

*О.В. Погорілко, АМ.Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков*

**АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА ПІДЛІТКІВ**

Полтава - 2017

УДК 616.89.02 613.86.70+159.923

П24

Рекомендовано до друку Вченою Радою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». Протокол № 8 від 15 лютого 2017

Рецензенти:

професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», д.мед.н. **Сонник Григорій Трохимович**

професор кафедри сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, д.мед.н. **Маркова Маріанна Владиславівна**

**Погорілко О.В., А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І.Ісаков**  
Аутоагресивна поведінка підлітків

**Полтава, 2017. – 141 с.**

ISBN № 978-966-182-461-3

У монографії представлено дані щодо вивчення клініко-психопатологічних та пато психологічних особливостей підлітків із ознаками аутоагресивної поведінки, висвітлено різноманітні психіатричні та медико-психологічні аспекти цієї проблеми. Запропонована багаторівнева програма корекції й психопрофілактики аутоагресивної поведінки у підлітків, створена з урахуванням загальних особливостей підліткового контингенту, а також специфіки чинників, що мають місце у осіб зі змішаним розладом емоцій і поведінки. Ця система корекції орієнтована на новітні психопрофілактичні тенденції і технології, є універсальною та ефективною для різних контингентів підлітків.

Для психіатрів, медичних психологів, наркологів, сімейних лікарів і студентів медичних ВУЗів.

О.В. Погорілко

А.М. Скрипніков

Л.О. Герасименко

Р.І. Ісаков

## ЗМІСТ

ЗМІСТ .....	3
ГЛАВА 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ .....	4
ГЛАВА 2. МЕТОДИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ. МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	32
ГЛАВА 3. КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ .....	43
ГЛАВА 4. ПСИХОЛОГІЧНІ І КОНТЕКСТУАЛЬНІ ЧИННИКИ У ГЕНЕЗІ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ .....	53
ГЛАВА 5. КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЇ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ .....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ .....	118

# Глава 1

## ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

### 1.1. Аутоагресивна поведінка як медико-соціальна проблема сьогодення

Вивчення аутоагресивної поведінки в цілому виходить з основних тенденцій клінічної психології, і визначається наступним поняттям: "аутоагресивна поведінка – це дії, спрямовані на нанесення якого-небудь збитку своєму соматичному або психічному здоров'ю". Це висловлювання належить американському досліднику Е. Шнейдману [17]. Воно включає в себе широкий спектр явищ, таких як соціальні норми поведінки, психологічні аспекти та проблеми соціалізації дітей та підлітків, проблема статевої ідентичності, адаптації та саморегуляції, а також різні види соціальних патологій, проблеми людей з посттравматичними стресовими розладами і агресивною поведінкою.

Карл Ясперс підкреслює, той факт, що феноменологічними і екзистенційними причинами аутоагресії стає нездатність індивідуума до соціальної адаптації та неуспішність міжособистісної взаємодії у своєму мікросоціумі, так як на його думку, наявність феномена аутоагресії пов'язане з особливостями сприйняття інших людей [18].

Н. В. Говорин, І. В. Романова вказують на те, що аутоагресія, як особливий прояв в самозвинуваченні, самоприниженні, нанесенні собі тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості, аж до самогубства - спільним є саморуйнівна поведінка, що об'єднує такі види соціальної патології поведінки, як пияцтво, алкоголізм, наркоманія, ризикована сексуальна поведінка, вибір екстремальних видів спорту і професій [19, 20]. У світлі теорії соціальної адаптації феномен аутоагресії проявляється в різних формах дезадаптивних поведінкових реакціях на різні несприятливі у фізичному і психічному плані життєві ситуації, що викликають стрес, фрустрацію і тому подібні стани [21].

В психоаналізі аутоагресія розглядається як захисний механізм психіки [22]. Вважається, що така поведінка є наслідком перенаправлення агресії, перш за все, спрямованою на зовнішній об'єкт. У випадках, коли від цього зовнішнього об'єкта (або від існування цього зовнішнього об'єкта) залежить благополуччя людини, агресія може бути переспрямована. В одних випадках на інший зовнішній об'єкт (виміщення), а в інших випадках, якщо такого об'єкта не знаходиться чи, що частіше, якщо такі дії виявляються неприйнятними і агресія виявляється спрямованою на самого себе. Незважаючи на те, що аутоагресія створює серйозні проблеми для того, хто застосовує цей захист, емоційно вони виявляються для нього більш прийнятними ніж усвідомлення первісного об'єкта агресії.

Психологічно аутоагресія виступає одним з основних соціально-дезадаптивних способів вирішення проблем, пов'язаних із збереженням індивідуальності і тотожності, із захистом почуття власної цінності, з протидією несприятливого для індивідуума соціального оточення [23]. С. В. Реттгес розглядає аутоагресію в структурі моделі дезадаптивної поведінки, що виникає як результат фрустрації. Люди, які не адаптуються до змін соціального середовища і не здатні винести стресу вживання в нову соціальну ситуацію, реагують ірраціональним способом: можуть стати агресивними аж до фізичного насильства, можуть впасти до інфантильної реакції, можуть вперто триматися звичного патерну дій, відмовляючись сприймати пропонувані до них зміни, навіть самі розумні, можуть «опустити руки», втративши всі ознаки ініціативності і присутності духу, тобто, реагувати аутоагресивно [24].

Р. Б. Каримова, Г. І. Казахбаєва, Л. І. Шалабаєва розробили кризову концепцію соціальної дезадаптації особистості, згідно з якою індивідууми, схильні до аутоагресивних реакцій на екстремальні (кризові) життєві ситуації, піддаються особистісної негативної дезінтеграції. Негативна дезінтеграція супроводжується деструктивними змінами в міжособистісних відносинах, фрагментарністю і наростанням соціальної аутизації особистості. На думку

авторів, аутоагресивні особистості зважаючи на зниження загальної стійкості до кризових умов найбільшою мірою схильні до таких видів хронічного саморуйнування, як алкоголізм, наркоманія, суїцидальна поведінка [25].

А. В. Сарджвеладзе, В. Г. Ромек та співавтори розглядають аутоагресію як дезадаптивний психологічний захист, що виникає у особистості у важких або екстремальних життєвих умовах, зважаючи на нездатність до адекватного переосмислення, переоцінки зміненої соціальної ситуації [26, 27].

Т. Г. Візель пропонує інтегративний нейропсихологічний і особистісно-типологічний підхід до проблем аутоагресії, як фактору соціальної дезадаптації. Вона вважає, що не тільки соціальна, а й психологічна і психофізіологічна дезадаптація особистості залежать від акцентуації характеру у поєднанні з особливостями діяльності мозкових механізмів [28].

Проведене емпіричне дослідження А. А. Реан, підтверджуючи складність феномена аутоагресії, дозволяє ввести поняття аутоагресивного патерну особистості. Аутоагресія являє собою не просто ізольовану особистісну рису, особливість, але є складним особистісним комплексом, що функціонує і проявляється на різних рівнях. У структурі аутоагресивного патерну особистості, як показують емпіричні дослідження, можуть бути виділені наступні субблоки: характерологічний субблок, самооціночний субблок, інтерактивний субблок, соціально-перцептивний субблок аутоагресивної патерну особистості. Характерологічний субблок аутоагресивного патерну – рівень аутоагресії позитивно корелює з інтроверсією, педантичністю, депресивністю та невротичністю, а негативно зв'язаний з демонстративністю особистості. Самооціночний субблок аутоагресивного патерну - чим вище аутоагресія особистості, тим нижче самооцінка власних когнітивних здібностей (пам'ять, мислення), нижче самооцінка тіла («фізичне Я»), нижче самооцінка власної здатності до самостійності, автономності поведінки та діяльності. Інтерактивний субблок аутоагресивного патерну - аутоагресія пов'язана зі здатністю або нездатністю до успішної соціальної адаптації особистості, з успішністю або неуспішністю міжособистісної взаємодії в

мікросоціумах. Соціально-перцептивний субблок аутоагресивного патерну особистості - наявність аутоагресії пов'язано з особливостями сприйняття інших людей. Чим вище рівень аутоагресії суб'єкта, тим більш негативними є уявлення про оцінку іншими його особистості. Також Реан наголошує, що феномен «неприйняття самого себе» є безсумнівно більш широким і саме до нього має бути залучено особливу увагу при конструюванні вимірjuвальних шкал аутоагресії [29].

На основі аналізу зовнішньо обумовленої аутоагресивної поведінки Г. Я. Пилягіна вважає, що для виникнення аутоагресії необхідна система, що включає як мінімум три компоненти: 1) фрустрована людина з сформованим внутрішнім конфліктом, що пригнічує свою агресію, і одночасно, заперечує свої соціалізовані інтроєкти; 2) психотравматична ситуація, в якій реалізуються захисні патерни поведінки, обумовлені вищезазначеним внутрішньоособистісним конфліктом; 3) зворотній негативний зв'язок - нездійснені очікування по відношенню до об'єкта, агресивність суб'єкта, потреба дозволу внутриличностного конфлікту [30].

Завдяки аналізу даних досліджень, Г.Я. Пилягіна, виділяє наступні типологічні форми аутоагресивної поведінки і певні патогенетичні особливості їх формування [31]:

#### 1. Суїцидальна поведінка:

- патобіологічна основа: «включення» програми індивідуального самознищення;
- найчастіше формується на переході зі стадії резистентності до стадії виснаження адаптаційного синдрому;
- у вигляді відповідь-реакції спостерігаються смертельні форми поведінки (самогубство, життєво небезпечні способи здійснення суїцидальних спроб), «тунелізований» характер мислення, спрямований «на підведення життєвих підсумків», що буде проявлятися у вигляді різко підвищеної когнітивної активності зі специфічною «стенічною» афектацією до реалізації аутоагресивної поведінки;

- частіше зустрічається при непсихотичних психічних розладах (на тлі декомпенсації шизоїдного, параноїдного і ананкастного розладів особистості, емоційно-поведінкові розлади на тлі важких соматичних захворювань та ін); може формуватися при дистимії і депресивній фазі циклотимії, а також при психотичних розладах у стадії розрешення психозу, ремісії або інтермісії;

- особистісна патопсихологічна мотивація спрямована на досягнення добровільної смерті внаслідок «негативного життєвого балансу»;

- власна аутоагресивна поведінка виражається у вигляді ретельного планування та підготовки аутоагресивних дій; вибору завідомо летальних способів їх здійснення; тривалим неафективним пресуїцидальним періодом (так званий «холодний пресуїцид»).

## 2. Парасуїцидальна поведінка:

- програма на індивідуалізоване самознищення «не включається»; патобіологічна основа - знижена стресостійкості організму;

- частіше зустрічається при всіх непсихотичних психічних порушеннях (переважно декомпенсації особистісних розладів і т. д.), розладах адаптації, може формуватися при психотичних розладах (включаючи афективні) у стадії ремісії, інтермісії на тлі додаткових психотравмуючих ситуацій;

- особистісна патопсихологічна мотивація пов'язана з бажанням зміни актуальної ситуації, а не досягненням добровільної смерті на тлі вираженої ситуації актуальних потреб; можлива фіксація на «несправедливості» нездійснених очікувань; децентрації суб'єктивного часу пов'язаних зі страхом перед невідомим майбутнім (спроба таким чином «відсунути» його наступ), гіперболізація минулого при відчутті «несправедливості» справжнього;

- характерні імпульсивні аутоагресивні дії, вибір переважно життебезпечних способів їх реалізації; гострий афектований пресуїцидальний період.

Це найбільш часто здійснюється переважно у вигляді суїцидальних спроб. Найбільшою небезпекою при її реалізації є закріплення аутоагресивних патернів.



### 3. Псевдосуїцидальна поведінка:

- до нього відносяться демонстративно-шантажні форми аутоагресивної поведінки;

- відсутність програми на самознищення;

- найчастіше спостерігається при істеричному (можливо, залежному) розладі особистості або при розладах адаптації у особистості з вираженим істеричним радикалом;

- особистісна патопсихологічна мотивація спрямована виключно на бажану зміну актуальної ситуації; характерні інфантильні психологічні установки; децентрації суб'єктивного часу можуть не спостерігатися, проте можливі варіанти, коли майбутнє планується виключно відповідно за «власним сценарієм»;

У клінічній практиці зустрічається не так часто. Найбільшу небезпеку становить закріплення дезадаптивних (регресивних) форм, що призводить до непередбачуваних наслідків.

### 4. Асуїцидальна форма аутоагресивної поведінки:

- зустрічається винятково при психотичних розладах під впливом хворобливих переживань (марення, галюцинації): при шизофренії та шизотипичних розладах, а також при органічних і афективних психозах;

- особистісна патопсихологічна мотивація обумовлена змістом психотичних хворобливих переживань, а спрямованість на власну смерть частіше не усвідомлюється і не є проявом власного волевиявлення;

- характерна імпульсивна реалізація аутоагресивних дій з вибором жорстоких (часто витончених) життєво небезпечних способів їх здійснення; ймовірність летального результату дуже висока; смерть в таких випадках кваліфікується як нещасний випадок.

Таким чином, аутоагресія є результуючою формою поведінки, що відбиває патологічне функціонування психіки в стресовій ситуації.

## 1.2. Підлітковий вік як фактор ризику аутоагресивної поведінки

Підлітковий вік відноситься до критичних періодів життя людини, або періодами вікових криз. Нагадаємо, що так називаються деякі переломні, поворотні точки розвитку, що характеризуються різкими, крутими якісними зрушеннями [32], що знаменують кінець одного його етапу і початок наступного, сполученого з певними внутрішніми і зовнішніми труднощами (конфліктами). У цьому зв'язку поняття «криза» стосовно до підліткового періоду використовується і для того, щоб підкреслити тяжкість, болючість перехідного стану від дитинства до дорослості, цього періоду розлому, розпаду (вік «бурі і натиску», «емоційного шторму»).

Різні автори [33, 34] по-різному розуміють причини виникнення і характер протікання підліткової кризи. Традиційно в якості однієї з основних причин виділяється статеве дозрівання, яке впливає на психологічний і психофізіологічний вигляд, визначає його функціональний стан (підвищену збудливість, імпульсивність, неврівноваженість, стомлюваність, дратівливість), викликає статевий потяг (часто неусвідомлений) і пов'язані з цим нові переживання, потреби, інтереси.

Воно створює підстави для специфічних тривог, пов'язаних із фізичним «Я», чином тіла і визначає відповідну кризову симптоматику. Інші концепції, визнаючи значимість впливу анатомо-фізіологічної перебудови, основну увагу приділяють розвитку новоутворень і пов'язаним з ними потреб і мотивів, які виникають або в цей період, або до кінця попереднього [35, 36].

Можливість (і бажаність) безкризового протікання підліткового періоду підкреслюється багатьма авторами. Якщо ж криза виникає, то часто вона розглядається як результат неправильного ставлення дорослих, суспільства в цілому до підлітків. Слід зазначити, що нерідко, як це було у вітчизняній психології та педагогіці, проголошення безкризового підліткового періоду мало і має яскраво виражений ідеологічний відтінок. Причини кризи пояснюються також тим, що особистість не може впоратися з виникаючими на новому віковому етапі проблемами [37, 38].

Наявні дані переконливо свідчать про те, що спроби дорослих уникнути прояви кризи шляхом створення умов для реалізації нових потреб у значній частині випадків виявляються безрезультатними. Підлітки як би спеціально «нариваються» на заборони, навмисно «примушують» батьків до них, щоб мати можливість власними зусиллями розсунути рамки, що задають межі їх можливостям. Саме через це зіткнення вони впізнають себе, про свої можливості, задовольняють потребу в самоствердженні [39].

У випадках, коли цього не відбувається і підлітковий період проходить гладко, безконфліктно або здійснюється по типу так званої «кризи залежності», ми стикаємося переважно з двома варіантами: з запізним, а тому особливо болючим і бурхливим протіканням кризи в 17-18 років чи з затяжною інфантильною позицією «дитини», що характеризує людину в період молодості і навіть у зрілому віці [40, 41].

Розглядаючи кризу підліткового віку як один з найбільш важливих і складних критичних періодів розвитку, можна вважати найбільш адекватним традиційне уявлення про те, що протікання вікової кризи проходить три фази [42]:

1) негативну, або предкритичну, коли відбувається ломка старих звичок, стереотипів, розпад сформованих раніше структур (звичайно, назва «негативна» умовна, процитуємо в цьому зв'язку Л. С. Виготського: «Розвиток ніколи не припиняє свою творчу роботу, і в критичні періоди ми спостерігаємо конструктивні процеси розвитку» [43];

2) кульмінаційну точку кризи (в підлітковому віці - це 13 років, хоча ця точка, звичайно, досить умовна);

3) посткритичну фазу, тобто період формування нових структур, побудови нових відносин і т.п.

Такий підхід знаходить своє підтвердження і в результатах спеціальних досліджень, і в даних спостережень за дітьми. Як відомо, перехід до підліткового віку характеризується виникненням різних форм відстоювання власної самостійності, незалежності. Причому найчастіше це проявляється у

відомих і яскраво виражених труднощах поведінки - негативізму, впертості, відкритому непослуху, конфліктах з дорослими, прагненні завжди наполягти на своєму. Коротко це можна описати так: підвищена конформність по відношенню до групи однолітків і демонстративне протиставлення себе не стільки дорослим, скільки образу слухняної дитини, який часто культивується цими дорослими. Це протиставлення може бути досить тривалим, яскраво вираженим або ж згладженим [44].

Звичайно, як усякий період розвитку, підлітковий вік - явище конкретно-історичне. І не випадково відчуження підлітків від дорослих, конфлікти з дорослими спостерігалися в особливо гострих формах минулого, при традиційних відносинах, коли образи слухняної дитини і повчаючого дорослого були досить жорстко зафіксовані. Не випадково і те, що в сучасній ситуації, коли ці ролі в значній мірі «розмиті», а відносини між батьками і дітьми часто носять зовсім інший характер, кризова симптоматика виражена не так яскраво [45].

Проте визнання культурно-історичних й інших відмінностей – соціально-економічних, статевих, етнічних і, звичайно, в першу чергу індивідуальних, не виключає наявності загальних для всіх підлітків психологічних особливостей, визначених виникаючими в логіці психічного розвитку та специфічними для даного віку новоутвореннями [35, 45].

Позитивний зміст підліткової кризи полягає в тому, що через неї, через боротьбу за емансипацію, за власну незалежність, яка відбувається у відносно безпечних умовах і не приймаючи крайніх форм, підліток задовольняє потреби в самопізнанні та самоствердженні, у нього не просто виникають почуття впевненості в собі і здатність покладатися на себе, а й формуються способи поведінки, що дозволяють йому і надалі справлятися з життєвими труднощами [46]. Це дає підставу вважати, що саме шлях «кризи незалежності» є найбільш конструктивною формою протікання кризи з погляду закладених у ньому можливостей для формування особистості. Разом з тим найбільш екстремальні прояви «кризи незалежності» найчастіше непродуктивні.

«Криза залежності» – досить несприятливий варіант розвитку. Важливо врахувати, що підлітки, так що переживають кризу, як правило, не викликають у дорослих занепокоєння, навпаки, батьки часто пишаються тим, що їм вдалося зберегти нормальні, з їх точки зору, відносини, тобто відносини по типу «дорослий – дитина» [47].

Звичайно, не слід на весь підлітковий вік дивитися під кутом кризи. Але знання кризи необхідно для того, щоб допомогти школяру найбільш повно реалізувати можливості цього періоду, виробити ефективні, конструктивні способи подолання труднощів, що, з точки зору сучасної психології, важливо для вирішення головних завдань розвитку в цей період [48].

Підлітковий вік – це перехід від дитинства до дорослості, період становлення і формування зрілого організму [49]. Цей переломний вік переживається підлітками по-різному, створюючи різні психологічні та соціальні труднощі. Дуже важливо враховувати психологічні особливості підліткового віку, які лежать в основі кризи дорослішання. Криза дорослішання - перебудова ставлення підлітка до середовища і до самого себе, тобто зміна потреб і спонукань, рушійних поведінкою підлітка. Під час кризи дорослішання відбувається як би друге народження підлітка, змінюються основні риси його особистості. Суть кризи полягає в пошуках ідентифікацій, тобто засвоєнні зразків поведінки значущих для підлітка людей. При цьому відбувається об'єднання наявного досвіду, реальних і потенційних здібностей, сьогохвилинних виборів у проблемних ситуаціях [47].

Зміни в психіці та поведінці розвиваються стрімко, що часто веде до погіршення успішності, ослаблення інтересу до шкільних занять, зменшенню працездатності або розвитку скритності, прагненню «піти в себе». Поведінкові реакції супроводжуються більш-менш гострими конфліктами з оточуючими. Підліток, що вступає на шлях дорослішання, втрачає інтерес, ще вчора направляли його діяльність, перш сформовані форми відносин з оточуючими [46, 50 – 52].

По суті, ця форма кризи виражається простою формулою: підліток прагне відчувати себе дорослим. Крім того, він прагне стверджувати свою дорослість всіма доступними йому засобами.

Очевидно, що таких засобів у ще вчорашньої дитини мало, і при неправильному ставленні дорослих вони замінюються психоактивними речовинами, в тому числі наркотиком – як символом дорослості, як засобом зняття напруги, як пошуком зразків поведінки значущих для підлітка людей, пошуком авторитетів. Послідовність вживання може бути різною, експериментування триває до того моменту, поки не буде остаточно обрана найбільш бажана речовина [53].

Зростання підліткової та молодіжної суїцидальності спостерігається в багатьох розвинених країнах. За даними С. J. Cherpitel, самогубства є третьою за частотою причиною смерті (після нещасних випадків і вбивств) серед американських підлітків і юнаків у віці від 15 до 19 років. За останні десятиліття в США рівень самогубств у вікових групах 10 – 14 років і 15 – 19 років збільшився на 240% і 59% відповідно [54]. При цьому число молодіжних суїцидів зростало значно швидше, ніж в інших вікових когортах [55]. Та ж тенденція спостерігається у ряді інших країн [56].

Щодо ситуації в нашій країні, то найбільший сплеск суїцидів був зафіксований на початку 90-х. Так, наприклад, 1995 року на 100 тис населення припадало майже 30 самогубств. З 2000 року в Україні намітилася тенденція до зниження рівня самогубств, але разом з тим почала зростати кількість суїцидів у молодіжному середовищі (вік від 15 до 29 років) [57].

На тлі соціально-економічної нестабільності останніх десятиліть в Україні має місце значне зростання числа розладів афективного спектру в популяції, в тому числі серед дітей та юнацтва [58]. Розлади афективного спектру, в першу чергу депресивні і тривожні стани, є одним з основних, якщо не провідним чинником суїцидальної поведінки. Так, згідно з даними Британського епідеміологічного дослідження 41% з усіх дітей 11 - 15 років з депресивними розладами робили спробу самогубства або намагалися нанести

собі ушкодження [59]. А серед тих, хто робив замах на самогубство або ж скоїв суїцид, наявність депресивного стану тією чи іншою мірою глибини відзначається в переважній більшості випадків [60]. Депресивні стани у підлітків мають свою специфіку: вони нерідко погано усвідомлюються самими дітьми, саме як понижений настрій, і можуть виражатися в наростанні агресивної поведінки, впертості, опозиційної поведінки. Зростання числа підліткових суїцидів спостерігається в останні десятиліття у багатьох країнах, що викликає природну заклопотаність громадськості та фахівців, призводить до розгортання досліджень і профілактичних програм.

У підлітків спостерігається різноманіття форм суїцидальної поведінки [61-63] і підлітки найбільш схильні до повторних суїцидних спроб [61, 64]. На умовність кордонів між суїцидами, замахами і суїцидальними спробами у підлітків вказує Л. К. Стадухіна [65], відзначаючи, що більшість суїцидальних дій в підлітковому віці, будучи мікросоціально зумовленими (відносини в сім'ї, в школі тощо), «спрямовані не на самознищення, а на відновлення порушених соціальних зв'язків з оточуючими». Тому, на думку автора, в підлітковому віці найчастіше мова йде не про «замах на самогубство», а лише про застосування «суїцидальної техніки для досягнення тієї чи іншої первинної (несуїцидальної) мети». Іноді суїцидальна поведінка у підлітків визначається прагненням до тимчасового «виключення із ситуації». І в тому і в іншому випадках, незважаючи на відсутність суїцидальних намірів, потенційна небезпека таких дій досить висока. Якщо для дорослих характерно більш плавне наростання аутоагресії від пасивних суїцидальних думок до задумів і потім до намірів, то у підлітків, навпаки, висока схильність, взагалі, до реакцій «короткого замикання» [66]. Протягом усього періоду пресуїциду існує суїцидальна готовність, налаштованість, коли в разі погіршення ситуації пасивні суїцидальні переживання часто перемежуються з активними [67].

S. Vode-Janisch описав пубертатний криз, що включає перепади настрою без достатніх причин і інші поперемінні полярні прояви: підвищену вразливість і браваду, сором'язливість і розв'язність, сентиментальність і

черствість, жагу визнання і підкреслену незалежність, антиавторитарність і обожнювання випадкових кумирів, чуттєве фантазування і сухе мудрування. Пубертатний криз включає кризу ідентичності, з якою пов'язують епізоди деперсоналізації-дереалізації, схильність до психогенних депресій і суїцидальної поведінки [68].

Ерік Еріксон відзначає, що під час підліткової кризи індивід глибоко залучений у процес інтеграції егоїдентичності. Ідентифікація по Е. Еріксону включає спадкоємність з індивідуальним минулим, почуття сталості, а також цілісне відчуття «Я», що включає мету, завдання і стиль життя поряд з сексуальною ідентифікацією. Дифузія ідентичності, яка до певної міри спостерігається у всіх підлітків, особливо виражена у підлітків з психологічними проблемами; вона характеризується почуттям невпевненості, незахищеності і безцільності [69].

На шляху до досягнення ідентичності підліток проходить ряд етапів: регресію до інфантильного рівня з прагненням відстрочити набуття дорослого статусу; неясний, але стійкий стан тривоги, пов'язаний з соціальною незрілістю; почуття ізоляції і спустошеності через страх втратити власну ідентичність в інтимно-особистісних відносинах; очікування дива, яке може раптово змінити життя; страх перед спілкуванням, особливо з протилежною статтю; ворожість і презирство до існуючих суспільних ролей; презирство до вітчизняного й переоцінка всього іноземного; прагнення стати «нічим» як єдиного способу самоствердження [70, 71].

Підліток, який не знає, що він із себе представляє, починає приймати алкоголь і наркотики з прагнення до самопізнання, з метою визначити зовнішні кордони свого «Я», які вислизають від нього, коли він слухняно функціонує в тверезому упорядкованому світі. Вживання психоактивних речовин допомагає також юнакам і дівчатам тимчасово «виходити з себе», послаблюючи кризу ідентичності з його болючими конфліктами з батьками та однолітками і болісними коливаннями у виборі професії. Участь у групі наркоманів полегшує набуття статусу, який залежить тут не стільки від



особистих якостей, скільки від можливостей добування наркотику, надання місця для збору компанії і т. п. [72].

Можна виділити три типи суїцидальної предиспозиції у підлітків:

1) предиспозиція емоційного відкидання; переважає у підлітків 12-16 років;

2) предиспозиція уникнення з самоусуненням, де використовуються інфантильні способи психологічного захисту; переважає у підлітків 14-18 років;

3) агресивно-опозиційна предиспозиція частіше спостерігається у підлітків 14-16 років [73].

Ю. Б. Хмелева і А. Б. Холмогорова, С. В. Воликова підкреслюють, що психічно здорові підлітки, здійснюючи маніпулятивний демонстративний суїцид, часто завдають реальної шкоди своєму здоров'ю через неадекватне прогнозування медичних наслідків у зв'язку з власною некомпетентністю. Специфічним підлітковим типом суїцидальної поведінки є суїцид з мотивацією самоусунення, для якого характерна відсутність або крайня нетривалість і нестійкість прагнення до смерті [74, 75]. Чим менше вік підлітків, тим яскравіше виявляється переважання агресивної спрямованості поведінки над аутоагресивною, особливо при демонстративно-шантажних суїцидних спробах. Аутоагресивні мотиви в максимальній мірі перетворюються у підлітків середнього пубертатного віку в суїциди з мотивацією самоусунення. Підлітки з неблагополучних сімей виявляють кращий захист від криз, оскільки мають несуперечливу і стабільну систему соціальних установок. Зовні благополучна сім'я, що маскує різноманітні складності свого функціонування, створює умови для виникнення нестійкої самооцінки і низького самоприняття у дитини і часто не здатна забезпечити йому істинної підтримки в конфліктній ситуації [76, 77].

И. Б. Бовина відзначає, що підліток часто переживає проблеми трьох «Н»: нездоланність труднощів, нескінченність нещастя і непереносимість туги і самотності. Зневірений підліток змушений боротися з трьома «Б»:

безпорадністю, безсиллям і безнадією. У процесі цієї боротьби він може прийти до висновку про те, що ні на що не придатний, і винести собі смертельний вирок. У 75 % підлітків суїцидальну поведінку пов'язано з вживанням алкоголю і наркотиків, в тому числі їх батьками. До суїциду можуть призвести як глузування і постійне відчуття неповноцінності у підлітків з поганою успішністю, так і несподівана невдача у обдарованого підлітка, який звик до замилювання і не здатного пережити почуття образи, сорому і провини за те, що підвів батьків. Багатьом відмінникам властива звичка ставитися до своїх рішень як до єдино правильним і неухильно виконувати їх. При переживанні поразки ця особливість характеру часто підштовхує обдарованих підлітків до відчайдушного кроку [78].

В. В. Нечипоренко, характеризуючи особистісні особливості підлітків з суїцидальною поведінкою, зазначав, що у суїцидентів переважає «формально-логічний тип мислення, посилення афективної сфери та недостатність активної уяви; підвищена напруженість потреб, прагнення до емоційної близькості, низька здатність до формування компенсаторних механізмів, невміння послабити фрустрацію; імпульсивність, емоційна нестійкість, підвищена сугестивність, безкомпромісність і відсутність життєвого досвіду. Особи з завершеними суїцидами відрізняються наявністю почуття провини, низькою самооцінкою і агресією, спрямованої на себе. Особи, які вчинили тільки суїцидальну спробу, частіше характеризуються агресією, спрямованою назовні» [79].

А. Є. Личко до числа найбільш частих причин суїцидів серед підлітків відносить наступні: втрату коханої людини, стан перевтоми, уражене почуття власної гідності, руйнування захисних механізмів особистості внаслідок вживання ПАР, наслідування людині, що зробила самогубство. Специфічними причинами суїцидальної поведінки підлітків можуть бути також почуття протесту і помсти, страх покарання і ганьби, прагнення викликати співчуття, переїзд сім'ї на нове місце проживання, нерозділене кохання і ревності, небажана вагітність [61].

За твердженням автора, «суїцидальна поведінка у підлітків – це в основному проблема прикордонної психіатрії, тобто галузі вивчення психопатій і непсихотичних реактивних станів на тлі акцентуації характеру». За його спостереженнями, лише 5% завершених і незавершених суїцидних спроб падає на психози, в той час як на психопатії - 20-30%, а всі інші - на підліткові кризи.

А. Є. Личко вказує на певний зв'язок суїцидальної поведінки підлітка з типом акцентуації характеру. За даними автора, при демонстративному суїцидальної поведінки 50% підлітків виявилися представниками істероїдного, істероїдно нестійкого і гіпертимно-істероїдного типу, 32% – епілептоїдного і епілептоїдно-істероїдного типу, і лише 18% – представниками всіх інших типів. При афективній суїцидальній поведінці 37% підлітків відносяться до лабільного і лабільно-істероїдного типу, 23% – до інших варіантів істероїдного типу, по 18% припадає на сенситивний і конформно-нестійкий тип, і лише 4% – на епілептоїдний. Справжні замаху відбуваються в основному представниками сенситивного (63%) і циклоїдного типу (25%).

Циклоїдні підлітки потрапляють в поле зору психіатра зазвичай у зв'язку з суїцидними спробами під час субдепресивної фази, яка поглиблюється життєвими невдачами і наріканнями оточуючих. У лабільного циклоїда можливі афективні суїцидні спроби або істинні замаху на самогубство у субдепресивній фазі, якщо в цей час підліток піддається психічної травматизації, зміцнює його в думках про свою неповноцінність. У лабільних підлітків може розвинути реактивна депресія при переживанні втрати близьких, розлуки з ними, відкидання з боку значущих осіб.

Для сенситивних підлітків характерні повторні спалахи суїцидальних думок в ситуації, яка підігриває властиве їм уявлення про власну неповноцінність. Під впливом ланцюга невдач, образ і розчарувань вони можуть вчинити несподіване для оточуючих самогубство за механізмом «останньої краплі». Епілептоїдні підлітки схильні до суїцидальних

демонстрацій, які найчастіше спровоковані покараннями. Підліток вважає покарання несправедливим і здійснює демонстративну спробу самогубства, щоб доставити неприємності кривднику.

Демонстративна суїцидальна поведінка служить основною причиною психіатричної госпіталізації істероїдних підлітків віком 15-16 років. Вибираються лише безпечні способи «суїциду» або зображується серйозна спроба в розрахунку на втручання оточуючих. В якості причини підлітки зазвичай називають невдачу любов, проте під цим романтичним ореолом, як правило, ховається необхідність відновити втрачений статус, побути в центрі уваги, уникнути покарання і самому покарати кривдників. Якщо підліток таким чином досягає своєї мети, суїцидальні демонстрації стають для нього звичним способом вирішення конфліктів. До суїцидальних демонстрацій примикає підліткова бравада, коли гра зі смертю використовується для отримання репутації виняткової особистості. У лабільних істероїдів і підлітків істеро-епілептоїдного типу зустрічаються гострі афективні суїцидні реакції, при яких на висоті афекту на якийсь момент може виникнути бажання померти або вручити своє життя волі випадку: «будь що буде!». У таких випадках демонстративна за задумом дія може закінчитися самогубством [66].

Незважаючи на соціо-культуральні, економічні та географічні відмінності, частота суїцидів серед чоловіків у всьому світі значно вище, ніж серед жінок, в цілому, співвідношення чоловіків і жінок при завершених суїцидах становить 4:1. Жінки здійснюють суїцидні спроби в 4 рази частіше за чоловіків (віком 15-40 років) [80 – 82].

S. Burrows, L. Laflamme і N. Auger, M. Roy [83, 84] також зазначали у своїх публікаціях, що парасуїцид є найбільш характерним для жінок, ніж для чоловіків, і найбільшим це співвідношення постає у молоді. На думку цих авторів найбільш високою буває частота суїцидних спроб у дівчат 15-19 років.

Існують також специфічні особливості суїцидальної поведінки у хлопчиків і дівчаток, які висвітлюються в ряді досліджень [85-89]. На думку Van Orden зі співавторами [64], «крик про допомогу» є більш частим у осіб

жіночої статі, і цей факт частково пояснює відносно велику частоту суїцидних спроб для них і завершених суїцидів у юнаків .

За даними досліджень А. В. Куликова [90], суїцидальні дії хлопчиків мають більший ендогенний радикал, тобто більшою мірою обумовлені біологічними факторами: серед них більше пацієнтів з депресіями і психопатіями, у них більш виражена спадкова обтяженість, більше число повторних суїцидів, частіше зустрічаються справжні спроби. У соціальному плані хлопчики менш благополучні, у частини з них виявляється асоціальна поведінка. В цілому група хлопчиків за багатьма параметрами менш однорідна, у них більшою мірою проявляються «ножиці» щодо різних складових суїцидальної поведінки. Тут мається значна група примітивних особистостей і поряд з цим – група підлітків з найбільш багатим внутрішнім світом. Більший розкид параметрів тривалості і ступеня серйозності конфлікту, тривалості пресуїцидального періоду, тяжкості дій. Специфічним для хлопчиків є наявність самоушкоджень, що, поряд з низкою інших факторів, впливає на труднощі визначення у них типу суїцидальної поведінки. Група дівчаток представлена в переважній більшості випадків афективними суїцидними спробами. Вона більш однорідна щодо всіх параметрів суїцидальної поведінки і має, порівняно з хлопчиками, менше специфічних особливостей.

У керівництві ВООЗ [91] висвітлення суїциду в засобах масової інформації відображено занепокоєння з приводу підвищення суїцидальної активності молоді: «Дуже важливо уникати сенсаційної подачі матеріалу, який підносить позицію жертви суїциду як рішучу і бажану. Не повинно бути ні фотографій, ні детального опису застосованого методу суїциду, ні підношення суїциду як неоясненого, романтичного або загадкового вчинку. Особливо важливо висвітлити психосоціальні обставини і їх роль у прийнятті рішення померти. Найголовніше - уникати формування образу мученика, прославлення суїциду і надання йому ореолу таємничості».

Більшістю авторів, які висвітлюють проблему суїцидальної поведінки, відзначається, що суїцидальна поведінка має багатофакторну природу [64, 92 – 96].

Обтяженість спадковості психопатологією як фактор, що впливає на підвищення суїцидальної активності, висвітлюється багатьма авторами [97 – 102]. Зокрема до даного фактору відносять обтяженість спадковості алкоголізмом і наркоманією [103], обтяженість ендogenous захворюваннями [104, 105], обтяженість спадковості психопатологією (неврози, розлади особистості) [98, 100, 102, 106], обтяженість спадковості суїцидом [107].

Виявлено також, що серед тих, хто здійснював найбільш серйозні за медичними наслідків спроби, сімейна історія суїциду зустрічалася набагато частіше [108, 109]. Дані численних досліджень підтверджують, що сімейний фактор має велике значення в суїцидальній поведінці, і побічно свідчать на користь того, що спадковість має біологічний, а не тільки соціально-психологічний характер. За даними деяких дослідників внесок генетичних факторів в суїцидальність становить близько 45% [110].

В. М. Бехтерев [111] також писав про роль спадкового чинника в суїцидальній поведінці, але у своїх роботах він стверджував, що достатньо часто отримував суперечливі дані в дослідженнях.

У своїх дослідженнях, присвячених вивченню впливу спадковості у виникненні суїцидальної поведінки, автори вказують на роль біологічних факторів, що передаються у спадщину [112, 113].

Зокрема, це порушення серотонінергічних функцій мозку: зниження числа транспортерів (трансмембранних переносників) серотоніну в тромбоцитах [114 – 117], зниження рівня 5-гідроксііндолоцтової кислоти в спинномозковій рідині (CSF) [118 – 121] і притуплена реакція пролактину у відповідь на оральний прийом фенфлураміна [122] і внутрішньовенне введення L-триптофану [123 – 126]; дисбаланс між різними нейромедіаторними системами: «як гострий, так і хронічний стрес, викликаний повторюваними скрутними обставинами в житті, приводять до

змін концентрації норадреналіну і його рецепторів» [127]. У свою чергу, система норадреналіну впливає як на дофамінову, так і на серотонінергічну системи, в результаті чого виникає порушення рівноваги між різними нейротрансмітерами [128 – 132]; високий рівень синтезу кортизолу і знижене число кортикальних рецепторів [133, 134].

У протиріччя до вищевикладеними даними, спираючись на свої дослідження, М. С. Wang з однодумцями [135], К. М. Scott зі співавторами [136] відзначали, що «центральна нервова система не є незмінною, як вважалося раніше. Вона розвивається протягом життя в результаті постійного взаємовпливу між тим, що закладено генетично і тим, що чоловік набуває, контактуючи з навколишнім середовищем, як психосоціальної, так і фізичної складової. Таким чином, насправді до суїциду ніхто не схильний як до фатальної неминучості. Нейрони можуть знову формуватися і регенерувати в результаті активізації клітинного ділення і зростання, також можуть формуватися нові зв'язки між клітинами мозку. Можливо, сприятливі життєві обставини також можуть відбиватися на мозку. Було описано підвищення кровопостачання мозку у зв'язку з різними формами активності».

Крім спадкового і біологічних факторів, що роблять шкідливу дію на центральну нервову систему і знижують адаптивні можливості в умовах стресу, існують і інші. До них відносять перинатальні шкідливості [137, 138], ураження структур головного мозку в результаті гострих інфекційних захворювань, отруєння токсичними речовинами, черепно-мозкові травми (що приводять до органічного ураження головного мозку або органічному розладу особистості), вживання алкоголю та психоактивних речовин [139 – 147].

Більш важливе значення в ряду перерахованих факторів надається у публікаціях вживання психоактивних речовин, особливо алкоголю [148 – 158]. За даними численних досліджень у різних країнах періоди антиалкогольних компаній, різких підйомів цін на алкоголь, обмеження продажу алкоголю викликали помітне падіння рівня суїцидів [159 – 163]. А. В. Меринов [164]

виділяє алкоголізацію і наркотизацію, як ґрунт для виникнення суїцидальної ситуації і передумов для швидкої її реалізації.

Але, за даними А. White, M. Holmes [165], в деяких країнах взагалі не вдається простежити чіткого зв'язку між зниженням або збільшенням споживання алкоголю і, відповідно, зниженням або збільшенням смертності від самогубств.

На думку В. М. Бехтерева [111] «алкоголізм і самогубство уявляють собою два тісно пов'язаних один з одним явища». Д. Вассерман [89] вважає, що нерідко підлітки вживають психоактивні речовини «з метою зниження рівня тривожності, а також для підтримки сміливості під час вчинення суїцидальної спроби або суїциду». Крім того, автор зазначає, що «сп'яніння може призвести до ослаблення розсудливості та зниження контролю і, таким чином, прискорити суїцидальну поведінку». Подібну думку мав А. Є. Личко [61] кажучи про те, що «розв'язуючим фактором для суїцидальної поведінки може послужити алкогольне сп'яніння». За даними його досліджень при істинній і афективній суїцидальній поведінці алкогольна поведінка мала місце в 26 – 27%, а при демонстративній – в 16% випадків.

На думку К. Skogman, M. Alsen, A. Ojehagen [166], у юнаків «найбільш явним натяком на суїцидальні тенденції є зловживання алкоголем і наркотиками. Близько половини перед суїцидом приймали ліки, прописані їх батькам».

Найчастіше суїцидні спроби в стані алкогольного сп'яніння скоюють акцентуйовані особистості та особи з невротичними і соматоформними розладами. Суїцидонебезпечними формами алкогольного сп'яніння є ажитировано-депресивний, дисфоричний і експлозивний варіанти простого алкогольного сп'яніння [167]. Ю. А. Сотникова [168] не виключає, що в цих випадках суїцид розвивається по типу слідової реакції.

Суїцидальна поведінка підлітків, які страждають на наркоманію та алкоголізм, визначається тріадою взаємодіючих суїцидальних факторів:

1. Особливістю наркотичної чи алкогольної психопатизації особистості.



2. Вираженого патологічного потягу до наркотику або алкоголю.
3. Особистісної значимістю мікросоціального конфлікту [169, 170].

Значущим чинником, який впливає на виникнення суїцидальної поведінки у підлітків, вважають також структуру сім'ї. А. Авдєєв [171] на перше місце висуває «сімейну дезорганізацію», А. Є. Личко [61] підкреслював значення втрати батьків і розпад сім'ї внаслідок розлучення. І. А. Кибальченко [172] особливо відзначила, що слід зупинитися на факторах повноти сім'ї та аномаліях виховання, де «підкреслюється роль неповних та дисгармонійних сімей у майбутніх суїцидентів в дитячому віці». У своїх роботах А. В. Меринов [173, 174] підкреслює «абсолютний та сталий суїцидогенний вплив» розлучень та інших сімейних дисфункцій, які призводять до зміни «зразків соціальної інтеракції», руйнують «регулятивні та інтегративні механізми» і викликають «хронічну сімейну аномію». Ця думка також підтверджується у декількох авторів [175, 176].

Т. В. Буткова та інші автори [177] у своїй роботі зазначає неблагополучні сім'ї, як фактор, що впливає на виникнення суїцидальної поведінки у підлітків, таким чином: «У таких сім'ях часто виникають конфлікти, часом із застосуванням насильства. Батьки ставляться до своїх дітей недобррозичливо, без поваги і навіть вороже. Сприяті самогубства можуть: рання втрата батьків, втрата з ними взаєморозуміння, розлучення батьків. Догляд батька, його відсутність або пасивна роль при владної деспотичної матері обтяжує положення підлітка в сім'ї. Підлітки часто сприймають конфлікти в сім'ї, втрату батька, економічні негаразди як власну провину, у них виникає відчуття емоційної та соціальної ізоляції, почуття безпорадності і відчаю. Вони впевнені, що нічого не можуть зробити, у них немає майбутнього».

В. Д. Москаленко [178] відзначає, що «члени сім'ї оцінюють суїцидента в цілому по привабливості нижче, ніж він сам. Значення цього чинника стає тим більш важливим, що мова йде про осіб, значущих для суїцидента, тих, цінність взаємин з якими для нього особливо висока, і від яких вони знаходяться в психологічній залежності».

А. В. Меринов [179], характеризуючи сімейний чинник у формуванні суїцидальної поведінки у підлітків, дає наступну характеристику: «У неповних або акцентуєваних сім'ях, коли виховання здійснюється переважно одним з батьків або бабусею, зростає можливість засвоєння не зовсім адекватних соціальних зразків поведінки в силу однобічності виховного процесу. Що формуються в дитячому та підлітковому віці потреби в умовах гіпо- або гіперопіки або із застосуванням фізичних покарань сприяє закріпленню відповідних характерологічних рис. У кожній конфліктній ситуації людина орієнтується на свої потреби і ті цінності, які їм засвоєні. Це може бути агресивна реакція, яка за відсутності належного ефекту, переходить в аутоагресію або реакцію відходу від вирішення проблеми по типу заснути і не прокинутися і т.д.».

Аналогічну думку про роль сім'ї у виникненні суїцидальної поведінки у підлітків висловлено і в інших публікаціях [180 – 184].

Але Л. І. Вассерман, І. А. Горьковая, Е. Е. Роміцина [185] вважають, що «наявність аномалій у сімейних відносинах не може служити достатньою підставою для віднесення даної конкретної сім'ї в розряд суїцидогенних, рівним чином сім'ї без видимих ознак аномалій не дають гарантії, що у членів таких родин не виникнуть суїцидальні тенденції». І. Sever, J. Guttman, A. Lazar [186] на підставі своїх досліджень прийшли до висновку, що «формальні характеристики батьківської сім'ї не грають принципіальної ролі у формуванні суїцидальних установок і не дозволяють зрозуміти механізми виникнення суїцидальності в молодіжному середовищі», та стверджують, що на виникнення суїцидальної поведінки впливає поєднання декількох факторів.

У формуванні суїцидальної поведінки у підлітків можуть грати роль такі фактори як затяжні й гострі психотравмуючі ситуації, до яких відносяться:

1. Гострі або затяжні конфлікти всередині сім'ї відмічені низкою авторів [187 – 190].

На думку J.J. Wood, R.L. Repetti, S.C. Roesch [191] «в дезінтегрованих, дисгармонійних сім'ях постає питання про владу. Єдиновладдя може служити

джерелом постійного психічного напруження, а у підлітків, які не схильні до компромісу і не бажають підкорятися грубому натиску з боку дорослих, воно може провокувати в деяких випадках суїцид-протесту, а демократичність у таких сім'ях може породити суїцид маніпулятивного характеру з метою домогтися вигіднішої позиції в сімейній ієрархії».

Л. І. Дементій [192] відзначає, що афективношокові і депресивні реакції, як передумова суїцидальної поведінки, виникають досить часто в результаті незаслуженого покарання або приниження, що виходять від батьків. Ю. В. Добровольська [193] у своїх дослідженнях зазначає, що підлітки з суїцидальною поведінкою «нерідко відчували свою непотрібність в сім'ї, відчували жалість до себе, почуття самотності і прагнули піти з сім'ї». Е. Д. Сміт [194] вважає, що конфлікти з родиною найчастіше обумовлені неприйняттям системи цінностей старшого покоління, є важливим фактором виникнення суїцидальної поведінки.

2. Життєві, індивідуально-значимі стресові ситуації [61, 111, 195 – 197] найчастіше стають приводом для суїцидальної поведінки і спонукань. В. Ф. Войцех [198] вважає такими ситуаціями систематичне мовне приниження, ігнорування їх думок близькими, образи, почуття дружби і любові.

У своїх дослідженнях С. А. Чумак [199] відзначив, що у підлітків, на відміну від дорослих суїцидентів, психотравмуючі ситуації «не носили об'єктивно важкого характеру, мотиви були майже завжди до безглуздості непропорційні відповідного акту. Також майже у всіх підлітків проявляються конкретні суїцидальні наміри у вигляді попередніх астенізуючих факторів, а також сукупності дрібних побутових неприємностей, тобто підвищених фізичних та психологічних навантажень в день суїцидної спроби або попередній йому день».

К. Hawton, L. Harriss і співавт. [200], аналізуючи суїцидонебезпечні конфліктні ситуації, також відзначають, що для підлітка вони можуть складатися з незначних, на думку дорослих, негараздів. Однак, на їх думку, «деякий максималізм в оцінках, невміння передбачати справжні наслідки своїх

вчинків і прогнозувати наслідки ситуації, відсутність життєвого досвіду, властиві підлітковому періоду, і створювали відчуття безвиході, нерозв'язності конфлікту, породжували почуття розпачу і самотності. Все це робило навіть незначну конфліктну ситуацію суїцидонебезпечною для підлітка, що підчас недооцінювалося оточуючими дорослими».

3. Фізичне або сексуальне насильство. О. О. Проховник [201] досліджував зв'язок між психологічною травмою в результаті сексуального насильства в дитинстві і між аутоагресивною і суїцидальною поведінкою в дорослому стані. За даними його дослідження «більш часте і важке сексуальне насильство зумовило більш виражені депресію і самодеструкцію».

Зв'язки дитячо-підліткової травматизації в результаті сексуального і фізичного насильства з розвитком аутодеструктивності і суїцидальної поведінки розглянуті в статті Б. А. Базирової [202]: «підлітки з психотравмами в результаті сексуального насильства у віці 18 років продемонстрували поведінкові, емоційні та міжособистісні проблеми, академічну неуспішність, суїцидальну поведінку і підвищений ризик соматичних захворювань, чим різко негативно відрізнялися від підлітків без подібних психотравм».

У статтях І. В. Родина [203] і В. І. Лабун [204] відзначають «неусвідомлюване пацієнтом повторне відтворення дитячої травми з подальшими аутоагресивною і суїцидальною поведінкою в підлітковому і дорослому віці». На підставі епідеміологічного дослідження 2918 респондентів з історією сексуального насильства (67 осіб) або його відсутності (2851 осіб) О. Н. Боголюбова [205] зробила висновок про те, що сексуальне насильство підвищує частоту суїцидних спроб протягом життя.

Дані про вплив сексуального і фізичного насильства на виникнення суїцидальної поведінки відзначають і інші автори [206 – 213].

4. Травматичний стрес, який пов'язаний з травмами, що призвели до втрати функції кінцівок або спотворюють зовнішність [111, 214] і хронічні захворювання [111, 215 – 221] є також суїцидогенним фактором.

За даними дослідження Т. М. Gadalla [222] «третина суїцидентів до моменту вчинення спроби лікувалися у інтерністів протягом останніх 6 місяців, 70 % – страждали гострими або хронічними захворюваннями. Частіше всього у цих пацієнтів мали місце захворювання опорно-рухового апарату і травми, які потягли за собою інвалідизацію, онкологічні захворювання, хронічний нестерпний біль, нефрологічні захворювання (особливо у пацієнтів з штучною ниркою), СНІД. При церебрально-органічної патології суїцидальний ризик зростає в міру хроніфікації органічного захворювання головного мозку і наростанні психопатизації особистості».

Багато дослідників вважають, що депресія є найбільш важливим чинником, що обумовлює суїцидальну поведінку [223 – 225].

У підлітків «депресія нерідко супроводжується порушеннями поведінки: вони можуть стати скандальними, агресивними і надмірно збудливими, у них виникає схильність до насильства» [226]. За думкою Р. Branney, А. White [227] суїцидонебезпечними депресії протікають у підлітків атипово, «маскуючись симптомами сомато-вегетативних розладів, іпохондричними порушеннями, девіантною поведінкою, дісморфофобічними симптомами та проявами інтоксикації».

Існують також протилежні думки, які стверджують, що більшість хворих депресією не робить замах на своє життя [228 – 230].

До захворювань, що роблять вплив на формування суїцидальної поведінки, відносять також розлади харчової поведінки (анорексія, булімія) [231], ожиріння [232], туберкульоз та онкологічні захворювання [111, 233, 234], органічний розлад особистості [235 – 237], дебют ендогенних психічних захворювань [238], афективні розлади [111, 239 – 241].

5. Проблеми у відносинах з представниками протилежної статі в підлітковому віці нерідко стають суїцидогенним фактором [111, 242, 243].

«Розрив з коханим штовхає на суїцидні спроби, якщо цей розрив поєднується з приниженням почуття власної гідності або якщо була надзвичайно сильна емоційна прив'язаність у підлітків з розбитих сімей або у

емоційно-лабільних підлітків, які в батьківській сім'ї відчували емоційне відкидання» [244].

Л. Ф. Латипова [245] у своїх дослідженнях зазначала у 18% випадків суїцидальної поведінки у підлітків «складну романтичну ситуацію з ровесниками».

Підліткам більш властиво, ніж дорослим, важко переживати через розрив з представником протилежної статі. На думку Р. Д. Тукаєва [246] «гіркоту втрати може сприяти погіршенню успішності, виникненню проблем зі здоров'ям, нехтування своїми обов'язками вдома або на роботі, появи неохайності в одязі. Підлітки можуть заглибитись в себе, проводити все більше часу на самоті; можуть вдаватися до роздумів і фантазій про свого колишнього коханого під сентиментальну музику. Підліткам може здаватися, що вони більше вже нікого не люблять. Вони можуть навіть спробувати знайти розраду в наркотиках або алкоголі. Втрата любові є однією з основних причин самогубств серед підлітків».

6. Сексуальні проблеми. Е. Asian, М. Fynes [247] вважають, що сексуальні проблеми, властиві підлітковому віку, часто стають причиною суїцидальної поведінки. А. Е. Bonomi, М. L. Anderson [248] у своїх роботах відзначають також, що в останні десятиліття відбулися різкі зміни в біологічному дозріванні молоді, так як знизився середній вік досягнення статевої зрілості. На думку цих же авторів «біологічні зміни зачіпають більш ранній вік, в якому молодь ще не в змозі впоратися з ними за допомогою психологічного, когнітивного розвитку».

До сексуальних проблем у підлітків автори відносять сором через розкриття мастурбації, виявлення вагітності, імпотенції [249 – 254], страх стати гомосексуалістом («гомосексуальна паніка») [249], проблеми статевого дозрівання, девіантне експериментування з різними ідентифікаціями начебто гомосексуалізму, бісексуальності [255, 256].

7. Шкільні проблеми в суїцидогенезі відзначені у роботах ряду авторів [111, 257 – 259].

М. В. Бехтерев [111] у своїх роботах, присвячених підлітковим суїцидам, описував випадки коли «хлопчик 12 років скінчив шибеницею через страх перед початком занять», «10-річна дівчинка втопилася внаслідок того, що інспектор перед усім класом вдарив її по оголеній частині спини», «далі йдуть погані відмітки і провали на іспитах, неотримання очікуваної нагороди, як звичайні причини шкільних самогубств». На думку М. В. Бехтерева, «не можна не звернути увагу на стан школи, як на причину самогубства. Школа з її схоластичним характером навчання, з сухим формалізмом і бездушною вимогливістю при повному виключенні індивідуалізованості в заняттях, вводить в статистику особливу рубрику в причинах самогубства, званими «шкільними».

«Шкільні проблеми відіграють важливу роль в дезадаптації, викликають втрату контактів з однолітками. Група однолітків є референтною групою в підлітковому віці, орієнтиром у становленні власної ідентичності, розвитку самооцінки, уявленні про себе, нормах соціальної поведінки, освоєнні гендерних ролей. Втрата або засудження групою може стати тим соціально-психологічним фактором, який здатен підштовхнути або підсилити бажання підлітка до суїцидних дій. Це фактор особливо значущий для підлітків з невисоким інтелектом, поєднаний з вираженою сенситивністю і вразливістю» [260].

М. Р. Битянова [261] у своїх дослідженнях зазначала у 8% випадків АП у підлітків «нездорових відносин з дорослими, в тому числі з вчителями (дідактогенії)».

Таким чином, термінологічна різноманітність поняття АП відображає складність і багатогранність проблеми. Не зважаючи на широкий діапазон досліджень, зберігається термінологічна роз'єднаність, суперечливість даних досліджень, що ускладнює процес вибору оптимальних організаційних і лікувальних форм відновлення адаптаційного процесу у підлітків з АП. Актуальність вивчення проблеми АП, не дивлячись на широту проведених досліджень, в сучасних умовах, не знижується.

## Глава 2

### МЕТОДИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ. МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Дизайн (організація та програма) дослідження

Матеріали ВООЗ, дані статистики та літератури свідчать про значне зростання рівня АП в останні десятиліття в усіх розвинених країнах світу, включаючи Україну [3]. Одним з найбільш небезпечних аспектів проблеми зростання АП серед населення різних країн світу є виражена тенденція до зростання суїцидальних спроб та інших несмертельних, еквівалентних форм саморуйнівної активності [8, 262, 263]. Постійне і суттєве зростання кількості самогубств та суїцидальних спроб стало основою для формування в різних країнах світу національних програм з превенції АП як загалом в популяції, так і серед максимально вразливих контингентів населення, зокрема, дітей та підлітків.

Враховуючи логіку даного дослідження та загальні вимоги щодо проведення наукових досліджень, які регламентують необхідність формування груп дослідження, а саме відповідність критеріям однорідності, репрезентативності, а також достовірності знайдених різниць та інших параметрів, що вивчались, було застосовано методи математичної статистики, які обраховувались за допомогою відповідних комп'ютерних програм. Наприклад, програма статистики автоматично розраховувала середні показники значень, процентні частини і параметри дисперсії тих пунктів облікової форми, які мали числовий формат і створювала звіти за результатами математичних розрахунків та сортування за заданими ознаками.

Дизайн дослідження та розподіл обстежених на групи наведено на рис.

2.1.



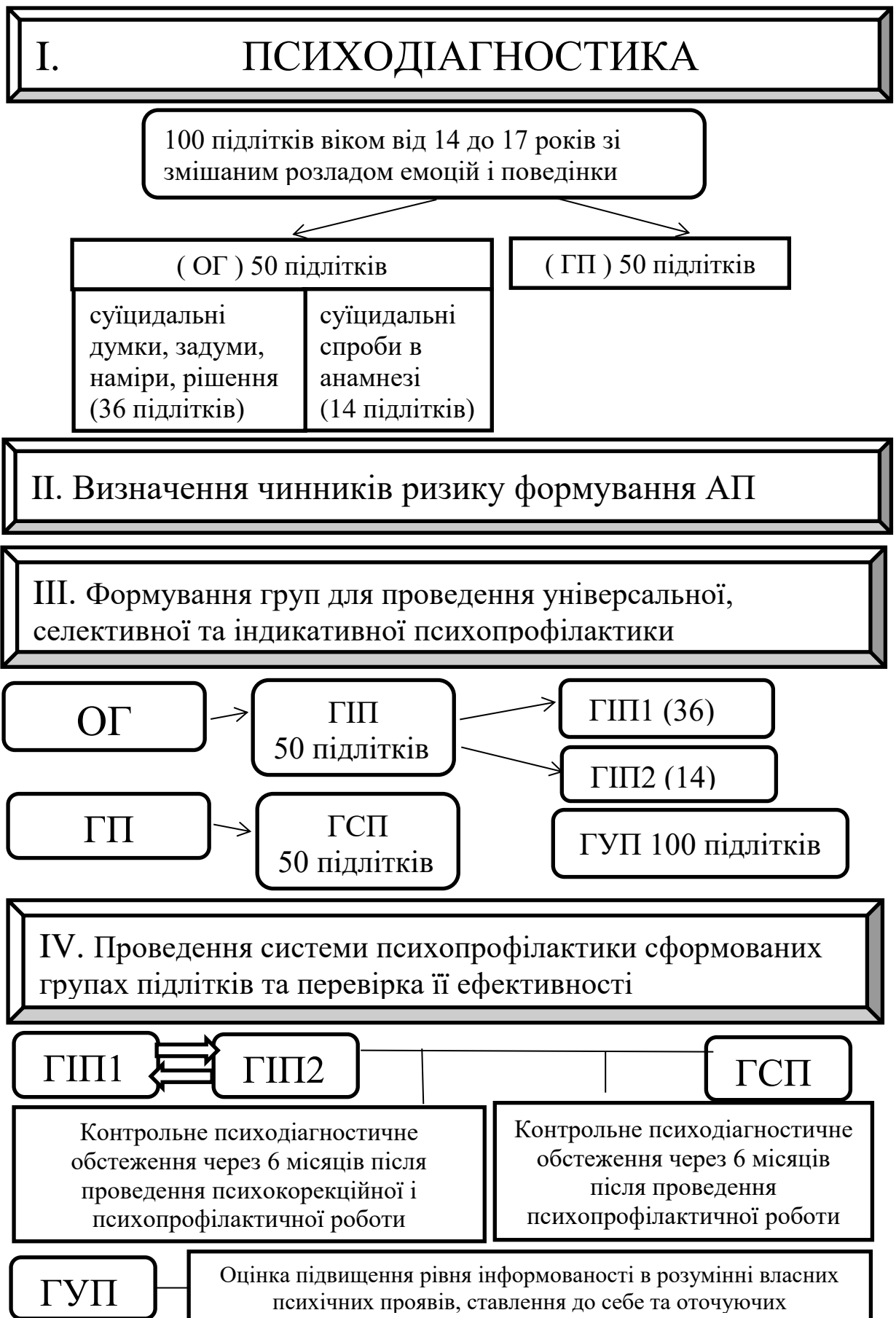


Рис. 2.1. Дизайн дослідження

Дослідження проходило у чотири етапи: психодіагностики, визначення чинників ризику формування АП, формування груп для проведення універсальної, селективної та індикативної психопрофілактики, проведення системи психопрофілактики в сформованих групах підлітків та перевірка її ефективності.

На етапі психодіагностики з врахуванням критеріїв включення в дослідження, нами було сформовано дві дослідницькі групи – основна і порівняльна (ОГ і ГП).

На другому етапі за допомогою психодіагностичних методик було виявлено чинники ризику формування АП. Аналіз і узагальнення отриманих результатів дозволив виділити психологічні чинники в генезі АП у підлітків зі змішаними розладами емоцій і поведінки, які були поділені нами на інтра- і інтерпсихологічні.

На третьому етапі було сформовано групи для проведення універсальної, селективної та індикативної психопрофілактики. Підлітки з ГП були віднесені у групу селективної психопрофілактики (ГСП). Індикативна психопрофілактика була проведена у підлітків з ОГ (ГП). Цю групу було поділено за проявами аутоагресивної поведінки на ГП1 (36 підлітків) та ГП2 (14 підлітків).

На четвертому етапі дисертаційного дослідження було проведено низку психокорекційних та психопрофілактичних робіт з підлітками з усіх груп. Контрольне психодіагностичне обстеження через 6 місяців після проведення психопрофілактики дозволило виявити ефективність проведеної роботи та сформулювати рекомендації щодо психопрофілактики у підлітків зі схильністю до АП.

## 2.2. Характеристика обстежених

З дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2010 – 2013 рр. на базі дитячого психіатричного відділення Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О. Ф. Мальцева було обстежено 100 підлітків віком від 14 до 17 років зі змішаними розладами емоцій і поведінки F 92. Серед них у 50 осіб, які склали ОГ, виявлені прояви АП у вигляді суїцидальних думок, задумів, намірів, рішень (36 осіб, 72%), або суїцидальної спроби в анамнезі (14 осіб, 28%). До ГП увійшли 50 пацієнтів без ознак АП.

В даному дослідженні брали участь лише ті особи, які відповідали всім наведеним нижче критеріям включення:

- були здатні прочитати і усвідомити дані, наведені в інформованій згоді для участі у дослідженні, а також розуміли інструкції, наведені у психологічних тестових методиках;
- власноруч підписали інформовану згоду на участь у дослідженні;
- мали встановлений діагноз змішані розлади поведінки та емоцій (F92);
- входили до вікової групи 14-17 років.

Критеріями виключення з дослідження були наступні:

- обстежений мав інший психіатричний діагноз в стадії загострення;
- обстежені не відповідали віковому критерію дослідження.

Всі результати опитування було ретельно зафіксовано. Основна увага при зборі клініко-психологічного анамнезу приділялась: 1) характеристикам сімейного функціонування; 2) соціального статусу й умов проживання обстежених; 3) наявності гострих та хронічних психотравм.

Гендерний та віковий розподіл обстежених наведено в табл. 2.1, з якого видно, що серед підлітків з проявами АП було 56% дівчинок (середній вік  $15,4 \pm 1,8$  років) і 44% хлопців (середній вік  $16,3 \pm 1,7$  років), а між обстеженими зі змішаними розладами емоцій і поведінки без АП – 62% хлопців (середній вік  $15,9 \pm 1,2$  років) і 38% дівчат (середній вік  $15,1 \pm 1,4$  років).

Таблиця 2.1

**Гендерний та віковий розподіл обстежених підлітків**

Показник	ОГ, n = 50		ГП, n = 50	
	хлопці	дівчата	хлопці	дівчата
Стать, а.к./% ±m	22 / 44±7,0%	28 / 56±7,0%	31 / 62±6,9%	19 / 38±6,9%
Середній вік	16,3±1,7	15,4±1,8	15,9±1,2	15,1±1,4

В групі осіб з проявами АП у 40% батьки працювали робітниками, 34% були працівниками бюджетної сфери, 16% – підприємцями, а 10% – безробітними. Серед батьків підлітків без проявів АП 42% виявились працівниками бюджетної сфери, 32% – робітниками, 22% – підприємцями й 4% – безробітними (табл. 2.2).

48% підлітків з проявами АП і 54% обстежених ГП не мали власної кімнати в квартирі, де проживали з батьками та іншими родичами, 42% ОГ й 34% ГП мали індивідуальний простір власної кімнати, 6% ОГ й 10% ГП проживали разом з батьками у гуртожитку (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Характеристика соціального статусу й умов проживання обстежених**

Показник		ОГ, n = 50	ГП, n = 50
Соціальний статус батьків	службовець (бюджетна сфера)	17 / 34±6,7%	21 / 42±7,0%
	підприємець	8 / 16±5,2%	11 / 22±5,9%
	робітник	20 / 40±6,9%	16 / 32±6,6%
	безробітний	5 / 10±4,2%	2 / 4±2,8%
Умови проживання	власна кімната в квартирі	21 / 42±7,0%	17 / 34±6,7%
	спільна кімната в квартирі	24 / 48±7,1%	27 / 54±7,0%
	гуртожиток	3 / 6±3,6%	5 / 10±4,2%

### 2.3. Методи дослідження

При виборі методів дослідження ми приймали до уваги той факт, що АП підлітків є комплексним явищем, яке складається з низки порушень на соціальному та психологічному рівнях.

Психологічні компоненти підлітків з АП полягають у порушеннях в психоемоційному стані та особистісній сфері.

Соціальна складова у підлітків з аутоагресивною поведінкою полягає в порушенні взаємовідносин в родині; порушенні соціального функціонування у сфері комунікації.

Таким чином, методи, які було включено до дослідження, мали розкрити наявність дезадаптивних проявів у соціальній та психологічній (емоційно-вольовій, особистісній) сферах.

З даною метою в процесі дисертаційного дослідження використано комплекс методів, а саме: теоретичний (теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація даних літературних джерел, їх порівняння та узагальнення), соціально-демографічний, клініко-психопатологічний метод, психодіагностичний (психологічне тестування), статистичний.

*Теоретичний метод* заключався в теоретико-методологічному аналізі та систематизації наявних сучасних літературних джерел з аутоагресії у осіб підліткового віку.

*Соціально-демографічний метод* включав структуроване інтерв'ю, яке надало змогу отримати необхідні соціально-демографічні дані, а саме віковий склад, стать досліджених. Також вивчали соціальний статус та умови проживання обстежених, характеристики сімейного функціонування, наявність та види гострих та хронічних психотравм.

*Клініко-психопатологічний метод* включав в себе розгорнуте клініко-психопатологічне дослідження з використанням критеріїв МКХ-10.

Отримані дані були доповнені результатами психодіагностичного дослідження з використанням клінічних рейтингових шкал HADS і HDRS

[264], методики багатовимірної оцінки дитячої тривожності (МОДТ) О. Роміциної [265], а також шкал виміру суїцидального ризику і самосвідомості смерті, розроблених під керівництвом проф. В. Л. Гавенка [266, 267].

Отже, ступінь вираженості депресивної симптоматики оцінювали за допомогою шкали Гамільтона HDRS. Вона складається з 23 пунктів, два з яких (16-й та 18-й) містять дві частини – А і Б, які заповнюються альтернативно. Пункти з 18 по 21 не відображають ступінь вираженості безпосередньо депресивної симптоматики. Сума балів по першим 17 пунктам шкали HDRS, стосовно МКХ-10, відповідає

- 7-16 балів— легкому депресивному епізоду,
- 17-27 балів — помірному депресивному епізоду,
- більше 27 балів — тяжкому депресивному епізоду.

Тяжкість тривожної симптоматики оцінювали за шкалою тривожності Гамільтона HADS, яка містить 14 пунктів для оцінки лікарем та діагностує наступні варіанти тяжкості психопатологічного стану хворого:

- менше 8 балів – субклінічна тривога;
- 8 – 20 балів – тривожний стан;
- 20 – 56 балів – тривожний розлад.

Для диференційованої оцінки тривожності у підлітків з АП і у підлітків без суїцидальних тенденцій, що включає діагностику рівня тривоги в соціально значущих ситуаціях, діагностику рівня тривоги в особистісно значущих ситуаціях і оцінку особливостей псіхонейровегетативного реагування індивіда в умовах стресу, ми використовували методику «Багатовимірна оцінка дитячої тривожності» (МОДТ) О. Роміциної. У структуру методики включені 10 параметрів-шкал, що дозволяють дати диференційовану оцінку тривожності у дітей та підлітків віком від 7 до 18 років.

Шкала 1. «Загальна тривожність», в результатах якої відображається загальний рівень тривожних переживань дитини (підлітка) останнім часом, пов'язаних з особливостями її самооцінки, впевненості в собі і оцінкою перспективи.

Шкала 2. «Тривога у відносинах з однолітками», в результатах якої відбивається рівень тривожних переживань, обумовлених проблемними взаєминами з іншими дітьми та підлітками.

Шкала 3. «Тривога , пов'язана з оцінкою оточуючих», в результатах якої відображаються рівень специфічної тривожної орієнтації дитини (підлітка) на думку інших в оцінці своїх результатів, вчинків і думок; рівень тривоги з приводу оцінок, які даються оточуючими, у зв'язку з очікуванням негативних реакцій з їх боку.

Шкала 4. «Тривога у відносинах з вчителями», в результатах якої відображається рівень тривожних переживань, обумовлених взаєминами зі шкільними педагогами і переживаннями, які впливають на успішність навчання дитини (підлітка).

Шкала 5. «Тривога у відносинах з батьками», в результатах якої відображається рівень тривожних переживань, обумовлених проблемними взаємовідносинами з дорослими, які виконують батьківські функції, а також характер тривожного реагування дитини (підлітка) у зв'язку з родинним ставленням і оцінкою його батьками.

Шкала 6. «Тривога, пов'язана з успішністю в навчанні», в результатах якої відбивається рівень тривожних побоювань дитини (підлітка), який надає безпосередній вплив на розвиток у нього потреби в успіху, досягненні високого результату і т. і.

Шкала 7. «Тривога, що виникає в ситуаціях самовираження», в результатах якої відбивається рівень тривожних переживань дитини (підлітка) в ситуаціях, пов'язаних із необхідністю саморозкриття, пред'явлення себе іншим, демонстрації своїх можливостей.

Шкала 8. «Тривога, що виникає в ситуації перевірки знань», в результаті якої відбивається рівень тривоги дитини (підлітка) в ситуації перевірки (особливо - публічної) його знань, досягнень, можливостей.

Шкала 9. «Зниження психічної активності, обумовлене тривогою», в результатах якої відбивається рівень реагування на тривожний фактор

середовища ознаками астєнії, яка впливає на пристосованість дитини (підлітка) до ситуацій стресогенного характеру.

Шкала 10. «Підвищена вегетативна реактивність, обумовлена тривогою», в результатах якої відбивається рівень вираженості психовегетативних реакцій у відповідь на тривожний фактор середовища, що свідчать про особливості пристосовності організму дитини (підлітка) до ситуацій стресогенного характеру.

Розподіл за ступенем вираженості кожного з 10 вимірюваних проявів тривожності розділяється на наступні категорії за 10-бальною шкалою:

- «відсутність тривоги або слабка її вираженість» - 0-2 бали;
- «нормативний рівень тривожності, що сприяє оптимальної адаптації індивіда» - 3-5 балів;
- «підвищений рівень тривожності, дестабілізуючий психоемоційний стан індивіда в певних ситуаціях - субклінічний рівень» - 6-8 балів;
- «вкрай високий рівень тривожності, що носить генералізований характер і дезорганізуючий діяльність дитини (підлітка) аж до клінічних проявів» - 9-10 балів.

Шкала суїцидального ризику В. Л. Гавенка зі співавторами є способом визначення суїцидального ризику, який включає реєстрацію відповідей пацієнта на 20 питань, які оцінюють його емоційний стан, відношення до самого себе та інших осіб, рівень самоповаги, домінантності тривожності та вольові властивості особистості із чотирма значеннями відповідей, з наступним аналізом результатів обстеження, і якщо встановлена кількість балів вища за 13, то діагностують підвищений або високий ризик суїцидальних дій та, навпаки (результати методики нижче за 23 балів свідчать про низький ризик аутодеструктивних дій).

Шкала виміру самосвідомості смерті В. Л. Гавенка зі співавторами представляє собою спосіб оцінки самосвідомості пацієнта, який включає реєстрацію його відповідей на 18 питань лікаря, які спрямовані на оцінку персонального відношення до можливих наслідків смерті з двома, трьома або



чотирма значеннями відповідей, що враховують оцінку страху смерті, суїцидальні помисли пацієнта, відомості про спадковість та стан психічного здоров'я з наступним аналізом результатів обстеження, і якщо встановлена кількість балів нижче за 23, то діагностують низьку самосвідомість смерті і високий ризик схильності до самогубства та навпаки (максимальна кількість балів – 45 – є свідомством про відсутність аутоагресивних тенденцій).

Крім того, *психодіагностичний метод* був реалізований з метою визначення складових АП у підлітків та включав використання наступних методик.

З метою вивчення особливостей особистості підлітків з АП було використано патохарактерологічний діагностичний опитувальник (ПДО) А. Є. Лічка и Н. Я. Іванова [268] для встановлення акцентуацій та наявності реакції емансипації (прагнення звільнитися від контролю, опіки старших), психологічної схильності до алкоголізації та делінквентності. За допомогою методики виявляються такі типи акцентуації: Г – гіпертимний, Ц – циклоїдний, Л – лабільний (емоційно-лабільний), А – астеноневротичний, С – сенситивний, П – психастеничний, Ш – шизоїдний, Э – епілептоїдний, І – істероїдний, Н – нестійкий, К – конформний. Також виявляються змішані типи акцентуації.

Для визначення схильності до агресії підлітків з АП використовувалась методика діагностики показників і форм агресії А. Басса і А. Даркі [269], яка диференціює прояви агресії і ворожості індивіда та дозволяє вивчити наступні види агресивної реакції:

- фізична агресія – використання фізичної сили проти іншої особи;
- непряма агресія, обхідним шляхом спрямована на іншу особу або ні на кого не спрямована;
- роздратування – готовність до прояву негативних почуттів при найменшому порушенні (запальність, грубість);
- негативізм – опозиційна манера в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти сталих звичаїв і законів;

- образа – заздрість і ненависть до оточуючих за дійсні та вигадані дії;
- підозрілість – в діапазоні від недовіри і обережності стосовно людей до переконання в тому, що інші люди планують і приносять шкоду;
- вербальна агресія – вираз негативних почуттів як через форму (крик, виск), так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози);
- почуття провини – виражає можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, що спричинює зло, а також відчуває докори сумління.

Особливості поведінки респондентів відстежували за допомогою методики визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса [270]. Методика призначена для визначення копінг-механізмів, способів подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності, копінг-стратегій, та дозволяє виявити такі стратегії: конфронтація; дистанціювання; самоконтроль; пошук соціальної підтримки; прийняття відповідальності; втеча – уникнення; планування рішення; позитивна переоцінка.

Для статистичної обробки даних використовували процедури первинної та вторинної (кореляційної та варіаційної) статистики. Обробку отриманих даних здійснювали за допомогою критерію Ст'юдента та критерію відповідності  $\chi^2$  для визначення вірогідності розбіжностей між групами. Математична обробка результатів проводилась на персональному комп'ютері за допомогою прикладного пакету програм «Statistica for Windows. Release 6.0» та електронних таблиць Excel 7.0, а також програми математичної, статистичної обробки SPSS 11.0 [271].

## Глава 3

### КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ

При аналізі поширеності окремих клініко-психопатологічних феноменів (табл. 3.1) у клінічній структурі діагностованого розладу, нами встановлено, що достовірно часто ( $p < 0,05$ ) підлітки з проявами АП, відзначали у себе знижений фон настрою (80% проти 36%), схильність до короткочасних бурхливих реакцій (44% проти 68% опитаних), у 64% виникали стани розгубленості (в ГП – у 12%), нездатність до самоконтролю та адекватної оцінки наслідків своїх вчинків (46% проти 72% обстежених), а також obsesivні симптоми (наявність нав'язливих думок і побоювань: 40% проти 14%). Статистично недостовірно, але досить часто у ОГ зустрічалися підвищена сприйнятливність до раніше нейтральних подразників (74%), наявність нав'язливих думок і побоювань (40%), нав'язливі спогади пережитого, що виникали раптово, незалежно від бажання (36%).

У свою чергу, підлітки зі змішаним розладом емоцій та поведінки без аутоагресивних проявів, також відрізнялися підвищеною схильністю до короткочасних бурхливих реакцій (44% ОГ проти 68% ГП), нездатністю до самоконтролю та адекватної оцінки наслідків своїх вчинків (46% ОГ проти 72% ГП). В обох групах досить поширеними виявилися симптоми підвищеної когнітивної виснаженості (порушення запам'ятовування поточних подій: 48% ОГ і 40% ГП; підвищена виснаженість уваги: по 42% в обох групах).

Таблиця 3.1

**Порівняльний аналіз поширеності окремих клініко-психопатологічних симптомів у підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки в залежності від наявності в них проявів АП**

Клініко-психопатологічні симптоми	Частота зустрічаємості	
	ОГ, n = 50	ГП, n = 50
знижений фон настрою	80±5,7%	36±6,8%*
схильність до короткочасних бурхливих реакцій	44±7,0%	68±6,6%*
підвищена уразливість, вразливість	40±6,9%	22±5,9%
стани розгубленості	64±6,8%	12±4,6%*
підвищена сприйнятливості до раніше нейтральних подразників	74±6,2%	64±6,8%
нетерпимість до себе	26±6,2%	12±4,6%
нездатність до самоконтролю та адекватної оцінки наслідків своїх вчинків	46±7,1%	72±6,4%*
нав'язливі спогади пережитого, що виникають раптово, незалежно від бажання	36±6,8%	22±5,9%
наявність нав'язливих думок і побоювань	40±6,9%	14±4,9%*
порушення запам'ятовування поточних подій	48±7,1%	40±6,9%
підвищена виснаженість уваги	42±7,0%	42±7,0%

Примітка. Зірочкою виділені статистично значущі відмінності при \* $p < 0,05$ .

У ході клінічного обстеження у підлітків з проявами АП виявлена широка поширеність астеничних проявів – скарги на загальну слабкість, млявість, швидку стомлюваність, труднощі зосередитися, у осіб з резидуально-органічною патологією достовірно частіше виникали дратівливість при напрузі і стомленість, погана переносимість шуму і яскравого світла, вегетативна лабільність, головні болі, запаморочення, тахікардія, велика кількість різних соматичних скарг ( $p < 0,05$ ).

Оцінка вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів проводилася нами з використанням додаткового психодіагностичного інструментарію для визначення структури і ступеня тяжкості депресивної і тривожної симптоматики. Встановлено, що як вираженість, так і наповненість виявлених синдромів (яку ми розглядали як узгодженість певних симптомів всередині симптомокомплексу – феномена, що визначає клінічну типологію), була різною у підлітків різних груп.

Дослідження вираженості і структури тривоги з використанням методики МОДТ підтвердило попередню гіпотезу про те, що наявність підвищеного рівня тривожності у підлітків, особливо значима в сферах зовнішньої комунікації (тривога у відносинах з однолітками, у зв'язку з думкою оточуючих, у відносинах з батьками), призводять до зниження психічної активності та підвищенню вегетативної реактивності, що стає психопатологічним підґрунтям для формування таких проявів деструктивного патологічного реагування, як АП.

Звертає на себе увагу, що, на тлі вираженої тенденції підвищення тривожності у підлітків з АП, для обстежених обох груп найменш значущими були питання, пов'язані з відносинами з вчителями, успішністю навчання, або ситуації перевірки шкільних знань.

При порівнянні показників рівнів тривожності між підлітками з проявами АП і без нього, статистично значущі відмінності отримані за шкалами «Загальна тривожність» ( $6,26 \pm 2,79$  у порівнянні з  $3,88 \pm 1,77$ ),

«Тривога у стосунках з однолітками» ( $7,69 \pm 2,65$  у порівнянні з  $4,33 \pm 2,54$ ), «Тривога, пов'язана з оцінкою оточуючих» ( $6,57 \pm 2,60$  у порівнянні з  $4,32 \pm 2,49$ ), «Тривога у відносинах з батьками» ( $6,16 \pm 2,99$  у порівнянні з  $3,92 \pm 3,19$ ), «Тривога, що виникає в ситуаціях самовираження» ( $6,76 \pm 2,34$  в порівнянні з  $4,06 \pm 2,79$ ), «Зниження психічної активності, пов'язане із тривогою» ( $7,26 \pm 2,30$  у порівнянні з  $4,40 \pm 2,42$ ), «Підвищена вегетативна реактивність, обумовлена тривогою» ( $7,72 \pm 2,26$  у порівнянні з  $4,69 \pm 2,16$ ).

Таблиця 3.2

**Порівняльний аналіз середніх показників та структура тривожності у підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки в залежності від наявності в них проявів АП (сер. бал)**

Види тривоги	ОГ, n = 50	ГП, n = 50
Загальна тривожність	3,88	6,26*
Тривога у стосунках з однолітками	4,33	7,69*
Тривога у зв'язку із оцінкою оточуючих	4,32	6,57*
Тривога у стосунках із вчителями	2,75	4,38
Тривога у стосунках з батьками	3,92	6,16*
Тривога пов'язана із успішністю навчання	3,33	4,97
Тривога, що виникає в ситуаціях самовираження	4,06	6,76*
Тривога, що виникає в ситуаціях перевірки знань	3,13	4,87
Зниження психічної активності, пов'язане із тривогою	4,40	7,26*
Підвищення вегетативної реактивності, пов'язане із тривогою	4,69	7,72*

Примітка. Зірочкою виділені статистично значущі відмінності при  $*p < 0,05$ .

Отже, у підлітків ОГ усереднені показники тривожності практично по усім провідним шкалам знаходилися в діапазоні 6 – 8 балів, що є свідомством підвищеного рівню тривожності, який дестабілізує емоційний стан індивіда та має дезорганізуючу дію в ситуаціях стресогенного характеру.

Це може свідчити про те, що підлітки з АП, на відміну від підлітків без суїцидальних тенденцій, мають більш низьку самооцінку, не завжди впевнені в собі, більш тривожно оцінюють свої перспективи в особливо значущих для них ситуаціях, частіше виявляють занепокоєння з приводу своїх можливостей до їх зміни. Підлітки з АП частіше, ніж підлітки без суїцидальних тенденцій, відчувають страх невідповідності очікуванням оточуючих і в значній мірі схильні орієнтуватися на думку інших в оцінці своїх результатів, вчинків і думок. Підлітків з АП, в порівнянні з підлітками ГП, за даними дослідження, відрізняє більш нестійкий емоційний фон відносин з дорослими вдома, частіше в ситуаціях, пов'язаних із необхідністю саморозкриття, пред'явлення себе іншим. Для них характерна нерішучість вчинків і невпевненість в собі, ситуація демонстрації своїх можливостей може стати для таких підлітків психотравмуючою подією.

Підлітки з АП, на відміну від підлітків ГП, значною мірою схильні орієнтуватися на думку інших в оцінці своїх результатів, вчинків і думок, відрізняються підвищеною сугестивністю, чутливі до висловлювань оточуючих, постійно очікують від них незадовільних відгуків на свою адресу. У зв'язку з цим, такі підлітки навмисно прагнуть уникати ситуацій, пов'язаних з новим досвідом взаємин з оточуючими, як би «закриваючи очі» на себе і обставини, що склалися. У таких ситуаціях у них виникає усвідомлення невідповідності між власною поведінкою і своїми уявленнями, що посилює відчуття тривожності і уразливості. У поведінці відзначається непослідовність і надмірна скутість. У підлітків з АП, в порівнянні з підлітками без суїцидальних тенденцій, особливості сомато-вегетативної організації

відображають більш низький рівень адаптації до ситуацій стресогенного характеру .

Вивчення вираженості клінічних феноменів тривоги і депресії за допомогою їх об'єктивізації згідно з методиками HADS и HDRS, показало наступне (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

**Усереднені показники вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів у обстежених різних груп**

Методика / показник		ОГ, n = 50	ГП, n = 50
HADS	тривога	14,43	9,01*
	депресія	15,37	8,87*
HDRS		15,2	10,8

Примітка. Зірочкою виділені статистично значущі відмінності при \* $p < 0,05$ .

Середні показники тривоги і депресії у обстежених ОГ достовірно перевищували такі у підлітків ГП. Так, результати дослідження за допомогою HADS продемонструвало наявність у підлітків з проявами АП клінічно виражених феноменів і тривоги, і депресії, що підтвердилося результатами, отриманими за шкалою HDRS. У обстежених ГП мали місце субклінічні тривожні і депресивні прояви, серед яких окремі симптоми іноді досягали клінічно окресленого рівня.

У підлітків ОГ, порівняно з ГП, спостерігалися більш виражені симптоми пригніченості настрою, нудьги, зневіри, суму, печалі, астеничні прояви (підвищена стомлюваність, слабкість, млявість, дратівливість при нарузі і стомленні, підвищена сприйнятливність до раніше нейтральних подразників), а також різні тривожні прояви (внутрішнє напруження з неможливістю розслабитися, різного роду страхи, невмотивоване занепокоєння, тривога), схильність до бурхливих афективних реакцій зі сльозами, що часто



переходили у ридання, різного роду страхи і нав'язливі спогади стресової ситуації, втрата інтересу до колишніх занять, напади тривоги, невмотивованого неспокою, ідеї самозвинувачення і самознищення, у більшості обстежених виявлено різні розлади сну (труднощі засинання з частими пробудженнями і жахливими сновидіннями), ознаки вегетативної лабільності.

При проведенні кореляційного аналізу в групі підлітків з АП знайдені позитивні взаємозв'язки між виразністю депресії і частотою тверджень підлітками про те, що думки про смерть вони мали ще в ранньому дитинстві ( $r = 0,58, p < 0,05$ ), між рівнем депресії і фізичним насильством з боку однолітків ( $r = 0,65, p < 0,05$ ) та інших ( $r = 0,58, p < 0,05$ ), смертю одного з батьків ( $r = 0,58, p < 0,05$ ). Негативні взаємозв'язки знайдені між рівнем депресії і вживанням психоактивних речовин будь-яких груп ( $r = -0,53, p < 0,05$ ), між рівнем депресії і частотою злочинства ( $r = -0,53, p < 0,05$ ), як патологічної реакції на психотравмуючі ситуації.

На основі аналізу отриманих даних, нами виділено клінічні варіанти емоційних порушень, притаманних обстеженим різних груп. Так, для підлітків зі змішаним розладом емоцій та поведінки без проявів АП, характерними виявилися тривожно-експлозивний (38%) і мозаїчний (62%) варіанти емоційних порушень. У підлітків з проявами АП встановлені депресивно-уникаючий (30%), тривожно-підозрілий (34%) і астено-істероїдний (36%) клінічні варіанти емоційних порушень.

Особи з депресивно-уникаючим варіантом характеризувалися схильністю до депресивного реагування, почасти – з елементами туги без проєкції на майбутнє, коливанням настрою на протязі доби з превалюванням суму, пригніченості, апатії, відчуття провини. Вони відрізнялися складнощами у соціальних контактах, невпевненістю у собі, миттєвою дестабілізацією емоційного стану у стресогенних ситуаціях з прагненням втекти від неї, побоювались будь-яких змін, від яких чекали лише негараздів.

Для тривожно-підозрілого варіанта характерними були домінування загального тривожного тла настрою, пригніченості, дратівливості, гіперестезії,

почуття туги, тривоги, очікування нещастя, внутрішньої напруги, занепокоєння з неможливістю розслабитися, посилення тривоги на тлі пожвавлення спогадів про психотравмуючу ситуацію. Такі особи демонстрували недовірливість до оточуючих, бо мали постійні підозри в їх шкідливих намірах стосовно власної персони, відчували образу та гнів на весь світ за дійсні або вигадані (уявні) страждання.

Астено-істероїдний варіант проявлявся парадоксальним поєднанням виражених астенічних проявів підвищеної стомлюваності, млявості, виснаженості, дратівливості, підвищеної сприйнятливості до раніше нейтральних подразників в поєднанні з тривогою, напруженістю, хвилюванням, істеричними проявами на тлі яскравих соматовегетативних проявів.

Серед осіб без АП превалювали тривожно-експлозивний та мозаїчний варіанти. Тривожно-експлозивний характеризувався нестійкістю емоційного стану, що проявлявся в частих коливаннях настрою, підвищеній збудливості, дратівливості, підвищеній зовнішній агресивності, недостатній саморегуляції з гострими переживаннями ситуації невдачі, коли разом із реакціями самозвинувачення вони демонстрували ворожість до навколишніх. Для мозаїчного варіанту виявились притаманними окремі прояви усього спектру емоційних розладів – від тривожно-депресивних до вегетативних та агресивних, в основному, невисокого ступеню вираженості.

Дослідження суїцидального ризику та самосвідомості смерті, очікувано підтвердило наявність достовірної різниці цих усереднених показників серед обстежених різних груп. Так, для підлітків ОГ характерними виявились підвищені показники суїцидального ризику (загальний усереднений показник по групі – 32,09) та низькі – самосвідомості смерті (загальний усереднений показник по групі – 19,22). При цьому, треба відмітити, що серед осіб, у яких в анамнезі була суїцидальна спроба (14 респондентів), усереднений показник суїцидального ризику був меншим, а самосвідомості смерті – більшим, ніж у підлітків з наявністю суїцидальних думок, задумів, намірів (36 осіб): 29,5 проти 33,1 бали за суїцидальним ризиком та 19,8 проти 19 балів за

самосвідомістю смерті. У осіб ГП обидва показники були в рамках нормативних значень: усереднений показник суїцидального ризику склав 23,1 бали, самосвідомості смерті – 24,3 бали.

Узагальнення отриманих результатів дозволило проаналізувати особливості проявів та механізму виникнення АП у підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки, на основі чого нами виділені три її типи.

Депресивна АП (10% обстежених ОГ, 35,7% серед осіб з суїцидальною спробою в анамнезі), для якого характерний обдуманий, з тривалим і поступовим формуванням пресуїцид; мотиви суїциду в переважній більшості випадків – конфлікти (любовного плану, з оточенням, з батьками, і т. д.), пресуїцидальний період (від виникнення перших суїцидальних переживань до їх реалізації) – від одного тижня до семи місяців; психотравмуючі ситуації відрізнялися тривалістю; виникнення в «просоночному» стані думок типу «навіщо я прокинувся?»; на етапі внутрішньої готовності до суїциду (за кілька днів - тижнів) допускалися думки про смерть, але не про самогубство, типу «добре б під машину потрапити»); безпосередньо перед суїцидом депресивні переживання, відчуття нестерпності ситуації, душевного болю, безвиході, непотрібності, почуття втоми; суїцидальні спроби відбувалися на самоті, використовувані при цьому засоби плануються; психологічний сенс цього типу суїциду – «протест» проти ситуації, що склалася.

Експлозивна АП (52% осіб ОГ, з яких 28,6% випадків серед скоєних суїцидальних спроб и 61,1% осіб з аутоагресивними тенденціями) – у більшості випадків пресуїцид короткий; суїцидальне рішення виникає на висоті афекту, миттєво, думка про суїцид зароджується раптово; вибирається найчастіше перший засіб; емоційний стан характеризується відчуттям душевного болю, нестерпної ситуації, збудженням, страхом перед необхідністю близьких духовних контактів; аутоагресивним діям не завжди передую конкретний привід (у 40% випадків вони відбувалися у відповідь на негативне сприйняття ситуації, що склалася, та роздуми про своє «жахливе» становище); приводом є події, що сприймаються як показник краху життя, і

навіть звичайні сварки зі значимими особами; відсутність прагнення до демонстративності; про наслідки своїх дій індивід не думає, спостерігається неузгодженість кінцевої мети АП (смерті) і її психологічного сенсу.

Демонстративна АП (38% обстеження ОГ, з яких 35,7% - зі спробою суїциду в анамнезі та 38,9% - з суїцидальними намірами). Мета даного типу АП – вплив на ставлення значимих осіб, мотиви – конфлікти; пресуїцид короткий (від декількох хвилин до години) з сумнівами в доцільності аутоагресивних дій; аутоагресивним діям завжди передують конкретний привід у вигляді будь-яких образливих слів; стан в пресуїциду характеризується недепресивними емоціями: образою, почуттям жалю до себе і нездоланності ситуації, агресією, страхом перед суїцидом, проте переживання не відрізняються глибиною, а афект не виражений; індивід розуміє, що його дії не можуть спричинити за собою смерть; бажання привернути увагу до власного горя і помститися; бажання вчинити аутоагресивні дії на очах у значущих осіб, «сповіщення» про майбутній суїцид близьких і, навіть, сторонніх осіб.

На наш погляд, основними компонентами для кожного з трьох перерахованих типів АП є: для депресивного – відмова від боротьби, «виключення» з важкої ситуації, зважаючи на безуспішність неодноразових спроб впоратися з нею і неможливість відмовитися від своїх цілей; для експлозивного – зняття емоційної напруги в ситуації тривалої психотравми; для демонстративного – «крик про допомогу». Спільність психологічного сенсу всіх типів АП полягає у відсутності справжнього бажання смерті, думка про смерть нечітка і завжди декілька двозначна: очікування позбавлення від страждань, але не фізичної смерті.

Отримані дані були покладені нами в основу розробки системи заходів психокорекції та психопрофілактики АП у підлітків.

## Глава 4

### ПСИХОЛОГІЧНІ І КОНТЕКСТУАЛЬНІ ЧИННИКИ У ГЕНЕЗІ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ

4.1. Психологічні предиктори в генезі аутоагресивної поведінки у підлітків

4.1.1. Характерологічні властивості дітей підліткового віку з аутоагресивною поведінкою. Наступним кроком дослідження було вивчення наявності акцентуацій, що здійснювалось за допомогою ПДО А.Є. Лічка и Н.Я. Іванова (це вважалося цілком доцільним, враховуючи спрямованість даної методики на осіб молодого віку).

За результатами дослідження акцентуацій встановлено, що частота зустрічаємості певних акцентуацій відрізнялася у підлітків різних груп. У обстежених ОГ частіше, ніж у підлітків ГП, зустрічалися в чистому вигляді або у поєднанні з іншими типами (найчастіше з істероїдним) нестійкі (11% і 9%, відповідно), гіпертимні (20% і 14%, відповідно) і шизоїдні (10% і 6%) риси. Рідше у осіб ГП, в порівнянні з ОГ, зустрічалися в чистому вигляді або у поєднанні з іншими типами епілептоїдні (10% і 4%, відповідно). Також встановлені незначні відмінності в зустрічаємості істероїдних, епілептоїдних, конформних, циклоїдних, психастенічних, конформних та астеноневротичних рис у підлітків обох груп.

Результати дослідження, які ілюстровані даними табл. 4.1, дозволили уточнити та порівняти типологічну приналежність характеру обстежених.

## Розподіл типів акцентуації серед досліджених

Тип акцентуації	ОГ, n = 50	ГП, n = 50
гіпертимний	10/20±5,7%*	7/14±4,9%
циклоїдний	2/4±2,8%	2/4±2,8%
лабільний	0/0±0	5/10±4,2%
астеноневротичний	0/0±0	2/4±2,8%
сенситивний	0/0±0	6/12±4,6%*
психастенічний	6/12±4,6%	5/10±4,2%
шизоїдний	10/20±5,7%*	6/12±4,6%
епілептоїдний	10/20±5,7%	4/8±3,8%
істероїдний	1/2±2,0%	2/4±2,8%
нестійкий	11/22±5,9%*	9/18±5,4%
конформний	0/0±0	2/4±2,8%

Примітка. \*Зірочкою виділені статистично значущі відмінності, отримані при  $p < 0,05$ .

Крім діагностики типу акцентуації, використання об'єктивної шкали ПДО дало можливість отримати цілий ряд додаткових діагностичних показників, а саме: 1) показники дисимуляції і відвертості, що дозволили оцінити ступінь достовірності результатів обстеження; 2) показник віддзеркалення реакції емансипації – прагнення звільнитися від контролю, опіки старших; 3) показник психологічної схильності до алкоголізації; 4) показник психологічної схильності до делінквентності; 5) показник мужності-жіночності, що дозволяє судити про переважання тих або інших якостей в загальній системі особових відносин. Результати цього дослідження представлені в табл. 4.2, 4.3.

**Розподіл і вираженість додаткових діагностичних показників за ПДО у підлітків ОГ, n = 50, %±m**

Показник	Відсутній	Слабо виражений	Помірно виражений	Різко виражений
Схильність до делінквентності	6/12±4,6%	18/36±6,8%	21/42±7,0%	5/10±4,24%
Схильність до алкоголізації	4/8±3,8%	11/22±5,9%	19/38±6,9%	14/24±6,4%
Реакція емансипації	2/4±2,8%	10/20±5,7%	17/34±6,7%	21/42±7,0%
Конформність	20/40±6,9%	16/32±6,6%	12/24±6,0%	2/4±2,8%

Примітка. Зв'язок між факторною та результативною ознаками статистично значуща при рівні значущості  $p < 0,01$ .

З табл. 4.2 видно, що серед підлітків ОГ переважали «помірно виражені» та «різко виражені» показники схильності до делінквентності, алкоголізації, реакції емансипації у поєднанні з низьким рівнем конформності.

**Розподіл і вираженість додаткових діагностичних показників за ПДО у підлітків ГП, n = 50, %±m**

Показник	Відсутній	Слабо виражений	Помірно виражений	Різко виражений
Схильність до делінквентності	22/44±7,0%	14/28±6,4%	8/16±5,2%	6/12±4,6%
Схильність до алкоголізації	19/38±6,9%	12/24±6,0%	13/26±6,2%	6/12±4,6%
Реакція емансипації	9/18±5,4%	21/42±7,0%	11/22±5,9%	9/18±5,4%
Конформність	11/22±5,9%	18/36±6,8%	14/24±6,4%	7/14±4,9%

Примітка. Зв'язок між факторною та результативною ознаками статистично значуща при рівні значущості  $p > 0,05$ .

За даними табл. 4.3, у переважній більшості підлітків порівняльної групи також спостерігались тенденції схильності до делінквентності, алкоголізації, реакції емансипації, проте вони поєднувались з тенденцією до конформності.

4.1.2. Особливості проявів агресії і ворожості у дітей підліткового віку з аутоагресивною поведінкою Басса-Дарки. Обстеження за методикою А.Басса – А.Даркі, підтвердило наявність статистично значущої різниці в проявах особливостей агресії між обстеженими різних груп (критерій Стьюдента,  $p < 0,05$ ) (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

**Структура і вираженість форм агресивної поведінки у обстежених (бали)**

Форми агресивної поведінки	ОГ, n = 50	ГП, n = 50
фізична агресія	63,47	67,29
вербальна агресія	61,80	68,16
непряма агресія	60,84	65,30
негативізм	67,35	57,92
роздратування	52,44	55,39
підозрілість	63,47	48,96*
образа	69,30	54,94*
почуття провини	76,89	70,02*

Примітка. Зірочкою виділені статистично значущі відмінності, отримані при \*  $p < 0,05$ .

У обстеженого контингенту виявлена загальна тенденція до підвищення практично усіх форм агресивності (у підлітків без проявів АП тільки за шкалою «підозрілість» результати не перевищували нормативні дані). За міжгруповим аналізом встановлено, що у пацієнтів без проявів АП показники фізичної, вербальної та непрямой агресії були вищими, порівняно з особами



ОГ, в яких, навпаки, були сильніше виражені прояви негативізму, підозрливості, образи й почуття провини.

Отримані дані свідчать про властивість підліткам з АП опозиційної манери поведінки, зазвичай спрямованої проти авторитету або керівництва, що може проявлятися у формах від пасивного опору до активної боротьби проти встановлених звичаїв і законів; вони виявились більш недовірливі і обережні стосовно людей, переконані, що оточуючі мають намір заподіяти їм шкоду. До того ж, вони виявились більш підозрливими, з недовірливим ставленням і почуттям образи по відношенню до оточуючих, з більш вираженим ступенем заздрості, обумовлених почуттям гіркоти гніву на весь світ за дійсні або вигадані (уявні) страждання. На нашу думку, більш високі показники фізичної, вербальної та непрямой форм агресії у підлітків ГП, надавали можливість безпосередньої реалізації власної агресивності, та слугувало запобіжним чинником виникнення АП.

#### 4.1.3. Аналіз копінг-стратегій у підлітків з аутоагресивною поведінкою.

Копінг-стратегії є стабільними проявами поведінки в фруструючих ситуаціях, властивих певним типам особистості. За літературними даними, певні види копінг-стратегій характерні для підлітків з різними формами дезадаптації, до яких належать не тільки різні форми аддикцій і девіацій, а й АП [270]. Аналіз результатів вивчення особливостей копінгу в обстеженого контингенту, дозволив виявити достовірні розбіжності між пацієнтами різних груп (критерій Стьюдента,  $p < 0,05$ ).

Так, серед осіб без АП вираженість усіх копінг-стратегій була більш рівномірною, з превалюванням стратегій планування рішення або позитивної переоцінки. В свою чергу, серед пацієнтів з АП найбільш вираженою та частіше використовуваною виявилась стратегія втечі – уникнення, яка, за нашими даними, впливає на підвищення суїцидального ризику в обстеженого контингенту (табл. 4.5).

**Розподіл копінг-стратегій у обстежених (бали)**

Копінг-стратегії	ОГ, n = 50	ГП, n = 50
конфронтація	10,64	9,75
дистанціювання	9,26	9,46
самоконтроль	9,06	9,18
пошук соціальної підтримки	11,92	9,73*
прийняття відповідальності	6,27	8,33
втеча – уникнення	13,40	9,55*
планування рішення	10,54	11,48
позитивна переоцінка	10,64	10,79

Примітка. Зірочкою виділені статистично значущі відмінності, отримані при \*  $p < 0,05$ .

Отже, порівняльний аналіз розподілу стратегій копінг-поведінки серед підлітків зі змішаними розладами емоцій і поведінки, довів розбіжності в залежності від наявності в їх структурі проявів АП.

Міжгруповим аналізом встановлено, що для підлітків з АП, більш характерним є використання таких копінг-стратегій як втеча – уникнення, конфронтація та пошук соціальної підтримки. Отримані результати свідчать про те, що для підлітків з АП характерні агресивні зусилля щодо зміни ситуації, які припускають певний ступінь вираженості і готовності до ризику. Для них також більш характерні поведінкові зусилля, спрямовані до втечі від проблеми, що частіше виражається в спробах поліпшити своє самопочуття шляхом уникнення спілкування, прийому алкоголю або наркотичних речовин, а також спрямування зусиль на пошук інформаційної, емоційної підтримки.

Підлітки без аутоагресивних тенденцій, в порівнянні з підлітками з АП, частіше використовують такі копінг-стратегії як дистанціювання, прийняття

відповідальності і планування рішення. Отримані результати свідчать про те, що для них більш характерні когнітивні зусилля, спрямовані на відокремлення від травмуючої ситуації і зменшення її значимості. Для них також більш характерне визнання своєї ролі в проблемі, а також уявне прагнення і поведінкові зусилля, спрямовані на вирішення проблеми.

#### 4.2. Біологічні й психосоціальні чинники в генезі аутоагресивної поведінки у підлітків.

Серед підлітків з проявами АП достовірно частіше, ніж серед осіб ГП зустрічалась сімейна спадковість на психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю (38% проти 18%, відповідно) та АП (8%), та рідше за них – відсутність обтяженості психопатологією (30% проти 58%, відповідно) (табл. 4.6). Треба також зазначити, що у 10% осіб без проявів АП мала місце спадкова обтяженість за ендогенними психічними розладами (4% серед ОГ), проте, наявність родинної спадковості за неспихотичними психічними розладами встановлена у 20% ОГ й 14% ГП (ці розбіжності не виявилися достовірними).

Таблиця 4.6

#### Розподіл обстежених за спадковою обтяженістю на психопатологію

Показник	ОГ, n = 50	ГП, n = 50
Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю	19 / 38±6,9%	9 / 18±5,4%*
Неспихотичні психічні розлади	10 / 20±5,7%	7 / 14±4,9%
Ендогенні психічні розлади	2 / 4±2,8%	5 / 10±4,2%
Аутоагресивна поведінка	4 / 8±3,8%	0 / 0±0*
Сімейний анамнез не обтяжений	15 / 30±6,5%	29 / 58±7,0%*

Примітка. Зірочкою виділені статистично значущі відмінності, отримані при \* p<0,05.

Обтяженість на психоневрологічну патологію зустрічалась у 44% ОГ і 20% ГП (табл. 4.7). Найбільш зустрічаємою психоневрологічною патологією встановлені мінімальна мозкова дисфункція (12% ОГ й 8% ГП), затримка мовного (10% й 2% ГП) та психомоторного (8% ОГ й 2% ГП) розвитку, а також черепно-мозкові травми (14% ОГ й 8% ГП). Хоча достовірних відмінностей між групами не виявлено, проте, за отриманими даними видно, що резидуально-органічна патологія зустрічалася серед підлітків ОГ значно частіше.

Таблиця 4.7

**Розподіл підлітків за обтяженістю анамнезу на психоневрологічну патологію**

Показник	ОГ, n = 50	ГП, n = 50
без особливостей	28 / 56±7,0	40 / 80±5,7*
мінімальна мозкова дисфункція	6 / 12±4,6%	4 / 8±3,8%
затримка психомоторного розвитку	4 / 8±3,8%	1 / 2±2,0%
затримка мовного розвитку	5 / 10±4,2%	1 / 2±2,0%
черепно-мозкові травми	7 / 14±4,9%	4 / 8±3,8%

Примітка. Зірочкою виділені статистично значущі відмінності при \* $p < 0,05$ .

Аналіз результатів дослідження наявності та структури адиктивної поведінки, притаманної обстеженим, виявив достовірно більшу її представленість серед підлітків з проявами АП (табл. 4.8) у вигляді неодноразового вживання алкоголю зі шкідливими наслідками (70% ОГ й 42% ГП), паління похідних каннабісу (38% ОГ й 22% ГП) й інгаляції токсичних речовин (32% ОГ й 18% ГП) та практично однакову розповсюдженість тютюнопаління серед обстежених підлітків обох груп (98% ОГ й 82% ГП).

**Розподіл обстежених підлітків за видами адиктивної поведінки**

Показник	ОГ, n = 50	ГП, n = 50
інгаляції токсичних речовин	16 / 32±6,6%	9 / 18±5,4%
неодноразове вживання алкоголю зі шкідливими наслідками	35 / 70±6,5%	21 / 42±7,0%*
ін'єкційне вживання наркотичних речовин	6 / 12±4,6%	5 / 10±4,2%
паління похідних каннабісу	19 / 38±6,7%	11 / 22±5,9%
вживання психостимуляторів	13 / 26±6,2%	8 / 16±5,2%
патологічна схильність до азартних ігор	9 / 18±5,4%	11 / 22±5,9%
тютюнопаління	49 / 98±2,0%	41 / 82±5,4%*

Примітка. Зірочкою виділені статистично значущі відмінності, отримані при \*  $p < 0,05$ .

Виходячи із розуміння важливості гармонійних сімейних стосунків, під якими ми розуміли здатність членів сім'ї підтримати підлітка в значущих для нього ситуаціях, вміння його зрозуміти і допомогти йому у вирішенні виниклих проблем, як чинника стримання аутоагресивної налаштованості, нами здійснений аналіз родинного функціонування обстежених.

Результатом здійсненого аналізу стало твердження, що серед сімей осіб з проявами АП гармонійних як за станом внутрішньосімейних стосунків, так і за типами виховання, не було (серед ГП – 18% та 6%, відповідно). Серед типів сімейного виховання у осіб ОГ превалювали емоційне відкидання (32%), гіпер- та гіпоопіка (по 26%, відповідно) та жорсткі відносини (16%), тоді як у обстежених ГП – гіперопіка (30%), жорсткі відносини (28%), гіпоопіка (20%) та емоційне відкидання (14%).

**Розподіл обстежених підлітків за характеристиками сімейного функціонування**

Показник		ОГ, n = 50	ГП, n = 50
1		2	3
тип функціонування сім'ї	гармонійний	0 / 0±0%	9 / 18±5,4%*
	дисгармонійний	50 / 100±0%	41 / 82±5,4%*
тип сімейного виховання	жорсткі відносини	8 / 16±5,1%	14 / 28±6,4%*
	гіперопіка	13 / 26±6,2%	15 / 30±6,5%
	гіпоопіка	13 / 26±6,2%	10 / 20±5,7%
	емоційне відкидання	16 / 32±6,6%	7 / 14±4,9%*
	гармонійне	0 / 0±0%	3 / 6±3,4%

Примітка. Зірочкою виділені статистично значущі відмінності, отримані при \* p<0,05.

Докладне вивчення наявності гострих або хронічних психотравмуючих обставин в житті обстежених, нами підтверджено гіпотезу про їх вплив на АП (табл. 4.10). Статистично значущі відмінності у видах гострих психотравмуючих ситуацій між підлітками ОГ і ГП були виявлені за чинником «смерть одного з батьків» (12% ОГ й 2% ГП). Чинники, які об'єднані за назвою «інші» (44% ОГ й 28% ГП), у хлопчиків з проявами АП превалювали: «вигнали з дому», «дізнався, що нерідний син», «сварка з дівчиною», «самогубство близької людини»; між дівчинок ОГ серед «інших» гострих психотравмуючих ситуацій визначені: «виключення з навчального закладу», «аборт», «сварка з бойфрендом», «сексуальні домагання з боку родичів». Для підлітків ГП найбільш характерними гострими психотравмуючими ситуаціями були: «позбавлення батьків батьківських прав», «сварка з дівчиною», «сварка з батьками» (хлопці), та «сварка з бойфрендом або з батьками» (дівчини). Фактор «розлучення батьків»

виявився значущим для більшості обстежених ГП, ніж ОГ (42% ГП проти 30% ОГ).

Таблиця 4.10

**Розподіл обстежених підлітків за видами гострих та хронічних психотравм**

Показник		ОГ, n = 50	ГП, n = 50
Гострі психотравми	Смерть одного з батьків	6 / 12±4,6%	1 / 2 ±2,0%*
	Розлучення батьків	15 / 30±6,5%	21 / 42±7,0%
	Інші	22 / 44±7,0%	14 / 28±6,4%
Хронічні психотравми	Соціально-неблагополучна сім'я	11 / 22±5,9%	10 / 20±5,7%
	Конфліктна сім'я	33 / 66±6,7%	15 / 30±6,5%*
	Хронічні інвалідизуючі захворювання батьків	13 / 26±6,2%	10 / 20±5,7%
	Проблеми в школі, з реферетним середовищем однолітків	44 / 88±4,6%	26 / 52±7,1*
	Проблеми гендерної комунікації	21 / 42±7,0%	13 / 26±6,2%

Примітка. Зірочкою виділені статистично значущі відмінності, отримані при \* p<0,05.

Дослідження наявності хронічних психотравмуючих ситуацій в житті обстежених підтвердило гіпотезу щодо негативного впливу деяких хронічних

психотравм в аспекті підвищення суїцидального ризику та провокації АП, серед яких найбільш розповсюдженими виявились проблеми в школі та з комунікацією з референтною групою однолітків (88% осіб ОГ проти 52% ГП), конфліктна родина (66% ОГ й 50% ГП) і гендерні проблеми (42% ОГ і 26% ГП). Іншими затяжними психотравмами, від яких потерпали обстежені, були: соціально-неблагополучна сім'я (22% ОГ й 20% ГП) та хронічні інвалідизуючі хвороби батьків (26% ОГ й 20% ГП).

Отже, біологічними контекстуальними предиспозиційними чинниками АП визначені: спадкова обтяженість за психічними і поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю або АП, адиктивна поведінка у вигляді неодноразового вживання алкоголю зі шкідливими наслідками, паління похідних каннабісу та інгаляції токсичних речовин.

Психосоціальними контекстуальними предиспозиційними чинниками АП встановлені: дисфункціональна конфліктна родина, деструктивне виховання за типами «емоційне відкидання», «гіпер- або гіпоопіки», наявність проблем в школі та у взаємодії з референтним середовищем однолітків, а також в сфері гендерної комунікації.

Психологічними предикторами АП у підлітків встановлені: наявність акцентуйованих рис нестійкості, гіпертимності, шизоїдності – ізольованих, або сполучених з істероїдністю; виражені агресивні прояви у вигляді негативізму, підозрливості, образи й почуття провини; превалювання копінг-стратегій втеча – уникнення, пошук соціальної підтримки або конфронтація.

Отримані дані були покладені нами в основу розробки системи заходів психокорекції та психопрофілактики АП у підлітків.



## Глава 5

### КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЇ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

Для формування програм профілактики АП важливим є визначення предикторів і превенторів її появив [36]. Це сталі характеристики, що мають тенденцію до регулярного повторного знаходження в дослідженнях на великих вибірках людей, схильних до аутоагресії. До базових факторів ризику прийнято відносити соціально-демографічні, релігійні, етнічні, психологічні, біографічні, медичні, біологічні та інші чинники [272 – 274]. Відповідно до щільності цих факторів, виділяють групи ризику АП, до яких, наряду з іншими, входять і підлітки.

Сучасними профілактичними стратегіями та моделями втручання щодо психічних і поведінкових розладів, зокрема, АП, на сьогодні визнані:

1) універсальна (попереджувальна) профілактика, яка має на меті формування світогляду «здорового способу життя» і його активного впровадження, є переважно соціальною, найбільш масовою і орієнтована на загальну популяцію;

2) селективна (таргетна) профілактика – вибіркова, орієнтована на роботу з особами, або групами осіб, ризик розвитку в яких психічних і поведінкових порушень є вищим, ніж в середньому в популяції, та спрямована на біологічні, психологічні, чи соціальні фактори ризику, які є більш притаманними даній групі осіб, порівняно з іншими верствами населення;

3) індикативна (модифікаційна) профілактика – індивідуальна, орієнтована на окремих осіб з наявністю клініко-психопатологічних проявів, вираженість яких не доходить до клінічно окресленого рівню, або з реакціями психічної/психологічної дезадаптації, що можуть призвести до розвитку психічних, емоційних або поведінкових розладів. В цьому випадку профілактичні втручання націлені на редукцію донозологічних порушень,

ідентифікацію й нівеляцію патологічної дії провідних дезадаптуючих факторів, а також з пошук й активацію дефензивних чинників, що мають місце в навколишньому середовищі [65].

Таким чином, наведена класифікація профілактичних стратегій на сьогодні зайняла місце медичної парадигми щодо первинної, вторинної та третинної профілактики, яка використовувалася раніше. Попередня класифікація була корисна для роботи з розвитком патологій і зовсім не підійшла для урахування тонкощів людської поведінки і проявів, а також вразливості і ризиків. Так, для універсальної профілактики, наприклад, все населення має однакові ризики, хоча для окремих людей – вони є різними. Для селективної профілактики соціальні чи демографічні показники є корисними для визначення рівнів вразливості, що дає можливість націлюватися на конкретну групу чи конкретні регіони проживання. Для індикативної профілактики в центрі роботи – вразливий індивідуум, але з супроводом скринінгових та моніторингових дій.

На основі узагальнення отриманих даних, нами запропонований комплекс лікувальних психокорекційних і психопрофілактичних заходів щодо АП у підлітків, який може бути застосований як для загальної популяції, так і для контингенту зі змішаним розладом емоцій і поведінки (рис. 5.1).

Спочатку, на основі здійснення психодіагностичних процедур, проводили диференційовану оцінку необхідності включення в терапевтичну, або психопрофілактичну групи. В терапевтичну групу, членам якої спочатку проводились лікувальні заходи, були спрямовані усі підлітки ОГ, та деякі – за показаннями, в залежності від вираженості симптоматики – з ГП.

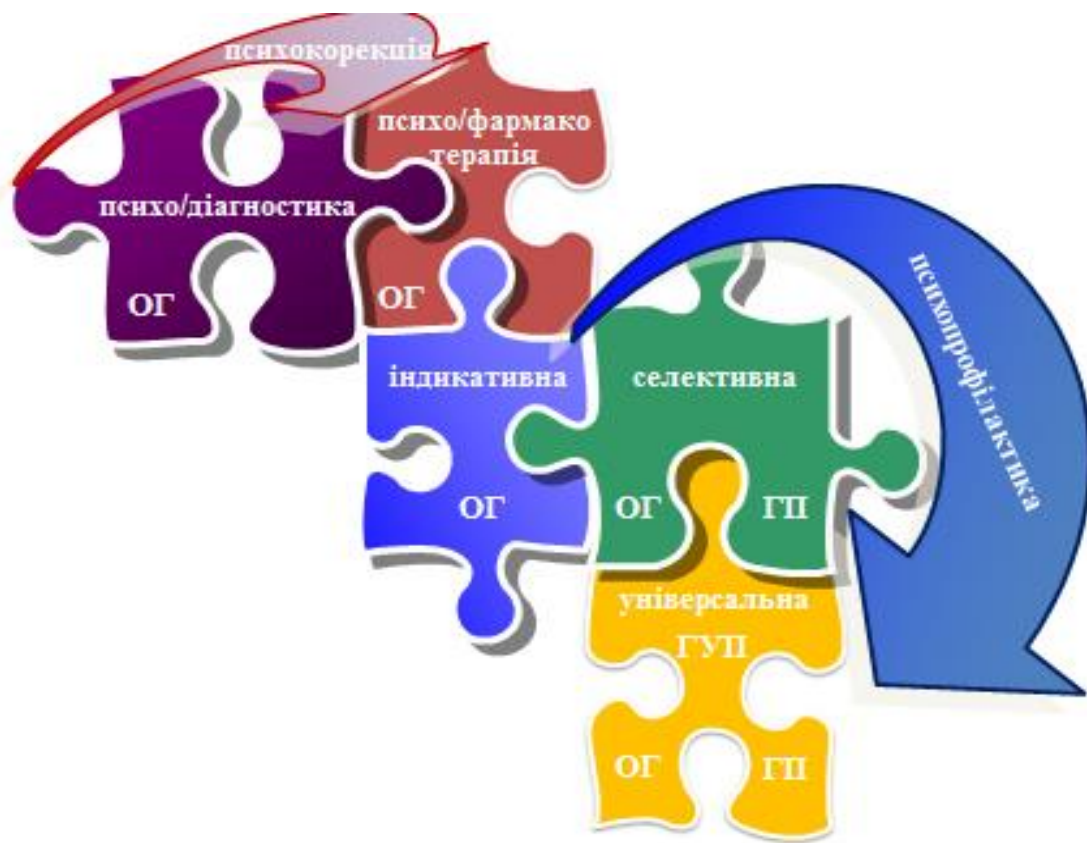


Рис. 5.1. Структура багаторівневої програми лікування, психокорекції й психопрофілактики АП у підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки

Терапевтична робота починалась з проведення лікувальних та психокорекційних заходів, а з часом набувала психопрофілактичного характеру і змісту. Зусилля були спрямовані на:

- 1) ліквідацію проявів АП;
- 2) редукцію патологічної тривоги й депресії;
- 3) зниження зовнішньої агресивності;
- 4) профілактику адитивної поведінки;
- 5) нівелювання патологічних характерологічних та особистісних тенденцій, актуалізація особистісних ресурсів самозмінення;
- 6) підвищення стресостійкості, формування продуктивного копінгу;
- 7) формування навичок адекватної комунікації, у тому числі, в гендерній сфері;
- 8) розвиток навичок контролю за власною поведінкою та психічної

саморегуляції;

9) активацію адаптивних особистісних ресурсів. Досягнення перших двох цілей проводили в рамках лікувальних психокорекційних (психотерапія + фармакотерапія) заходів, починаючи з третьої цілі – в рамках психопрофілактичних впливів.

Таким чином, розроблена багаторівнева програма лікування, психокорекції й психопрофілактики АП у підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки, являє собою єдину етапну послідовну систему взаємодоповнюючих лікувальних психокорекційних і психопрофілактичних впливів (рис. 5.2).

Після психодіагностичного етапу, підліткам ОГ, в залежності від провідного клінічного синдрому, призначались фармакологічні засоби, на тлі яких розпочиналась психокорекційна робота. По досягненні перших об'єктивних результатів зниження інтенсивності психопатологічної симптоматики, вони включались до індикативної психопрофілактичної роботи, по досягненні мети якої – переходили до заходів селективної психопрофілактики, які з початку лікування отримували підлітки ГП. Завершальним етапом роботи ставали заходи універсальної профілактики.

Основними психокорекційними техніками при здійсненні лікувальних, психокорекційних й психопрофілактичних впливів нами обрані когнітивно-біхевіоральна терапія (КБТ) в різних модифікаціях, раціонально-емотивна терапія (РЕТ), елементи логотерапії за В. Франклом, а також тренінгові інтервенції. Вибір методу психокорекційного впливу та конкретний зміст проведених занять визначалися етапом й актуальними цілями конкретної роботи.

На першому етапі програми психокорекції та психопрофілактики серед підлітків з АП (ГПП), а також в групі підлітків з і змішаним розладом емоцій та поведінки проводилась індикативна та селективна психопрофілактика з використанням когнітивно-біхевіоральної терапії (КБТ) [275]. Зустрічі проходили 2 рази на тиждень на протязі 2 місяців.

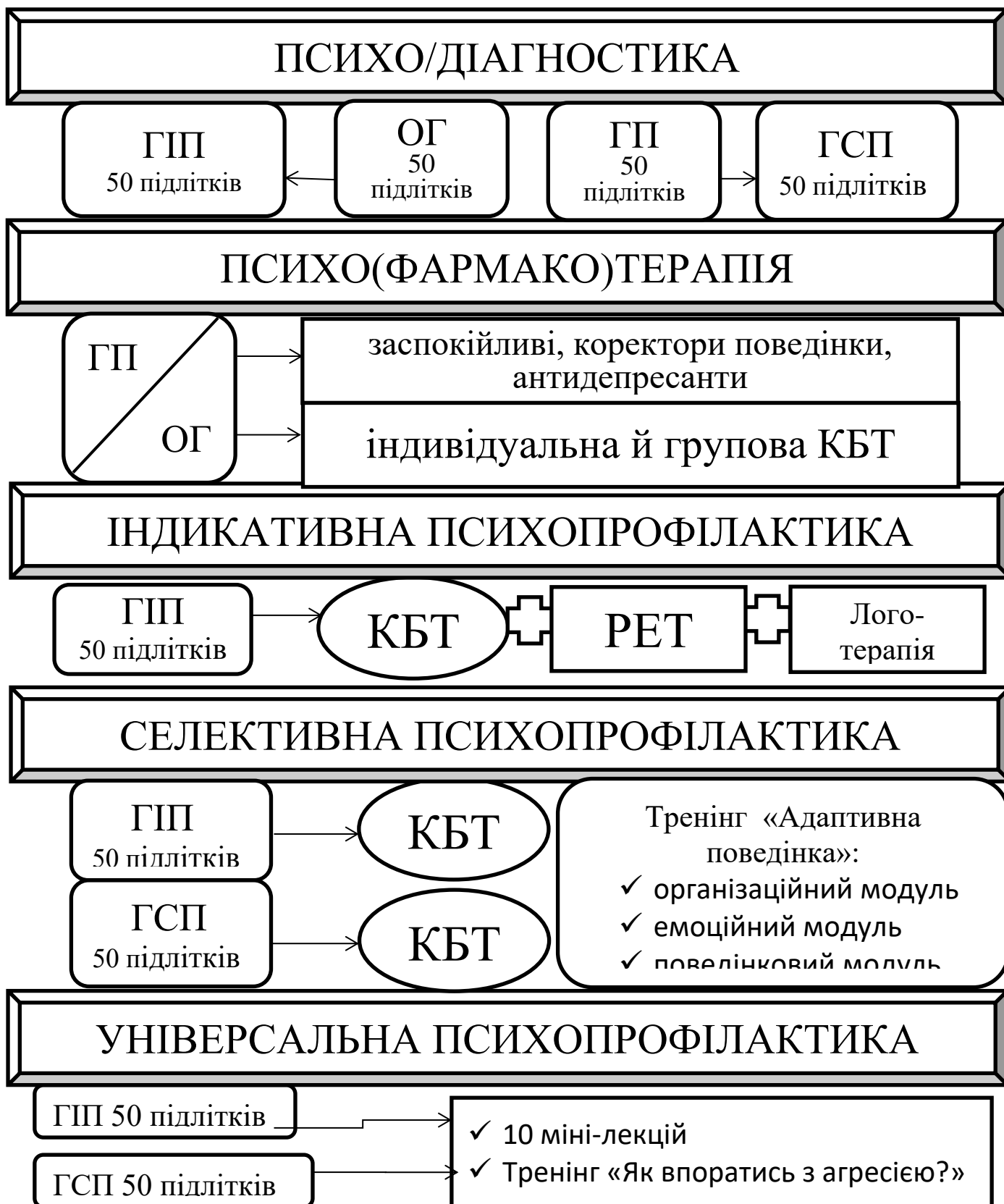


Рис. 5.2. Етапи, цільові групи та психокорекційні техніки багаторівневої програми лікування, психокорекції й психопрофілактики АП у підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки

Відповідно з двома рівнями когнітивної моделі, схема терапевтичного процесу мала два етапи роботи. Перший (симптоматично орієнтований етап) припускав роботу з автоматичними думками (і пов'язаними з ними емоційними і поведінковими реакціями), другий був націлений на опрацювання глибинних джерел розладів - установок і переконань (рис. 5.3).



Рис. 5.3. Структура роботи КБТ

Перший етап КБТ починався з представлення моделі терапії пацієнту. Це завдання передбачало знайомство підлітків з основами епістемології – відомостями про обмеженість, а часто і перекрученості знання, що поставляється психічними процесами людини (пам'яттю, сприйняттям, мисленням), про тісний зв'язок між думкою, з одного боку, і почуттям і дією – з іншого. У разі емоційних розладів терапевт інформував пацієнта про

«порочні кола» тривоги (неадаптивні когнітивні процеси → тривога → фізіологічні зрушення → думки і т. д.) або депресії (неадаптивні уявлення про себе, світ і майбутньому → тужливий афект → пасивність → зниження самооцінки і т. д.). Мета цього знайомства полягала у підведенні пацієнта до думки про те, що його уявлення про реальність (а саме з ними пов'язані емоційний дискомфорт і дисфункціональна поведінка) - не сама реальність, а лише гіпотетичне уявлення про неї, що потребує перевірки, а в ряді випадків і у зміні. Робочий альянс терапевта і пацієнта в КБТ має свою специфіку, яку Бек визначав як «емпіричне співробітництво» [275]. Передбачалося, що пацієнт і терапевт працюють разом над поданням ідей пацієнта у формі гіпотез, над перевіркою їх валідності і пошуком альтернативи в тих випадках, коли вони емпірично не підтверджуються. Від пацієнта очікувалося, що він навчиться вмінню фокусувати автоматичні думки, співвідносні з різним емоційним досвідом, розпізнавати дисфункціональні базисні посилки і протистояти з ними. КБТ передбачає щирість, теплоту і автентичність поведінки терапевта, а також високу ступінь його активності та директивності. Кожен сеанс в КБТ розгортався за планом: з'ясування почуттів і думок пацієнта після минулого заняття, огляд домашніх завдань, спільне вироблення теми справжнього сеансу, припис домашніх завдань, коротке резюме виконану сьогодні роботи.

Основне завдання, що реалізувалося в ході першого етапу КБТ – це навчання пацієнта навичкам усвідомлення автоматичних думок, їх систематичної реєстрації, оцінки і конфронтації з ними. Таким чином, в роботі з автоматичними думками можна виділити три основні кроки:

- 1) виявлення;
- 2) оцінка;
- 3) зміна автоматичних думок на більш адаптивні.

Основні прийоми і техніки, релевантні першого етапу, представлені в наступній таблиці (табл. 5.1)

### Стратегії роботи з автоматичними думками в КБТ

Кроки і відповідні ключові питання	Техніки та прийоми
<p>1</p> <p><b>Виявлення та фіксація:</b>            Ключове питання:            Що промайнуло у Вашій голові в цей момент?            Додаткові питання:            Як Вам здається, про що Ви думали?            Чи можливо, що Ви думали те-то і те-то або ось це (відповідно до здогадкою терапевта)?            Чи можливо, що Ви думали те-то і те-то (всупереч здогаду терапевта)?            Що ця ситуація означає для Вас?</p>	<p><b>Техніки «заповнення пробілу» :</b>            а) рівень уяви - когнітивна репетиція;            б) in vitro (розігрування, гештальт з порожнім стільцем, дублювання);            с) in vivo (самопостереження in vivo з фокусуванням на думках і реєстрація в щоденнику).</p>
<p>2</p> <p><b>Оцінка автоматичних думок</b>            Ключові питання :            Які докази? Наведіть аргументи «за» і «проти».            Чи існує альтернативний погляд на події?</p>	<p><b>Техніки перевірки думок як гіпотез:</b>            а) емпірична - проведення різних експериментів in vivo і in vitro з наступним записуванням висновків. Спільний аналіз і реєстрація минулого і сьогодення досвіду, що суперечить цим думкам;</p>
<p>Що б я сказав другові, якби він був у подібній ситуації (або щоб міг вам сказати ваш друг)?</p>	<p>б) логічна - оцінка «за» і «проти» шляхом підбору фактів, які підтверджують або спростовують судження, пошук альтернативних інтерпретацій, виявлення спотворень логіки, їх маркування в щоденнику і розмові (введення континуума замість крайнощів при поляризації, реатрибуція неадекватною персоналізації, оцінка ймовірностей і парадоксального перемикання при катастрофізації і т.д.), сократичний діалог.</p>
<p>3</p> <p><b>Зміна через конфронтацію</b>            Ключове питання:            Які наслідки моєї переконаності в правильності цих думок?            Що станеться, якщо я зміню своє бачення?</p>	<p><b>Техніки логічної і емпіричної конфронтації:</b>            а) емпірична: регулярні дії всупереч автоматичним думкам з подальшою переоцінкою думок – десенсібілізація, використання карток;            б) логічна: аналіз наслідків, «up dog», відпрацювання навички формулювання протилежного погляду, сократичний діалог.</p>

Основна процедура, що допомагає пацієнтові виявити автоматичні думки, полягала у встановленні послідовності зовнішніх подій і суб'єктивних реакцій на них. Підліткові давалася приблизно наступна інструкція: «Зазвичай між



конкретною зовнішньою ситуацією і емоційною реакцією на неї (наприклад, «безпричинним» розладом) існує проміжок, так званий «пробіл», під час якого обов'язково мають місце деякі думки, що називаються «автоматичними». Вони незадовільні, незв'язні, миготять в голові з дуже високою швидкістю. Однак вони потенційно усвідомлюються, і для розуміння ваших реакцій дуже важливо навчитися їх вловлювати».

Наприклад, пацієнт вловив зв'язок між зустріччю з колишнім другом і переживанням печалі, при цьому він зумів повільно відтворити в розумі подію і потім успішно відтворити думки, що мали місце в проміжку. У тих випадках, коли пацієнт не може самостійно відрефлексувати автоматичні думки в проблемних ситуаціях, використовуються наступні основні процедури, позначені в таблиці 15 - як процедури виявлення автоматичних думок:

1. Когнітивна репетиція (варіант техніки уяви), яка передбачає покрокове відтворення емоціогенної ситуації в уяві з одночасним самоспостереженням за мигтючими в голові думками. При цьому проговорюються вголос як події, так і супутні їм автоматичні думки. Основне завдання когнітивної репетиції - стимулювати клієнта до «роздумів вголос». Отримана продукція реєструється у спеціальному щоденнику.

2. Серед технік, спрямованих на виявлення автоматичних думок *in vitro*, найбільш популярна техніка рольового програвання. З метою виявлення неадаптивних автоматичних думок, що виникають у міжособистісних ситуаціях, поряд з вищеописаними можна використовувати психодраматичний прийом «обміну ролями». Психотерапевт грає ролі різних людей з оточення клієнта з характерними для них репліками, завдання клієнта – спостерігати за виникаючими під час взаємодії думками, бажано промовляючи їх вголос. Результатом вищеописаної роботи стає зростаюча здатність клієнта маркувати проблемні ситуації, розрізняти і давати найменування різним фізичним відчуттям, почуттям і думкам. Результатом цієї роботи є також «колекція» різних автоматичних думок, сполучених з важкими душевними станами або дисфункціональною поведінкою. На цьому

етапі роботи слід підвести клієнта до розуміння можливої помилковості цих думок і, отже, до необхідності розглядати їх як гіпотези, які потребують перевірки, а не як факти об'єктивної реальності.

3. Занурення *in vivo* супроводжується реєстрацією в щоденнику. Після інформування про властивості автоматичних думок і знайомства з принципом «заповнення прогалини» клієнту дається домашнє завдання на самоспостереження в емоціогенних ситуаціях. Можливо також спільне з психотерапевтом виконання цього завдання; при цьому пацієнта просять промовляти всі враження вголос. Результати самоспостереження заносять в спеціальний щоденник, що ведеться у формі трьох колонок: «зовнішня ситуація», «почуття», «автоматичні думки». У результаті такого систематичного самодослідження клієнт починає чітко усвідомлювати взаємозв'язки між проблемними ситуаціями, визначеними думками, почуттями та фізичними відчуттями, що виникають на тлі цих думок. Щоденникові матеріали стають предметом обговорення на терапевтичних сеансах.

Другий крок у роботі з автоматичними думками полягав в їх оцінці як гіпотез.

1. Емпірична перевірка гіпотез. Ця процедура вимагає організації спеціальних експериментів з оцінки валідності автоматичних думок. З цією метою використовуються не когнітивні, а, як правило, різні біхевіоральні техніки, основне призначення яких тут полягає не лише в модифікації неадаптивної поведінки, але і в корекції неадаптивних когнітивних продуктів.

2. Логічна перевірка гіпотез також націлена на розтин ірраціональних способів мислення. Основний прийом, що використовується в ході такої перевірки, - це сократичний дедуктивний діалог терапевта з клієнтом. У ході такого діалогу терапевт допомагає клієнту представляти свої переконання у формі гіпотез і перевіряти їх за допомогою багаторазових навідних питань, які дозволяють йому прийти до самостійних висновків.

Третій, останній крок в роботі з автоматичними думками - це конфронтація з ними з метою їх зміни. Попередня робота зробила виразною ту неадаптивну «логіку» сприйняття і мислення клієнта, якою він зобов'язаний болісними душевними станами і дисфункціональною поведінкою. Тепер важливо заохочувати клієнта оскаржувати аргументи цієї «логіки» і виробляти альтернативні, більш конструктивні способи мислити. З цією метою часто використовуються техніки «колонок» [265] і прийоми внутрішнього монологу. Процедура заповнення «колонок» може виконуватися пацієнтом як спільно з терапевтом, так і самотійно. Ця процедура припускає заповнення спеціально розграфлених на кілька колонок листа. У першій колонці реєструється проблемна ситуація, в другій відзначається виникло в ситуації почуття (тривога, туга, роздратування і т.д.), в третій колонці записуються автоматичні думки, що виникли в ситуації, в четвертій – все міркування «за», тобто підтверджують автоматичні думки. Коли чітко вербалізуються всі дисфункціональні думки і їх підстави, клієнт і терапевт переходять до заповнення останньої, п'ятої колонки, куди заносять всі міркування «проти», тобто спростовують як автоматичні думки, так і міркування «за». Ці аргументи «альтернативної логіки» слід записувати в лаконічній формі. Завдання клієнта – відтворювати ці аргументи в проблемних ситуаціях. З цією метою клієнта навчають навичкам внутрішнього монологу. Результатом першого етапу роботи є зростання саморозуміння клієнта – усвідомлення тих автоматичних думок, які «запускають» важкі емоційні стани і неефективну поведінку, а також здатність упоратися з ними. До кінця даного етапу психопатологічна симптоматика, як правило, редукується, що служить основою для переходу до наступного, другого етапу - до опрацювання базисних посилок (або схем).

Другий етап – це робота за переконаннями. Послідовність роботи з переконаннями наведено в таблиці 5.2.

## Стратегії роботи з переконаннями в КБТ

Кроки і відповідні ключові питання		Техніки та прийоми
1	<p><b>Виявлення та фіксація:</b> Ключове питання: Що ця ситуація означає для Вас?</p>	<p><b>Техніки виявлення переконань :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• спільне з клієнтом заповнення діаграм на основі аналізу щоденникових записів і маркування загальних тем;</li> <li>• техніка «пущеної вниз стріли» - виявлення загального сенсу автоматичних думок і поведінки;</li> <li>• навчання подальшого маркування реакцій відповідно до цих переконань, складання списку власних дисфункціональних переконань, поживлення дитячих спогадів.</li> </ul>
2	<p><b>Оцінка переконань</b> Ключові питання : Які докази (аргументи «За» і «проти»? Чи існує альтернативний погляд ? Чи є у Вас друзі, що живуть всупереч цьому переконанню, і що Ви можете сказати? (Приклади з життя інших людей).</p>	<p><b>Техніки перевірки думок як гіпотез:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• емпірична перевірка через попередження реакції, принцип «роби те, що важко» з подальшим аналізом, аналіз життєвого досвіду інших людей;</li> <li>• логічна перевірка - аналіз наслідків переконання для життя, відшукування «за» і «проти» цього переконання, сократичний діалог, розтин джерел в дитинстві і оцінка сьогодення, розтин</li> </ul>
		порочного кола самоздійснюваного пророцтва
3	<p><b>Зміна через конфронтацію</b> Ключове питання: Які наслідки моєї переконаності в правильності цих думок? Що станеться, якщо я зміню своє бачення?</p>	<p><b>Техніки логічної і емпіричної конфронтації:</b></p> <p>а) емпірична: регулярні дії всупереч автоматичним думкам з подальшою переоцінкою думок - десенсітизація, використання карток;</p> <p>б) логічна: аналіз наслідків, «up dog», відпрацювання навички формулювання пропротилежного погляду, сократичний діалог.</p>

Перший крок – виявлення установок і переконань. Цей крок вимагає ознайомлення пацієнта з існуванням правил, ідей і переконань (про себе, інших людей, про світ у цілому), якими він свідомо чи несвідомо керується в житті. З метою їх виявлення використовується декілька технік, основні з яких – «маркування тем» і техніка ведення діалогу, яка має назву «пущена вниз стріла».

«Маркування тем» вимагає аналізу всіх матеріалів, що накопичилися в ході терапії – щоденників, спогадів, повідомлень на сеансах - з метою знайти відповідь на питання: які загальні теми в цих даних? Корисно спочатку замаркувати теми, до яких пацієнт постійно повертався на сеансах, а потім дати йому інструкцію виявити інші теми з щоденникових матеріалами. Особливо цінну інформацію представляє тут матеріал, отриманий за допомогою техніки колонок.

Другий крок – оцінка обґрунтованості і корисності вже виявлених переконань. Так само, як і у випадку автоматичних думок, ця оцінка може бути емпіричною і логічною. Емпірична перевірка заснована на вже описаних на початку статті біхевіоральних техніках конфронтації, до яких, однак, додається подальша оцінка відповідності реальної події ірраціонального переконання. Таку конфронтацію зручно проводити під гаслом: «Робити те, що важко». Наприклад, пацієнтці, яка впевнена в тому, що ніщо не зможе доставити їй задоволення (переконання: «Я назавжди втратила здатність радіти»), пропонується скласти список видів діяльності, які раніше приносили задоволення і кожен день поточного тижня виконувати щось з цього списку (наприклад, малювати, в'язати або гуляти). На наступному сеансі аналізується емоційний стан пацієнтки під час цих занять і обговорюється зв'язок між депресивною пасивністю і відсутністю радості. На цій основі формулюється нове переконання: «Я в стані привнести у своє життя елементи задоволення і радості».

Третій крок у роботі з переконаннями – їх зміна через конфронтацію. При цьому можуть застосовуватися техніки описані в таблиці 16.

Для підлітків ГПЗ застосовувалась поряд з КБТ використовували також раціонально-емотивну терапію (РЕТ) за А. Елісом [276] та логотерапію за В. Франклом [277]. У той час як поведінкова психотерапія ставить своїм завданням досягати зміни поведінки, впливаючи на зовнішнє оточення людини, раціонально-емотивна терапія має на меті змінювати насамперед емоції, впливаючи на зміст думок, що їх викликають. Можливість таких змін заснована на зв'язку думок і емоцій. З погляду РЕТ когніції (думки) є головним чинником, що визначають емоційний стан. У нормі, мислення включає почуття, емоції й до деякої міри стимулюється ними, а останні включають когніції. Як індивід інтерпретує подію, таку емоцію в результаті він і має в даній ситуації. Тому вплив на думку є найбільш коротким шляхом досягнення зміни наших емоцій і, отже, поведінки.

Суть концепції А. Еліса виражається моделлю А-В-С, де А — активізуюча подія; В — система переконань (суджень, установок); С — емоційний наслідок. Коли сильний (надмірний) емоційний наслідок (С) слідує за важливою збудливою подією (А), тоді може здатися, що А викликає С, але насправді емоційний наслідок виникає під впливом В — системи переконань людини.

Одним з ключових завдань РЕТ є навчання пацієнта розпізнавати ірраціональні судження (настанови) та модифікувати їх у раціональні.

Раціональними судженнями в РЕТ є оцінні когніції, що мають особисту значимість і, в цілому, є доцільними по своїй природі. Вони виражаються у формі бажань, прагнень, переваг, схильності. Люди випробовують позитивні емоції, почуття задоволення й насолоди, коли одержують те, чого хочуть, і негативні (смуток, клопотаність, жаль, роздратування тощо), коли не одержують. Ці негативні емоції, почуття (сила яких залежить від важливості бажаного) вважаються здоровою (адекватною) реакцією на негативні події й не перешкоджають досягненню намічених нових цілей і завдань. Таким чином, ці судження є раціональними по двох причинах: по-перше, вони гнучкі, по-друге, вони не заважають перетворенню в життя основних цілей і завдань.

Ірраціональні судження відрізняються від раціональних: по-перше, вони звичайно абсолютизовані (або догматизовані) і виражаються у формі жорстких «повинен», «зобов'язаний», «треба»; по-друге, вони призводять до негативних емоцій, які серйозно перешкоджають здійсненню цілей (наприклад, до депресії, тривоги, паніки, провини, гніву тощо).

Раціонально-емотивна терапія проводилась в декілька етапів:

На першому етапі відбувалося прийняття клієнтом філософії РЕТ. Теорія РЕТ стверджує, що психологічно здорових індивідів відрізняє філософія релятивізму, або філософія «побажання». Відповідно до цієї філософії, у людей є необмежена безліч різних бажань, мріянь, цілей, переваг тощо і, якщо вони не переводять їх в ранг грандіозних догм і вимог, у них буде менше психологічних проблем. Проте і у них будуть виникати емоції, якщо їхні бажання не будуть виконуватися, але це будуть здорові (адекватні) негативні емоції (наприклад, смуток, жаль, розчарування, роздратування). Такі емоції припускають конструктивні мотиваційні якості, оскільки допомагають людям усунути перешкоди на шляху до досягнення мети, а також конструктивно змінити те, що не може бути реалізовано.

РЕТ також стверджує, що філософія побажання має три головні складові. Вони представляються раціональними тому, що звичайно сприяють досягненню людьми своїх цілей або формуванню нових, якщо колишні не можуть бути здійснені.

Перша складова побажання є оцінка, або визначення, неприємності події (або антидраматизація) — раціональна альтернатива драматизації. Так, якщо людина не одержує те, що вона хоче, вона визнає, що це погано. Але, оскільки вона не керується формулою: «Я повинна одержувати те, що мені хочеться», тому вона не вважає подію «жахливою» – це було б надмірним перебільшенням. Взагалі, якщо людина дотримується філософії побажання, то чим сильніше її бажання, тим більше негативною буде її оцінка у випадку невиконання того, до чого вона прагне.

Друга складова побажання відома як толерантність і є раціональною альтернативою «Я-це-не-переживу». У цьому випадку людина визнає, що небажана подія відбулася (або може відбутися). Вона оцінює ступінь неприємності події, намагається змінити небажану подію або, якщо це можливо, прийняти «сувору» реальність і активно займається втіленням у життя інших цілей, якщо ситуацію змінити не можна.

Третя складова побажання відома як прийняття, є раціональною альтернативою «осуду», У цьому випадку людина приймає те, що вона, і інші люди недосконалі й не зобов'язані поводитися інакше, ніж так, як вони поводяться, а також, що вони занадто складні й мінливі, щоб їм можна було дати обґрунтовану й глобальну оцінку. Крім того, умови життя приймаються такими, які вони є.

Мета першого етапу – допомогти пацієнту зрозуміти, що його емоційні та/або поведінкові проблеми є наслідком не об'єктивної ситуації, а результатом власних думок про ситуацію. Для досягнення цієї мети психотерапевт намагається спростувати переконання клієнта щодо того, що інші люди або зовнішні події є джерелом його емоцій, і переконати клієнта в можливості управляти власними емоціями шляхом зміни думок з ірраціональних на раціональні. Вже на першому етапі психотерапевт може познайомити клієнта зі схемою АВС і розповісти про вплив думок на емоції, навести приклади з реального життя, розглянути з клієнтом будь-яку актуальну для нього ситуацію з урахуванням цієї інформації і показати, яким чином зміна ставлення до ситуації дозволяє змінити емоційні та поведінкові реакції на неї.

На другому етапі проводився збір інформації про пацієнта, а також вибір проблеми, яка є основною в формуванні АП у підлітка.

Третій етап був створений для пошуку активізуючої події, яка запускає ірраціональне судження і призводить до розвитку негативних емоційних і поведінкових наслідків. При описі проблемної ситуації пацієнт часто змішує кілька різнорідних явищ: реальна подія, своє суб'єктивне сприйняття події та



оцінку події. На даному етапі психолог прояснює клієнту відмінності між дескриптивними і оцінними судженнями і допомагає сформулювати безоцінний опис події.

При описі активізуючої події можуть виникнути дві протилежні проблеми: надлишкова деталізація або, навпаки, невизначеність. У першому випадку психотерапевт присікає поглиблення в малозначні деталі і повертає клієнта до суті проблеми, використовуючи уточнюючі питання або переформулювання розказаного з виділенням найбільш важливого. При невизначеності в описі А ефективними використовували повторні питання, прохання навести приклад з недавнього минулого, заповнення щоденника самопостереження, поведінковий аналіз ситуації та ін.

На четвертому етапі проводилась робота з наслідками. Аналіз наслідків дав змогу поставити мету психотерапії.

На п'ятому етапі виявлялись пов'язані з активізуючою ситуацією ірраціональні судження та проводився їх аналіз. Для вирішення даної задачі пацієнт повинен навчитися розрізняти описові, раціональні та ірраціональні судження. РЕТ розділяє всі судження на дескриптивні (описові, безоціночні) та оціночні. Якщо диференціація дескриптивних та оціночних суджень зазвичай не представляє для клієнта утруднень, то розрізнення раціональних і ірраціональних когніцій є більш складним завданням. Психолог навчав пацієнтів використовувати для визначення типу когніції чотири наступні критерії: істинність судження; ступінь обов'язковості реалізації судження; рівень випробовуваних емоцій; свобода вибору в досягненні мети.

З метою навчити підлітків відрізняти раціональні судження від ірраціональних використовували прийоми опитування, заповнення щоденника самопостереження, а також зосередження на образах. Опитування допомагало сформулювати ірраціональні судження, що дало змогу надалі працювати з цими формулюваннями та трансформувати їх у позитивні, раціональні. Також використовували заповнення щоденника самопостереження, який містив чотири колонки: 1) дата і час; 2) опис

проблемної ситуації; 3) опис думок (В) що викликали в проблемній ситуації (А) наслідки (С); 4) опис емоційних і поведінкових наслідків С. Зосередження на образах психолог здійснював, пропонуючи клієнту згадати проблемну ситуацію, сконцентруватися на ній і якомога детальніше описати. Далі у пацієнта розпитували про думки, які виникають у свідомості при згадуванні психотравмуючої ситуації.

На шостому етапі проводився диспут, тобто дискусія під час якої відбувається остаточне розділення раціональних і ірраціональних когніцій і здійснюється оспорювання і корекція ірраціональних установок. Пацієнт, який спочатку був носієм ірраціональних установок, в процесі дискусії під впливом різних аргументів поступово відмовляється від них і замінює їх на раціональні.

У диспуті виділяються дві фази: 1) вивчення та критичне обговорення пов'язаних з проблемою ірраціональних установок; 2) заміна ірраціональних установок на раціональні.

Метою сьомого етапу біло закріплення раціональних установок у повсякденному житті. Для закріплення змін використовувались домашні завдання, такі як поведінковий тренінг, заповнення щоденника самопостереження за думками в реальних ситуаціях, прослуховування записів колишніх занять, самостійне читання спеціальної літератури.

В процесі психопрофілактичної роботи засобами логотерапії Франкл В. [277], яка проводилась в ГІП, використовували два основних методи: 1) метод дерефлексії; 2) метод парадоксальної інтенції.

1. Метод дерефлексії означав зняття зайвого самоконтролю, міркування про власні складності – те, що в побуті називають самокопанням.

2. Метод парадоксальної інтенції припускав, що психолог надихає клієнта саме на те, чого той намагається уникнути. При цьому активно використовувалися різні прояви гумору.

Прийоми, які використовували під час занять з логотерапії були наступними: персональне осмислення життя; «сократівський діалог»:

3. Персональне осмислення життя. Прийом полягав в тому, щоб підлітку, який втратив сенс життя, сказати і показати, що він є потрібним іншій людині, що життя без нього втрачає для цієї людини сенс. Для матері, що втратила дорослу дитину, сенсом життя може стати виховання онуків.

Це один із способів перетворення життя, позбавленого сенсу, в осмислене – усвідомлення своєї унікальності, незамінності, хоч би ще для однієї людини. Підліток може знайти сенс свого життя у творчості, у тому, що він робить добро для інших, у пошуках істини, у спілкуванні з іншою людиною. Головне, щоб він міг одержувати задоволення від своєї різноманітної діяльності.

4. «Сократівський діалог». Завданням цього прийому було залучення підлітка до співробітництва і розширення сфери його свідомості. «Сократівський діалог» – свого роду інтелектуальний двобій між психологом і дитиною, під час якого коректуються непослідовні, суперечливі і бездоказові судження школяра [277].

Психолог поступово, крок за кроком, підводив підлітка до запланованого висновку. В основі цього процесу лежала логічна аргументація, що складала ядро прийому. Під час бесіди психолог формулював питання так, щоб отримати максимальну кількість позитивних відповідей. У такий спосіб підліток підводився до прийняття судження, яке раніше не приймалося, було малозрозумілим або невідомим.

Наступним етапом психопрофілактичної роботи, яка проводилась як в ГПП так і в ГСП було проведення тренінгу «Адаптивна поведінка» [278]. Тренінг включав 6 занять по 2 години кожне – всього 12 годин. До структури тренінгу входили три основні блоки: організаційний, емоційний та поведінковий (табл. 5.3).

**Основні структурні елементи тренінгу «Адаптивна поведінка» та їх  
наповнення**

Назва модуля	Мета	Зміст	Час
Організаційний	Визначення мети та завдань, знайомство з основними правилами проведення тренінгу; отримання зворотнього зв'язку з членами групи.	Знайомство, гра «гості» Обговорення цілей учасників тренінгу Визначення норм поведінки в групі. Заключення по результатам тренінгового дня.	3 години
Емоційний	Вироблення вміння розуміти власні емоції та емоції інших людей, розвивати вміння рефлексії, толерантності	Подаруй усмішку. Асоціації. Рефлексія. Емоції. Одне й те ж саме по-різному. Агресивна поведінка. Шосте почуття. Навчись бачити гарне. Веселка.	4 години 30 хв.
Поведінковий	Вироблення ефективних копінг-стратегій в процесі спілкування (в т.ч. в конфліктних ситуаціях), розвивати стратегії адаптивної поведінки	Малюнок на двох. Мух краще ловити на мед. Я-висловлювання, Ти-висловлювання. Позитивні і негативні сторони. Коло причин. Як висловити образу. Як стримати агресію. Життєві цінності. Формула успіху. Звернення до всіх, хто хоче бути щасливим.	4 години 30 хв.

## **Вправи та ігри для організаційного блоку**

### ***Вправа «Знайомство»***

Кожен по черзі називає своє ім'я і коротко (1 —2 слова) описує свій стан у цей момент.

### ***Гра «Гості»***

Психолог повідомляє дітям, що для того, аби краще запам'ятати нові імена, вони зараз гратимуть у таку гру: кожна дитина вигадує і подумки уявляє собі протягом 2-3 хвилин свято, яке нібито нещодавно у неї відбулося, і називає по черзі тих дітей з групи, які були гостями.

Після того, як діти запам'ятали нові імена, їм повідомляють мету і правила роботи групи (звичайно вигадується нейтральна, але мотивуюча мета).

### ***Вправа «Правила групи»***

- Щирість. Говоримо тільки правду.
- Конфіденційність. Не виносимо за межі групи того, що відбувається на заняттях.
- Поважаємо точку зору інших.
- Не потрібно змінювати весь світ, змінимо себе!

## **Вправи для емоційного блоку**

### ***Вправа «Подаруй усмішку»***

Мета: розвивати уміння передавати та приймати позитивні емоції, уміння усмішкою знімати скутість з обличчя. Усі учасники групи беруться за руки і дарують усмішку по колу.

### ***Вправа «Асоціації»***

Учасникам тренінгу пропонують по черзі називати асоціації, які виникають у них до слова «агресивність». Асоціації записують на дошці.

- Чи важко було знайти асоціації до слова «агресивність»?
- Це слово викликає спокій чи неспокій у душі?

### ***Вправа «Рефлексія»***

Записати в щоденнику.

За допомогою чого ми маємо можливість «прочитати» внутрішній стан іншої людини?

### ***Гра «Емоції»***

Направлена на виявлення вміння розуміти інших. Учасники поділяються на пари. Кожен отримує конверт із завданням виразити мімікою емоцію (гнів, очікування, страждання, страх, здивування, радість, захоплення, роздратування, сум, образу, підозру та ін.). Кожен по черзі в парі виступає демонстратором емоцій, а інший повинен їх відгадати. Результати обговорюються. Кожен висловлює свої враження від вправи.

### ***Етюд «Одне й те ж саме по-різному»***

Психолог просить дітей по-різному виконати завдання, які знайомі їм із попередніх занять. З різними інтонаційними відтінками: привітатися, відмовити комусь у його проханні, звинуватити когось і т. ін. у запропонованих керівником ситуаціях. Характер інтонаційних відтінків також встановлює керівник. Наприклад, необхідно спочатку привітатися від імені невпевненої людини, потім від агресивної і, нарешті, від самовпевненої, стриманої людини.

### ***Вправа «Агресивна поведінка»***

Інструкція: Візьміть кожен по аркушу паперу і запишіть на ньому все, що робить та людина, про яку можна сказати: «Так, він дійсно агресивний». Випишіть невеликої рецепти, слідуючи якому, можна створити агресивного дитини. Наприклад: пара міцних кулаків, гучний голос, велика порція жорстокості і т.д. (Потім попросіть кількох учнів продемонструвати елементи такої поведінки, а група повинна відгадувати, що саме вони показують).

А тепер подумайте про те, які елементи агресивної поведінки ти зустрічаєш тут, в цій групі. Що тобі здається агресивним? Коли ти сам проявляєш агресивність? Яким чином ти можеш викликати агресію по відношенню до себе?

Візьми ще один аркуш паперу, роздягнули його вертикальною лінією посередині. Зліва запиши, як оточуючі протягом навчального дня проявляють

агресію по відношенню до тебе. Праворуч запиши, як ти сам проявляєш агресію по відношенню до інших дітей в школі. Аналіз вправи:

- Ви можете уявити, що хтось із вас стане доречним або таким собі «Рембо»?

- Чи бувають такі діти, які виявляють свою агресію НЕ кулаками, а якимось іншим способом?

- Чому і діти, і дорослі так часто намагаються відчутти свою перевагу, принизивши інших?

- Як поводить ся жертва агресії?

- Як стають жертвою? Що можна зробити, щоб не бути жертвою?

- У чому проявляється рівноправність між дітьми?

- Як би ти описав свою власну поведінку?

### ***Етюд «Шосте почуття»***

Цей етюд використовується як діагностичний метод вивчення єдності групи. Дітям пропонують відповідати на запитання, але не від себе, а ніби від усієї групи, тобто так, як, на їх думку, відповіла б більшість членів групи. Після цього кожна дитина одержує аркуш і олівець, а керівник починає запитувати. Діти повинні мовчки записувати відповіді і не вимовляти жодного слова, як би їм не хотілося це зробити.

Керівник запитує: 1) Який у групи улюблений день тижня? 2) Яка улюблена пора року? 3) Яке улюблене число: 2,5,7 чи 9? 4) Яку геометричну фігуру вибрала б група: ромб, квадрат, трикутник чи коло? 5) Що хотіли б робити члени групи саме в цей момент? По закінченні керівник знову повторює запитання, а діти по черзі зачитують свої відповіді. Найбільша кількість однакових відповідей на певне запитання вважається думкою групи, діти позначають це в своїх аркушах. Потім підсумовується кількість відповідей кожної дитини, що збігаються з думкою групи, і робиться висновок щодо ступеня розвитку в кожного учня «шостого почуття» - «почуття групи».

### ***Вправа «Навчись бачити гарне»***

Учасникам пропонують уявити собі людину, яку вони дуже не поважають, та знайти у неї 5 позитивних рис.

- Чи важко було шукати у такої людини позитивні риси?

- Після того, як знайшли та назвали такі риси, чи краще ви сприймаєте цю людину?

### ***Вправа «Веселка» (ауторелаксація)***

Діти сідають у зручній позі, заплющують очі і протягом 1-2 хвилин уявляють собі веселку, чудову гру її кольорів і себе у спокійному, приємному стані, розслабленими, на відпочинку. Після закінчення вправи обговорюється, які почуття виникали під час її виконання, хто "бачив" ще щось незвичайне.

Заняття закінчується тим, що діти встають, прогинаються і рухами рук над головою зображають дугу веселки (водночас розминаючи м'язи).

### **Вправи та ігри для поведінкового блоку**

#### ***Вправа «Малюнок на двох»***

Мета: розвивати вміння аналізувати власну поведінку та поведінку інших, спонукати учнів використовувати ефективніші способи взаємодії для досягнення поставленої мети.

Запропонуйте двом учням намалювати малюнок на вільну тему.

Чому ви намалювали малюнок саме на цю тему?

Хто її запропонував?

Хто що намалював?

Хто унікав малювання?

У кого малюнок вийшов вдалим?

Що допомогло вам у цьому?

#### ***Вправа «Мух краще ловити на мед»***

Мета: розвивати вміння самоаналізу власних вчинків, вміння прислухатися до відчуттів, обирати конструктивні форми досягнення результатів.

Учасники діляться на пари, хтось один стискає руку в кулак. Інший має якомога швидше розтулити кулак партнера.



- Хто використав інші методи, крім силових?
- Чи змогли ви досягти своєї мети?
- Що ви відчували, коли силою намагалися розтулити кулака?

Які ефективніші методи можна було використати?

### ***Вправа «Я» - висловлювання, «Ти» - висловлювання»***

Мета: розвивати навички толерантного спілкування та вміння запобігти вербальній агресії у відповідь на провокацію.

«Ти» - висловлювання містить у собі негативну оцінку іншої людини, часто обвинувачення або погрозу. Це може викликати опір і протест. «Я» - висловлювання — прийом і спосіб, за допомогою якого одна людина повідомляє іншій про свої відчуття й негативні переживання, а не оцінює іншу людину чи її поведінку, яка це переживання викликала. На відміну від «Ти» - висловлювання, «Я» - висловлювання завжди починається із займенників «я», «мені», «мене».

Учні отримують завдання розіграти в парах ситуації з використанням «Я» і «Ти» - висловлювань.

### ***Вправа «Позитивні і негативні сторони»***

Учасникам пропонують подумати і назвати позитивні і негативні сторони агресивності. Усе записують на дошці у дві колонки з позначками «+» та «-». Далі – аналіз кожного твердження.

### ***Вправа «Коло причин»***

Психолог: Наведіть приклади об'єктивних та суб'єктивних причин агресивної поведінки. Запишіть їх на дошці. Які причини, що призводять до агресивної поведінки, можна було б усунути? Важливо, щоб причин залишилося значно менше.

### ***Вправа «Як висловити образу»***

Учасники діляться на 4 групи. Кожна отримує картку із конфліктною ситуацією та роллю ображеного, який реагує:

- агресивно;

- невпевнено;
- гідно;
- із почуттям гумору.

Потрібно розіграти сценку, де кожен поводитиметься відповідно до своєї ролі.

Конфліктні ситуації:

1. Два приятелі працювали разом. Роботодавець розрахувався за виконану роботу, але гроші віддав одному з них: «Поділіться!». Павло, який отримав гроші, сказав: «Я працював більше, тому я заберу собі 70 гривень, а тобі віддам 30». Ви вважаєте, що Павло абсолютно безпідставно забрав собі більшу частину грошей: такої домовленості не було, працювали ви разом і гроші слід поділити порівну. Покажіть, як поведеться ображений, який реагує агресивно, та якою буде реакція у відповідь.

2. Іван подарував Ігорю лотерейний білет, за яким Ігор виграв значну суму грошей. Іван, дізнавшись про виграш, вимагає поділити гроші. Натомість Ігор із цим не погоджується. Покажіть, як поведеться ображений, який реагує невпевнено, та якою буде реакція у відповідь.

3. Два співробітники однієї фірми готували презентацію, але керівництво відзначило лише одного, давши йому підвищення. Покажіть, як поведеться ображений, який реагує з почуттям власної гідності, та якою буде реакція у відповідь.

4. На перерві Олексій списав у Івана контрольну. У результаті Олексій отримав «чотири», а Іван - «три». Покажіть, як поведеться ображений, який реагує з гумором, та якою буде реакція у відповідь.

Яка реакція на образі вам сподобалась?

### ***Вправа «Як стримати агресію?»***

Учасники працюють у групах.

Психолог: Запропонуйте свій варіант, як стриматись від агресивної поведінки.

Кожна група висуває свої пропозиції, які записують на дошці.

### ***Вправа «Життєві цінності»***

Кожен учасник тренінгу має написати на аркуші паперу, чого він хоче досягти в житті, але не більше 3 пунктів. Бажання групують та записують на дошці.

— Чи є щось із написаного на дошці чого хтось із присутніх не хотів би отримати в житті?

Висновок: люди прагнуть щастя, добробуту, гарної кар'єри, мати хорошу сім'ю, але йдуть до цього різними шляхами.

### ***Вправа «Формула успіху»***

Учасники тренінгу працюють у групах. Кожна має вивести свою формулу успіху (її треба записати на аркуші ватману), довести свою точку зору. Виводиться загальна формула успіху.

Чи знайшлось місце для агресивності у ваших формулах? Якщо агресивність додати до формули, що ми отримаємо?

### ***Вправа «Звернення до всіх, хто хоче бути щасливим»***

Учасники тренінгу працюють у групах по трое: пишуть звернення тим, хто хоче бути щасливим. Звернення зачитують та приклеюють на «дерево побажань».

Таким чином, запропонована програма лікування, психокорекції й психопрофілактики АП у підлітків, була створена з урахуванням загальних особливостей підліткового контингенту, а також специфіки чинників, що мають місце у осіб зі змішаним розладом емоцій і поведінки, є багаторівневою, орієнтованою на новітні психопрофілактичні тенденції і технології, що робить її універсальною для різних контингентів підлітків.

З метою визначення ефективності проведеної індикативної та селективної психопрофілактичної роботи в ГПП та ГСП було проведено психодіагностику з використанням тесту тривоги-депресії HADS/HDRS [264] для оцінки емоційного стану підлітків до та після психопрофілактичної роботи, а також тести самоусвідомлення смерті та суїцидального ризику (табл. 5.4 – 23).

**Усереднені показники вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів у обстежених ГП**

Методика / показник		до психокорекційних заходів	після психокорекційних заходів
HADS	тривога	14,43	7,21*
	депресія	15,37	8,53*
HDRS		15,2	8,9

Примітка. Зірочкою виділені статистично значущі відмінності при  $*p < 0,05$ .

При аналізі результатів тестів тривоги та депресії підлітків з ГП (таблиця 5.5), можна зробити висновок, що рівень тривоги та депресії за методикою HADS зменшився у двічі ( $p < 0,05$ ).

**Усереднені показники вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів у обстежених ГСП**

Методика / показник		до психокорекційних заходів	після психокорекційних заходів
HADS	тривога	9,01	6,42
	депресія	8,87	5,39*
HDRS		10,8	7,2

Примітка. Зірочкою виділені статистично значущі відмінності при  $*p < 0,05$ .

Дані, наведені у таблиці 5.5, також свідчать про зниження рівню показників за методиками HADS і HDRS. Достовірно значуща різниця отримана за рівнем депресії.

Наступною психодіагностичною методикою, яка дозволила визначити ефективність проведених заходів у ГП та ГСП, був тест «Спосіб визначення суїцидального ризику» [266], результати чого висвітлені в табл. 5.6.

Таблиця 5.6

**Розподіл досліджених ГП за схильністю до аутодеструктивних дій**

Показник	до психопрофілактики		після психопрофілактики	
	абс. к-ть	к-ть у % $\pm$ m	абс. к-ть	к-ть у % $\pm$ m
Високий	37	74,0 $\pm$ 6,2	7	14,0 $\pm$ 4,9*
Нормативний	13	26,0 $\pm$ 6,2	39	78,0 $\pm$ 5,9*
Низький	0	0 $\pm$ 0,0	4	8,0 $\pm$ 3,8*

Примітка. Зірочкою виділені статистично значущі відмінності при \* $p < 0,05$ .

У підлітків з АП після проведення курсу психопрофілактики 78% підлітків отримали результати, що трактуються як показники норми. Для всіх показників різниця достовірна ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 5.7

**Розподіл досліджених ГСП за схильністю до аутодеструктивних дій**

Показник	до психопрофілактики		після психопрофілактики	
	абс. к-ть	к-ть у % $\pm$ m	абс. к-ть	к-ть у % $\pm$ m
Високий	16	32,0 $\pm$ 6,6	6	12,0 $\pm$ 4,6*
Нормативний	31	62,0 $\pm$ 6,86	37	74,0 $\pm$ 6,2
Низький	3	6,0 $\pm$ 3,4	7	14,0 $\pm$ 4,9

Примітка. Зірочкою виділені статистично значущі відмінності при \* $p < 0,05$ .

Для ГСП також відмічалось зниження показників аутодеструктивних дій з 32% до 12% ( $p < 0,05$ ). Більшість підлітків (74%) мали показники норми.

Тестування за рівнями самосвідомості смерті (табл. 5.8) показало достовірну різницю у нормалізації показників ( $p < 0,05$ ) у підлітків з ГП.

**Розподіл досліджених ГП за рівнями самосвідомості смерті**

Показник	до психопрофілактики		після психопрофілактики	
	абс. к-ть	к-ть у % $\pm$ m	абс. к-ть	к-ть у % $\pm$ m
Високий	2	4,0 $\pm$ 2,8	18	36,0 $\pm$ 6,8*
Нормативний	11	22,0 $\pm$ 5,9	28	56,0 $\pm$ 7,0*
Низький	37	74,0 $\pm$ 6,2	4	8,0 $\pm$ 3,8*

Примітка. Зірочкою виділені статистично значущі відмінності при \* $p < 0,05$ .

**Розподіл досліджених ГСП за рівнями самосвідомості смерті**

Показник	до психопрофілактики		після психопрофілактики	
	абс. к-ть	к-ть у % $\pm$ m	абс. к-ть	к-ть у % $\pm$ m
Високий	8	16,0 $\pm$ 5,2	17	34,0 $\pm$ 6,7*
Нормативний	31	62,0 $\pm$ 6,9	30	60,0 $\pm$ 6,9
Низький	11	22,0 $\pm$ 5,9	3	6,0 $\pm$ 3,4*

Примітка. Зірочкою виділені статистично значущі відмінності при \* $p < 0,05$ .

При дослідженні рівня самосвідомості смерті у ГСП після проведення психопрофілактики зменшення рівня низьких показників змінилось 22% до 6% (різниця достовірна  $p < 0,05$ ), а збільшення рівня високих показників – з 16% до 34% (різниця достовірна  $p < 0,05$ ).

Останнім етапом психопрофілактичної роботи з підлітками стало проведення універсальної психопрофілактики з використанням комбінації інформаційних технологій (міні-лекції) з технологіями вироблення навичок адаптивної поведінки (тренінг «Як впоратись з агресією?»).

Міні-лекції проводились по 30 хв. 2 рази на тиждень, за наступними темами: «Що таке агресія?», «Стрес», «Насильство», «Визначання та пояснення феномена аутоагресивної поведінки», «Вікові особливості агресивної поведінки», «Самооцінка», «Тривожність», «Ознаки депресії», «Профілактика жорстокості», «Сенс життя».

Метою тренінгу «Як впоратись з агресією» було навчити підлітків

активно контролювати свою власну агресивну поведінку і впливати на неї; уміння уникати стресових та конфліктних ситуацій, налагоджувати дружні стосунки.

До тренінгу були поставлені наступні завдання: формування дружнього згуртованого колективу; надання необхідних психологічних знань учасникам програми; навчання підлітків способами прояву гніву у прийнятній для інших формі; відпрацьовування навичок спілкування у конфліктних ситуаціях; виховання довіри до людей, здатності співпереживати, доброти; навчання підлітків навичкам саморегуляції (уміння володіти собою у критичних ситуаціях).

Тренінгова програма містила у собі 12 занять. Кожне заняття включало психологічні вправи та ігри, спрямовані на формування необхідних адаптивних якостей особистості. Загальна тривалість одного тренінгового заняття складала 2 години (120 хвилин). Алгоритм проведення соціально-психологічного тренінгу з зазначенням мети та змістового наповнення кожного з блоків, наведено в табл. 5.10.

## Алгоритм проведення соціально-психологічного тренінгу

Назва та № заняття	Мета заняття	Зміст заняття	Час
1. Знайомство	Мета зустрічі: створення сприятливих умов для роботи, атмосфери довіри, детальне ознайомлення з основними принципами та формами роботи в групі, прийняття правил роботи і краще знайомство учасників між собою.	1. Вправа «Знайомство». 2. Інформаційне повідомлення. 3. Правила роботи в групі. 4. Вправа «День народження». 5. Вправа «Вислухай-поверни». 6. Вправа «Інтерв'ю».	120 хвилин
2. Сприйняття тебе іншими.	Створити доброзичливу атмосферу, завоювати довіру.	1. Вправа «Побажання на день». 2. Вправа «Сліпий і поводитир». 3. Вправа «Дзеркало». 4. Вправа «Мені в тобі подобається».	120 хвилин
3. Усвідомлення емоцій.	Навчити підлітків усвідомлювати емоційне життя, володіти своїми почуттями.	1. Вправа «Якби я був чарівником». 2. Вправа «Зобрази емоцію». 3. Вправа «Зла тварина». 4. Етюд «Зустріч з давнім другом». 5. Вправа «Як я часто відчуваю».	120 хвилин
4. Самооцінка.	Зняти емоційне напруження підлітків, діагностувати їх самооцінку.	1. Вправа «Зустріч». 2. Вправа «Море хвилюється». 3. Вправа «Їстинне-неїстинне». 4. Вправа «Сильні сторони». 5. Вправа «Нетрадиційні вітання».	120 хвилин
5. Конфлікт.	Опанування форми адекватної поведінки в конфліктних ситуаціях, розвинути необхідні якості для успішного подолання труднощів.	1. Вправа «Зустріч». 2. Вправа «Сніжинка». 3. Вправа «Уникнення неприємностей».	120 хвилин
6. Агресія.	Навчити підлітків активно контролювати власну поведінку	1. Вправа «Комплімент». 2. Вправа «Баба Яга». 3. Вправа «Фортеця». 4. Вправа «Злий-добрий».	120 хвилин
7. Взаємовідносини в групі.	Формування і розвиток уважності, доброзичливості, взаємовідносин в групі.	1. Вправа «Привіт друже». 2. Вправа «Асоціація». 3. Вправа «Фантастична гіпотеза». 4. Вправа «Жук».	120 хвилин
8. Характер. Вміння охарактеризувати себе.	Навчитись характеризувати себе.	1. Вправа «Ім'я». 2. Вправа «Комплімент собі». 3. Вправа «Я через 10 років». 4. Вправа «Мій сонячний портрет».	120 хвилин
9. Самовираження.	Закріпити навички самоаналізу та самовираження, усвідомити власну життєву позицію в ході взаємодії з іншими людьми.	1. Вправа «Моя улюблена іграшка». 2. Вправа «Слабкі сторони». 3. Вправа «Хто я?». 4. Вправа «Три бажання». 5. Вправа «Розкажи про мене».	120 хвилин
10. Довіра.	Відповісти на питання: „чи довіряю я іншим людям, і чи заслуговую я на довіру?“	1. Вправа «Коло довір'я». 2. Вправа «Падіння». 3. Вправа «Поясни». 4. Вправа «Наслідування ведучого».	120 хвилин
11. Моральне поняття доброти.	Допомогти глибше засвоїти моральне поняття доброти.	1. Вправа «Зустріч на вузькій дорозі». 2. Вправа «Казка». 3. Вправа «Робот хоче пити». 4. Письмові послання учасників.	120 хвилин
12. Неагресивні способи поведінки.	Виробити інструкцію неагресивних способів поведінки.	1. Вправа «Побажання на день». 2. Вправа «Намалюй свій настрій». 3. Вправа «Король». 4. Вправа «Нитка, що з'єднує людей». 5. Прощання один з одним.	120 хвилин



Перелік технік, що використовувались при проведенні тренінгу:

- Презентація. Використовуються короткі вправи, що призначені розпочинати заняття: вони сприяють створенню атмосфери довіри в групі, заохочують до участі та взаємної підтримки.

- *«Мозковий штурм»*. Збір якомога більшої кількості ідей щодо певної проблеми від усіх учасників занять упродовж обмеженого за обсягом часу.

- Обговорення великою групою. Вся група обговорює ідеї чи події, що стосуються якоїсь запланованої або імпровізованої теми.

Більшість завдань виконується в малих групах або парах. Пояснюється це тим, що підлітку легше висловитися в невеличкій групі, оскільки там він відчувається безпечніше. Робота в малих групах дає також можливість заощаджувати час, бо зникає потреба вислуховувати кожного у великій групі. Розподіл на малі групи може здійснюватися різними шляхами — йдеться про постійні групи протягом заняття чи циклу занять, різні групи для кожної вправи тощо.

- Обговорення малою групою. Група з 3-6 осіб обговорює певні проблеми та виробляє шляхи їх вирішення, потім – обмін думками та їх обговорення усіма членами групи.

- Групова дискусія — дозволяє зіставити протилежні позиції, побачити проблему з різних боків, уточнити взаємні позиції, що зменшує опір сприйняттю нової інформації, усуває емоційну упередженість. Дозволяє також навчати учасників аналізу реальних ситуацій, прищеплює вміння слухати і взаємодіяти з іншими, показує багатовекторність можливого вирішення більшості проблем. Для активізації учасників у груповій дискусії можна використовувати висловлення по колу: метод естафети — кожен передає слово тому, кому вважає за потрібне; висловлення за визначений проміжок часу (наприклад, кожному на висловлення дається 10-15 сек.) тощо.

- Рольова гра – імітує реальність того, що відбувається, та надає можливість діяти учасникам «мов насправді». Мета – визначити ставлення до конкретної життєвої ситуації, набути досвіду шляхом гри. Інколи присутні

можуть розігрувати ситуації, в яких вони вже побували. Рольова гра – це певною мірою «відкрита» техніка, яка дозволяє розвивати її залежно від навичок, власного досвіду та конкретної ситуації в групі.

• *Анкетування – використовується для перевірки знань і оцінки процесу навчання.*

• *Дослідження випадків. Базується на реальних випадках, які є власним досвідом членів групи. Стимулює пошук здобутків і помилок у власній поведінці.*

• *Психогімнастика – учасники спілкуються без допомоги слів. Теми психогімнастичних вправ можуть бути найрізноманітнішими, але можна виділити основні: — щоденні житейські ситуації; — проблематика окремих членів групи; — типові людські конфлікти; — відносини в групі; — фантазії і казки; — відношення до самого тренінгу. Після програвання можна використовувати різні варіанти аналізу, головне, щоб свої переживання виказали як учасники гри, так і спостерігаючі за нею члени групи. Психогімнастику бажано сполучати із музикою.*

Вимоги до учасників групи.

- Готовність поставитись до предмета занять серйозно.
- Готовність до відкритого та чесного спілкування.
- Здатність слухати інших, не перебиваючи й не оцінюючи.
- Надійність. Зустрічі обов'язково повинні бути регулярними, учасники занять зобов'язані виконувати обіцянки, дані перед групою.

Правила:

1. Щирість і відвертість. Виразити почуття. Не брехати – краще відмовитись від відповіді, ніж спонукати групу до хибної думки.

2. Конфіденційність. Не обговорювати те, що відбувалось в групі, а також її учасників за межами групи.

3. «Тут і зараз». У групі обговорюється лише події, що відбулися в цей час і саме зараз.

4. Повага до іншого. Не перебивати, не ображати, не заподіювати фізичного збитку. Не оцінювати інших.

5. Активно брати участь в роботі групи. Виразити свою думку. Повідомляти про труднощі участі в групі.

Найважливішими принципами керівника групи є відповідальність, компетентність, конфіденційність.

Кількість учасників в групі від 10 до 14 осіб.

Тренінг складається із трьох взаємозв'язаних частин.

I – підготовча

II – основна

III – завершальна.

Перед кожним заняттям обов'язково чітко формулюється інструкція для учасників.

### ЗАНЯТТЯ № 1. ЗНАЙОМСТВО.

Мета: Основна ціль цієї зустрічі, створення сприятливих умов для роботи, атмосфери довіри, детальне ознайомлення з основними принципами та формами роботи в групі, прийняття правил роботи і краще знайомство учасників між собою.

#### 1. Вправа «Знайомство».

Мета: підготувати учасників до роботи, створити комфортну атмосферу, сприяти згуртованості групи.

Обладнання: бейджі (ідентифікатори), маркери.

Хід вправи: учасникам ведучий пропонує написати на бейджикі своє ім'я, або те яким вони б хотіли, їх називали в групі. Прикріпити бейджик на грудях. Учасники по черзі представляють себе, вимовляючи своє ім'я та якесь слово, яке характеризує їх, бажано, щоб це визначення починалось з тієї літери, що й ім'я.

#### 2. Ознайомитись з правилами роботи в групі.

Тренер повідомляє учасникам основні правила роботи: відвертість і щирість, відповідальність, повага до іншого, конфіденційність, активність,

довіра, спілкування за принципом тут-і-тепер, саморозкриття та самоусвідомлення. Кожне правило пояснюється, якщо необхідно, обговорюється і приймається групою.

3. Вправа «День народження».

Мета: згуртувати групу, дати можливість дітям висловити образи.

Хід вправи: обирається іменинник. Всі діти дарують йому подарунки жестом, мімікою. Іменинник повинен відгадати, що йому дарують.

Вправа «Вислухай-поверни».

Мета: тренувати навички активного слухання та безоціночного сприйняття іншого.

Хід вправи: учасники без слів, встановлюючи конспект очима об'єднуються в пари. Один із партнерів розповідає все, що хотів би повідомити про себе. Інший партнер слухає і через 3 хв. Переказує все, що почув, говорячи: «Я почув, що ти». Через 5 хв. Міняються ролями.

Обговорення:

- Які почуття виникли?
- Що легше: слухати чи переказувати?
- Чи повністю була відтворена інформація?

Вправа «Інтерв'ю».

Хід вправи: тренер пропонує учасникам об'єднатись в пари.

Завдання для роботи в парах: протягом 5 хв. потрібно взяти інтерв'ю один в одного, щоб представити свого напарника в колі.

Основне правило цього інтерв'ю – відповідати я змога повніше і щиро. Одночасно спробу ще краще розібратись у собі, адже питання розкривають особливості вашого характеру, звичок та інтересів. Після виконання цього завдання усі сідають в коло і протягом 1-2 хв. представляють свого партнера групі як людину, з якою разом проведуть 12 зустрічей.

Обговорення:

- 1) Що ви відчували коли слухали про себе?
- 2) Які враження виникли у вас під час виконання вправ?

## ЗАНЯТТЯ № 2. СПРИЙНЯТТЯ СЕБЕ ІНШИМИ.

Мета: створити доброзичливу атмосферу, завоювати довіру.

Вправа «Побажання на день».

Обладнання: м'ячик.

Хід вправи: «Почнемо нашу роботу з висловлювання один одному побажання на сьогоднішній день. Воно має бути коротким, бажано в одне два слова. Все кидаєте м'ячик тому, кому хочете побажати і водночас висловлюєте це побажання. Той кому кинули м'яч у свою чергу кидає його наступному».

Тренер. будемо уважно стежити за тим, щоб м'яч побував у всіх, і постараємось нікого не пропустити.

Вправа «Сліпий і поводитир».

Мета: розвинути міжособистісну довіру.

Хід заняття: група ділиться на пари, вибравши собі партнера найменш знайому людину. Одна людина в кожній парі стає ведучою, а інша – та, яку ведуть, закриває очі (на очі накладають пов'язки). Вправа виконується без слів.

Ведучий бере свого партнера за руку і водить його скрізь. Через три хвилини тренер просить помінятися місцями, що знаходяться поруч.

Наприкінці учасники обмінюються своїми думками, враженнями, коли вони були змушені цілком довіряти іншій людині.

Вправа «Дзеркало».

Мета: надати можливість проявити активність пасивним учням.

Хід вправи: обирається ведучий, інші учні – дзеркала. Той, хто водить, дивиться у дзеркала, вони відображають його рухи. Через декілька хвилин міняється ведучий. Тренер слідкує за правильністю відображення.

Вправа «Мені в тобі подобається».

Мета: розширити досвід переживання почуття близькості з іншими.

Обладнання: м'яч.

Хід вправи: В ході цієї вправи учням потрібно кидати м'яч один одному і говорити фразу яка починається зі слів «Мені в тобі подобається».

Обговорення.

### ЗАНЯТТЯ № 3: УСВІДОМЛЕННЯ ЕМОЦІЙ.

Мета: навчити учнів усвідомлювати емоційне життя, володіти своїми почуттями.

Вправа-привітання «Як би я був чарівником».

Хід вправи: учасникам по колу потрібно передаючи чарівну паличку, а також привітання у вигляді побажань для кожного учасника гри на сьогоднішнє заняття.

Вправ «Зобрази емоцію».

Мета: розвивати самоконтроль емоційних станів.

Хід вправи: учням роздати картки із назвою однієї емоції, але так, щоб інші не бачили, що там написано. Завдання – зобразити дану емоцію за допомогою невербальних засобів спілкування, а інших – відгадати те, що зображують (емоції: гнів, радість, сум, здивування, відраза, інтерес, байдужість, образа та ін.).

Вправа «Зла тварина».

Мета: дати можливість здійснити аналіз емоційних станів – зрілості, страху, гніву відсторонено: як не свого стану, а стану злої тварини.

Хід вправи: уявіть себе розгніваною, агресивною твариною – тигром, вовком, леопардом, ким хочете. Побудьте в її ролі. Демонструйте мімікою, рухами тіла, голосом її поведінку та емоції, аж поки я не скажу «Стоп».

Аналіз:

- Що ви відчували, перебуваючи в ролі?
- Чи не хотілось вам штовхатись і насакувати на інших?
- Чи легко було спинитись і вийти з ролі?

Етюд «Зустріч з другом».

Мета: розвинути здібності розуміти емоційний стан іншої людини та уміння адекватно виражати свої.

Хід етюд: тренер розповідає учням оповідання: «У хлопчика був друг. Але літом вони не мали змоги проводити час разом. Хлопчик залишався в

місті, а його друг їздив з батьками на схід. Нудно в місті без друга. Прошло три тижні. Одного разу хлопчик іде по вулиці і раптом бачить, як на зупинці з автобуса виходить його друг. Вони дуже зраділи один одному».

За бажанням діти розігрують сценку. Виразні рухи: обійми, посмішка, сум, емоції радості.

Вправа «Як я часто відчуваю».

Хід вправи: учасники заповнюють таблицю, ставлячи хрестики у відповідній графі. Ведучий допомагає визначити, ідентифікувати почуття.

№ п/п	Почуття	Дуже рідко	Рідко	Середньо	Часто	Дуже часто
1.	Страх					
2.	Задоволення					
3.	Радість					
4.	Переляк					
5.	Гнів					
6.	Насолоду					
7.	Злість					

#### ЗАНЯТТЯ № 4. САМООЦІНКА.

Мета: зняти емоційне напруження дітей, діагностика їх самооцінки.

Вправа «Зустріч».

Мета: учасники діляться на дві групи. Стають у два кола – внутрішнє і зовнішнє – обертаються за годинниковою стрілкою та проти неї. За сигналом тренера зупиняються та діляться на пари.

Завдання:

– Ви зустрілися після довгої розлуки, а до цього були в добрих, але не дуже близьких стосунках.

– Ви були найближчими друзями в дитинстві. Одного з вас батьки відвезли на рік до іншого міста. Ви зустрілися після річної розлуки.

– Людина що стоїть навпроти вас, дуже налякана, а в неї має бути важка й надзвичайно важлива розмова. Необхідно підбадьорити її.

Обговорення.

Вправа «Море хвилюється».

Мета: визначення емоційного стану й передача його невербальними засобами, створення позитивного емоційного фону.

Хід вправи: Група обирає ведучого, який повертається спиною до інших і вимовляє слова «Море хвилюється раз». На рахунок «три» школярі повинні завмерти в незвичайній позі. Ведучий по черзі підходить до кожного учасника гри «включає» його і намагається відгадати, кого й у якому емоційному стані він зобразив. Потім кожен гравець сам пояснює, що він хотів зобразити.

Аналіз виразних невербальних засобів передачі образу (міміка, погляд, жести, положення тулуба).

Вправа «Їстівне–неїстівне».

Мета: створення позитивного емоційного тла, зняття напруження й втоми.

Хід вправи: усі учасники групи стають у ряд обличчям до ведучого на певній відстані від нього. Ведучий кожному учасникові по черзі називає предмет їстівний – учасник повинен піймати м'яч, якщо не їстівний – відбити. За кожен правильну дію учасник пересувається на один крок до ведучого. Виграє той, хто швидше за всіх дійде до ведучого.

Вправа «Сильні сторони».

Обладнання: аркуш А-4, ручки.

Хід вправи: «У кожного з вас є сильні сторони, ті які ви цінуєте, приймаєте і любите в собі, що дає вам відчуття внутрішньої свободи і впевненості в своїх силах, що підтримує у важкі хвилини. Сформулюйте їх: На складання списку дається 5 хв. Потім група сідає в коло слухають записи».

Обговорення та аналіз.

Вправа «Нетрадиційне вітання».

Мета: емоційне розвантаження учасників.



Хід вправи: учасники ходять по кімнаті і за командою ведучого при зустрічі вітаються: долонями, колінами, чолом, боком.

#### ЗАНЯТТЯ № 5. КОНФЛІКТ.

Мета: опанування форми, адекватної поведінки в конфліктних ситуаціях, розвинути необхідні якості для успішного подолання труднощів.

Вправа «Зустріч» (розминка).

Хід вправи: учасники групи під музику мають можливість підійти до кого-небудь, сказати йому слова вітання, довідатись як у нього справи, подякувати за що-небудь.

Вправа «Сніжинка».

Мета: дати можливість побачити можливі причини виникнення конфлікту, оскільки одна і та ж інформація різними людьми сприймається по-різному.

Обладнання: папір, ножиці.

Хід вправи: Інструкція: «Візьміть аркуш паперу. Складіть його навпіл. Відріжте правий верхній кутик. Складіть ще раз навпіл. Ще раз відріжте правий верхній кутик. Тепер можна розгорнути сніжинку і показати одногрупникам».

Обговорення:

– Чому, виконуючи одну і ту ж інструкцію, всі отримали різні сніжинки?

Вправа «Уникнення неприємностей».

Мета: визначити позитивні та негативні сторони уникнення конфлікту.

Обладнання: ватман, маркери.

Хід вправи: група ділиться на дві підгрупи. Одній з них пропонується назвати позитивні сторони уникнення як форми поведінки в конфлікті, а другій – негативні і навести приклади.

Обговорення:

– Чому люди уникають конфліктів?

#### ЗАНЯТТЯ № 6. АГРЕСІЯ.

Мета: навчити учнів активно контролювати власну поведінку.

Вправа «Комплімент».

Мета: уміння говорити і приймати компліменти.

Хід вправи: учасники стають у два кола обличчям один до одного в парах (за типом «вертушки»). Зовнішнє коло говорить своєму партнерові комплімент. Інше дякує, крім того, говорить про себе щось гарне. Потім вони міняються ролями та повторюють вправу. Після цього всі хто стоїть у зовнішньому колі, роблять крок праворуч й продовжують вправу.

Обговорення:

– Що почували підчас вправи?

Вправа «Баба Яга».

Мета: корекція емоційної злості, тренування здібностей впливу дітей оди на одного.

Хід вправи: діти сидять на стільцях у колі обличчям один до одного. Тренер просить зобразити який буває вираз обличчя, поза, жести у дорослих (мами, тата, бабусі), коли вони сердяться на них. За що дорослі найчастіше сердяться на вас? (Діти розігрують сценки). Як сварять вас дорослі, коли вам дуже страшно? Погрожують покарати, беруть ремінь? (Діти розповідають і показують). Що ви робите у відповідь: плачете, боїтесь, посміхаєтесь? (Розігрують сценки). На підготовку дається 10 хв.

Вправа «Фортеця».

Мета: виявлення агресії.

Хід вправи: група дітей ділиться на дві команди (за бажанням). Кожна команда будує із меблів фортецю. Одна команда захищає фортецю, інша – штурмує. Основна зброя – надувні кульки, м'ячі, м'які іграшки.

Вправа «Злий-добрий».

Мета: осмислення емоційних станів.

Хід вправи: Група ділиться на пари. Пари сідають один навпроти одного. У цій грі ролі ви будете грати поперемінно: один грає – інший спостерігає, а потім – навпаки. Той хто розпочинає гру, повинен закрити очі, зосередитись і уявити себе злим.

«Уявляйте, що тебе найбільше злить. Це окремі люди, ситуації? Що ти відчуваєш у таких випадках найчастіше? Відкрий очі. Тепер спробуй реагувати на ці ситуації так, як ти реагуєш завжди: ходи по кімнаті, стискай кулаки. Мімікою та рухами тіла виявляй свої почуття.

Тепер знову сядь на місце, навпроти спостерігача. Заспокойся. Тепер партнер по грі (виступивши в ролі твого дзеркала) спробує зіграти тебе злого. А ти матимеш змогу подивитися на себе зі сторони».

Друга частина гри – входження в роль «доброго» розгортається аналогічно. Після цього діти, що перебувають у парі міняються місцями – той, хто був спостерігачем стає гравцем (у ролях «доброго» і «злого»).

Аналіз:

- Опиши свої почуття у різних ролях.
- Що найважче було зіграти? Чому?
- Спостерігаючи за грою свого партнера, який грав тебе, чи не хотілось тобі виглядати достойно?

#### ЗАНЯТТЯ № 7. ВЗАЄМОВІДНОСИНИ В ГРУПІ.

Мета: формування і розвиток уважності, доброзичливості, взаємовідносин в групі.

Вправа «Привіт друже».

Хід вправи: група сидить колом. Вам потрібно по черзі привітатися з кожним учасником групи. Але при цьому обов'язково підкреслюється індивідуальність партнера, його найхарактерніші риси.

Вправа «Асоціації».

Хід вправи: один учасник виходить у центр кола і показує жестами, мімікою, рухи на кого чи на що він перетворився. Інші учасники відгадують і «розкодовують», його а в центр кола виходить інший учасник. Гра продовжується.

Вправа «Фантастичні гіпотези».

Мета: розвинути фантазію у дітей.

Хід вправи: Група ділиться на дві підгрупи. Одна підгрупа дає відповідь на питання «Що станеться якщо люди перестануть дружити і почнуть сваритися?». Інша група – «Що можна зробити, щоб цього не сталося?».

На підготовку дається 10 хв. По закінченні групи зачитують свої відповіді.

Вправа «Жук».

Мета: розкрити групові взаємини.

Хід вправи: діти стають у рядок за тим, хто водить. Дитина яка водить стоїть спиною до групи, витягнувши за спину руку з розкритою долонею. Той хто водить повинен вгадати, хто з дітей доторкнувся до його руки (за виразом обличчя, руху). Дитина водить доти, доки не вгадає правильно. Того, хто водить обирають за допомогою лічилки.

ЗАНЯТТЯ № 8. ХАРАКТЕР.

Мета: вміння охарактеризувати себе.

Вправа «Ім'я».

Хід вправи: На аркуші паперу великими літерами напишіть ім'я. Потім пропонується написати на кожну літеру (імені) позитивні і негативні якості.

Обговорення:

– Які якості було писати легше? Які складніше?

– Чому саме ці якості було написано?

Вправа «Комплімент собі».

Мета: вміння представити себе.

Обладнання: аркуш А-4, маркери.

Хід вправи: зараз кожний з учасників похвалить себе, зробить комплімент. Розкажіть про себе тільки найкраще. Компліментів може бути багато.

Вправа «Я через 10 років».

Мета: розвивати мислення.

Хід вправи: уявіть собі, що минуло 10 років. Ти змінився . Змінилось твоє життя. Розкажи зараз про себе, як ти би розповідав про свою особистість,

якщо б минуло 10 років. На підготовку дається 10 хв. Потім по черзі діти розповідають про себе.

Вправа «Мій портрет у променях сонця» (І.Дубровіна).

Процедура: тренер просить відповісти на запитання: «Чому я заслуговую на повагу?» Наступним чином намалюй сонце, у центрі сонячного кола напиши своє ім'я чи намалюй свій портрет. Потім уздовж променів напиши усі свої чесноти, усе гарне, що ти про себе знаєш. Постарайся, що було якнайбільше променів.

Потім обговорення. Бажаючі зачитують перелік своїх чеснот, показують намальоване ними сонце.

### ЗАВДАННЯ № 9. САМОВТРАЖЕННЯ.

Мета: закріпити навички самоаналізу та самовираження, усвідомити власну життєву позицію в ході взаємодії з іншими людьми.

Вправа «Моя улюблена іграшка».

Мета: налагоджувати групу на доброзичливе ставлення один до одного.

Хід вправи: «Розкажіть про свою улюблену іграшку і про почуття, які викликають ці спогади».

Вправа «Слабкі сторони».

Хід вправи: «Сьогодні кожен із вас має розповісти іншим учасникам про свої слабкі сторони, тобто про те, що він усвідомлює як внутрішній бар'єр. Не обов'язково говорити тільки про негативні риси свого характеру; важливо відмітити те, що є чи може бути причиною конфлікту у різних ситуаціях, ускладнює життя, взаємовідносини і т.д. На це вам дається 5 хвилин».

Вправа «Хто Я?».

Мета: визначити внутрішній самоаналіз.

Інструкція: «Як часто ви задаєте подібні запитання самому собі?

Візьміть листок паперу і дайте відповідь на це питання декілька разів. Будьте щирі, не обманюйте себе».

Аналіз та обговорення.

Вправа «Три бажання».

Обладнання: аркуш А-4, олівці, ручки.

Хід вправи: тренер пропонує подумати і записати відповіді на запитання, які три бажання загадав би кожен з вас, якщо б йому пощастило піймати золоту рибку (спочатку діти фіксують свої бажання по листках, а потім по черзі розповідають про них).

Вправа «Розкажи про мене».

Мета: визначення співпадання самооцінки особистісних якостей з оцінкою оточуючих.

Обладнання: аркуш паперу А-4, список особистісних якостей.

Хід вправи: група ділиться на 4 підгрупи. Відповідно по одному представнику з групи виходять за двері. Кожна група складає характеристику свого представника. Діти повертаються в клас і представник групи зачитує їхні характеристики.

Обговорення:

– Що нового ви дізнались про себе?

– Чи згодні ви з цим?

ЗАНЯТТЯ № 10. ДОВІРА.

«Чи довіряю я іншим людям, і чи заслуговую я на довір'я»

Вправа «Коло довіри».

Хід вправи: члени групи утворюють тісне коло. Добровольця або того, хто хоче встановити з групою більше довіри «передають» одне одному, легко торкаючись його плечей. Весь цей час доброволець із заплющеними очима не повинен виходити з центра кола.

Обговорення.

1. Що ви відчували коли були в середині кола? Що вам нагадували ці переживання?

2. Що ви відчували, коли стояли в колі й вас «передавали» з рук в руки добровільно.

3. Чи однаковими були ваші почуття до різних людей у середині кола?

Вправа «Падіння».

Мета: вияв довір'я.

Хід вправи. Групу поділили на пари. Партнери стоять один за одним. Перший падає піднявши руки, назад, другий підхоплює його. Відбувається обмін ролями, і все починається з початку.

Пари можуть мінятися.

Обговорення:

1. Що ви відчували коли падали? Чи сумнівалися ви в тому, що партнер справді вас підхопить?

2. Що ви відчували коли підхоплювали свого партнера?

Вправа «Поясни».

Хід вправи. «Уявіть людину, яка сидить навпроти тебе. Вона розмовляє з тобою про те, що не довіряє людям. Завжди ставить з підозрою до того, що відбувається. Твоя мета – навчити людину довіряти. Що ти скажеш? Чому і людина повинна вірити тобі? Поясни людині, що довіряти – це добре».

На підготовку дається 8 хв.

Потім по колу всі учасники зачитують свої відповіді.

Вправа «Наслідування ведучого».

Хід вправи. Вся група ділиться на декілька підгруп по три-чотири чоловіка. Кожна підгрупа шикуються в ряд. Учасник, який стоїть спереду, є ведучим. Він спонтанно і творчо рухається по кімнаті, експериментує з різними імпровізованими рухами тіла. Група повинна повторювати рухи, слідує за ним і зберігаючи ряд. Через декілька хвилин ведучий переходить в кінець свого ряду. Наступний учасник стає ведучим. Вправа виконується до того часу поки кожен учасник не отримає можливість стати ведучим групи. Вносячи в її роботу свої стиль, свої рухи.

Аналіз та обговорення.

## ЗАНЯТТЯ № 11. МОРАЛЬНЕ ПОНЯТТЯ ДОБРОТИ.

Мета: допомогти глибше засвоїти моральне поняття доброти.

Вправа-розминка «Зустріч на вузькій доріжці».

Учасники розділяються на дві підгрупи. Групи розходяться в різні боки обличчям один до одного.

Хід заняття. «Ви зустрілись на вузькій гірській доріжці, по якій може вільно пройти лише одна людина. З одного боку – скелі, з іншого боку – прірва. Завдання – перейти на інший бік».

Вправа «Казка».

Хід вправи: учасникам пропонується скласти казку про себе до і після тренінгу. На підготовку дається 10 хв., після чого учасники по черзі розповідають свої казки.

Аналіз та обговорення.

Письмові послання учасників один одному у довільній формі.

Вправа «Робот хоче пити».

Хід вправи: Група ділиться на пари. Один з них «робот», який хоче пити, але не знає як це робити, так як його на це не запрограмували. Друга діюча особа – конструктор, завданням якого є програмування дій «робота» з допомогою точно визначених чергових операцій, дозволяючи випити воду з стакана. Напр.: «Встань, відведи праву ногу вперед, пристав ліву, витягни руку вперед, поверни трошки вліво, нахились вперед». «Робот» реагує тільки на команди конструктора і точно їх виконує.

Гравці міняються місцями.

ЗАНЯТТЯ № 12.

Мета: виробити інструкцію неагресивних способів поведінки.

Вправа-привітання «Побажання на день».

«Зараз ми будемо кидати один одному і висловлювати побажання на сьогоднішній день стосовно нашої роботи в групі».

Вправа «Намалюй свій настрій».

Учасникам пропонується намалювати свій настрій. Пропонується творчо поставитись до завдання, вибрати ті кольори, якими найточніше він міг би передати свої відчуття зараз. Аналіз малюнка.

Вправа «Король».



Хід заняття: Хто із вас коли-небудь мріяв стати королем? Які переваги отримує той, хто стає королем? Ви знаєте, чим добрий король відрізняється від злого?

Пропонується пограти в гру, в якій ви зможете побути королем. Усі решта дітей стають слугами, і мусять робити все, що скаже король. Враховуючи, що король не має права віддавати накази, які ображають чи принижують інших людей. По закінченні гри слід обговорити правління різних королів:

- Як ти почував себе коли був королем?
- Що найбільше тобі сподобалось коли ти був королем?
- Що ти відчував коли був слугою?
- Коли королем були інші діти(назвати конкретно), добрим чи злим для тебе був король?

Вправа «Нитка що з'єднує людей».

Члени групи, сидячи в колі передають один одному клубок ниток, супроводжуючи це висловлюваннями, які розпочинаються словами: «Я вдячний тобі за те...». Коли клубок повернеться до того, хто розпочинав, членам групи треба натягнути нитку, заплющити очі, ввійти в стан, який сприяє сприйняттю себе, інших людей, навколишнього світу.

Аналіз та обговорення.

Прощання один одним.

Інструкція: «Закрийте будь-ласка, очі і відчуйте руки один одного. Спробуйте уявити, що відчувають зараз люди, що тримають вас за руки. Подумки подякуйте всім за зроблену нами роботу. Подумайте про те, що ви не сказали групі, але хотіли б сказати. За кілька хвилин треба розплющити очі і сказати це».

Ефективність впроваджених заходів психопрофілактичної роботи оцінювалась з урахуванням міжнародних принципів доказової медицини (ДМ). Контроль ефективності психопрофілактичних заходів проводився за двома вимірами: за допомогою суб'єктивного та об'єктивного критеріїв.

Оцінка суб'єктивного критерію здійснювалась за допомогою модифікованої форми формалізованої методики «градусник», яка останні 20 років є загальноприйнятою для визначення суб'єктивних показників [279]. Особливостями її є висока чутливість, простота та стислість. Процедура складалася з кількох етапів.

По-перше, до початку роботи дослідженням пропонували на спеціальних бланках оцінити свій стан за рядом показників, які були визначені на основі концепції про структуру відносин особистості, що є базовою для характерологічних особистісних відмінностей та побудови моделі поведінки людини: відношення до себе, відношення до оточуючих, відношення до діяльності та відношення до речей. За отриманими даними для стандартизації результатів вираховували «вихідну середню» та отримували так звану «групову норму» для даної групи з обов'язковим визначенням помилки репрезентативності.

По-друге, визначали «ступінь різноманітності групи» (тобто кількість людей, у котрих хоча б по одному з показників є відхилення від «групової норми») та на основі цього робили висновок про можливість та наявність групової динаміки.

Третім та четвертим етапами були оцінка «кінцевої середньої» групи після закінчення проведення психопрофілактичних заходів та визначення «ступеню різноманітності кінцевої середньої групи».

Останнім етапом проводився аналіз індивідуальних результатів дослідження до та після проведення психопрофілактичної роботи.

Таким чином, до початку здійснення тренінгових занять підлітками було запропоновано на градуванні (від 0 до 10) лінійній шкалі знайти положення, яке у суб'єктивному сприйнятті відповідає їх дійсному стану за наступними твердженнями: 1 – я з відповідальністю ставлюся до себе; 2 – я з відповідальністю ставлюся до оточуючих мене людей; 3 – я з відповідальністю ставлюся до своїх дій та вчинків; 4 – я дбайливо ставлюся

до речей; 5 – я завжди дбаю про свою безпеку; 6 – я завжди дбаю про безпеку оточуючих мене людей; 7 – я завжди дбаю про безпеку своїх дій та вчинків; 8 – я завжди оцінюю безпечність речей; 9 – я повністю обізнаний(на) в питаннях необхідних умов успішності функціонування в соціумі та адаптивної поведінки; 10 – я відчуваю повну задоволеність щодо реалізації своєї агресивності та адаптивної поведінки.

**«Ступінь різноманітності групи» до проведення занять склав 69%, що свідчило про досить високу неоднорідність її членів. Після закінчення тренінгу «ступінь різноманітності групи» склав 37,5%. Визначено, що навички і вміння щодо успішного функціонування подружньої пари сформувались у 62,5% обстежених ( $p < 0,05$ ). Повне нівелювання негативних суб'єктивних переконань встановлено у 59,8% ( $p < 0,05$ ). Таким чином, мета тренінгу була досягнена, а ефективність психопрофілактичних заходів визнана позитивною.**

При аналізі результатів дослідження індивідуальних даних кожного підлітка до та після проведення тренінгу позитивна динаміка виявлена у 65%) осіб ( $p < 0,05$ ). У 24%) обстежених помітних динамічних відмінностей не встановлено ( $p < 0,05$ ). У 10% досліджених показник загальної задоволеності стосовно реалізації своєї агресивності знизився ( $p < 0,05$ ). Зниження вищезазначеного показника було обумовлено неадекватно високим вихідним його рівнем та усвідомленням цієї неадекватності в процесі тренінгу.

Узагальнюючи результати проведеного дослідження, можна стверджувати, що застосування системи психопрофілактичних заходів було ефективним для превенції формування аутоагресивної поведінки у підлітків.

Висновки до розділу 5.

На основі ідентифікованих біопсихосоціальних факторів в генезі аутоагресивної поведінки у підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки, визначені та ранжовані за рівнем дії мішені медико-психологічного впливу:

- 1) ліквідація проявів АП;
- 2) редукція патологічної тривоги й депресії;
- 3) профілактика адиктивної поведінки;
- 4) зниження зовнішньої агресивності;
- 5) нівелювання патологічних характерологічних та особистісних тенденцій, актуалізація особистісних ресурсів самозмінення;
- 6) підвищення стресостійкості, формування продуктивного копінгу;
- 7) формування навичок адекватної комунікації, у тому числі, в гендерній сфері;
- 8) розвиток навичок контролю за власною поведінкою та психічної саморегуляції;
- 9) активація адаптивних особистісних ресурсів.

Перші п'ять мішеней є специфічними для контингенту підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки, інші чотири – є загальними для психопрофілактики аутоагресивної поведінки у підлітків. Для підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки й аутоагресивними тенденціями, актуальними є всі мішені, для контингенту без проявів аутоагресії – 3 – 9 мішені. Дія на перші дві мішені здійснюється корекційними (психотерапія і фармакотерапія) втручаннями, починаючи з третьої мішені – в рамках психопрофілактичних впливів.

Розроблена багаторівнева програма корекції й психопрофілактики аутоагресивної поведінки у підлітків, являє собою єдину етапну послідовну систему взаємодоповнюючих корекційних, індикативних, селективних і універсальних психопрофілактичних впливів. Основними її техніками є елементи когнітивно-поведінкової, раціонально-емоціональної терапії, логотерапії за В. Франклом, а також тренінгові інтервенції.

Визначена ефективність впровадження розробленої програми: нівеляція аутоагресивних проявів, суттєве зниження вираженості тривожно-депресивної симптоматики у підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки з аутоагресивними тенденціями; ліквідація психопатологічних феноменів та

редукція агресивності у підлітків зі змішаним розладом емоцій і поведінки;  
формування навичок психічної саморегуляції і контролю над власними  
поведінковими реакціями.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Хаустова О. О. Суїцид: сучасні підходи до профілактики / О. О. Хаустова, О. П. Романів // Ліки України. – 2013. – № 1 (167). – С. 89–94.
2. Хаустова О. О. Самогубства та побутова смертність в Україні: підсумки 2012 року / О. О. Хаустова // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 4 (77). – С. 12–18.
3. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 3 (72). – С. 13 – 18.
4. Денисенко М. М. Суїцидальна поведінка у хворих на ендогенні та екзогенні депресії (клініко-психопатологічні та патофизиологічні особливості, принципи профілактики): автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.16 / Денисенко Михайло Михайлович; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Харків, 2011. – 20с.
5. Аймедов К. В. Особливості емоційно-вольової сфери підлітків з аутоагресивною поведінкою / К. В. Аймедов // Таврический журнал психиатрии. – 2013. – V.17, № 4 (65). – С. 56 – 59.
6. Кожина А. М. Современные подходы к психотерапии непсихотических депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением / А. М. Кожина, Е. А. Зеленская // Медична психологія. – 2012. – № 3. – С.68–71.
7. Сучасна діагностика і лікування в психіатрії / за ред. В. С.Підкоритова. – Доктор-Медиа, 2011 – 218 с.
8. Табачников С. И. Школьная дезадаптация (неуспеваемость): взгляд на проблему с позиций детской психиатрии /С.И. Табачников, И.И.Марценковская // Здоров'я України: медична газета. – 2010. – № 2(13). – С. 42–43.
9. Бруг А. В. Клинико-психологическое исследование подростков с рецидивами суицидных попыток: автореф. дисс. ... к. мед. н.: 14.00.18 / Бруг Анна Валерьевна; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. – Санкт-Петербург, 2007. – 20 с.
10. Гура Е.І. Психічні чинники розладів поведінки та емоцій у підлітків, позбавлених батьківського піклування / Е.І. Гура // Укр. вісн. психоневрології – 2007. – Т. 15, вип. 1(50). – С. 67 – 71.
11. Маркова М.В. Психопрофілактика порушення функціонування студентської сім'ї (медико-психологічні аспекти): автореф. дис. ... д. мед. н.: 19.00.04 / Маркова Маріанна Владиславівна. – Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. – Харків, 2007.– 32 с.
12. Марута Н. О. Предиктори суїцидальної поведінки при невротичних розладах / Н. О. Марута, І. О. Явдак // Український вісник

психоневрології. — 2006.— Т. 14, вип. 1 (47). — С. 59—63.

13. Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities / M. E.O'Connell [at al]. — National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2009. — 201 p.

14. Mrazek B. J.Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research / B. J.Mrazek, R. J.Haggerty. — Washington, D.C.: The National Academies Press, 1994. — 605 p.

15. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report (a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht). — World Health Organization, 2004.— 68 p.

16. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. — Geneva: World Health Organization, 2008. — 77 p.

17. Шнейдман Э.С. Душа самоубийцы / Эдвин С. Шнейдман. — М.: Смысл, 2001. — 315 с.

18. Ясперс К. Общая психопатология / Карл Ясперс. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.

19. Говорин Н. В. Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии / Говорин Н. В., Сахаров А. В., Гаймоленко А. С. — Чита: Иван Федоров, 2009. — 184 с.

20. Романова И. В. Психофизиологические критерии риска суицидального поведения у школьников 14 – 17 лет: автореф. дисс. ... к. биол. н.: 19.00.02 / Романова Ирина Викторовна; ГОУВПО «Государственный педагогический университет». — Челябинск, 2010. — 23 с.

21. Закондырина В. А. Взаимосвязь аутоагрессивного поведения и социально–психологической адаптации подростков: автореф. дисс. ... к. психол. н.: 19.00.01 / Закондырина Вера Александровна; ННОУ «Московский гуманитарный университет». — Москва, 2009. — 24 с.

22. Зигмунд Фрейд. Психоаналитические этюды / под ред. Д. И. Донского, В.Ф. Круглянского. — Харьков: Фолио, 2005 – 255 с.

23. Калачева И. О. Социально-личностные факторы, влияющие на суицидальное поведение подростков / И. О. Калачева, Л. А. Пронина, В. А. Ларионова // Рос. психиатрический журнал. — 2006. — № 4. — С. 41 – 45.

24. Реттгес С. В. Ценностные ориентации как психологический фактор склонности к агрессивному поведению в юношеском возрасте: автореф. дисс. ... к. психол. н.: 19.00.13 / Реттгес Светлана Валерьевна; Вологодский государственный педвгогический университет. — Вологда, 2002. — 23 с.

25. Каримова Р. Б. Факторы риска в формировании кризисных состояний у детей и подростков. Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения / Р. Б. Каримова, Г. И. Казахбаева, Л. И.

Шалабаева // Материалы международной научно-практической конференции. – СПб., 21-22.04.2011. – С. 72-77.

26. Травма и психологическая помощь / [Сарджвеладзе А., Беберашвили З., Джавахишвили Д., Махашавили Н., Саржвеладзе Н.]. – М.: Смысл, 2005. – 251 с.

27. Ромек В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В. Г. Ромек, В. А. Конторович, Е. И. Крукович – СПб., 2006. – 236 с.

28. Визель Т. Г. Агрессия и аутоагрессия: предпосылки, проявления, последствия / Т. Г. Визель, Л. В. Сенкевич – Тула, 2005. – 152 с.

29. Реан А. А. Аутоагрессивный паттерн личности / А. А. Реан / Ананьевские чтения, 98. – СПб., 1998 – 83 с.

30. Пилягина Г. Я. Анализ отдельных аспектов реализации суицидальных попыток и их влияние в рецидивировании аутоагрессивного поведения / Г. Я. Пилягина, С. А. Чумак, В. Э. Семенцул // Архів психіаїрії. 2006. – Т. 12, № 1 – 4. – С. 77 – 83.

31. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клиничко-типологические аспекты диагностики и лечения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16 / Пилягина Галина Яківна; УНДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. – Київ, 2004. – 32 с.

32. Вострокрутов Н. В. Детская социальная психиатрия — реальность нашего времени / Н. В. Вострокрутов // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской психиатрии». — Саратов, 2006. — С. 129 — 133.

33. Хмарук И. Н. Особенности аутоагрессивного поведения в структуре эротических аддикций / И. Н. Хмарук // Материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии «Психическое здоровье и безопасность в обществе». – Москва, 2-3.12.2004. – С. 108.

34. Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Б. Шнейдер. – М.: Трикта, 2006. – 336 с.

35. Мясичев В. Н. Понятие личности в аспектах нормы и патологии / В. Н. Мясичев // Психология личности. – М.: Бахрах, – М., 2008. – С. 34-38.

36. Татарова С. П. Девиантное поведение подростков и социальные технологии по профилактике в условиях перехода российского общества к рыночным отношениям: дисс. ... к. фил. наук: 22.00.04 / Татарова Светлана Петровна. – Новосибирск, 2007. – 412 с.

37. Ваулин С. В. Суицидальные попытки и незавершенные суициды: автореф. дисс. ... д. мед. н.: 14.01.06 / Ваулин Сергей Викторович; ГБОУВПО «Смоленская государственная медицинская академия» – М., 2012. – 46 с.

38. Журлова И. В. Девиантное поведение школьников: диагностика, профилактика, коррекция: [пособие для студентов педагогического университета] / И. В. Журлова. – Мозырь, 2011. – 173 с.

39. Мухина В. С. Возрастная психология / В. С. Мухина. – М., 2004. – 608 с.

40. Ишимбаева А. Н. Суицидальное поведение у детей и подростков Забайкальского края: автореф. дисс. ... к. мед. н.: 14.01.06 / Ишимбаева Анна



Николаевна; ФГБУ «Московский научно-исследовательском институте психиатрии» – М., 2013. – 24 с.

41. Попов Ю. В. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы) / Ю. В. Попов, А. А. Пичиков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2011. – № 4. – С. 4-8.

42. Драгунова Т. В. «Кризис» объясняли по-разному / Т. В. Драгунова // Хрестоматия по возрастной психологии / Сост. Л. М. Семенюк. – М.: Воронеж. – 1998. – С. 288-290.

43. Выготский Л. С. Педагогическая психология / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 1991. – 348 с.

44. Тормосина Н. Г. Психологическая профилактика аутодеструктивного поведения в подростковом возрасте: автореф. дисс. ... к. психол. н.: 19.00.07 / Тормосина Наталья Геннадиевна; ФГАОУВПО «Северо-Кавказский федеральный университет». – Ставрополь, 2014. – 23 с.

45. Венар Ч. (Venar Ch.) Психопатология развития детского и подросткового возраста: пер. с англ. / Ч. Венар, П. Кериг. М.: Прайм – Еврознак, 2007. – 672 с.

46. Антонов А. И. Социология семьи: учебник / А. И. Антонов, О. В. Дорохина, В. М. Медков; под ред. А.И. Антонова. 2 – е изд., перераб. и доп. – М.: Ин – фра – М, 2007. – 640 с.

47. Шутова Л. В. Смысло-жизненные и ценностные ориентации в отношении к жизни и смерти у лиц юношеского возраста: автореф. дисс. к. психол. н.: 19.00.01 / Шутова Людмила Васильевна; ГОУВПО «Таганрогский государственный радиотехнический университет». – Таганрог, 2005. – 24 с.

48. Шхалахова С. А. Ценностные ориентации подростков, генезис и динамика / Светлана Алиевна Шхалахова. – Майкоп, 2004. – 140 с.

49. Попова В. Г. Ценностно-смысловое самоопределение старших подростков и юношей как фактор предупреждения злоупотребления ими ПАВ / В. Г. Попова, Е. И. Мартынова. – Екатеринбург, 2005. – 68 с.

50. Лапинская И. В. Ценностное самоопределение подростков в современных социальных условиях / И. В. Лапинская // Теория. Эксперимент. Практика. – 2004. – № 2. – С. 78 – 85.

51. Волосков И. В. Особенности социализации учащейся молодежи / И. В. Волосков // Социологические исследования. – 2009. – № 6. – С. 107 – 109.

52. Кислицына О. А. Социально-экономические факторы риска психических расстройств подростков / О. А. Кислицына // Социологические исследования. – 2009. – № 8. – С. 92 – 99.

53. Ahmadi J. Epidemiology of Opium Use in the General Population / J. Ahmadi [et al.] // Am. J. of Drug and Alcohol Abuse. – 2007. – Vol. 33. – №3. – P. 483 – 491.

54. Cherpitel C.J. Acute alcohol use and suicidal behavior: a review of the literature / C.J. Cherpitel, L.G. Borges, H.C. Wilcox // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 2004. – Vol. 28, № 5. – P. 18– 28.

55. Kolves K. The role of alcohol in suicide: a case control psychological autopsy study / K. Kolves, A. Varnik, L.M. Tooding // *Psychological Medicine*. – 2006. – Vol. 2. – P. 1 – 8.
56. Sher L. Alcohol consumption and suicide / L. Sher // *Quarterly Journal of Medicine*. – 2006. – Vol. 99, № 1. – P. 57– 61.
57. Пилягіна Г. Я. Проблема саморуйнуючої поведінки серед населення України / Г. Я. Пилягіна, М. І. Винник // *Новости медицины и фармации*. – 2007. – № 215. – С. 10-11.
58. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра / Холмогорова Алла Борисовна. – М.: Медиапрактика, 2011. – 480 с.
59. Dubichka B. Should we prescribe antidepressants to children? / B. Dubichka, J. Goodyor // *Psychiatric Bulletin*. – 2005. – V. 29. – P. 164 – 167.
60. Joiner T. Why people die by suicide / T. Joiner. – Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2005. – 276 p.
61. Личко А. Е. Диагностика характера подростков. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Краткое руководство / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов. – СПб., 2001. – 68 с.
62. Говорин Н. В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров. – Чита: Иван Федоров, 2008. – 165 с.
63. Нечипоренко В. В. К вопросу об общественном понимании проблемы самоубийства / В. В. Нечипоренко // *Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии» 16-17.06.2005.* – СПб., 2005. – С. 144-145.
64. The interpersonal theory of suicide / Orden Van, Kimberly A. Witte, Tracy K. Cukrowicz [et al.] // *Psychological Review*. – Vol. 117 (2). – 2010. – P. 575 – 600.
65. Суицидальное поведение подростков. Методические рекомендации / Авторы – составители: Л. К. Стадухина, Н. В. Петрова, Е. Л. Норкина, О. А. Маркова. – Йошкар-Ола, 2013. – 50с.
66. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / Личко Андрей Евгеньевич – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2010. – 256 с.
67. Ведяшкин В. Н. Аддитивные предпосылки аутоагрессивного поведения у подростков с учетом гендерных особенностей / В. Н. Ведяшкин // *Актуальные вопросы психиатрии и наркологии*. – 2011. – № 15. – С. 198 – 201.
68. Bode-Jänisch S. Suicide in children, youths and young adults / S. Bode-Jänisch // *Arch Kriminol*. – 2011. – № 227 (1–2). – P. 33–42.
69. Эрикссон Э. Идентичность: юность и кризис / Эрик Эрикссон. – М.: Флинта, 2006. – 342 с.
70. Белов В. Г. Психологическая защита и ее роль в процессе формирования адаптационной системы человека / В. Г. Белов // *Гуманизация образов. журн.* – 2009, № 3. – С. 66 – 72.

71. Можгинский Ю. Б. Агрессивность детей и подростков: распознавание, лечение, профилактика / Ю. Б. Можгинский. – М.: Когито-Центр, 2006. – 181 с.
72. Гурьева Н. Б. Личностные особенности молодых людей с полисубстантной наркозависимостью / Н. Б. Гурьева, А. Ю. Егоров // Материалы XIV съезда психиатров России. – Москва, 15-18.11.2005. – С. 341.
73. Психологическая помощь подростку в кризисных ситуациях: профилактика, технологии, консультирование, занятия, тренинги / сост. М. Ю. Михайлина, М. А. Павлова. – Волгоград: Учитель, 2009. – 207 с.
74. Хмелева Ю. Б. Суицидальные попытки детей и подростков, совершенные в рамках «Острой реакции на стресс» / Ю. Б. Хмелева // Материалы XIV съезда психиатров. – Москва, 2005. – 228 с.
75. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра [Электронный ресурс] / А.Б. Холмогорова, С.В. Воликова // Медицинская психология. – 2012. – № 11.
76. Федосеенко Е. В. Психологическое сопровождение подростков: система работы, диагностика, тренинги / Федосеенко Елена Владимировна. – СПб: Речь, 2007. – 192 с.
77. Ушакова Е. С. Суицидальный риск: социологический анализ: автореф. дисс. к. социолог. н.: 22.00.01 / Ушакова Екатерина Сергеевна; Социологический институт РАН. – СПб., 2010. – 23 с.
78. Бовина И. Б. Профилактика суицида в подростковой и молодежной среде: размышляя над опытом западных моделей / И. Б. Бовина // Психологическая наука и образование. – 2013. – № 2. – С. 214-227.
79. Нечипоренко В. В. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики / В. В. Нечипоренко, В. К. Шамрей. – СПб.: ВМедА, – 2007. – С. 139.
80. Wasserman D. Global suicide rates among young people aged 15-19 / D.Wasserman, Q.Cheng, G.X. Jiang // World Psychiatry. – 2005. – № 4. – P. 114 – 120.
81. Roy A. Gene-environment interaction and suicidal behavior / A. Roy, M. Sarchipone, V J. Carli // Psychiatr. Pract. – 2009. – Vol.15. – № 4. – P.282-288.
82. Mehlum L. Continuity of care in the treatment of suicide attempters current challenges / L. Mehlum, M.Ramberg // Arch. Suicide Res. – 2010. – Vol. 14, № 2. – P.105 – 108.
83. Burrows S. Socioeconomic disparities and attempted suicide: state of knowledge and implications for research and prevention / S. Burrows, L. Laflamme // International J. Inj. Control Saf. Promotion. – 2010. – Vol. 17, № 1. – P. 23- 40.
84. Burrows S. Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Québec / Burrows S., Auger N., Roy M. // Public Health. – 2010. – Vol. 124, № 2. – P. 78 – 85.
85. Помро К. Суицидальное поведение в юношеском возрасте / К. Помро // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – № 3. – С. 63 – 68.

86. Kanchan T. Suicidal poisoning in Southern India: Gender differences / T. Kanchan , R.G. Menezes // *J. Forensic Leg. Med.* – 2008. – Vol.15, № 1. – P. 7-14.
87. Рожков А. Ю. Молодой человек 20-х годов: протест и девиантное поведение / А. Ю. Рожков // *Социологические исследования.* – 2006. – № 7. – С. 107.
88. Психологические аспекты детского суицида: технологии профилактики: Сборник материалов международной научно-практической конференции / Андриюкин Н. Г. [и др.] / Сост. и науч. ред. Н. Ю. Синягина, Н. В. Зайцева, Е. Г. Артамонова. – М., 2013. – 99 с.
89. Методика для психологической диагностики способов овладения со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями / Вассерман Л. И. Иовлев Б. В., Исаева Е. Р. [и др.]. – СПб, 2009. – 37 с.
90. Куликов А. В. Суицидальное поведение у детей и подростков с эндогенными заболеваниями / А. В. Куликов // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* – 2007. – Том 107, № 8. – С. 15-23.
91. WHO. The World Health Report 2004 Changing History: // <http://www.who.int/whr/2004/en/>
92. Краснова В. В. Социальная тревожность и суицидальная направленность у студентов / В. В. Краснова, А. Б. Холмогорова // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* – 2013. – № 4. – С. 50 – 53.
93. Evans E. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies / E. Evans, K. Hawton, K. Rodham // *Clinical Psychology Review.* – 2004. – № 24. – P. 957–979.
94. Бачило Е. В. Факторы риска развития суицидального поведения (обзор) / Е. В. Бачило // *Саратовский научно-медицинский журнал.* – 2012. – Т. 8. – № 2 – С. 403-409.
95. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / Э. Дюркгейм. – М.: Просвещение, 2004. – 375 с.
96. Matsueda S. Do Suicide Websites Really Encourage Suicide? Content Analysis of Postings to a Japanese Suicide Website / S. Matsueda // *Inter Faculty (Journal of University of Tsukuba, Japan).* – 2010. – Vol. 1. – P. 56 – 58.
97. Войцех В. Ф. Суицидальное поведение как дизонтогенетический процесс / В. Ф. Войцех // *Материалы XIV съезда психиатров.* – М., 2005. – С. 435 – 436.
98. Wasserman D. The role of genetics in promoting suicide prevention and the mental health of the population. Preface. / D. Wasserman, L. Terenius // *Eur. Psychiatry.* – 2010. – Vol. 25, – № 5. – P. 249.
99. Roy A. Suicide attempts and ideation in African – American type 1 diabetic patients / A. Roy, M. Roy, M. Janal // *Psychiatry Res.* – 2010. – Vol. 179. – №1. – P. 53-56.
100. Hardy P. Severe depression: morbidity, mortality and suicide / P. Hardy // *Encephale.* 2009. – Vol. 35. – № 7. – P. 269 – 271.

101. Galfalvy H. Increased risk of suicide attempt in mood disorders and TPH1 genotype / Galfalvy H., Huang Y. Y., Oquendo M. A. [et al.] // *J. Affective Disorders*. – 2009. – Vol. 115. – № 3 – P. 331-338.
102. Ganz D. Suicidal behavior in adolescents with comorbid depression and alcohol abuse / D. Ganz, L. Sher // *Minerva Pediatr*. 2009. – Vol. 61. – № 3. – P. 333-347.
103. Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population / A. McCloud, B. Barnaby, N. Omu, C. Drummond // *The british journal of psychiatry*. – 2004. – P. 439 – 445.
104. History of Multiple Suicide Attempts as a Behavioral Marker of Severe Psychopathology / Forman E. M., Berk M. S., Henriques G. R., Brown G. K. // *American journal of psychiatry*. – 2004. – 437-443.
105. Rydelius P.A. Death and suicide among former child and adolescent psychiatric patients / P.A. Rydelius // *BMC Psychiatry*. – 2006. – Vol. 6. – P. 51.
106. Conrad R. Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients / Conrad R., Walz F., Geiser F. [et al.] // *Psychiatry Research*. – 2009. – Vol. 170 (2 – 3). – P. 212 – 217.
107. Fruehwald S. Suicide in custody. Case – control study / Fruehwald S., Matschnig T., Koenig F. [et al.] // *Brit. J. Psychiatr*. – 2004. – Vol.185. – P. 494-498.
108. Heitzeg M.M Striatal Dysfunction Marks Preexisting Risk and Medial Prefrontal Dysfunction Is Related to Problem Drinking in Children of Alcoholics / Heitzeg M.M, Nigg J.T, Yau W.Y, Zucker R.A, Zubieta J.K. // *Biol. Psychiatry*. – 2010. – №. 21. – P. 43-48.
109. Hussong A. Telescoped trajectories from alcohol initiation to disorder in children of alcoholic parents / A. Hussong, D. Bauer, L. Chassin // *J. Abnorm. Psychol*. – 2008. – Vol. 117, № 1. – P. 63 – 78.
110. Voracek M. Biological parent suicide and severe psychiatric morbidity are risk factors for suicide in adopted and non – adopted offspring / M. Voracek // *Evid. Based Mental Health*. – 2011. – Vol. 14. – № 3. – P. 66.
111. Бехтерев В.М. Труды Первого русского съезда невропатологов и психиатров / В.М. Бехтерев // О причинах самоубийства и возможной борьбе с ним. – М., 1914. – С. 84-117
112. Videtic A. Suicide, stress and serotonin receptor 1A promoter polymorphism in Slovenian suicide victims / Videtic A., Zupanc T., Pregelj P. [et al.] // *Eur. Arch. Psychiatry and Clin, neuroscience*. – 2009. – Vol. 259. – №4. – P. 234 – 238.
113. Carballo J. J. Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings / Carballo J. J., Akamnonu C. P., Oquendo M. A. // *Archives of Suicide Research*. – 2008. – Vol.12. – № 2. – P. 93-110.
114. Saiz P. A. Association between the A – 1438G polymorphism of the serotonin 2A receptor gene and nonimpulsive suicide attempts / Saiz P. A., García-Portilla M. P., Paredes B., Arango C. [et al.] // *Psychiatric Genetics*. 2008. – Vol. 18. – №5. – P. 213-218.

115. Bertilsson L. CYP2D6, serotonin, and suicide a relationship? / L. Bertilsson // *Clin. Pharmacol. Ther.* – 2010. – Vol. 88. – № 3. – P.304-305.
116. Tecott L. Monoamine Neurotransmitters. / L. Tecott, S. Smart // Kaplan & Sedock's comprehensive textbook of psychiatry. – 2005. – p. 49-60.
117. Carrasco J.L., Sandner C. Clinical effects of pharmacological variations in selective serotonin reuptake inhibitors: an overview / J.L. Carrasco, C. Sandner // *International J. Clin. Practice.* – 2005. – Vol. 59. – № 12. – P. 1428-1434.
118. Kim B. Brain – derived neurotrophic factor Val/Met polymorphism and bipolar disorder. Association of the Met allele with suicidal behavior of bipolar patients / Kim B., Kim C.Y., Hong J.P. [et al.] // *Neuropsychobiology.* – 2008. – Vol. 58. – № 2. – P. 97-103.
119. Savitz J. The molecular genetics of cognition: dopamine, COMT and BDNF / J. Savitz, M. Solms, R. Ramesar // *Genes Brain Behavior.* – 2006. – V. 5. – P. 311 – 328.
120. Kammen D., Marder S. Serotonin – Dopamin Antagonists / D. Kammen, S. Marder // Kaplan & Sedock's comprehensive textbook of psychiatry. – 2005. – P. 2914-2938.
121. Serotonin transporter polymorphism and depressive – related symptoms in schizophrenia / Golimbet V. E., Alfimova M. V., Shchebatykh T. V., Abramova L. I. // *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet.* – 2004. – № 126(1). – 1-7.
122. Czapski G.A. Systemic administration of lipopolysaccharide induces molecular and morphological alterations in the hippocampus / G.A. Czapski, B. Gajkowska, J.B. Strosznajder // *Brain Res.* – 2010. – № 10. – P. 85 – 94.
123. Predominant expression of tryptophan hydroxylase 1 mRNA in the pituitary: a postmortem study in human brain / Zill P., Buttner A., Eisenmenger W., Muller J. // *Neuro science,* – 2009. – Vol. 159. – № 4. – P. 1274-1282.
124. Zill P. Ackenheil M. Single nucleotide polymorphism and haplotype analysis of a novel tryptophan hydroxylase isoform (TPH2) gene in suicide victims / Zill P., Buttner A., Eisenmenger W., Moller H.J. // *Biol. Psychiatry,* –2004. – V. 56. –№ 8. – P. 581-586.
125. Tryptophan hydroxylase – 2 controls brain serotonin synthesis / Zhang X., Beaulieu J.M., Sotnikova T.D., Gainetdinov R.R. // *Science.* –2004. – V. 305. – № 5681. – P. 217.
126. Tryptophan hydroxylase 2 (TPH2) gene variants associated with ADHD / Sheehan.K. [et al.] // *Mol: Psychiatry.* – 2005. – V. 10. – № 10. – P. 944 – 949.
127. Lahdesmaki J. Alpha2A – adrenoceptors are important modulators of the effects of D – amphetamine on startle reactivity and brain monoamines / Lahdesmaki J., Sallinen J., MacDonald E., Scheinin M. // *Neuropsychopharmacology.* – 2004. – Vol. 29. – № 7. – P. 1282-1293.
128. Berger M. The expanded biology of serotonin / Berger M., Gray J.A., Roth B.L. // *Annu. Rev. Med.,* – 2009. – V. 60. – P. 355- 366.

129. Nassel D.R. Neuropeptide signaling near and far: how localized and timed is the action of neuropeptides in brain circuits? / D.R. Nassel // *Invert. Neurosci.* – 2009. – V. 9(2). – P. 57-75.
130. De-Miguel F. F. Synaptic and extrasynaptic secretion of serotonin / F. De-Miguel, C. Trueta // *Cell. Mol. Neurobiol.* – 2005. – V. 25(2). – P. 297-312.
131. Peters E.J. Investigation of serotonin – related genes in antidepressant response / Peters E.J., Slager S.L., McGrath.P.'J., Knowles J.A., Hamilton S.P. // *Mol. Psychiatry.* – 2004. – V. 9. – № 9. – P. 879-889.
132. Hetrick S. Predicting suicidal risk in a cohort of depressed children and adolescents / Hetrick S., Parker A., Robinson J. et al. // *Crisis.* – 2011. P. 1-8.
133. Muehlenkamp J.J. An investigation of differences between self – injurious behavior and suicide attempts in a sample of Adolescents. *Suicide and Life / J.J. Muehlenkamp, P.M. Gutierrez // Threatening Behavior* 2004. –P. 12-23.
134. Suda A. Dopamine D2 receptor gene polymorphisms are associated with suicide attempt in the Japanese population / Suda A., Kawanishi C., Kishida I. et al. // *Neuropsychobiology.* – 2009. – Vol. 59. – № 2. – P. 130-134.
135. Wang M.C. Purpose in life and reasons for living as mediators of the relationship between stress, coping, and suicidal behavior / Wang M.C., Lightsley O.R., Pietruszka T. et al. // *J. Positive Psychol.* – 2007. – Vol. 2. – № 3. – P. 195-204.
136. Scott K.M. Chronic physical conditions and their association with first onset of suicidal behavior in the world mental health surveys / Scott K.M., Hwang I., Chiu W.T. et al. // *Psychosom. Med.* – 2010. – Vol.72. – № 7. – P. 712-719.
137. Investigating whether adverse prenatal and perinatal events are associated with non-clinical psychotic symptoms at age 12 years in the ALSPAC birth cohort / S. Zammit [et al.] // *Psychol Med.* – 2009. – Vol. 39, № 9. – P. 1457 – 1467.
138. Dubichka B. Should we prescribe antidepressants to children? / B. Dubichka, J. Goodyor // *Psychiatric Bulletin.* – 2005. – V. 29. – P. 164-167
139. Sher L. Alcohol consumption and suicide / L. Sher // *Quarterly Journal of Medicine.* –2006. – Vol. 99, № 1. – P. 57 – 61.
140. Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence / WojnarM., Ilgen M.A., Czyz E. [et al.]// *J. Affect. Disord.* – 2009. – Vol. 115, №№ 1 – 2. – P. 131 – 139.
141. Swahn M. H. Age of alcohol use initiation, suicidal behavior, and peer and dating violence victimization and perpetration among high-risk, seventh-grade adolescents /M. H. Swahn, R.M.Bossarte, E.E. Sullivent // *Pediatrics.* –2008. – Vol. 121, № 2. – P. 297 – 305.
142. Soyka M. Outpatient alcoholism treatment 24-month outcome / M.Soyka,P. Schmidt // *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy.* – 2009. – Vol. 4. – P. 15.
143. Suicidal ideation and alexithymia in patients with alcoholism: a pilot study / Sakuraba S., Kubo M., Komoda T., Yamana J. // *Subst. Use Misuse.* –2005. – Vol.40. – № 6. – P. 823 – 830.

144. Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders / Sher L., Oquendo M. A., Richardson-Vejlgaard R. [et al.]// J. Psychiatr. Res. –2009. – Vol. 43, № 10. – P. 901 – 905.
145. Stenager E. N. Suicidal behaviour and somatic disorders / E. N. Stenager // Ugeskr Laeger. –2008. – Vol. 170, № 7. – P. 517 – 522.
146. Suicidal behavior and alcohol abuse /Pompili M., Serafini G., Innamorati M. [et al.]// Int. J. Environ Res. Public Health. 2010. – Vol. 7, № 4. – P. 1392 – 1431.
147. Hansen M. Gambling and suicidal behaviour / M.Hansen,I. Rossow // Tidsskr. Nor. Laegeforen. –2008. – Vol. 128, № 2. – P. 174 – 176.
148. Войцех В.Ф. Взаимосвязь алкоголизации и суицидального поведения путем самоотравления / В.Ф. Войцех, А.С. Христо // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии» 16 – 17 июня 2005. –СПб., 2005. – С.134.
149. Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population: in – patient prevalence study / McCloud A., Barnaby B., Omu N. [et al.]// Br. J. Psychiatry. –2004. – Vol. 184. – P. 439 – 445.
150. Johnson F. W. Suicide and alcohol: do outlets play a role? / F. W. Johnson, P. J.Gruenewald, L. G. Remer // Alcoholism, Clin. & Experimental Research. –2009. Vol. 33, № 12. – P. 2124 – 2133.
151. Inhalant use and suicidality among incarcerated youth / Freedenthal S., Vaughn M. G., Jenson J.M., Howard M. O. // Drug Alcohol Depend. – 2007. – Vol.90, № 1. – p. 81 – 88.
152. Brady J. The association between alcohol misuse and suicidal behaviour / J. Brady // Alcohol. –2006. – Vol.41, № 5. – P. 473 – 478.
153. Predictors of attempted suicide among swiss patients with alcohol-use disorders / Buri C., von Bonin B., Strik W. [et al.]// J. Studies on Alcohol & Drugs. –2009. – Vol. 70, № 5. – P. 668 – 674.
154. Bagge C.L. Adolescent alcohol involvement and suicide attempts: toward the development of a conceptual framework / C.L. Bagge, K.J. Sher // Clin. Psychol. Rev. –2008. – Vol. 28, № 8. – P. 1283 – 1296.
155. Reyes J.C. Polydrug use and attempted suicide among Hispanic adolescents in Puerto Rico / J.C. Reyes // Arch Suicide Res. – 2011. –P. 151–159.
156. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи / Ю.Е. Разводовский // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. –2004. – Т. 104, Вып. 2. – С. 48 – 52.
157. Москаленко В.Д. Социальные последствия алкоголизма и наркомании / В.Д. Москаленко // Наркология. –2007. – № 3. – С. 25 – 30.
158. Бисалиев Р.В. Суицидальные и несуйцидальные формы аутодеструктивного поведения при опийной наркомании : дисс. ... канд. мед. наук : 14.00.45 / Бисалиев Рафаэль Валерьевич. – М. – 2005. – 108 с.
159. Говорим Н.В. Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии / Н.В. Говорим, А.В. Сахаров, А.С. Гаймоленко. –Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2009. – 184 с.



160. Ваулин С.В. Суицидальное поведение и алкогольная зависимость / С.В. Ваулин // Дискуссионные вопросы наркологии: профилактика, лечение и реабилитация: материалы Рос. конф. Иваново, 11-12.02.2005. – С. 42 – 44.
161. Гишинский Я.И. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийства и других «отклонений» / Я.И.Гишинский. –СПб. 2004. –248 с.
162. Шустов Д. И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм / Д. И. Шустов. –М.: Когито-Центр, 2004. – 211 с.
163. Бисалиев Р. В. Теоретические предпосылки изучения феномена аутоагрессии у лиц с аддиктивными расстройствами / Р. В. Бисалиев, М.А. Сараева // Наркология. – 2007. – №8. С. 63 – 65.
164. Меринов А.В. Семейная динамика саморазрушающих паттернов поведения в семьях больных алкогольной зависимостью с позиций модели эпикрипта / А.В. Меринов, Д.И. Шустов // Наркология. –2010. – № 11. – С. 28 – 35.
165. White A. Patterns of mortality across 44 countries among men and women aged 14 – 15 years / A.White, M. Holmes // J. Men's Health & Gender. 2006. – Vol. 3. – P. 139 – 151.
166. Skogman K. Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide a follow – up study of 1052 suicide attempted / Skogman K., Alsen M., Ojehagen A. // Soc. Psychiatry Epidemiology. – 2004. – Vol. 39. – P. 113-120.
167. Красильников Г.Т., Мартянова Е.В. Клинико-социальное значение гетероагрессии и аутоагрессии / Г.Т. Красильников, Е.В. Мартянова // Матер. первого национального конгресса по социальной психиатрии. – М., 12-12,03.2004. – С. 72-73.
168. Сотникова Ю.А. Защитные механизмы в личностной организации пациентов с расстройствами адаптации и суицидальными попытками : автореф. дисс. на соискание уч. степ. канд. психол. наук : спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Ю.А. Сотникова. – М., 2005. – 30 с.
169. Жезлова Л.Я. Сравнительно-возрастные аспекты суицидального поведения у детей и подростков / Л.Я. Жезлова // Актуальные проблемы суицидологии. – 1981. – С. 124-133.
170. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения: дисс. ... д. мед. н: 14.01.16 / Пилягина Галина Яковлевна; УНИИ ССПН. – Киев, 2004. – 332 с.
171. Авдеев А. А. Браки и разводы в России / А. А. Авдеев // Тендерная экспертиза и законодательная политика: в 2-х т. / ред.-сост.: Е. В. Изотова, Е. В. Кочкина, Е. В. Машкова. – М.: Аванти-плюс, 2004. – Т. 1. – С. 204 – 221.
172. Кибальченко И. А. Проблемы семьи, отягощенной алкогольной зависимостью: Актуальность. Диагностика. Коррекция / И. А. Кибальченко. – Ростов н/Д.: Феникс, 2007. – 478 с.
173. Меринов А. В. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом / А. В. Меринов, Д. И. Шустов // Наркология. –2010. – № 9. – С. 59 – 63.

174. Меринов А. В. Вариант эпискрипта в семьях больных алкогольной зависимостью / А. В. Меринов // Наркология. – 2010. – № 3. – С. 77 – 80.
175. Кризис брака: кто виноват и что делать / ВЦИОМ. – М., 2007. – Электрон. ресурс. – Режим доступа: <http://wciom.ru/arkhiv/tematicheskii-arkhiv/item/single/4083.html>. – 20.04.2011
176. Актуальные проблемы семей в России / под ред. Т. А. Гурко. – М.: Ин - т социологии РАН, 2006. – 223 с.
177. Суицидальное поведение при семейно-личностных конфликтах / Т.В. Буткова [и др.] // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2010. – Т. 110, Вып. 10. – С. 53 – 57.
178. Москаленко В. Д. Семья как поле взаимодействия факторов риска и защиты при употреблении психоактивных веществ / В. Д. Москаленко // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2004. – Вып. 9. – С. 71 – 75.
179. Меринов А. В. Аутоагрессия в семьях больных алкоголизмом / А. В. Меринов, Д. И. Шустов // Наркология. – 2010. – № 9. – С. 59 – 63.
180. Марголина И. А. Психическое развитие детей из условий хронического физического насилия (особенности обследования детей) / И. А. Марголина, Г. В. Козловская, М. Е. Проселкова // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2005. – Т. 105, Вып. 9. – С. 4 – 9.
181. Егоров А. Ю. О типологии супружеского алкоголизма / А. Ю. Егоров // Вестн. клинич. психологии. – 2005. – Т. 3, № 1. – С. 51 – 56.
182. Карабанова О. А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования / О. А. Карабанова. – М.: Гардарики, 2005. – 320 с.
183. Парран Т. В. Проблемы болезней зависимости в семье / Т. В. Парран, М. Р. Лиепмен, К. Фаркас // Вопр. наркологии. – 2007. – № 3. – С. 78 – 88.
184. Сабиров Р. Б. Медико-социальное исследование насилия в отношении женщин (по материалам города Набережные Челны): автореф. дисс. д. мед. н: 14.00.33 / Сабиров Ринат Бадриевич; ГОУВПО «Казанский государственный медицинский университет». – Казань, 2005. – 21 с.
185. Вассерман Л. И. Родители глазами подростка: психологическая диагностика в медико-педагогической практике / Л. И. Вассерман, И. А. Горьковская, Е. Е. Ромицына. – СПб.: Речь, 2004. – 89 с.
186. Sever I. Positive consequences of parental divorce amongst young adults: a long- term effect model / I. Sever, J. Guttmann, A. Lazar // Marriage and Family Review. – 2007. – Vol. 42 (2). – P. 7 – 28.
187. Adolescents in divorcing families perceptions of what helps and hinders / M. Ehrenberg, J. Pringle, J. Bush, L. Stewart // Journal of Divorce and Remarriage. – 2006. – Vol. 45 (3-4). – P. 69 – 91.
188. Riggio H. R. Parental marital conflict and divorce, parent-child relationships, social support, and relationship anxiety in young adulthood? / H. R. Riggio // Personal Relationships. – 2004. – Vol. 1. – P. 25 – 27.
189. Савинов Л. И. Социальная работа с детьми в семьях разведенных родителей: Учебное пособие / Л. И. Савинов, Е. В. Кузнецова / Под ред. проф.

Л. И. Савинова. – М.: Издательско-торговая корпорация Дашков и Ко, 2004. – 21 с.

190. Winstok Z. The effect, of divorce on personal and familial images: the adolescent's perspective / Winstok Z., Sherer M., Enosh G. // *Journal of Child Custody*. – 2004. – Vol. 1 (3). – P. 19-35.

191. Wood J.J. Divorce and children's adjustment problems at home and school: The role of depressive / J. J. Wood, R. L. Repetti, S. C. Roesch // *Child Psychiatry and Human Development*. – 2004. – Vol.35. – P. 276-298.

192. Дементий Л. И. Личностные типы и социально-психологические детерминанты одиночества в подростковом возрасте / Л. И. Дементий, Е. М. Коротеева // *Омский научный вестник*. – 2010. – № 4 (89). – С. 97 – 101.

193. Добровольская Ю.В. Пограничные психические расстройства у матерей наркозависимых подростков: дисс. ... к. мед. н: 14.00.18 / Добровольская Юлия Владимировна. – Москва, 2005. – 156 с.

194. Смит Э. Д. Старость и взаимоотношения: учеб. пособие по психологии старости для факультетов: психологических, медицинских и социальной работы / Э. Д. Смит; под общ. ред. Д. Я. Райгородского. – Самара: БАХРАХ – М, 2004. – С. 613 – 646.

195. Иванова И. В. Факторы, определяющие и формирующие здоровье подростков-школьников: пути оценки и механизмы управления ими в современных социально-экономических условиях: автореф. дис. д. мед. н: 14.01.08 / Иванова Инна Викторовна; ГОУВПО «Ярославская государственная медицинская академия». – М., 2010. — 48 с.

196. Суицидология: учебное пособие : учеб. пособие / И. Л. Шелехов, Т. В. Каштанова, А. Н. Корнетов, Е. С. Толстолес. – Томск, 2011. – 203 с.

197. Kryszynska K. Suicide and deliberate self-harm in personality disorders / K. Kryszynska, T. S. Heller, D. De Leo // *Curr. Opin. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 9. – №1. – P. 95 – 101.

198. Войцех В. Ф. Клиническая суицидология / В. Ф. Войцех. – М.: Миклош, 2008. – 208 с.

199. Чумак С. А. Сравнительные характеристики некоторых показателей лиц с первичными и повторными аутоагрессивными действиями / С. А. Чумак, Г. Я. Пилягина // *Архив психиатрии*. – 2005. – Т. 11, № 2. – С. 13 – 18.

200. Hawton K. Deliberate self-harm by under – 15-year-olds: characteristics, trends and outcome / K. Hawton, L. Harriss // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2007. – Vol. 3. – №1. – P. 35-37.

201. Проховник О. А. Клинико-психологические аспекты семейно-сексуальных дисгармоний: автореф. дисс. к. мед. н: 14.00.18 / Проховник Ольга Александровна; Московский НИИ психиатрии МЗ РФ. – М., 2006. – 23 с.

202. Базырова Б. А. Насилие в семье и его влияние на рост беспризорности несовершеннолетних / Б. А. Базырова // *Современное право*. – 2007. – № 9. – С. 23 – 25.

203. Родина И. В. Насилие в семье: теоретическое осмысление и ключевые понятия / И. В. Родина // Соц. политика и социология. – 2008. – №2. – С. 45 – 46.
204. Лабун В.И. Сравнительно-возрастные особенности агрессивных проявлений у детей в структуре психических расстройств непсихотического уровня: дисс. ... к. мед. н: 14.00.18 / Лабун Владимир Ильич. – М., 2004. – 199 с.
205. Боголюбова О. Н. Субъективная картина будущего и дезадаптация у людей, переживших насилие в детстве: дисс. ... к. психол. н: 19.00.04 / Боголюбова Ольга Николаевна. – СПб, 2006. – 221 с.
206. Брызгунов И. П. / Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков / И. П. Брызгунов, А. Н. Михайлов, Е. В. Столярова. – М.: ИД «Медпрактика М», 2008. – 144 с.
207. Защита детей от насилия и жестокого обращения / Под ред. Е. Н. Волковой, Т. Н. Балашовой. – Н. Новгород: Изд-во «Папирус», 2004. – 165 с.
208. Кропалева Т. Н. Роль насилия в генезисе противоправного поведения подростка: дисс. ... к. психол. н: 19.00.01 / Кропалёва Татьяна Николаевна. – М., 2004. – 115 с.
209. Насилие в семье: особенности психологической реабилитации / под ред. Н. М. Платоновой, Ю. П. Платонова. – Санкт-Петербург: Изд-во «Речь», 2004. – 153 с.
210. Стреленко А. А. Социально перцептивные образы подростков и взрослых, переживших сексуальное насилие: дисс. ... канд. психол. наук : 19.00.13 / Стреленко Анна Анатольевна. – СПб, 2004. – 194 с.
211. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса. Теория и методы Текст. / Н. В. Тарабрина. М.: Изд-во «Когито – Центр», 2007. 208 с.
212. Устинов В. П. Психологические последствия насилия и их влияние на обучаемость младших школьников: дисс. ... к. психол. н: 19.00.07 / Устинов Вадим Петрович. – Иркутск, 2005. – 159 с.
213. Макарчук А. В. Психологические последствия насилия у детей 10-13 лет: дисс. ... к. психол. н: 19.00.13 / Макарчук Анна Владимировна. – М., 2004. – 178 с.
214. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под ред. Эдны Фоа, Теренса М. Кина, Мэтью Фридмана. – М.: «Когито – Центр», 2005. – 467 с.
215. Zhang J. Low HDL cholesterol is associated with suicide attempt among young healthy women: the Third National Health and Nutrition Examination Survey / J. Zhang, [et al.] // J. Affective Disorders. – 2005. – Vol. 89, № 1. – P. 25 – 33.
216. Seeman M. V. Suicide among women with schizophrenia spectrum disorders / M. V. Seeman // J. Psychiatr. Pract. – 2009. – Vol.15. – № 3. – P.235 – 242.
217. Schlebusch L. HIV – infection as a self – reported risk factor for attempted suicide in South Africa / L. Schlebusch, N. Vawda // Afr. J. Psychiatry (Johannesbg). – 2010. – Vol. 13. – № 4. – P.280-283.

218. Peteet J. R. Unimaginable loss: contingent suicidal ideation in family members of oncology patients / J. R. Peteet, G. Maytal, H. Rokni // *Psychosomatics*. – 2010. – Vol. 51. – №2. – P. 166-170.
219. Kummer A. Suicidal ideation in Parkinson's disease / A. Kummer, F. Cardoso, A. L. Teixeira // *CNS Spectr.* – 2009. – Vol. 14. – № 8. – P. 431 – 436.
220. Katon W. Asthma, suicide risk, and psychiatric comorbidity / W. Katon // *Am. J. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 167. – № 9. – P. 1020 – 1022.
221. Gilbert J. W. Suicidality in chronic noncancer pain patients / J. W. Gilbert, G. R. Wheeler, B. B. Storey [et al.] // *Int. J. Neuroscience*. – 2009. – Vol. 119. – № 10. – P. 1968 – 1979.
222. Gadalla T. M. Association of comorbid mood disorders and chronic illness with disability and quality of life in Ontario, Canada / T. M. Gadalla // *Chronic Dis. Can.* – 2008. – Vol. 28. – № 4. – P. 148 – 154.
223. Reich M. Depression in oncology / M. Reich // *Cancer Radiother.* – 2010. – Vol.14, № 6 – 7. – P. 535 – 538.
224. Ohmae S. The modern concept of atypical depression: four definitions / S. Ohmae // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. – 2010. – Vol.112. – № 1. – P. 3 – 22.
225. Fiske A. Depression in older adults / A. Fiske, J. L. Wetherell, M. Gatz // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* – 2009. – Vol.5. – P. 363 – 389.
226. Cottencin O. Severe depression: concomitant somatic disease / O. Cottencin // *Encephale*. – 2009. – Vol. 35. – № 7. – P. 272 – 278.
227. Branney P. Big boys don't cry: depression and men / P. Branney, A. White // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2008. – Vol. 14. – P. 256 – 262.
228. Морозов П. В. Суицидальность при депрессии: влияние генетических факторов и антидепрессантов / П. В. Морозов // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – 2010. – Т. 12. – № 1. – С. 4 – 7.
229. Курпэш А. В. Депрессия: от реакции до болезни / А. В. Курпэш – М., 2007. – С.165-175.
230. Первова И. Л. Диагностика и лечение подростковой депрессии / И. Л. Первова // *Вопросы психологии*. – 2005. – № 3. – С. 15 – 22.
231. Risk of suicide among operated and non-operated patients hospitalised for peptic ulcers / S. Bahmanyar, P. Sparén, E. M. Rutz [et al.]// *J. Epidemiol. Community Health*. – 2009. – Vol. 63, № 12. – P. 1016 – 1021.
232. Suicide attempts among women during low estradiol/low progesterone states / E. Baca-Garcia, C. Diaz-Sastre, A. Ceverino [et al.]// *J. Psychiatric Research*. – 2010. – Vol. 44, № 4. – P. 209 – 214.
233. Surkova L. Tuberculosis unrevealed during lifetime / L. Surkova, M. A. Dziusmikeyeva, A. Zalutskaya // *Europ. Respir. J.* – 2006. – Vol. 28, Suppl. 50. – P. 3242.
234. Chung K. H. Methods of suicide among cancer patients: a nationwide population-based study / K. H. Chung, H. C. Lin // *Suicide Life Threat. Behav.* – 2010. – Vol. 40, №2. – P. 107 – 114.
235. Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician / L. N. Abreu, B. Lafer, E. Baca-Garcia [et al.] // *Revista Brasileira de Psiquiatria*. – 2009. – Vol. 31, № 3. – P. 271 – 280.

236. Cha B. Polarity of the first episode and time to diagnosis of bipolar I disorder / B. Cha, J. H. Kim // *Psychiatry Investigation*. – 2009. – Vol. 6, № 2. – P.96 – 101.
237. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors / K. Hawton, L. Sutton, C. Haw [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. – 2005. Vol.66. – P. 693 – 704.
238. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors / Hawton K., Sutton L., Haw C. [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. 2005. – Vol. 187. – P. 9 – 20.
239. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов – М.: Практическая медицина, 2011. – 109 с.
240. Matson J. L. A review of behavioral treatments for self – injurious behaviors of persons with autism spectrum disorders / J. L. Matson, S. V. Lovullo // *Behavior Modification*. –2008. –P. 61 – 76.
241. Kocha H. A study on involuntional melancholia / H. Kocha, T. Furuno // *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. – 2009. – Vol.111. – № 4. – P. 373 – 387.
242. Цупрун В.Е Суицидальность и враждебность среди амбулаторного контингента психически больных / В. Е. Цупрун, Е. М. Холодова, М. В. Пак // *Материалы конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных»* – Москва, 11-13.10.2006. – С. 111.
243. Власовских Р. В. Опыт применения многопрофильного подхода при работе с подростками, совершившими суицидальные действия / Р. В. Власовских, Р. А. Хальфин // *Журн. мед. критических состояний*. – 2005. – С. 26–29.
244. Акопян К. С. Самоубийство: Проблемы мотивации (размышления в связи с психологическим этюдом Н.А. Бердяева "О самоубийстве") / К. С. Акопян. – 2004. – № 3. – С. 153 – 159.
245. Нервно-психические расстройства у детей подросткового возраста: методические рекомендации / Л. Ф. Латыпова [и др.]. – Уфа: Изд-во БГМУ, 2008. – С. 43.
246. Тукаев Р. Д. Психобиологический компонент суицидального поведения / Р. Д. Тукаев // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2004. – № 2. – Том 14. – С. 103 – 109.
247. Asian E. Female sexual dysfunction / E. Asian, M. Fynes // *International Urogynecology Journal*. – 2008. – P. 293 – 305.
248. Bonomi A. E. Medical and Psychosocial Diagnoses in Women With a History of Intimate Partner Violence / A. E. Bonomi, M. L. Anderson, R. J. Reid [et al] // *Archives of Internal Medicine*. – 2009. – P. 1692 – 1697.
249. Воронцов Д. В. Социальная психология пола и полового поведения личности / Д. В. Воронцов // *Психология личности. Учебное пособие* / Под ред. проф. П.Н. Ермакова, проф. В. А. Лабунской, М.: Эксмо, 2007. – С. 492 – 530.
250. Воронцов Д. В. «Семейная жизнь –это не для нас»: мифы и ценности мужских гомосексуальных пар / Д. В. Воронцов // *Семейные узы: модели для сборки: Сборник статей. Кн. 1* / Сост. и редактор С. Ушакин. – М.: Новое литературное обозрение, 2004. – С. 576 – 607.

251. Мид М. Мужское и женское: исследование полового вопроса в меняющемся мире / М. Мид. – М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2004. – 416 с.
252. Ануфриева А. В. Диагностика беременности в юном возрасте / А. В. Ануфриева // Женская консультация. – 2008. – № 2. – С.21 – 22.
253. Катков С. А. Изучение репродуктивного поведения подростков / С. А. Катков // Семья. – 2008. – № 5. – С.37 – 39.
254. Кульков Л. Л. Сексуальная абстиненция и сексуальная фрустрация: учеб. метод. пособие / Л. Л. Кульков, И. Г. Ульянов. – Владивосток: Изд-во Дальневост. ун-та, 2006. – 20 с.
255. Мудрик А. В. О полоролевом (гендерном) подходе в социальном воспитании / А. В. Мудрик // Народное образование. – 2007. – №5. – С. 175 – 181.
256. Бутовская М. Л. Гомосексуализм и эволюция / М. Л. Бутовская–Фрязино: Век 2, 2005. – 64 с.
257. Кащенко В. П. Педагогическая коррекция: исправление недостатков характера у детей и подростков: учебное пособие для вузов / В. П. Кащенко. – 4-е изд., стереотип. – М.: Академия, 2006. – 304 с.
258. Одинцова М. А. Психологическая коррекция установки «жертва» у подростков Чернобыльской зоны: дисс. ... к. психол. н: 19.00.07 / Одинцова Мария Антоновна. – Ярославль, 2007. – 191 с.
259. Останина Н. В. Теоретические основы формирования копинг-поведения учащихся / Н. В. Останина // Вестник Челябинского государственного педагогического университета: Научный журнал. – Челябинск: ЧГПУ. – 2009. – № 1. – С. 101 – 109.
260. Teacher – child relationships as dynamic systems / E. O'Connor [et al.] // J. School. Psychol. – 2010. – Vol. 48, № 3. – P. 187– 218.
261. Битянова М. Р. Личность педагога как инструмент воспитания: тренинг «Я воспитатель» для классных руководителей и освобожденных воспитателей / М. Р. Битянова // Школьный психолог. – 2005. – № 17. – С. 41 – 44.
262. Марута Н. А. Особенности аутоагрессии у больных расстройствами адаптации / Н. А. Марута, И. А. Явдак // Архів психіатрії. – 2006. – № 1-4 (44-47). – С. 13 – 16.
263. Незавершені спроби самогубства шляхом самоотруєння у Харкові у 2002 – 2004 роках / А. М. Бачериков, Е. Г. Матузок, К. В. Харіна, В. Н. Кузьмінов [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2006. – Т.14, вип.2 (47). – С. 41 – 45.
264. Подкорытов В. С. Депрессии (Современная терапия) / В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка. – Харьков: Торнадо, 2003. – 350 с.
265. Ромицына Е. Е. Методические подходы к психодиагностике тревожности у детей и подростков / Е. Е. Ромицына // Методика «Многомерная оценка детской тревожности» (МОДТ). Учебно-методическое пособие. – СПб.: «Речь», 2006. – С. 8 – 24.
266. Гавенко В. Л. Спосіб визначення суїцидального ризику /

- В.Л.Гавенко, В.О.Мангубі, В.М.Сінайко, І.М.Соколова. – Харків, 2004. – 3 с.
267. Гавенко В. Л. Спосіб оцінки самосвідомості смерті / В.Л.Гавенко, В.О.Мангубі, В.М.Сінайко, І.М.Соколова. – Харків, 2004. – 3 с.
268. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / Личко Андрей Евгеньевич. – Л.: Медицина, 1983. – 256 с.
269. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ – М», 2001. – 672 с.
270. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учеб. пособие / В.Д.Балин, В.К.Гайда, В.К.Горбачевский // Под общей ред. А.А.Крылова, С.А.Маничева. – СПб.: из – во «Питер», 2000.–560 с.
271. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — К.: Морион, 2000. — 320 с.
272. Психиатрия и наркология: учеб. для студ. мед. вузов / В. Л. Гавенко, В. С. Битенский, А. К. Напреенко [и др.]; ред.: В. Л. Гавенко, В. С. Битенский. – К. : Медицина, 2009. – 488 с.
273. Девіантна поведінка у підлітків: проблеми, діагностика, профілактика / Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскуріна, Т. М. Матковська, Д. А. Мітельов // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – № 4. – С. 40 – 41.
274. Система надання психіатричної допомоги дітям в Україні: спроба аналізу: статистичний матеріал / Асоц. психіатрів України; авт. – упоряд.: Т.С. Яблонська, І.А. Марценковський, Н.В. Коваль, О.Ф. Бесараб, С.Ф. Глузман та ін. – К., 2010. – 70 с.
275. Beck A. Cognitive therapy and the emotional disorders / Aeron Beck. – N. Y.: American Book, 1976. – 305 с.
276. Эллис А. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии / А. Эллис, У. Драйден. – СПб.: Издательство «Речь», 2002. – 352 с.
277. Франкл В. Сказать жизни «Да»: психолог в концлагере / В.Франкл.– М.: Смысл, 2004. – 240 с.
278. Кунигель Т.В. Тренинг активизации внутренних резервов подростка / Кунигель Т.В. – СПб.: Речь, 2006. – 36 с.
279. Луховицкий В. Как делить учеников на группы / В. Луховицкий, С. Дьячкова // Литература. – 2012. – № 6 (июнь). – С. 11-12.