из кризиса, не получил поддержки, происходит углубление дезадаптации и начинается собственно суицидальная фаза пресуицида: у человека возникают суицидальные мысли, а позднее и обдумывание способа. На этом этапе, как правило, усилия психолога по предотвращению самоубийства малоэффективны. Здесь уже необходимо вмешательство специалистов (психиатров и т.п.). Суицидальная фаза пресуицида, начало которой связано с появлением суицидальных замыслов, длится вплоть до покушения на свою жизнь.

Факторы суицидальной активности человека

Суицидальная активность человека зависит от целого ряда факторов.

Их учет в организации повседневной жизнедеятельности поможет оказаться рядом с подростком в критический момент его жизни и оказать ему необходимую помощь.

Главную роль в возникновении суицидально опасной ситуации играют конфликты.

Наиболее распространенными являются:

.Конфликты, связанные со спецификой жизнедеятельности (учебы, общения) и социального взаимодействия людей:

индивидуальные адаптационные трудности;

неудачи выполнения конкретной задачи;

конфликты со сверстниками;

межличностные конфликты со значимыми людьми.

.Лично-семейные конфликты:

неразделенная любовь;

измена любимого человека;

развод родителей;

тяжелая болезнь;

смерть близких людей;

половая несостоятельность.

.Конфликты, обусловленные состоянием здоровья:

психические заболевания;

хронические соматические заболевания;

физические недостатки.

.Конфликты, связанные с антисоциальным поведением:

страх уголовной ответственности;

боязнь позора.

.Конфликты, обусловленные материально-бытовыми трудностями.

Обычно исследования в области суицидологии ставят своей целью идентифицировать людей с высоким риском суицида, после чего помочь этим лицам, предупреждая попытку суицида.

Изучение причин и условий, при которых люди заканчивали жизнь самоубийством, позволило выявить ряд факторов, сопутствующих этому чрезвычайному происшествию.

К ним относятся:

. семейного воспитания:

отсутствие отца в раннем детстве;

матриархальный стиль отношений в семье;

воспитание в семье, где есть алкоголики, психические больные;

отверженность и социальная изоляция;

воспитание в семье, где были случаи самоубийства и т. д.

. стиль жизни и деятельности:

акцентуация характера;

употребление алкоголя и наркотиков;

попытки совершения суицидальных попыток в прошлом;

совершение уголовно наказуемого поступка.

. взаимоотношения с окружающими людьми:

изоляция от социального окружения, потеря социального статуса;

разрыв высоко значимых любовных отношений;

затрудненная адаптация к деятельности, учебе и др.

. недостатки физического развития (заикание, картавость, ожирение и др.);

. длительные соматические заболевания.

Знание и учет перечисленных факторов риска крайне необходимы, так как они позволяют выявить лиц с повышенным риском суицида.

Основные психические состояния, обуславливающие самоубийства.

Следует знать основные психические состояния, обуславливающие самоубийства.

Состояния, приводящие к мысли о самоубийстве:

. Низкая сопротивляемость стрессу и чувство разочарования и безысходности (недостаточное принятие реальности).

. Ощущение неспособности изменить положение вещей (нет надежды на позитивные перемены в будущем).

. Отсутствие навыков конструктивного решения проблемы, «образ тупика».

. скрытый гнев: гнев скрывается, выдавая за другие чувства, он направлен внутрь себя, похоронен, но наличие его можно заметить;

. Положение дел не улучшается, никто не может помочь, нет никакой надежды.

. Убежденность в том, что только самоубийство решит все проблемы.

Суицидоопасным, по исследованиям Д.С. Исаева и К.В. Шерстнева (прожективный тест фрустрационной толерантности Розенцвейга), можно считать эго-защитный и потребностно-настойчивый типы реагирования, причем с преобладанием эк-страпунитивного направления (в манипулятивных суицидах), а также низкий уровень коэффициента групповой конформности (ОСК). Для психокоррекционной и профилактической работы необходимо знать не только уровень самооценки, но и уровень притязаний. Чем больше разрыв между ними, тем больше вероятность невротизации личности и возрастает риск социальной дезадаптации.

Определенные аспекты человеческой жизни увеличивают вероятность попыток суицида. Изучение показало, что наиболее важный фактор суицида - ощущение человеком безнадежности. Лица с ощущением безнадежности могут рассматривать суицид как единственный способ решения своих проблем. Люди с душевными болезнями, расстройствами личности, а также лица, злоупотребляющие психоактивными веществами, имеют высокий риск суицида. В действительности люди, страдающие недиагностированными психическими болезнями, совершают около 90% всех суицидов. Соматические болезни также увеличивают риск суицида, особенно когда они сопутствуют депрессии. Около 1/3 взрослых, совершивших суицид, страдали от соматических болезней к моменту своей смерти.

Другой фактор риска суицида заключается в наличии предыдущих суицидальных попыток, а также в наличии случаев суицида среди родственников. Важную роль играет социальная изоляция индивида. Люди, живущие одиноко или имеющие мало близких друзей, не получают эмоциональной поддержки, которая предупредила бы появление чувства безнадежности и иррациональных мыслей в трудный период их жизни.

Необходимо иметь ввиду, что суицидальное поведение, как правило, сопровождается глубокой депрессией. Важно уметь видеть ее признаки. Для депрессии обычно характерны:

. снижение внимания или способности к ясному мышлению;

. потеря интереса или чувства удовлетворения в ситуациях, обычно вызывающих положительные эмоции;

. вялость, хроническая усталость, замедленные движения и речь;

. снижение эффективности или продуктивности в учебе, работе, быту;

. чувство неполноценности, бесполезности, потеря самоуважения;

. изменение привычного режима сна, бессонница или повышенная сонливость;

. пессимистическое отношение к будущему, негативное восприятие прошлого;

. неспособность к адекватной реакции на похвалы или награды;

. чувство горькой печали, переходящего в плач;

. изменение аппетита с последующим увеличением или потерей веса;

. повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве;

. снижение полового влечения.

Основное содержание профилактики суицида

Учитывая системный характер детерминации суицидального поведения, профилактическую работу целесообразно проводить комплексно, включая мероприятия общего и специального плана.

Основным содержанием общего направления профилактической деятельности должно стать ослабление или устранение социальных, социально-психологических предпосылок, провоцирующих формирование суицидального поведения.

Специальная профилактика суицидальных происшествий включает прогнозирование суицидальности, своевременное оказание адекватной помощи человеку, оказавшемуся в состоянии кризиса.

Профилактическая беседа

Главным в преодолении кризисного состояния человека является индивидуальная профилактическая беседа с суицидентом. Специфика ее состоит в следующем:

Ни в коем случае нельзя приглашать на беседу через третьих лиц (лучше сначала встретиться как бы невзначай, обратиться с какой-нибудь несложной просьбой или поручением, чтобы был повод для встречи).

При выборе места беседы главное, чтобы не было посторонних лиц (никто не должен прерывать разговора, сколько бы он не продолжался).

В процессе беседы целесообразно не вести никаких записей, не посматривать на часы и тем более не выполнять какие-либо “попутные” дела. Надо всем своим видом показать суициденту, что важнее этой беседы для вас сейчас ничего нет

Если человек ещё живёт рядом с вами и вы чувствуете, что он решил привести трагический замысел в исполнение, - будьте скупы на слова и щедры на доброту. Нужно полностью включиться во внутренний мир его переживаний. Категорически запрещается говорить фразы типа “Мне было и хуже, и ничего, не умер”, “Возьми же, наконец, себя в руки”, “Ты - тряпка, а не мужчина”, “Всё наладится само собой”. Самоубийц это только выводит из себя.

Важно соблюдать следующие правила: будьте уверены, что вы в состоянии помочь; набирайтесь опыта от тех, кто уже был в такой ситуации; будьте терпеливы; не старайтесь шокировать или провоцировать человека, говоря: “Пойди и сделай это”; не анализируйте его поведенческие мотивы, говоря: “Вы так чувствуете себя, потому что...”; не спорьте и не старайтесь образумить человека, говоря: “Вы не можете себя убить, потому что...”; делайте все от вас зависящее, но не берите на себя персональную ответственность за чужую жизнь.

Если у психолога или педагога существуют подозрения о наличии суицидальных намерений у подростка, то беседа с ним может строиться следующим образом: “Как твои дела? Как ты себя чувствуешь? Ты выглядишь, словно в воду опущенный, что происходит? Что ты собираешься делать? В случае открытого суицидального высказывания следует серьёзно обсудить эту проблему с подростком: Ты надумал покончить с собой? Как бы ты это сделал? А если ты причинишь себе боль? Представь некую шкалу, где хорошее самочувствие отмечено нулём, а желание совершить самоубийство, десятью баллами, то сколькими бы баллами ты оценил своё нынешнее состояние? Ты когда-нибудь причинял себе боль раньше? Когда это было? Что произошло в тот период в твоей жизни? На какой отметке шкалы ты был в то время? Если бы я попросил тебя не причинять себе боль, ты смог бы отказаться от своих намерений? Что мешает тебе дать обещание? Что помогло тебе справиться с трудностями в прошлом? Помогло бы тебе это теперь? От кого бы ты хотел получить помощь? Знают ли твои близкие о твоих трудностях сейчас? Если бы ты пообещал не причинять себе боли, ты бы сдержал слово?”. Такая беседа является первичной формой профилактики (превенции) у подростка и необязательно может быть проведена специалистом, а любым человеком, находящимся рядом с подростком, переживающим кризис душевного состояния.

Достаточно критически относясь к всевозможным рекомендациям и советам и понимая, что абсолютно похожих ситуаций не бывает, мы всё же рискнули выделить два варианта поведения взрослого человека, оказавшегося рядом с подростком.

Не следует вдаваться в философские рассуждения и полемику о пользе или вреде самоубийства. Не концентрируйте внимания подростка на каких-либо ценностях, ради которых он должен жить. Не берите на себя роль судьи. Не оставляйте подростка одного. Там, где находится потенциальный суицидент, не должно быть никаких лекарств или оружия.

Прежде всего, необходимо помнить о серьёзном отношении ко всем угрозам. Собеседник должен почувствовать, что вы не равнодушны к его проблемам. Слушайте с чувством искренности и понимания. Настаивайте на том, что самоубийство - неэффективный способ решения всех проблем. Попытайтесь заключить соглашение о несовершении самоубийства.

Основным пунктом этого соглашения должно быть обещание подростка не причинять себе боли никоим образом. Если вы должны уйти, оставьте подростка на попечение взрослого. Пригласите специалиста или проводите подростка к тому, кто сможет вывести подростка из кризисного состояния.

Профилактическая беседа должна включать в себя 4 этапа.

Начальный этап - установление эмоционального контакта с собеседником, взаимоотношений “сопереживающего партнерства”. Важно выслушать суицидента терпеливо и сочувственно, без критики, даже если вы с чем-то не согласны (т.е. необходимо дать человеку возможность выговориться). В результате вы будете восприниматься как человек чуткий, заслуживающий доверия.

Второй этап - установление последовательности событий, которые привели к кризису; снятие ощущения безысходности. Имеет смысл применить следующие приемы: “поддержка успехами” и др.

Третий этап - совместная деятельность по преодолению кризисной ситуации. Здесь используются: “планирование”, т.е. побуждение суицидента к словесному оформлению планов предстоящих поступков; “держание паузы” - целенаправленное молчание, чтобы дать ему возможность проявить инициативу.

Завершающий этап - окончательное формирование плана деятельности, активная психологическая поддержка суицидента. Целесообразно использовать следующие приемы; “логическая аргументация”, “рациональное внушение уверенности”.

Если в ходе беседы человек активно высказывал суицидальные мысли, то его необходимо немедленно направить в ближайшее лечебное учреждение. Если такой возможности нет, суицидента целесообразно во что бы то ни стало убедить в следующем: что тяжелое эмоциональное состояние - явление временное; что его жизнь нужна родным, близким, друзьям и уход его из жизни станет для них тяжелым ударом; что он, безусловно имеет право распоряжаться своей жизнью, но решение вопроса об уходе из нее, в силу его крайней важности, лучше отложить на некоторое время, спокойно все обдумать и т.д.

Повышение жизнестойкости подростка

Особую важность приобретают различные формы психологического обучения, направленные на повышение жизнестойкости подростка, предлагающие ему различные способы управления своим состоянием:

.Формирование здорового жизненного стиля, высокофункциональных стратегий поведения и личностных ресурсов.

.Направленное осознание имеющихся личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения;

Я - концепции (самооценки, отношения к себе, своим возможностям и недостаткам);

собственной системы ценностей, целей и установок, способности делать самостоятельный выбор, контролировать свое поведение и жизнь, решать простые и сложные жизненные проблемы, умения оценивать ту или иную ситуацию и свои возможности контролировать ее;

умения общаться с окружающими, понимать их поведение и перспективы, сопереживать и оказывать психологическую и социальную поддержку;

осознание потребности в получении и оказании поддержки окружающим.

.Развитие личностных ресурсов, способствующих формированию здорового жизненного стиля и высокоэффективного поведения:

формирование самопринятия, позитивного отношения к себе, критической самооценки и позитивного отношения к возможностям своего развития, возможностям совершать ошибки, но и исправлять их;

формирования умения адекватно оценивать проблемные ситуации и разрешать жизненные проблемы, управлять собой и изменять себя;

формирование умения ставить перед собой краткосрочные и перспективные цели и достигать их;

формирование умения контролировать свое поведение и изменять свою жизнь;

формирование умения осознавать, что со мной происходит и почему, в результате анализа собственного состояния;

формирование умения сопереживать окружающим и понимать их, понимать мотивы и перспективы их поведения (формирование навыков эмпатии, аффилиации, слушания, диалога, разрешения конфликтных ситуаций, выражения чувств, принятия решений);

формирования умения принимать и оказывать психологическую и социальную поддержку окружающим.

. Развитие высокоэффективных стратегий и навыков поведения:

навыков принятия решения и преодоления жизненных проблем;

навыков восприятия, использования и оказания психологической и социальной поддержки;

навыков оценки социальной ситуации и принятия ответственности за собственное поведение в ней;

навыков отстаивания своих границ и защиты своего персонального пространства;

навыков защиты своего Я, самоподдержки и взаимоподдержки;

навыков бесконфликтного и эффективного общения.

# Глава 2. Эмпирическое исследование проблемы суицидального поведения подростков

## .1 Процедура и методы исследования

суицид подросток самоубийство

В опросе участвовало 2 юношей и 4 девушек в возрасте от 18 до 19 лет, студенты института. Опрос проводился в течение трех дней, с 20 по 23 мая 2013 года. Испытуемым были предложены 29 вопросов и бланки для ответов, где они должны были обозначить свою позицию согласием или несогласием.

В качестве метода исследования мы использовали опросник суицидального риска (модификация Т. Н. Разуваевой). Цель данного опросника заключается в экспрессдиагностике суицидального риска; выявлении уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения серьезных попыток самоубийства. Данная методика содержит 29 вопросов, относительно которых испытуемый должен обозначить свою позицию согласием или несогласием.

## 2.2 Анализ и интерпретация результатов изучения суицидального поведения подростков

Методика содержит 9 субшкальных диагностических концептов, по каждому из которых подсчитывается сумма положительных ответов. Выраженным фактором суицидального намерения являются конечные результаты теста, которые приближенно равны от ≥4 до 7 баллов.

После анализа результатов теста, проведенных на подростках, мы получили следующие данные

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Субшкальный концепт | И. | Ю. | К. | Т. | В. | П. |
| Демонстративность | 1,2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1,2 |
| Аффектовность | 3,3 | 3,3 | 3,3 | 5,5 | 2,2 | 4,4 |
| Уникальность | 1,2 | 0 | 0 | 1,2 | 0 | 2,4 |
| Несостоятельность | 3 | 1,5 | 3 | 3 | 4,5 | 4,5 |
| Соц-й пессимизм | 5 | 5 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Слом культ-х барьеров | 2,3 | 2,3 | 2,3 | 2,3 | 2,3 | 2,3 |
| Максимализм | 0 | 3,2 | 0 | 3,2 | 3,2 | 3,2 |
| Временная перспектива | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | 2,2 | 2,2 |
| Антисуицидальный фактор | 6,4 | 3,2 | 3,2 | 6,4 | 3,2 | 6,4 |

Глядя на полученную нами таблицу мы можем сказать, что:

.Двум человекам свойственна аффективность. Данная субшкала характеризуется следующим образом: Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально. В крайнем варианте - аффективная блокада интеллекта.

.Двум человекам свойственна несостоятельность. Данная субшкала характеризуется следующим образом: Отрицательная концепция собственной личности. Представление о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, "выключенности" из мира. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога - "Я плох".

.Четырем подросткам свойствен социальный пессимизм. Данная субшкала характеризуется следующим образом: Отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружающими. Социальный пессимизм тесно связан с экстрапунитивным стилем каузальной атрибуции. В отсутствие Я наблюдается экстрапунитивность по формуле внутреннего монолога "Вы все недостойны меня".

.Трем подросткам свойствен антисуицидальный фактор. Данная субшкала характеризуется следующим образом: Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий. В определенном смысле это показатель наличного уровня предпосылок для психокоррекционной работы.

Вывод: Благодаря проведенному исследованию мы получили интересные результаты, которые помогают нам понять, склонен ли данный подросток к суицидальному поведению, или нет. В некоторых ситуациях у данных подростков эмоции доминируют над интеллектуальным контролем, что в принципе, характерно для большинства современных подростков. Также прослеживается несостоятельность, недовольство собой, негативное, даже враждебное отношение к окружающему их миру. Это, по сути, тоже не новшество в поведении подростка, т.к. практически все подростки переживают такой период, когда они чем-то недовольны в своей жизни и хотят что-то поменять, изменить, стать лучше. Также половине испытуемых свойственно глубокое чувство ответственности за близких, чувство долга, что, в свою очередь, может притупить суицидальное намерение у подростков.

# Заключение

Итак, рассмотрев проблему суицидов, можно прийти к выводу, что это явление является крайней формой отклоняющегося поведения личности, ее социально-психологической адаптации. Суицидальное намерение у подростков исходит от их несостоятельности в жизни, от недовольства собой и окружающим миром. Самоубийства вытекают из конфликта либо внутри личности, либо личности и окружающей среды, когда индивид не может разрешить такой конфликт иным, более позитивным путем. И все же очевидно, что самоубийство - явление негативное и необходимо разрабатывать способы борьбы с ним или хотя бы искать возможности снизить его уровень. Лучше всего было бы суметь обеспечить лицу помощь в разрешении конфликта на пресуицидальной стадии, не доводя дело до самоубийства.

# Список литературы

. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности. Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978; с. 6-28.

. Аптер А. Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи.

В кн.: Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств. М.: Смысл, 2005; с. 192-208.

. Борисов С.Б. Символы смерти в русской ментальности. Журн. социолог. исследования. 1995; 2: 58-63.

. Власовских Р.В., Хальфин Р.А. Опыт применения многопрофильного подхода при работе с подростками, совершившими суицидальные действия. Журн. мед. критических состояний. 2005; 5: 26-9.

. Вроно Е.М. Предотвращение самоубийства. Руководство для подростков. М., 2001.

. Данилова Л.Ю. Суицидальное поведение при эндогенных депрессиях подросткового возраста. Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: Тезисы доклада 3-го Съезда невропатологов и психиатров. Таллин, 1989; 2: 58-60.

. Жезлова Л.Я. К вопросу о самоубийствах детей и подростков.

В кн.: Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978; 82: 93-104.

. Кондрашенко В.Т. Девиантное поведение у подростков. Минск: АСТ, 2000.

. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1977.

. Нечипоренко В.В. Некоторые аспекты суицидального поведения у акцентуированных личностей в юношеском возрасте. Саморазрушающее поведение у подростков. Сб. науч. трудов. Л., 1991; с. 36-40.

.Попов Ю.В., Бруг А.В. Аддитивное суицидальное поведение подростков. Обозр. психиатрии и мед. психологии. 2005; 1: 24-6.

. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. Днепропетровск: Пороги, 2006.

. Фрейд 3. Печаль и меланхолия. Суицидология: прошлое и настоящее. -М., 2001.

. Шир Е. Суицидальное поведение у подростков. Журнал невропатологии и психиатрии.,1984. - № 10.

. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд., М., 1994.

.Гилинский Я.И., Юнацкевич Я.И. Социологические и психологиче¬ские основы суицидологии. , СПб., 1999.

. Горская М.В. Диагностика суицидального поведения у подростков // Вестник психосоц. работы., 1994. - № 1., С. 44-52.