

Міністерство освіти і науки України
 Сумський державний університет
 Факультет іноземної філології та соціальних комунікацій
 Кафедра психології, політології та соціокультурних технологій

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ
 Завідувач кафедри

_____ Світайло Н.Д.
 (підпис) (прізвище та ініціали)
 « _____ » _____ 20__ р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

здобувача ступеня бакалавра психології

_____ Білодід Сергій Олександрович _____
 (прізвище, ім'я, по батькові)

за темою Суїцидальна ідеація у студентів з різним рівнем тривоги та депресії

(галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»,
 спеціальність 053 «Психологія»)

Науковий керівник

_____ доцент, канд. сихол. наук
 _____ (науковий ступінь, посада, вчене звання)

_____ Іванова Т.В.
 (підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)
 « _____ » _____ 20__ р.

Підсумкова оцінка:

Національна шкала _____

Кількість балів ECTS _____

Члени комісії _____
 (підпис) (прізвище та ініціали)

Члени комісії _____
 (підпис) (прізвище та ініціали)

Члени комісії _____

Суми 2020

ЗМІСТ

Вступ.....	3
Розділ 1. Теоретичні вивчення виникнення суїцидальної поведінки в контексті тривожних та депресивних станів.....	5
1.1 Суїцидальна ідеяція як об'єкт психологічного дослідження.....	5
1.2. Тривожні та депресивні розлади у студентів.....	11
1.3. Вплив тривожних та депресивних розладів на суїцидальні установки студентів.....	19
Висновки до першого розділу.....	26
Розділ 2. Емпіричне дослідження суїцидальної ідеяції в контексті тривожних та депресивних станів.....	27
2.1. Методичне забезпечення емпіричного дослідження.....	27
2.2. Дослідження відношення студентів до суїцидальних думок, тривоги та депресії.....	29
Висновки до другого розділу.....	36
Розділ 3. Емпіричні досягнення в подоланні суїцидальної ідеяції шляхом когнітивно-поведінкової терапії.....	35
3.1. Вплив когнітивно поведінкової терапії на суїцидальні думки.....	35
3.2. Методи та техніки, які впливають на подолання суїцидальних ідеяцій студентів.....	39
Висновки до третього розділу.....	50
ВИСНОВКИ.....	52
ЛІТЕРАТУРА.....	53

ВСТУП

Актуальність теми. Самогубство в контексті тривожних та депресивних станів є однією з серйозних проблем сучасного суспільства, актуальність якої характерна для країн з абсолютно різними соціально-економічними умовами, культурними і релігійними традиціями. Суїцидально небезпечними є вік від 17 - 24 років. Суїцид розглядається як провідна причина смерті не тільки в Україні, ай у всіх країнах світу.

Дане дослідження несе важливий характер, оскільки воно може відігравати основну роль у подальшій роботі та житті студентів: продовжувати навчання в вищих закладах освіти без травмуючи психічних станів; протидіяти тривожним та депресивним станам, які можуть відіграти негативну роль в житті та навчальному процесі студента.

Дослідження показують, що у студентів, суїцид займає 10-е місце серед причин смерті і він представляє собою значно більшу проблему. У віковій групі від 17 до 24 років завершений суїцид стоїть на другому – третьому місці серед причин смерті. На думку психологів в більшості випадків суїцидальна поведінка в певній вищесказаній категорії - це прагнення залучення до себе уваги. Іноді ці спроби привернути до себе увагу дорослих таким страшним чином закінчуються «Благополучно» і не виходять за межі сімейного кола, залишаючись поза полем зору фахівців.

У більшості випадків суїциди скоюють психічно здорові люди, які не страждають на ті чи інші психічні захворювання. Тому в даній роботі необхідний комплексний підхід до оцінки суїцидальної поведінки і його профілактики.

Слід також зазначити, що в даній роботі індивідуальний підхід є превалюючим принципом при наданні спеціалізованої психологічної допомоги особам, що переживають кризовий суїцидо-небезпечний стан.

При одержанні результатів дослідження суїцидальної ідеації, тривоги,

депресії та їх аналізі, можна розглядати питання корекції даних психічних станів у студентів, для подальшої реабілітації.

Мета дипломної роботи є визначення рівня суїцидальної ідеації в контексті тривожних та депресивних станів студентів закладів вищої освіти гуманітарної спрямованості.

Об'єктом дослідження є суїцидальна ідеація студентів закладів вищої освіти гуманітарної спрямованості.

Предметом дослідження є тривожні та депресивні стани студентів закладів вищої освіти.

Гіпотеза – схильність до суїцидальних думок в представників чоловічої групи буде вищий, в порівнянні з представниками жіночої групи.

Реалізація мети дослідження і перевірка висунутої гіпотези передбачає вирішення наступних **завдань**:

1. Проаналізувати теоретичні розробки та дослідження щодо теми суїцидальної ідеації, тривоги та депресії у вітчизняній та зарубіжній психології.
2. Дослідити особливості суїцидальної ідеації у студентів закладів вищої освіти.
3. Дослідити особливості тривожних та депресивних станів студентів закладів вищої освіти.
4. Сформулювати рекомендації щодо подолання суїцидальних думок в контексті тривожних та депресивних станів студентів закладів вищої освіти.
5. Підтвердити чи спростувати висунуту гіпотезу.

Методи дослідження: узагальнення даних спеціальної літератури, письмове тестування та анкетування.

Методики дослідження: 1.Шпитальна шкала тривоги та депресії (HADS)
2. Визначення ризику суїциду Любан-Плоцца.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ВИВЧЕННЯ ВИНИКНЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В КОНТЕКСТІ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ.

1.1. Суїцидальна ідеяція як об'єкт психологічного дослідження.

Суїцидальна ідеяція - це термін, який має просте визначення: «думки про самогубство», проте окрім власне думок існують також інші ознаки і симптоми заклопотаності людини цією темою. Деякі з цих симптомів - супутні стану, такі як втрата ваги, відчуття безнадійності, незвично сильна втома, низька самооцінка, надмірна балакучість, прагнення до які раніше не значущим для людини цілям, почуття того, що розум пішов у рознос. Поява таких або подібних симптомів у поєднанні з неможливістю позбутися від них або впоратися з ними і їх наслідками, а також можлива психологічна негнучкість - одна з ознак, які можуть свідчити про появу суїцидальних думок. Суїцидальні думки можуть призводити до психологічного стресу, що повторюється моделям поведінки; проте можливо і зворотне - психологічний стрес може призводити до появи суїцидальних думок.[1]

Суїцидальні ідеяції – це певний початковий етап розвитку суїцидальної поведінки, який включає певні думки про самогубство та прояви суїцидальних тенденцій у вигляді їх прояву. В Україні питання суїцидальних ідеяцій раніше, як таке, не розглядалося. Умовою виникнення суїцидальних ідеяцій вважаються антивітальні переживання. Антивітальні переживання - це зоздуми про безглуздість (непотрібності) життя без чітких уявлень про власну смерть. Ці переживання не володіють конкретною аутоагресивною (суїцидальною) спрямованістю. Такі переживання можуть виявлятися думками про відсутність цінності та сенсу життя. В той час, коли розвиваються суїцидальні ідеяції, вони проходять через три основні етапи: пасивні(негативні) суїцидальні думки, суїцидальні думки та вже суїцидальні наміри. Перші слугують думками і фантазіями особи про власну смерть. Суїцидальні думки включають в себе роздуми людиною що до способу свого самогубства. Вже на етапі суїцидальних намірів, до способу підкріплюються

вже певні рішення про своє самогубство. В цілому, суїцидальні ідеації складаються із певних суїцидальних уявлень, та суїцидальних тенденцій людини. Якщо зазначені перші можуть включати в себе думки про самогубство та фантазії щодо скоєння людиною цих дій, то другі вже відрізняються певною, специфічною розробкою особи плану суїциду.[2]

За даними, які були підтвержені 2009 року, певний міжкультурний показник суїцидальних ідеацій становить близько 9,2% опитаних. Приблизно 60% із цього відсотка переходить від негативних думок - до плану виконання та спроби скоєння людиною самогубства. За результатами дослідження Р. Кесслера, Г. Боргеса та Е. Валтерс, 13,5% людей повідомили про виникнення суїцидальних ідеацій, що тривали на протязі їхнього життя, 3,9% вже мають певний план скоєння самогубства, і 4,6% вже скоювали суїцидальну спробу. Близько 34% переходять від виникших ідеацій до плану, в той час як із них 72% – від плану до спроби суїциду, і 26% – певної незапланованої спроби суїциду. [1]

25 % первинних спроб відбувається на першому році після появу суїцидальних ідеацій. Різноманітні теорії прояву суїциду видвгають різні гіпотези, чому саме люди скоюють спроби самогубства в цілому. Едвін Шнейдман у своїй роботі на тему самогубства, описує певний психічний біль, тобто так званий емоційний або людський психологічний біль, як певну основну, яка складає в цілому мотивацію спроби. Вчений стверджує, що сам трапляється суїцид в той час, коли певна терпимість психологічного болю перевищує норму, і цей поріг має певне вирізнення в людей. Людські певні внутрішні мотиви, які підштовхують на самогубства, особливо емоційний біль та почуття безнадії, найбільше за все виявляються в якості мотивів для майбутнього скоєння самогубства. Багато досліджень виявили, що більшість людей які скоїли певну спробу самогубства, повідомляють про виникнення певних внутрішніх мотивів. В той час як менша частина людей повідомляє про виникнення комунікативної мотивації як додаткову, а не на заміну внутрішніх мотивацій.[3]

Що стосується внутрішніх мотивацій, то саме комунікаційна мотивація в деяких випадках виглядає як превентивний фактор. В деяких країнах ці розлади, найбільш сильно передують такі спроби самогубства як – біполярний розлад, в якійсь мірі посттравматичний стресовий розлад, тривогу та депресію; В деяких країнах більш прогностичними розладами є певні посттравматичні розлади, поведінкові розлади та залежність від психотропних речовин. Слід звернути увагу, що деякі додаткові аналізи проявлених даних показали, що певної взаємодії між цими розладами та спробами самогубства насамперед передують головним чином розладами, що в свою чергу вже прогнозують саме розвиток суїцидальних ідецій в людини. Таким чином, діагностична складова суїцидальних ідецій вже відбувається за певними складовими, такими як наявність плану, певних мотивацій до смерті, та інших мотивацій для скоєння людиною суїциду та виникнення причин продовжувати своє життя та жити далі.[4]

І вже остання класифікація факторів виникнення ризику прояву суїцидальних тенденцій ще на даний момент - не розроблена. Але існує доволі велика кореляція між психічними розладами та певним та специфічним подальшим початком розвитку так званих суїцидальних ідецій. Ми можемо спостерігати кореляцію із певними розладами настрою, тривогою, депресією, виникненням залежності, розладами в людини поведінки, антисоціальною поведінкою в житті та ін. Але вища кореляція може спостерігатися при розладах настрою. Але слід зазначити, що в окремих дослідженнях майже 26 опитаних людей повідомили про думки та певні скоєння самогубства, які виникали в них в деяких випадках пізніше початку депресії. При діагностиці суїцидальних ідецій діагностують відповіді, які даються на безліч різноманітних запитань. Серед них більш частіше використовуються такі як: «Ви можете відчувати, що Вам немає сенсу жити?», «Ви хотіли б померти?», «Як часто у Вас виникають думки про смерть?», «Ви коли-небудь задумувались до того, щоб вчинити спробу суїциду?», «Ви коли-небудь вже раніше скоювали спробу суїциду?» і т. д. У

дослідження видатних вчених, із 620 опитуваних людей на поставленні питання про відчуття, які можуть тривати у них протягом вього життя, чітко відповіли 11%, 8%, 4%, 2% та 1% відповідно. Основною проблемою вивчення суїцидальних ідеацій є той фактор, що вони тісно пов'язані з деякими психіатричними діагнозами, і їх при великому рахунку - неможливо прикріпити лише до певної сфери психічного життя. Майже 6% пацієнтів із діагнозом шизофренія – закінчують своє життя. В той час як 25% скоюють спробу самогубства від 1 до декількох разів, і в деяких випадках у більшості пацієнтів спостерігаються певні суїцидальні ідеації.[5]

Слід зазначити, що вже проводилися певні дослідження щодо вияву взаємозв'язку між суїцидальними ідеаціями та певними особистісними рисами людини, її статтю, сімейним станом людини та іншими не менш важливими факторами. Багато авторів доводили свою думку, що нейротизм може корелювати із доволі більшою кількістю спроб виникнення та скоєння суїциду та більшою кількістю виникнення суїцидальних ідеацій низька екстраверсія – з суїцидальними ідеаціями та її обширною історією виникнення суїцидальних спроб. Вчений Вельтинг емпіричним шляхом довів, що у студентів бакалаврату, з яких доречі і складалась його дана вибірка, сумлінність тісно переплітається із вищим рівнем суїцидальних ідеацій. В дослідженні Т. Стеруда та інших вчених – факторами які значно впливають на певний специфічний розвиток та виникнення суїцидальних ідеацій - визначено особистими проблемами, сімейними проблемами, соціальними проблемами та певними проблемами на роботі. Слід зазначити, що доволі цікавим виявився той факт, що найбільше на жінок мав вплив 1-ші дві групи, а на чоловіків – усі проявлені інші. В даному дослідженні було виявлено, що певний понижений рівень самооцінки людини, емоційна втома, яка певним чином пов'язана з роботою та знуцання вже корелюють із високою ймовірністю суїцидальних ідеацій. Багатьма авторами було встановлено прямо пропорційний певний зв'язок людської імпульсивності та виникнення суїцидальних ідеацій в людини. [2]

Суїцид – тобто навмисне ушкодження самому собі зі смертельним фіналом. Спроба на власному житті особи кваліфікується як самогубство, за умови, що вона усвідомлює значення її дій і приводить їх. Всього інші випадки, коли особа виконує дії, які шкодять його розумове або фізичне здоров'я, він готується як авто-агресивний нещасний випадок / поведінки. Авто-агресивна поведінка - це специфічна форма особистої діяльності, націленої в завданні шкоди своє тілесне здоров'я. Наступні види авто-агресивної поведінки є distinguished: 1) самогубна поведінка - умисні цілеспрямовані дії, мета, якої, - позбавити себе життя; 2) самогубні еквіваленти - несвідомі дії і що має намір діє, це призводить до фізичного / розумового самознищення або самознищення, хоча це не призначається; 3) несамогубна авто-агресивна поведінка - різні форми навмисної шкоди себе, мета, якої, - не добровільна смерть або виконання, якого, безпечно на все життя. Так, самогубство (самогубство) - екстремальна маніфестація.[1]

Самогубні тенденції або самогубна поведінка - самогубні думки, бажання і намір убити себе, самогубні приводи, релевантне емоційне лихо (депресія, безнадійність, занепокоєння, провина), а також специфічні дії цілилися в породження його смерті. Внутрішні представлення самогубної поведінки - самогубні думки - відображення теми про відсутність цінностей і значення життя, правильного пояснення його власної смерті, обмірковувавши шляхи і засіб самогубства; самогубний планує - думаючи дії, які сформували самогубний намір, вибирає метод визначає час того, що наклав на себе руки; самогубний намір був сформований поза ідеями і мотиваційним явищем рішень, яке сполучає *vnutren* і ефективні по зовні компоненти акту самогубства. Зовнішні форми самогубної поведінки *age*: - завершив самогубство - умисні діють самогубства, яке мало летальний кінець; - спроба самогубства (*parasuicide*) - цілеспрямована дія за допомогою самогубства, яка із-за певних обставин не закінчується в смерті. Видатний Російський психіатр О.Лічко пропонує наступну класифікацію самогубного стану: 1. Демонстративна самогубна поведінка - діючи театральні місця дії,

що зображують спроби самогубства без будь-якого наміру фактично накласти на себе руки, іноді з наміром збереження вчасно. Усі дії починають притягати або увага regain втрати, щоб горювати, щоб викликати співчуття, звільнилося від загрозливих неприємностей, або, остаточно, щоб покарати кривдника, приводячи в сказ інші, або, щоб причинити йому серйозні турботи. Це треба мати на увазі, яку демонстративні дії із-за недбалості, прорахунок або інші випадки можуть приводити до фатальних наслідків. Оцінка акту як демонстративний вимагає обережних обставин. [6]

Найбільше експертів говорять, що така оцінка юнацького самогубства неприйнятна. 2. Емоційна самогубна поведінка - самогубні спроби кинулися на висоту афекту, який витримки тільки хвилини, але іноді із-за напруги ситуації може востаннє цілими годинами. У деякому пункті, ідея з'являється, щоб померти або - це можливо. Проте, є також цілий ряд переміщень від імпровізованого самогубства у висоті афекту до майже позбавленого від чого-небудь демонстративного ширій, хоча швидке бажання накласти на себе руки. У першому випадку, ми говоримо про демонстративну поведінку, але один, який відкривається проти фону афекту, - емоційна демонстрація. У інших випадках, емоційна спроба самогубства, можливо, додається демонстративними діями, бажання смерті, щоб "справляти враження". Врешті-решт, істинна спроба самогубства може також відбуватися у висоті емоційної реакції intrapunitive типу. 3. Істинна самогубна поведінка. Є умисним, часто поступовий намір вчинити суїцид..[3]

У записах відправився, ідеї провини себе зазвичай звучать, записи більше адресовані собі, ніж до інших, або має намір виправдати любов ті. У повороті століття, перша соціологічна теорія самогубства з'явилася. Потім антропологічні і психіатричні теорії були додані цьому. [5]

1.2. Тривожні та депресивні розлади у студентів.

Депресивні та тривожні розлади у студентів на сьогоднішній день здобування освіти у вищих навчальних закладах можна віднести до специфічного виду діяльності, пов'язаного з високим рівнем психічних і фізичних навантажень, що загострюються у сесійний період, у зв'язку з дефіцитом часу, необхідністю засвоювати в стислий термін великий обсяг інформації, з підвищеними вимогами до розв'язання проблемних ситуацій, твердим контролем і регламентацією режиму.[4]

Немаловажливим фактором впливу на суїцидальну ідеацію та суїцидальну поведінку відіграє певний стан тривоги.

Держава занепокоєння знайома майже кожен. Це відбувається в різних життєвих ситуаціях і супроводжується гостро негативними емоціями, з якими не кожен може покрити. Занепокоєння - патологічна тенденція особи до константи досвідчені. Вони можуть бути в спорідненості з очікування негативності, змінюється в звичайному докільлі або інших чинниках. Найбільше визначального чинника, що впливає на розвиток тривожного розладу, генетичний (у 30-40% випадків). Ми говоримо про так званий щочутливий темперамент. Інші чинники, які провокують занепокоєння, - травматичні події в житті особи, небезпечне прикріплення.[5]

Вивченням тривожності займалися багато відомих психологів. Такі як Зигмунд Фрейд, Карен Хорні, Анна Фрейд, Дж. Тейлор, А. Прихожан, Ролло Мей. Саме тривожність, знаходиться в основі більшості випадків психологічних труднощів в людини . Серед інших повідомлень про розвиток, саморозвитку освіти, яку можна прислухатись до перевертання до всіх людей. Роль тривимірності надзвичайно високий у поведінці, але, як делінквентність та неактивна поведінка. Для того, щоб досліджувати, було вирішено корекцію тривожності, її подолання при підготовці роботи до важливих ситуацій (іспітів, змагань) і при оволодінні нової активності. Першим, хто звернув увагу на проблему тривожності, був З. Фрейд. У своєму дослідженні ми бачимо два варіанти пояснення тривожності, по-перше, як

результат розрядки пригніченого сексуального потягу, по-дружньому, як сигнал про необхідність існування, що вимагає від певного адекватного пристосування. Таким чином, З. Фрейд підкреслює, що не працює, тривоги представлені в роботі, коли використовується корисний адаптивний система, яка спонукає вірити до захищених реакцій в таких питаннях.

З. Фрейд у своєму дослідженні стверджує, що має два джерела загрози для особи: це зовнішній світ і внутрішні імпульси. На наш погляд, перше джерело виявило нам активну реакцію тривоги, і в цій справі було виявлено, що це синонім безпеки. Тому він припустив, що це припустимо спринцювання зовнішньої загрози і в той же час емоційна реакція, яка пропорційно велика здобута загроза. Сучасні об'єднання представляють тривимірну здатність як процес занепокоєння.

З. Фрейд у своєму дослідженні виявляє стверджує, що має два джерела загрози для людини: це зовнішній світ і внутрішні імпульси. На наш погляд, перше джерело виявило нас активну реакцію тривоги, і ми довіряли, що було виявлено, що це синонім безпеки. Тому він припустив, що припустимо спринцювання зовнішньої загрози і в той же час емоційна реакція, яка пропорційно велика здобута загроза. Сучасні об'єднання представляють тривірну ефективність як процес занепокоєння. [7]

Наприклад, на Демідовій Л.І., під тривожністю створюється стан занепокоєння у відповідному доміскуванні емоційного навантаження (інтелектуального та ін.); тривалість достовірності була реальна, як владна температура, яка виявляється слабкою, а нерідкою, як особистість до часткових переживань тривоги. У той же час А. М. Прихожан пише, що тривалість - це переживання емоційного дискомфорту, відкриття з приводу небезпеки неблагополуччя, з передчуттям небезпеки. Даний вир розширює тривищу здатність як емоційну станцію, так і колись власний рівень, або температуру.

Видатний вчений, автор підручника з психології Р.С. Немов виявляє тривалість як свого роду, так і ситуацію, що виявляється, влада людини

доходить до стаціонарної турботи, переживаючи страх і тривогу в особливо небезпечних ситуаціях. [8]

У нашому дослідженні ми підтверджували, головним чином, про поняття вченого Демідової Л.І. Високий рівень тривожності (як і надмірно низький) може виявляти неблагополучне особистісне розвиток студента, і воно негативно реагує на успішність у навчальній діяльності у ВУЗі. У процесі навчання студенти, які стикаються з різними труднощами і залишаються інтелектуальними, емоційними, інформаційними щодо завантаження. Роль тривалісності високих при оволодінні студентами нової діяльності, при підготовці до складних реальних ситуацій. Насправді можна мобілізувати студентство, допомогти зробити це довічно, щоб досягти зменшення завдань або навпаки - формувати напругу, неперевіреність, почуття невдачі. Навчальна діяльність студентів у ВНЗ часто стикається зі стрісгенними ситуаціями, тому можна побачити, що студенти часто пропонують тривогу, тривалість, стійкість безпеки. Наприклад, ситуація іспіту обов'язково повинна бути відкрита з тривожністю. Тривожність, яка проявляється в роботі під час сесії, працює з першими середніми рівнями, які реалізують психічну напругу у своїх навчальних навчальних закладах. У той самий час, що знаходиться в більшій частині у наступному, що тривожний потенціал сигналу про небезпеку звертає на себе увагу до можливих складних, які можуть перешкоджати найменше поставлених мети, тим самим вони можуть мобілізувати сили та найкращі результати. Тож нормальний (звичайно) рівень тривимірності може бути необхідний для ефективного пристосування до стабільності (адаптивна тривога). [6]

У науковій літературі тривога включає такі специфічні два компоненти:

- фізіологічні відчуття (серцебиття, нудота та пітливість);
- психологічне усвідомлення тривоги.

Тривожність іноді виявляється почуттям сорому («Інший бачити, що я боюся»). Зрозуміло, що існує важливий аспект «тривожного» мислення його селективність, коли колишній суб'єкт хіліків вибирає певні теми в нашому

житті та ігнорує інших, щоб донести, що має бути раціональним, припустившись, що ситуація в цьому випадку страхітлива, або навпаки, що тривожна марна і невиправдана. Тривожність може підтримувати сплутанність і розбудовувати не тільки час і просто, але і людей, і знає подій. [10]

Таким чином, теоретичний аналіз виявляє, що проблеми тривожності використовують багато імені цих (психології, педагогіки). Узагальнюючи переглянуті дослідники, можна припустити, що тривога - це невизначене передчуття; особлива влада тривоги - почуття неперевіреності та корисності перед лицем небезпеки. У найзахищенішій власності тривожність створюється як негативна емоційна перестановка, виявляється із передчуттям небезпеки. Те, що триває через страх і надію - особлива емоція, пояснює свою особливість середніх інших людей. [9]

Перлз Ф. виходить тривогу як розріз між «тепер» і «пісню» або як «страх перед аудиторією». Тривожна виявляється результативність активності, фантазії майбутнього. Тривожна науково-дослідна робота в людині в незавершених ситуаціях, заблокована активність, яка не виявляється розкритою. У своєму розпорядженні з цього тривоги використовується як емоційний стан гострого внутрішнього, болючого неспокійного (відчуття), яке вживається в свідомості, можливо, прогнозується невдачі, небезпечні або ж використовуються, але є необхідними для людини, які мають необов'язковість. [8]

Тривожність – це негативний емоційний стан, позначений відчуттям нервозності, хвилювання й тривоги в поєднанні з активізацією та збудженням організму. Зважаючи на те, що тривожна здатність охоплює розумовий компонент (намагається в трикуті), який називає когнітивно тривожністю. Крім того, охоплює компонент соматичної тривожності, який також вивчає фізичну біологічну активність. Старий тривоги, зважаючи на те, що найчастіше створює емоційний стан, «призначається суб'єкт, який вказує на те, що свідоцтво сприймає тривогу і триває тривалість, яка працює, або

використовує активізацію чи підтримку автономної системи безпеки».

Когнітивний стан тривоги містить ступінь зведення або негативні думки, тоді як соматичний стан тривоги - мінлива зміна від чудової, фізичної активності дії (що є необхідним для зміни активності, і стресу). На відміну від старого тривоги, особистісна тривісна здатність повинна бути характерна для власних ознак, - набуття поведінкової сфери тенденції або дії, котра повинна бути поведена на поведінці. Зовнішня, особиста тривісна здатність дотримується мотивації або звичаю до поведінки, що спонукає людей до сприйняття широкого діапазону дійсно безпечних (фізично або психологічно) відновлення як загрозливих і реагування на них, які мають місце тривоги, диспропорційних інших питань і величких реальних проблем. [8]

Тривожність - наступна стан людини при зіткненні з фрустраційними ситуаціями. Це достовірність індивіда до проживання тривоги. Тривога - це емоційна станція, яка виявляється в ситуації, що невідомо визначена небезпека і розвивається в очікуванні недоброзичливого розвитку подій. Основна думка емоції в суб'єктивічному переході тривоги є страхом, але можливо зустрітися ще й провина, печаль. [7]

Що стосується депресивних станів у студентів, то депресивними називаються аномальні стани психіки людини, що супроводжуються пригніченістю, почуттям туги, безвихіддю, відчаєм. Перебуваючи в такому стані, людина зазвичай важко його переживає, часто звинувачує себе за нього.

Стан психічного здоров'я людини в Україні заслуговує особливої уваги як вагомий прогностичний чинник національної безпеки та добробуту. У відповідь невпінному зростанню важливих людей потрібно відмовитись від того, щоб зробити його одним із найрізноманітніших барів в Україні. Середні нікого на першому місці - непсихотичні депресивні розливи. Депресія переживає 9% дорослого рівня і 5-6% осіб підлітково-юнацького обличчя. Це один із найвищих результатів серед європейських країн. Науковці

прогнозують їх подальший зріст. З такими темпами до 2020 року депресія посяде друге місце серед причин, які зумовлюють інвалідизацію в світі. Психічне та психологічне здоров'я серед студентської молоді - виявило важливий аспект дослідження цих проблем у контексті здорового здоров'я нації, її науковий та важливий розвиток, зважаючи на те, що його кадровий потенціал зібрав до рівня інновацій, її безпечний загалом. Студентська молодь є віковою та соціальною категорією, яка заслуговує особливої уваги з огляду на ефективність та корекцію депресивних розладів. Ризики їх виявляють, що в цей час зростають у той час, коли вони підвищують чутливість, кризис юнацького потребує депресогенного характеру, використовуючи психоемоційні та розумні навантаження, використовуючи адаптаційні вимоги. [11]

Під час депресії, коли її слухають наслідок, в студентському віці він працює, і тоді, коли йдеться про нього, він знаходиться в тривалій годині, використовуючи репутацію. Студентство намагається не вміти робити свої емоції, розумно керувати своєю поведінкою.

Усвідомлення цього і неприємних наслідків депресії ще більше зростає, роблячи важливий психологічний стан людини. Не маючи звичаю підтримувати з депресією і в той же час самій, не використовуючи себе хворою людиною, не бажаючи йти до лікаря-психіатри, вимагаючи довірити перевагу, звертаючись за допомогою психолога. [10]

До вищих навчальних закладів студенти прийшли вже з певним багажем знань, умінь і навичок, головне - зі встановленими стереотипами поведінки та установок, що стосуються своїх дій з педагогіками. Учень звичайних до думків, які вживають і батьки, які працюють у своєму успіху, дотримуючись свого часу, нижче він сам, і будь-який перехід про те, що, що вступив до інституту, має бути статистичним, але він повинен бути впевнений у своїх результатах Його навчання вивчається для великого переконання, що не буде, успіху не існує за одним із провідних причин: достовірність є основним аспектом розвитку індивідуальної волі, а значить, розділити знання, шукати

не просто так, і залишається доступною внутрішньою роботою і намагається провести через те, що через кризи і конфлікти . [11]

Тож саме для мене я вважаю, що у нас є характерна велика тривожність, занижена самооцінка, депресія для інтровертних типів і велика дратівливість та конфліктність для типів екстравертних. Але дивіться, що вони виглядають у чистому вигляді, але не можна говорити про те, що всі перераховані були розіграні, але вони мали всі першокурсниці. Часто однакові в першу чергу є причиною слабкої успішності. Адже нерідкі випадки, коли доступні іспроможні складати набагато краще, ніжчі іспитуйте під час сесії. У першому випадку це стосується іногородніх робочих, що буде робити цю стрісову ситуацію для тих, хто залишається в перших порах, і знаходиться в гуртожитку з мінімальними зручностями і з незнайомими людьми на рідних площах.

Далі можливі варіанти розвитку подій. У кращому випадку студент успішно долає кризи, досягаючи більшого часу і власного і поступального адаптується до навчального процесу. У самому своєму світі він не відчуває психологічного стресу, використовуючи заняття і загрожує сеансом. Студенти, зафіксовані на дитячих стадіях, розвиваються, компенсують стрілки, йдучи на похід у свіжихвилинних бажань, котрі з них вказують на відвідуваність, і на успішність. [12]

1.3 Вплив тривожних та депресивних розладів на суїцидальні установки студентів.

Студентство – це особлива соціальна категорія, специфічна спільність людей, організаційно об'єднаних інститутом вищої освіти. Студентський вік – це період становлення особистості, період прояву різноманітних інтересів, розвитку пізнавальної та професійної мотивації, формування стійкого ставлення до майбутньої професії.

Освітнє середовище забезпечує перехід молодшої людини від дитячого несамостійного життя, до дорослої самостійної. Факт вступу до вузу зміцнює віру молодшої людини у власні сили і здібності. Але молоді люди часто сумніваються в правильності вибору ВНЗ, спеціальності. Нерідко професійний вибір студента визначають випадкові чинники (престижність професії, ради батьків і друзів) – що в свою чергу викликає тривогу та депресію у студента. [13]

У більшості моделей суїцидальної поведінки виявляється, що ризик здійснення самогубства у студентів росте пропорційно збільшенню суїцидального бажання, але, згідно інтерперсональної теорії суїцидів, суїцидальне бажання саме по собі не є причиною самогубства, оскільки, простими словами, вчинити самогубство не так-то просто.

Згідно інтерперсональної теорії, щоб померти від суїциду, людина повинна втратити деяку долю страху, пов'язаного з суїцидальною поведінкою, і дуже маловірогідно (якщо не неможливо), щоб хтось народився з настільки слабким страхом смерті, щоб мати можливість вчинити самогубство.

Отже, підвищена толерантність до фізичного болю і зредукований страх смерті розвиваються впродовж життя під впливом певних обставин, таких як:

- практично будь-який досвід перенесення сильного болю і/або страху (травми, нещасні випадки, насильство, самоскривджувальна, ризикована поведінка);
- сцени насильства і жорстокості в ЗМІ;

- комп'ютерні ігри, пов'язані зі вбивством і насильством;
 - суїцидальні думки, підготовка до суїциду, перервані спроби, суїцидальні спроби. Причому, як відмічають автори, людина може мати толерантність до певного способу самогубства. Так, в дослідженні Ван Орден (Van Orden) і співавторів показана кореляція між видом діяльності військовослужбовців і способами самогубства, який вони вибирали. [14]

Ознаками суїцидальних намірів у студентів

- Неприємності з законом або погані відносини рідними.
- Розрив з коханою людиною, втрата близького друга, труднощі в університеті.
- Відсутність друзів або проблеми взаєминах з іншими людьми.
- Голодування або переїдання, відсутність турботи про зовнішній вигляд (наприклад, людина, яка раптово перестає користуватися косметикою або прикрасами).
- Малювання сцен смерті.
- Раптова зміна звичайного поведінки, наприклад, погана успішність в університеті (якщо студент добре вчився) або бунтарське поведінку (якщо студент був спокійним).
- Розлади прийому їжі, наприклад, анорексія або булімія, можуть привести до виникнення депресії, тривожного стану і, можливо, самогубства. [13]

Перебіг навчального процесу з його типовими стрілками та випробуваннями загострення успіху в тій проблемі, нерідко довіряють до кризи, залишаються відомими руїнації, які знаходяться в планах з гострими, бажаними бути безсилим власниками волі ". згадані шляхи виходять із кризової справи. [9]

Психологами було виділено основні кризи, які певним чином виникають у студентів в період навчання та в свою чергу які безпосередньо викликають тривожні та депресивні стани.

Отже:

- криза адаптації до навчання у вузі (1 курс);
- криза "середини" навчання (2-3 курси);
- криза відрахування з вузу.

Крім того, трапляються й такі типові студентські психологічні проблеми, як неприйняття цього міжособистісного статусу в групі; конфліктні відносини з виданням чи адміністрацією; проблеми самореалізації творчо обзаведених роботи. Будь-яка з цим проблемою (або їх комплексом) при загостренні може перерости у критичному стані, спровокувати замах на життя. [15]

1. Криза першого курсу (криза адаптації до умов навчання у вузі).

Ця криза гостріше проявляє себе, як правило, у приїжджих (чаї - у вихідців із сіл) і зумовлюється не тільки невідоме становище вищого навчального закладу, але й незвичне нове місце проживання, не адаптоване до того, що не існує свого життя, але і живе в метрополії. Досліджуйте у вищому навчальному закладі ці діти малими емоційними зв'язками з батьками, а не малими були представлені життя та вибрали фах (також заклад освіти), а не відомий. Звікнувши до повсякденної опіки, до постійного життя не перенасиченої інформації, вони описуються під дією сильнодіальних психічних факторів. Це, напередодні, травмування розливу з близькими, нестабільною здатністю, збереженням і втратою дружніх зв'язків (що є реальним відривом від звичайної кількості людей). Крім того, необізнаність за умовами проживання в місті, так само як і за умовами навчання, пропонується використовувати власну невиправданість, дезорієнтацію в цій галузі. Це, у своїй власній діяльності, дотримується події, що стосуються об'єкта кепкувань з боку інших. Цей страх обмежив свою нову, його замислили, сором'язливим, скутим, змушеним занурюватись і як наслідок може вважати важливим кризовим і небезпечним випадком. Психологічний тренінг, у якому ви берете участь (працюючи самі першокурсників), вивчає старших курсів, із можливістю виявити неофіційне використання можливо

обговорити питання, які турбують, залишаючи питання щодо поставлених проблем.

2. Криза третього курсу (криза середини навчання).

Цю кризу також можна назвати екзистенціальним, і в той же час він перебуває у певних періодах. Ця криза виявляється небезпечною для своїх результатів, а для певних негативних випадків може відбутися втрата почуття життя, і як вже згадується той самий чинник, який може бути впевнений в самогубствах. Як не дивно, коли ви працюєте, який у вашій годині успішно адаптується до навчання у вищому навчальному закладі, середнє навчання не пропонується гладко, я вважаю, що кризис (як і всі інші кризиси студентського періоду життя) важко перебуває далеко не в роботі, але вона вважає є таким дійсною. Час, коли він виникає, є "розмиттю" (коли декого вона починає після закінчення адаптаційного процесу; і в іншому, що знаходиться в четвер, курси), так само як і типові прояви цієї кризи. Проте, це стосується "симптоматики" цієї кризи - це розкриття - у навчанні загалом, у обраному фаху й у власних перспектив та та можливостях. У цьому періоді часу Попередня втрата почуття - попереднє почуття навчання. Запитуючи, хто залишає свого студента, звучить так: "Для чого я вчуся? Навіть мені потрібно пройти більше?" . Підвищується втомлюваність; академічна успішність нерідко втрачається (при цьому, що цікаво, дотримується кризу часто переживають студенти з високою академією, які є найсучаснішими). , що він мав на першому курсі) руйнується або залишається під великим сумнівом - і це при повній відсутності будь-коли залишається загрозою для цього задуму. Як і багато хто кризується, що кризис відкрився з крахом певних ілюзій. друзі, які є найбільш можливими (дотримуючись формулювання власних професійних якостей та умінь). Проте іноді наявна реальна реальність у цьому іншому. Я не знаю, що використовує професійне спілкування і не спілкується в студентській середовищі. Знову ж, що все це не підтримує, використовуючи власних можливостей, або ж дотримуючись

цього, потрібно використовувати менший, нижній, використовуючи б, можна бути, зважаючи на всі зусилля, які доводиться затримати. Водночас розміщуйте великі чіткі, помічайте ті, які непривабливі риси, імовірного майбутнього, які не помічаються. Студент третього курсу реально оцінює, що власне працевлаштування - це робота, яка має бути можливою не багато, до того ж вони не є надто привабливими. Те саме стосується влаштування цього життя. Водночас знаходиться і загострено тривогу в роботі з необхідною робочою й тій-сімейною самореалізацією. Профілактична здатність криза (і сама, гарантована дуже гострим проявом такої кризи) виявила формулювання уміння, які залишають цілі і прийняті рішення. Великий бонус у цьому відібрав також і минулий досвід дії, який реалізував дійсність, коли інші ті, хто перебуває, можна було досягти у поліпшенні результатів. Я також міг зрозуміти, що можна досягти незначних досягнень, більше спостережуваних переживань; Він також використовував систематичне дозування зусиль за незвіданими результатами.

Криза відрахування.

Ця криза буває спровокована ситуація невдалого переходу академію заборгованості та відрахування із вищого навчального закладу. Цікаво виділяється найменування кризису те, що стосується часів, які надають психологу батькам, відлучених студентам, а не самим студентом. Н.Хазратова наводить такий приклад: "мати студентів, відвіданих після першої сесії, так само про переході людей доніки:" Потрібно мені не повідомити про те, що її відрахували. Приходила пізно і в якомусь дивному стані. Пітаю її, зважаючи на те, що вона відмовилася або здається, що працювала в бібліотеці, а потім переходила до пошуку. Напередодні я прокінулася близько інших років ночі. Бачу, що у вашій останній кімнаті горить світ. Відчиняю двері: вона там. і накуряно в останній страшно. Напевно дивіться на мене і раптом так тихо каже: "Мамо, допоможи мені". Тут і розповіла мені все. А я вже боюсь, чи немає цього рахунку, чи немає у ній гірського ". Сама подія - відрахування до вузу - є єдиним чинником, який

використовує діюча особа кризису, але вона не є її причиною. Більш докладно після останньої адаптації до навчання в навчальному закладі застосовують "правила гри", докладаючи до відома організації. Але не всім можна підписати власників "Я" соціальної регламентації. Найкращі проблеми (у різних формах) намагаються досліджувати на своїх робочих місцях, які використовують для того, щоб підтримати їх, і вони вже використовували свої правила. Сам же психологічну допомогу доводить надівати батька, а не студента. Найбільш детально про цей факт - достовірність трансформації спостерігається за широкими стереотипами про виправданість будь-яких методів, які допомагають робити. Як правило, він фактично змінив закони про державні закони (використовуючи звичайне перебування дітей в університеті і, якщо ви отримали диплом), залучайте студентів, щоб приєднатись до цього навчання. [11]

Також важливим стресогенним фактором, який впливає на виникнення суїцидальної поведінки – це проблеми студента. Отже, які саме проблеми у студента в період навчання:

1. Проблеми, пов'язані з надмірною фіксацією на кар'єрі.

Ось типовий випадок; "Найкраще - я хочу, щоб досягти: знайти університет, знайти престижну роботу, виявити і реально реалізувати себе у ній" пізніше. І все не бул б так страшно, Якби Такі установки (несмотря на всі плюси щодо присутности тут аспекту цілеспрямованості) не вступав в протиріччєй з "потреба злиттів", як Якраз и пріпадає на віковій періода більшості студент, тобто 17-21 рок, хоча така сублимацій і він може бути приєднаний до успіху і без проблем, але, часто, в таких випадках потреба зліття просто витісняється в несвідоме через суб'єктивне уявлення про успішність успішного розвитку життя та до успіху в професійній діяльності. Здається, що ця проблема нічим не втрачає, але всі ми добре знаємо про низьку народність, знаємо про людей, які досягли висоти у своєму житті, проте не влаштували власне життя, і намагалися шукати власного життя.

2. Мотиваційні проблеми.

Досить багато особистих проблем, які роблять їх мотивацію до навчання. Відмінна проблема полягає в емоційній здатності від комітетів та викладів. Причинюються до проблеми, що інфікуються як особистісна риса, яка спричиняє спеціальний тип мотивації навчання. Таким чином, студенти приносять відповідь на ті, що відповідають цим завданням, які задаються в дитинстві (як правило, батьки, шкірні працівники і користуються авторитетними особами). Орієнтація на заданий стандарт, взаємозв'язок самооцінки та зовнішньої Комісії, що досягає високої емоційної сили, розроблена. Підзначна мотивація навчання виявляється у своїх питаннях у групі, сприймаючи відповіді на проблеми міжособистісних контактів. Зокрема, це проблема конформності відносно груп. Подібну конформування потрібно часто переробляти у навчанні: студент не задає запитання та сороміти підписувати руку на семінарі, щоб не використовувати реакції у групах.

3. Проблеми, пов'язані з поведінковими проявами.

Студентська спільнота, як і будь-яка інша, залишається певною негласною, але загальноприйнятою системою правила поведінки. Ось такі зовнішні стреси, переселення, фрустрації дозволяють приєднатися до незвичних цих систем для першокурсника. Виглядає, як правило, або з неправильною інтерпретацією студентської поведінки інших, або з незрозумілою власною поведінкою з прийнятими в студентській середовищі нормами.

4. Проблеми раціонального порядку.

До цієї категорії належать ті проблеми студента, які були спричинені необізнаністю стосовно системи навчання. Вступивши до університету, людина має певні неусвідомлені або частково усвідомлені очікування стосовно навчально-виховного процесу та способів викладу навчального матеріалу, контролю знань, системи регламентації поведінки студента, які в свою чергу пізніше стають або можуть виявитись хибними. [15]

Висновок до розділу I

Отже, проаналізувавши теоретичну частину дипломної роботи, ми можемо зробити висновок, що тривожність, яка проявляється у студентів під час сесії, займає одне з перших місць серед причин, що викликають психічну напругу у студентів вищих навчальних закладів.

Слід також зазначити, що під час депресії, як її типове наслідок, у студента з'являється байдужість до того, що відбувається з ним і навколо нього, значно і на тривалий час знижується працездатність. Студент виявляється не в змозі контролювати свої емоції, розумно керувати своєю поведінкою, що може призвести до виникнення суїцидальної ідеї. Усвідомлення даного фактору та інших неблагополучних наслідків депресії більше ускладнює та робить тяжким психологічний стан людини. Не маючи можливості людині самотійно впоратися з депресією, як і в той же час не вважаючи себе психологічно хворою людиною, не бажаючи йти до лікаря, дана людина віддасть перевагу звернутися за кваліфікаційною допомогою до психолога.

В даному розділі висвітлені найбільш болючіші для студентів тривожні та депресивні стани, які впливають на виникнення суїцидальної ідеї. Існують такі найбільш вагомні кризи: 1) криза першого курсу; 2) криза третього курсу (середини навчання); 3) криза відрахування. Саме на них слід акцентувати увагу при вивченні даної тематики.

Слід також зазначити, що у кращому випадку студент успішно долає кризи, стає більш самостійним і відповідальним і поступово адаптується до навчального процесу. У гіршому випадку він не витримує психологічного стресу, пропускає заняття і завалює сесію. Тому для психолога дана тема є актуальною для вивчення і подальшої роботи в даній сфері.

Розділ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ІДЕАЦІЇ В КОНТЕКСТІ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ.

2.1. Методичне забезпечення емпіричного дослідження.

Суїцидальна ідеяція у студентів у контексті переживання тривожних та депресивних станів потребує емпіричного вивчення.

Для досягнення даної мети були використані наступні методи:

- 1) Опитувальник для визначення ризику суїциду Б. Любан-Плоцца;
- 2) Шпитальна шкала тривоги та депресії (HADS).

Для реалізації поставленої мети, були використані такі методи математичної обробки даних (дисперсійний аналіз, кореляція, визначення значення медіана).

У дослідженні прийняло участь 120 осіб віком 17 та 20 років, це студенти 1 та 3 курсів. Всі досліджувані навчаються в Сумському Державному університеті (групи ПЛ-61, ПЛ-81, СР-61, СР-81, ПР-61, ПР-81, ЮФ-89, ЮФ-69).. Для емпіричної частини роботи були опитані як жінки, так і чоловіки підгрупа респондентів жіночої статі – налічує 60 осіб (1 курс – 30 осіб; 3 курс – 30 осіб), та підгрупа респондентів чоловічої групи – налічує 60 осіб (1 курс – 30 осіб; 3 курс – 30 осіб). Для дослідження параметрів були використані наступні методики - Опитувальник “Шпитальна шкала тривоги та депресії (HADS)” була складена для виявлення рівня тривоги та депресії у опитуваних, з метою подальшої роботи або вивчення. Шкала складена з 14 тверджень, і включає дві частини: тривога (I частина) і депресія (II частина). Для інтерпретації необхідно підсумувати бали по кожній частині окремо: 0-7 балів норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);

8-10 балів (субклінічна виражена тривога / депресія).

11 балів і вище (клінічно виражена тривога / депресія). [16]

Опитувальник для визначення ризику суїцид Б Любан-Плоцца призначений для діагностики суїцидальної ризику з метою подальшого вивчення та корекції. Дана методика вважається універсальною для

виявлення суїцидального ризику у молодих людей.

Опитувальник складається з 16 питань. Приблизний час тестування 5-10 хвилин.

Обробка результатів:

Тестовий показник - сума відповідей "так" на питання 1-11 і "ні" на питання 12-16. Чим вище сумарний показник, тим вище ризик суїцида. інтерпретації результатів тестування:

0-3 балів – низький тестовий показник;

4-6 балів – знижений тестовий показник;

7-10 балів – середній тестовий показник;

11-13 балів – високий тестовий показник;

14-16 балів – дуже високий тестовий показник.

Отриманні результати оброблялися за допомогою математичної статистики (описова статистика, кореляція). [17]

2.2. Дослідження відношення студентів до суїцидальних думок, тривоги та депресії.

Таблиця 1

Загальні показники по тривозі, депресії та схильності до суїциду по всім групам респондентів

	Депресія	Тривога	Схильність до суїциду
Середнє	4,69	6,81	4,96
Коефіцієнт варіації	57%	41%	46%
Стандартне відхилення	2,67	2,80	2,29

Отримавши загальні результати дослідження по 1 та 3 курсам, ми отримали такі дані по депресії. Як ми можемо бачити з табл. 1, рівень тривоги у досліджуваній вибірці є вищим ніж рівень депресії, але відмінність між показниками є незначущими (стюден тест – 3.47). За рівнем депресії у вибірці існує більша варіація ніж за рівнем тривоги (відповідно 57 і 41). Схильність до суїциду у досліджуваній вибірці відповідає рівню нижче середнього.

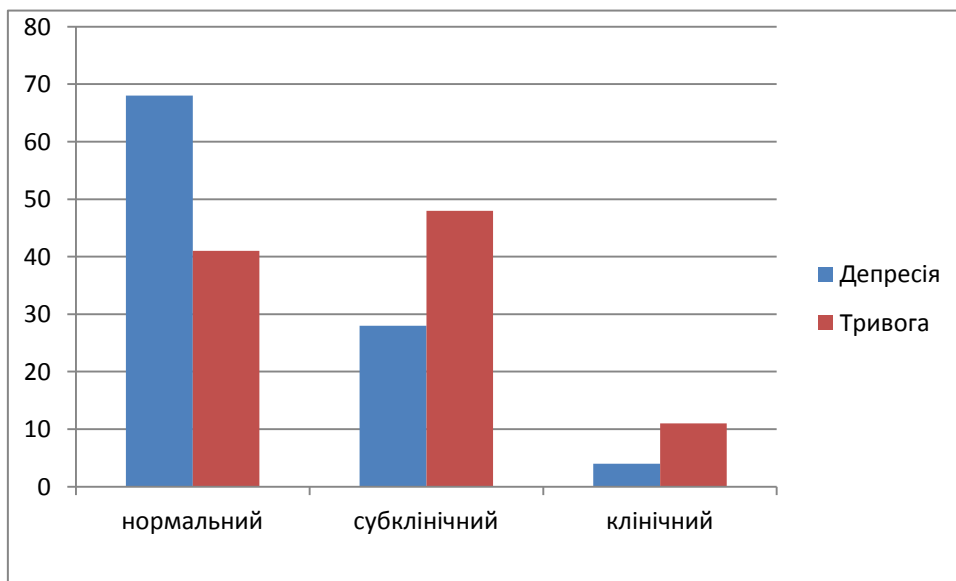


Рис.1. Розподіл опитуваних за рівнем вираження тривоги та депресії.

Незважаючи на те, що відмінності між середнім значенням між тривогою та депресією не було, з рис.1 ми можемо побачити певні відмінності у

кількості досліджуваних за рівнем тривоги та депресії. Для депресії характерна більша кількість 68 % з нормальним рівнем депресії. В той час як з нормальним рівнем тривоги лише 41 %, з іншого боку субклінічний рівень майже у половини опитуваних і тільки у 28% має місце субклінічний рівень депресії. Також клінічний рівень тривоги має місце у 11% опитаних, і клінічний рівень депресії тільки у 4 % опитаних.

Отримавши загальні результати дослідження по 1 та 3 курсам, ми отримали такі дані по схильності до суїциду:

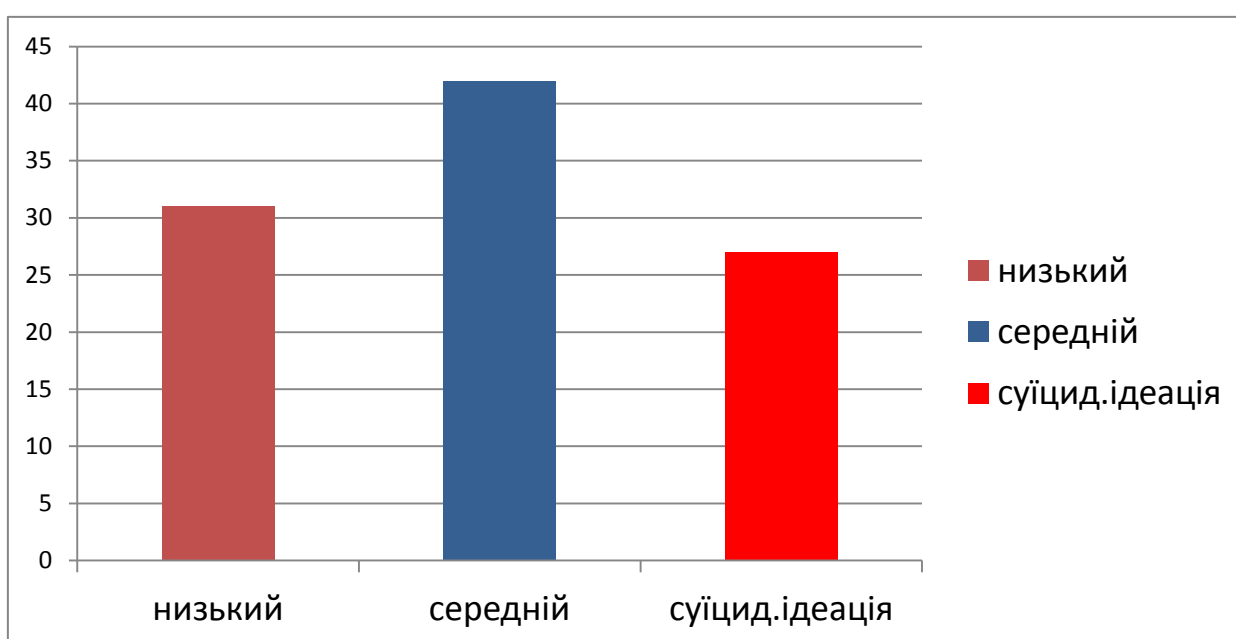


Рис.2. Розподіл опитуваних за рівнем вираження схильності до суїциду.

З рис.2 ми можемо побачити певні відмінності у кількості досліджуваних за рівнем суїцидальної ідеації. Для суїцидальної ідеації характерна більша кількість 42 % з середнім рівнем. В той час як з нормальним рівнем лише 31 %, з іншого боку суїцидальна ідеація виникає у 27 % опитаних. Тобто майже половина опитаних респондентів має середній тестовий показник з суїцидальної ідеації.

Таблиця 2

Показники тривоги, депресії та схильності до суїциду чоловічої та жіночої підгрупи

	Депресія		Тривога		Схильність до суїциду	
	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч
Середнє	5,58	3,8	7,26	6,36	4,53	5,4
Коефіцієнт варіації	54%	50%	43%	38%	55%	38%
Стандартне відхилення	3,03	1,9	3,10	2,40	2,47	2,03

Отримавши результати дослідження, ми отримали такі дані по депресії, тривозі та суїцидальній ідеації жіночої та чоловічої групи. Як ми можемо бачити з табл.2, рівень тривоги у досліджуваній вибірці є вищим ніж рівень депресії, але відмінність між показниками є незначущими (студент тест). Рівень депресії у жіночої групи знаходиться дещо більшим в порівнянні з показниками чоловічої групи. Слід також зазначити, що рівень тривоги у жіночої групи також має дещо більші показники в порівнянні з групою чоловіків. Рівень схильності до суїциду в більшій мірі притаманний чоловічій підгрупі опитаних і знаходиться на середньому тестовому показнику.

Отримавши результати дослідження по жіночій та чоловічим групам, ми отримали такі дані по депресії.

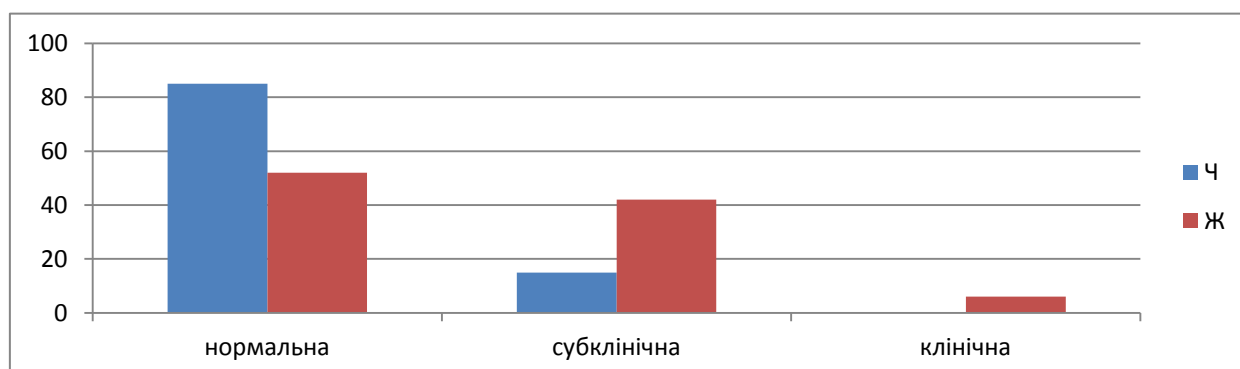


Рис.3. Рівень вираження депресії жіночої та чоловічої групи опитуваних.

З рис.3 ми можемо побачити певні відмінності у групах досліджуваних за рівнем депресії. Для депресії характерна більша кількість 85 % чоловічої групи з нормальним рівнем депресії, в той час як з нормальним рівнем депресії у жіночої групи лише 52 %. З іншого боку субклінічний рівень депресії характерний для жіночої групи 42 % і тільки у 15 % в чоловічої групи має місце субклінічний рівень депресії. Також клінічний рівень депресії має місце у 6% опитаних жіночої групи, в той час як в чоловічої групи клінічний рівень депресії майже не виявлено.

Отримавши результати дослідження по жіночій та чоловічим групам, ми отримали такі дані по тривозі:

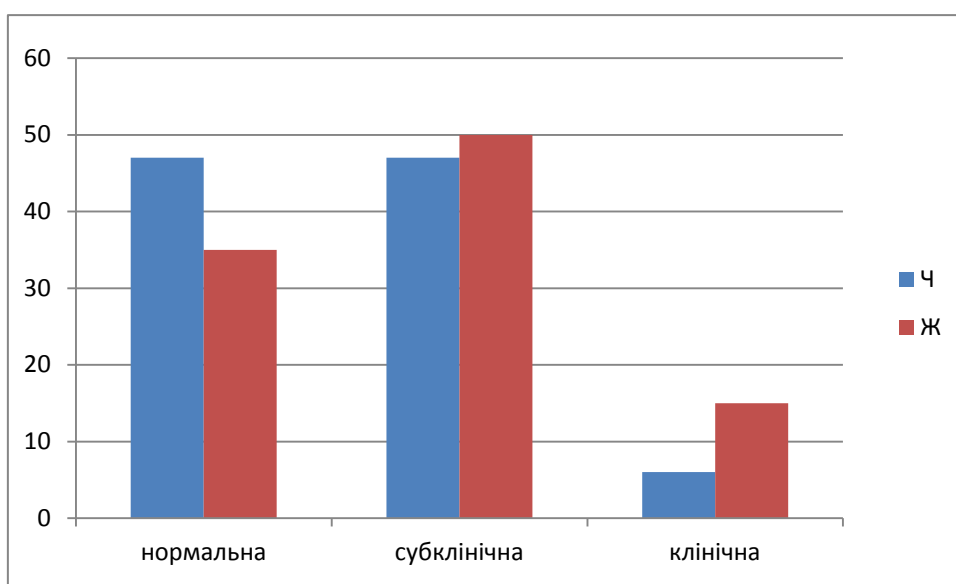


Рис.4. Рівень вираження тривоги жіночої та чоловічої групи опитуваних.

З рис.4 ми можемо побачити певні відмінності у групах досліджуваних за рівнем тривоги. Для тривоги характерна більша кількість 47 % чоловічої групи з нормальним рівнем тривоги, в той час як з нормальним рівнем тривоги у жіночої групи лише 35 %. З іншого боку субклінічний рівень тривоги характерний для жіночої групи 50 % , але у чоловічої групи майже половина 47 % також має місце субклінічний рівень тривоги. Також клінічний рівень тривоги має місце у 15 % опитаних жіночої групи, в той час

як в чоловічої групи клінічний рівень тривоги має лише 6 % опитаних.

Отримавши результати дослідження по жіночій та чоловічим групам, ми отримали такі дані по схильності до суїциду:

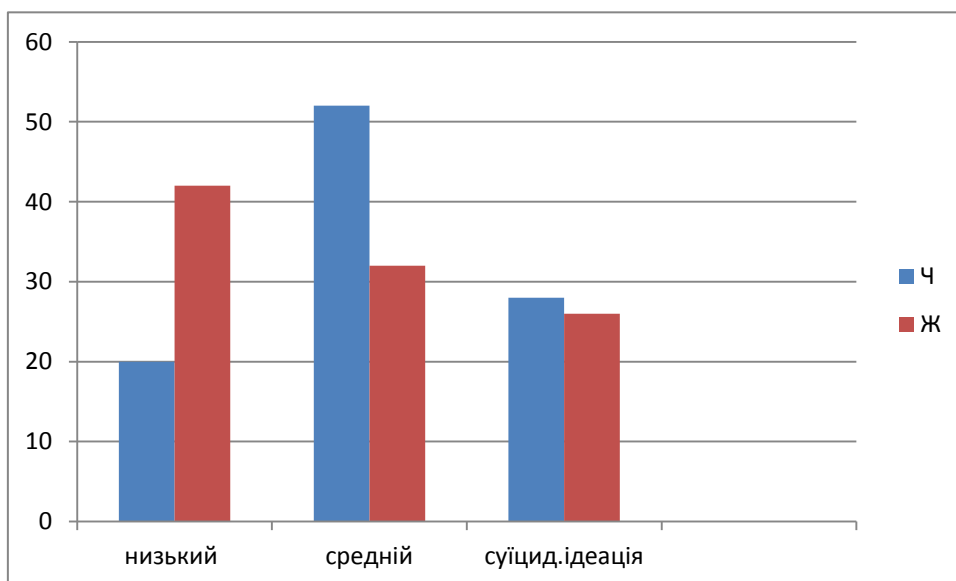


Рис.5. Рівень вираження схильності до суїциду жіночої та чоловічої групи опитуваних.

З рис.5 ми можемо побачити певні відмінності у групах досліджуваних за рівнем схильності до суїциду. По показникам схильності до суїциду характерна більша кількість 42 % жіночої групи з нормальним рівнем схильності, в той час як з нормальним рівнем схильності у чоловічої групи лише 20 %. З іншого боку середній рівень схильності до суїциду характерний для чоловічої групи 52 % , в той час як у жіночої групи схильність становить 32 % опитаних. Слід зазначити що суїцидальна ідеація більш притаманна чоловічій групі і становить 28 %, в той час як у жіночої групи ідеація становить 26 %. Але показники по суїцидальним ідеаціям не є значущими в порівнянні двох підгруп.

Кореляційний аналіз даних

Кореляція – це статистична залежність між випадковими величинами, що носить імовірний характер . Застосування кореляційного аналізу у даній роботі обґрунтовується тематикою вивчення дипломної роботи про зв'язок тривоги, депресії та схильності до суїциду.

За даними дослідження по всім опитуваним групам ми отримали такі емпіричні дані:

Таблиця 3

Загальний кореляційний аналіз по тривозі, депресії та схильності до суїциду по всім групам респондентів.

	<i>Депресія</i>	<i>Тривога</i>	<i>Схильнісит до суїциду</i>
<i>Депресія</i>	1		
<i>Тривога</i>	0,35	1	
<i>Схильнісит до суїциду</i>	0,14	0,17	1
	$p \geq 0,001$		

На даній таблиці ми можемо спостерігати що кореляція присутня між депресією та тривогою (0,357 ; $p \geq 0,001$).

Це може говорити про те, що тривога в даному випадку може бути викликана депресивними станами особистості опитуваних. Тобто між депресією та тривогою є взаємозв'язок.

Таблиця 5

Кореляційний аналіз по тривозі, депресії та схильності до суїциду жіночої групи респондентів.

	<i>Депресія</i>	<i>Тривога</i>	<i>Схильнісит до суїциду</i>
<i>Депресія</i>	1		
<i>Тривога</i>	0,46	1	
<i>Схильнісит до суїциду</i>	0,35	0,37	1
	$p \geq 0,001$		
	$p \geq 0,05$		

На даній таблиці ми можемо спостерігати, що у жіночої підгрупи також виявлена кореляція між тривогою та депресією, проте дані показники також певним чином корелюють зі схильністю до суїциду (0,463 ; $p \geq 0,001$). Це може свідчити про те, що депресія та тривога певним чином супроводжує суїцидальні думки.

Також у жіночої підгрупи виявлений зв'язок між схильністю до суїциду та депресивними станами (0,376 ; $p \geq 0,05$). Так само як з тривожними станами.

Таблиця 6

Кореляційний аналіз по тривозі, депресії та схильності до суїциду чоловічої групи респондентів.

	<i>Депресія</i>	<i>Тривога</i>	<i>Схильність до суїциду</i>
<i>Депресія</i>	1		
<i>Тривога</i>	0,04	1	
<i>Схильність до суїциду</i>	-0,01	-0,04	1

На даній таблиці ми можемо спостерігати, що у чоловічої підгрупи кореляцією не виявлено жодних взаємозв'язків між параметрами.

Це може свідчити про те, що в чоловічої підгрупи тривога та депресія не яскраво виражена, але в порівнянні з жіночою групою, в чоловічої більш виражена схильність до суїциду.

Висновок до розділу II

Отже, проаналізувавши емпіричну частину дипломної роботи, ми можемо зробити такий висновок, що рівень тривоги у досліджуваній вибірці є вищим ніж рівень депресії, але відмінність між показниками є незначущими.

Для депресії характерна більша кількість 68 % з нормальним рівнем депресії. В той час як з нормальним рівнем тривоги лише 41 %, з іншого боку субклінічний рівень майже у половини опитуваних і тільки у 28% має місце субклінічний рівень депресії. Також клінічний рівень тривоги має місце у 11% опитаних, і клінічний рівень депресії тільки у 4 % опитаних.

Також були виявлені певні відмінності у кількості досліджуваних за рівнем суїцидальної ідеації. Для суїцидальної ідеації характерна більша кількість 42 % з середнім рівнем. В той час як з нормальним рівнем лише 31 %, з іншого боку суїцидальна ідеація виникає у 27 % опитаних. Тобто майже половина опитаних респондентів має середній тестовий показник з суїцидальної ідеації.

Роблячи загальний висновок по емпіричній частині, треба зазначити що рівень депресії у жіночої групи знаходиться дещо більшим в порівнянні з показниками чоловічої групи. Слід також зазначити, що рівень тривоги у жіночої групи також має дещо більші показники в порівнянні з групою чоловіків. Рівень схильності до суїциду в більшій мірі притаманний чоловічій підгрупі опитаних і знаходиться на середньому тестовому показнику.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНІ ДОСЯГНЕННЯ В ПОДОЛАННІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ІДЕАЦІЇ ШЛЯХОМ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ.

3.1. Вплив когнітивно поведінкової терапії на суїцидальні думки.

Одне з ключових понять КПТ полягає в тому, що джерело проблем людини з великою вірогідністю знаходиться в самій людині, а не поза нею. Що дискомфорт доставляють не ситуації, а думки людини, оціночне ставлення до ситуацій, до себе і інших людей.

У когнітивно-поведінковій психотерапії, клієнт разом з терапевтом є чимось на зразок дослідників мислення самого клієнта. Задаючи різноманітні, іноді каверзні або смішні питання, пропонуючи провести експерименти, терапевт заохочує клієнта виявляти у себе упередження, ірраціональну логіку, віру в неправду, і спробувати їх оспорити, тобто поставити під сумнів.[18]

Подібний "перегляд" своїх ідей відносно себе, навколишнього світу і інших людей, допомагає впоратися з депресією, позбавитися від тривоги або невпевненості в собі, підвищити асертивність і самооцінку і вирішити інші проблеми. Альберт Елліс в одній зі своїх книг виклав свою точку зору на психічне здоров'я, склавши список основних критеріїв емоційного здоров'я людини.

Ще один важливий базовий момент в когнітивно-поведінковій психотерапії – цей розгляд думок, почуттів і поведінки в комплексі, як взаємозв'язаних, і, відповідно, що сильно впливають один на одного. Полегшивши напругу, що йде від думок, само собою полегшується напруга в почуттях і у вчинках. Як правило, людям легко вдається застосовувати навички когнітивно-поведінкової терапії на практиці.[19]

У якомусь сенсі цей напрям психотерапії є чимось на зразок навчання / тренінгу / коучинга, що ставить своєю метою поліпшити стан клієнта тут, зараз і в майбутньому.

Терапія ґрунтована на спільній роботі терапевта і пацієнта. Терапевт не

вчить пацієнта, як йому думати правильно, а разом з ним розбирається в тому, допомагає йому звичний тип мислення або заважає. Запорука успіху - активна участь пацієнта, якому належить не лише працювати на сеансах, але і виконувати домашні завдання.

Якщо на початку терапія фокусується лише на симптомах і скаргах пацієнта, то потім поступово вона починає зачіпати неусвідомлювані області мислення – глибинні переконання, а також події дитинства, які вплинули на їх формування. Важливий принцип зворотного зв'язку - терапевт постійно перевіряє, як пацієнт розуміє те, що відбувається в терапії, і обговорює з ним можливі помилки. [18]

Пацієнт разом з психотерапевтом з'ясовують, за яких обставин проявляється проблема: як виникають "автоматичні думки" і як вони впливають на його представлення, переживання і поведінку. На першому сеансі терапевт лише уважно вислуховує пацієнта, а на наступному вони детально обговорюють думки пацієнта і його поведінку в численних повсякденних ситуаціях: про що він думає при пробудженні? А за сніданком? Мета - скласти список моментів і ситуацій, що викликають тривогу. Потім терапевт і пацієнт намічають програму роботи. Вона включає завдання, які потрібно виконати в місцях або обставинах, що викликають тривогу, - поїхати на ліфті, повечеряти в громадському місці... Ці вправи дозволяють закріпити нові навички і поступово змінити поведінку. Людина вчиться бути менш жорсткою і категоричною, бачити різні грані проблемної ситуації. [20]

Терапевт постійно ставить питання і пояснює моменти, які допоможуть пацієнтові зрозуміти проблему. Кожен сеанс відрізняється від попереднього, тому що з кожним разом пацієнт трохи просувається вперед і звикає вже без підтримки терапевта жити відповідно до нових, гнучкіших, поглядів. Замість того щоб "читати" чужі думки, людина вчиться розрізняти свої, починає поводитися по-іншому, а в результаті змінюється і його емоційний стан. Він заспокоюється, відчуває себе живішим і вільнішим. Він починає

дружити з собою і перестає судити себе і інших людей.

Когнітивна терапія ефективна при роботі з парасуїцидальними нахилами, депресією, панічними нападами, соціальною тривожністю, obsесивно-компульсивним розладом і порушеннями харчової поведінки. Цей метод також застосовується для лікування алкоголізму, наркоманії і навіть шизофренії (як підтримувальний метод). В той же час когнітивна терапія підходить і для роботи з низькою самооцінкою, труднощами в стосунках, перфекціонізмом і прокрастинацією.

Вона може застосовуватися як в індивідуальній роботі, так і в роботі з сім'ями. Але не підходить тим пацієнтам, які не готові брати активну участь в роботі і чекають, що терапевт даватиме поради або просто інтерпретувати те, що відбувається. [21]

Суїцидальна криза визначається в когнітивній-психотерапії як здійснення спроби суїциду або гострі напливи суїцидальних думок і бажань. Саме для пацієнтів, що пережили або переживають таку кризу, був створений протокол, сфокусований на думках і поведінці, що викликають суїцидальну кризу. Пропонована в протоколі схема не залежить від діагнозу і розрахована приблизно на 10 сеансів. Важливо відмітити, що інші методи (психофармакотерапія, наркологічні інтервенції) можуть і, як правило, повинні йти паралельно. Крім того, завершення роботи у рамках анти-суїцидального протоколу не означає завершення когнітивної психотерапії. Остання проводиться далі залежно від інших проблем пацієнта і його діагнозу, які визначають когнітивну модель для подальших інтервенцій. Відповідно, виділяється гостра (на основі антикризового протоколу) і тривала (пов'язана з іншими проблемами) фаза роботи.

Згідно когнітивної теорії в основі суїцидальної поведінки лежить певна когнітивна схема, що його запускає. Активізація суїцидальної схеми веде до активізації відповідних когнітивних процесів: підвищеній увазі до тригерів – провокаторів суїцидальної поведінки, і фіксації на думці, що суїцид - єдине рішення проблеми. Охваченність такими думками – важлива ознака

суїциїдальної кризи. [22]

Кризова фаза, у свою чергу, включає певні стадії або етапи : початковий (1-3 сесії); середній (4-7 сесій) і завершуючий (8-10 сесій). До завдань початкового етапу відносяться інформування; мотивування до лікування, розробка "плану безпеки"; збір інформації для когнітивної концептуалізації; формулювання цілей лікування. Важливий підсумок початкового етапу - домовленість про відвертання повторних спроб як головну мету лікування. На початковому етапі важливо також визначити ризик суїциду на основі діагностики рис, що створюють підвищену уразливість до такої поведінки. Моніторинг суїциїдального ризику рекомендується упродовж усього ходу роботи. Терапевтові важливо також висловлювати свою готовність відкрито говорити на тему суїциду (про досконалу або задуману спробу) і обговорювати інші проблеми пацієнта, наскільки б складними вони не здавалися. Особливо важливо з'ясувати власне відношення пацієнта до досконалої суїциїдальної спроби, при цьому можна виділити три основні форми цього відношення : 1) жалкує, що не вийшло; 2) жалкує, що намагався; 3) амбівалентність [21]

3.2. Методи та техніки, які впливають на подолання суїцидальних ідецій студентів.

Когнітивно-поведінкова терапія являє собою короткостроковий метод лікування, як правило, розрахований на 15 сеансів, що проводяться протягом 12 тижнів. Один сеанс, як правило, розрахований на 1 годину. У цей період клієнти повинні усвідомити свої власні спотворені уявлення і установки. Завдання полягають в наступному: клієнтів просять написати, що вони відчувають в певних стресових ситуаціях, і визначити частково неусвідомлювані передумови, що лежать в їх основі, які провокують появу негативних установок (таких, як: «я недосконалий» або «нікому до мене немає діла»).[20]

Когнітивно-поведінкова терапія парасуїцидальних нахилів передбачає індивідуальну роботу терапевта з клієнтом, яка в свою чергу дає найбільш ефективну змогу досягти результату.

Початок роботи психо-терапевтичної роботи з клієнтами, які мають парасуїцидальні нахили, починається з рапорту, встановлення довірливого зв'язку за допомогою вступної бесіди, ключових питань, які дозволять отримати довірливу атмосферу для подальшої успішної роботи.

Нижче представленні 3 дні корекційної роботи, які проводяться на початку роботи з клієнтом. [22]

1 день корекційної роботи

(Визначити травмуючу подію, яка відбулася з клієнтом в найближчий проміжок часу, допомогти клієнтові візуалізувати її, змінити негативне сприйняття цієї ситуації, визначення автоматичного сприйняття ситуації з послідовним записуванням та зниження травмуючої події за допомогою бальної системи)

Техніка №1. Смутні пригадування.

Попросіть клієнта згадати подію, але не в деталях, а тільки його певне

загальне враження від неї. Нехай людина запише ці свої спогади на папері або візьміть та самі запишіть ці спогади. Дана процедура допоможе краще зрозуміти ситуацію яка склалася та її подальшу кореляцію.

1) *Релаксація*. Намагайтесь ввести клієнта в так званий стан релаксації (але навчити цим навичкам релаксації слід завчасно). Треба включити аудіозапис зі звуками природи, класичної музики

2) *Детальне пригадування*. Попросіть клієнта уявити, що він подорожує в своє минуле і повертається до ранніх епізодах свого життя. Виберіть його певну сцену для розгляду. Треба нагадати клієнту, щоб він ввімкнув всі відчуття для її відображення: зір - кольори, певне освітлення, предмети, руху, перспективу яку бачить? Слух - чи може він чути розмови? Сприймає він фонові звуки, можливо музику, розмову в кімнаті, машин на дорозі? Нюх - які запахи? Кінестетика - як рухається, в якому положенні? Емоції - відчуває він себе щасливим чи сумним, можливо злим? З якою силою і в якій певній комбінації? Треба пройтися по всіх цих етапах, але рівномірно і не узагальнюючи. Пам'ять потрібно стимулювати переглядом фотографій та певних щоденників. Також нагадайте клієнту про інші його події, що відбувалися саме в той час. Використовуйте будь-які підказки, які допоможуть клієнтові згадати всі деталі.

3) *Запис*. конспектуйте або запишіть те, про що згадав ваш клієнт. Треба порівняти перше (неясний) з останнім (детальним). Що не вдалося згадати відразу? [11]

Техніка 2. «Визначення атрибуції»

Одна з важливих когніцій - це атрибуція (приписування). Це те, що люди роблять з уявною картою свого навколишнього світу, коли вони приписують деякі причини і наслідки того, що в даний момент відчувають. Вони не знаходять і не відкривають ці атрибуції, а створюють їх вже самі. Дані атрибуції можуть бути певним чином невірними, і не мають до причини якогось відношення, але людина вибирає саме їх.

Задача психолога, запропонувати клієнтові вибрати одну з проблем для

нього та знайти ситуації.

Що на думку людини, викликало дану проблему? Допоможіть йому скласти певний, специфічний список інших можливих для нього причин, які клієнт може уявити. Психолог продовжує до тих пір, поки не складе певний список. Разом з клієнтом знайдіть об'єктивні «за» і «проти» кожного пункту списку. Проаналізуйте причину з найбільшим числом доказів «за» і найменшим - «проти».

Техніка №3. «Визначення оцінки»

Інтенсивність емоції залежить і від того, як вона була сприйнята людиною. Багато клієнтів перебільшують свої емоції. Негативні оцінки емоцій створюють низьку терпимість особи до так званої фрустрації. Якщо клієнт часто говорить собі, що не може перенести чого-небудь, то це переконання може завадити йому впоратися з власними почуттями.

Психолог допомагає клієнту скласти список з десяти подій свого власного минулого, які засмутили його колись. Задача психолога відзначити ступінь розладу на певному континуумі від 17. На данному континуумі викликане певною подією розлад оцінено в 5 балів.

Потім нехай клієнт оцінить дійсні, реальний збитки, яких він зазнав внаслідок даної події. В певному континуумі показана оцінка в 3 бали. Дана різниця в балах показує, наскільки клієнт перебільшує події: + 5.

Спробуйте нагадати клієнту, що наступного разу, коли він буде тривожитися, то він згадав наскільки клієнт перебільшує подію, і спробує знизити свій негатив до реалістичного рівня.

Техніка 4. «Визначення самоінструкування»

Людина постійно веде внутрішній діалог із самим собою, як якщо б у нього в голові знаходився порадижник. Це безперервні розмови, поради, оцінки, обговорення нових стратегій і принципів. У терапевтичній роботі необхідно відкрити доступ до цього поточного діалогу.

Скажіть клієнта, щоб він, коли не заїжджав чимось, особливо намагався звернути увагу на свою автоматичну внутрішню розмову, яка є

самоінструкцією. Нехай він записує, про що думає. Якщо вам потрібна допомога, ви можете записати це на одному з сеансів. Скажіть клієнта, щоб він не повідомив про ці думками звичні речі. Нехай не намагається створити запропоновану пропозицію, ви побачите недоречні або відмінні думки, не залишайте під їх граматичною чи тією цінністю. Нехай він розробляє, як відомо, яка має автоматичну думку, дослідно записує її. Ви повинні почати дослідження після з'явлення перших записів. [12]

2 день корекційної роботи.

(Визначення послідовності негативних думок клієнта за допомогою “когнітивної карти”, визначення перфекціоністських установок (*які також є чинником виникнення парасуїцидальних думок*), по максимуму визначити головні ідеї клієнта, представлення ситуацій клієнтові за допомогою карток і зміна пускового механізму негативного сприйняття ситуації та підняття самооцінки клієнта для емоційної розрядки)

Техніка 5. «Когнітивні карти»

Зверніться до списку результатів ідей вашого клієнта когнітивної картки. Ви можете зробити це, взявши кожне, що ви зробите списку і зіставивши її з усіма своїми думками. Запитайте себе та свого клієнта: чим схожі ці думки? У чому їх чутливість? Яка думка іде спочатку, а яка слідує за нею? Напевно, то в списку є думки: «Я поганий чоловік» і: «Мені потрібно бути докоріненим», тож вони розглядаються як відкриті. Спроби статистики можуть бути повністю компенсовані почуттям невизначеності. Почуття власної невизначеності може бути результатом нездійснених перфекціоністських стандартів. Зафіксуйте взаємозв'язок між думками з використанням графіка або когніції роботи карти. Через один сеанс перегляньте карту і внесете всі запропоновані зміни. У людях з різними емоційними проблемами розглядаються різні та когнітивні карти.

Техніка 6 «Головний список ідей»

Ви можете переконатись у виборі переконаного клієнта та скласти

основний список його. Цей список повинен включати в себе головні думки клієнта, зібрані вами у всіх роботах. У вас має бути не менше 30 пунктів, і він повинен бути якнайбільше вичерпним.

Кожному пронумеруйте і запишіть окремо. Не турбуйте про точні формулювання, ви можете виправити їх після. Єдина помилка, яку ви можете зараз дозволити, - це не включити до списку всіх думків клієнта. Запишіть все: якщо ви повторите, то можете викреслити ці думки. [12]

Техніка 7. «Раціональні переконання»

Виберіть список ситуацій, коли клієнт розкривається. Це може бути конкретний варіант з мінусового і світогоденного або типічного, з кожним клієнтом найчастіше стилізується. Підготуйте раціональні переконання або самонавіювання, який клієнт у цій ситуації можна зробити. Цими переконаннями потрібно переробити позитивні або негативні сторони, але при цьому приєднайтеся до об'єктивних візитів на те, що відбувається. Вітрайте час на тесті, щоб знайти для себе великі раціональні інтерпретації.

На одній сторонній картці записуйте пускові стимули до кожної справи. На інших її стороні - повний опис раціонального сприйняття, який клієнт хоче запропонувати. Продовжуючи мінімум шість тижнів, кількість випадків на день клієнта повинна бути представлена в одній ситуації Коли візуалізація буде чітко, клієнт повинен представити раціональну роботу і також зробити її виразною.

Клієнт повинен використовувати це для того, щоб пізніше піти, коли він не був рефлексивно відтворений раціональним переведеним дійсно, як уявлення. Якщо ірраціональні думки втручаються у свідомість клієнта, він повинен негативно вважати, що американський державний орган переглядає раціональне переведення. Раціональні переконання - це необов'язково робити найнижчі, але й завжди - реально реалістичні сприйняття. У власних випадках терапевт повинен ретельно дослідити ситуацію, щоб побачити саму розумну точку зору.

Техніка №8 «Кращі приклади з свого минулого клієнта»

Зазвичай клієнт вже «має втілення про силу свого власного життя. Корисно нагадує про те, що він уже знає. Попросіть його подумати про поточні моменти, коли він був чимось сильно стурбованим, враженим або засмученим тим, що сьогодні вже немає над ним влади, - тим, що змінилося, подолати. Попросіть його зосередитись на тому моменті, коли він виявив силу над самими собою. Нехай він описує ситуацію, коли вона не виявляє своєї свідомості, а потім спростує його встановити «як саму». Що він говорив сам, коли це так засмагував? Нарешті, говоріть про це, нарешті, приєднайтесь до цього, у своєму перекладі на сьогоднішній день. Що з того, що він говорить сам зараз, він не вірив?[23]

3 день корекційної роботи.

(Визначити, на що саме концентрує увагу клієнт при виникненні травмуючої ситуації, допомогти клієнту змінювати свою точку зору на різні проблеми, визначення ключових когніцій які виникають у клієнта, визначити приховане переконання, скласти антикатастрофізуючий ефект для травмуючих ситуацій та провести емоційну переоцінку психотравмуючої події)

Техніка 9. «Визначення уваги»

Те, на що клієнти звертають увагу, - одна з найважчих для виготовлення когніторів. Багато клієнтів намагаються не використовувати, що має щось робити, що може не використовувати у фокусі. Ви впевнені, що навколишнє середовище (внутрішнє або зовнішнє) змушує їх зв'язатись з іншими чи іншими предметами, які є такими. Тим, хто перешкоджає власній участі у виборі, той перемикає свою владу, заперечує виборче стимулювання з навколишнім життям і стверджують, що саме стимулює змушують уважно враховувати певні особи.

Дайте своєму клієнтові інструкцію наступного разу, коли він відчує, що засмучений, створити уявну картинку того, що його турбує. Якщо він зможе, нехай зробить список ключових компонентів.

Потім запропонуйте йому побудувати ще одну уявну картинку, але

сфокусувавшись на інших ключових компонентах. Це буде важко, тому що до нього постійно буде повертатися початковий образ.

Клієнта треба надихнути на те, щоб він продовжував практикуватися: ця методика добре допомагає навчитися і в реальному житті змінювати свою точку зору на різні проблеми.

Техніка 10. «Визначення прихованого переконання.»

Між емоцією і поведінкою стоїть ще одна когніція, яка називається прихованим переконанням. Приховано, що значно більше клієнтів не знають про своє існування. Після цього, коли клієнт переживає емоцію, але на миттю, він повинен бути будь-який дію. Багато клієнтів заперечують, що дотримуються такої когніції. Тим, що переживає, що між почуттями і діючим нічим не зустрічає, що, як і раніше, відчуває свою емоцію, і вона мінво змушує їх почувати себе певним чином.

Попросіть клієнта зосередитись на тому моменті, коли він залишився на своєму шляху. Шукайте поведінку, а не думка або емоцію. Виберіть ситуацію, коли він грюкнув дверіма, проклинав когось або тікав від небезпеки.

Допоможіть клієнту пригадати ті власні думки і точні когніції, які дозволили клієнтові діяти. Нижче представлено список думок, які ми можемо виявити:

- § «Я повинен висловити свої почуття».
- § «Я не можу їх контролювати».
- § «Це правильний спосіб дій».
- § «Так я зможу уникнути покарання».
- § «Я не винен, що щось змусило мене зробити це».
- § "Я повинен зробити це".
- § «Я зобов'язаний так вчинити».
- § «Я не можу уникнути цього».
- § «Я бажаю це зробити».

Зосереджуйтеся на одній з думок клієнта і змініть її, щоб переконатися,

що ви знайшли потрібну когніцію. Нехай клієнт представляє, що вважає протилежним. Нехай він уявляє собі цю думку, але так само бажає. Запитайте його: як ви думаєте по-іншому, ви б все одно так себе повели? Якщо він відповів - ні, він не повірив собі так само, значить, ви знайшли своє приховане переконання. [24]

Техніка 11. «Антикастрофізуюча практика»

Перерахуйте, що клієнт переказує в катастрофі. Запишіть прогнозовану ситуацію для безпеки. Позначивши більшу шкалу, від 0 до 10 відзначте значення шкоди, коли клієнт очікує (0 - залишається будь-який втратити, 10 - потрібно втратити). Після обговорень, які проводяться через певне проживання, клієнти уявляють кращий можливий результат для економічних питань. Визначте цей результат у тій же шкалі від 0 до 10.

Нехай клієнт, спираючись на минулий результат, зробивши, що більше імені - найкращий результат або катастрофа. Попросіть клієнта використовувати ту шкафель для передбачення небезпеки у майбутньому своєму світі, і він повинен боїтися. Після того, як трапляються, клієнт може звільнити свою скриньку та оцінити, коли він точно перебуває в студії небезпеки. Клієнт повинен ввійти в антикастрофічну регулярність, коли не навчитися оцінити передбачувану небезпеку реалістичних.

Техніка №12. Пом'якшення інтенсивності власних емоцій.

Суть цієї вправи - провести емоційну переоцінку психотравмуючої історії. Напевно, постраждалі люди пропонують визнати ситуацію, сказавши себе наступними: «Дуже шкода, що дійсно може мати місце у моїй житті. Однак я не дозволяю цього події управляти моїм Попередженням і зі зменшенням майбутнього. Я залишив травму в минулому ». Тобто вони переробляють, які руйнують депресивні емоції або втрачають силу ефекту: образа, злість і ненависть перетворюються у великі м'яки та функціональні місця проживання [24]

Висновок до розділу III

Отже, проаналізувавши терапевтичну частину дипломної роботи, ми можемо зробити висновок, що когнітивна терапія ефективна при роботі з суїцидальною ідеацією та суїцидальними нахилами, депресією, тривогою, панічними нападами, соціальною тривожністю, obsесивно-компульсивним розладом і порушеннями харчової поведінки.

Початок роботи психо-терапевтичної роботи з клієнтами, які мають суїцидальну ідеацію в контексті тривожних та депресивних станів, починається з рапорту, встановлення довірливого зв'язку за допомогою вступної бесіди, ключових питань, які дозволять отримати довірливу атмосферу для подальшої успішної роботи.

Згідно когнітивної теорії в основі суїцидальної ідеації лежить певна когнітивна схема, що її запускає. Активізація суїцидальної схеми веде до активізації відповідних когнітивних процесів: підвищеній увазі до тригерів – провокаторів суїцидальної поведінки, і фіксації на думці, що суїцид - єдине рішення проблеми. Охваченність такими думками – важлива ознака суїцидальної кризи.

Когнітивно-поведінкова терапія суїцидальної ідеації передбачає індивідуальну роботу терапевта з клієнтом, яка в свою чергу дає найбільш ефективну змогу досягти результату.

Тому дана тема є актуальною для вивчення та запобіганню суїцидальної ідеації, тривожних та депресивних станів.

Апробація: за допомогою вже розроблених терапевтичних днів з підібраними методиками, було проведено 2 зустрічі з студенткою педагогічного коледжу, в якій виникають тривожні та депресивні стани з приводу навчального процесу. Індивідуальні консультації були проведені згідно вимогам та обмежені у часі (1 година – 1 сеанс). За допомогою технік когнітивно-поведінкової терапії, ми досягли позитивного результату вже з першої зустрічі та допомогли уникнути суїцидальної ідеації, раціонально підібравши техніки для подолання тривожних та депресивних станів. Суть

підібраних технік полягала в тому, щоб клієнтка краще проаналізувала саму проблему; знайшла ту ситуацію, яка є значущою та болючішою для неї; підняття самооцінки та внутрішніх сил для подолання тривожних та депресивних станів.

Висновок

Отже, проаналізувавши теоретичну частину дипломної роботи, ми можемо зробити висновок, що тривожність та депресія, яка проявляється у студентів під час сесії, займає одне з перших місць серед причин, що викликають психічну напругу у студентів вищих навчальних закладів та викликає суїцидальну ідеацію. У гіршому випадку студент не витримує психологічного стресу, пропускає заняття і завалює сесію. Тому для психолога дана тема є актуальною для вивчення і подальшої роботи в даній сфері.

За допомогою методів математичної обробки ми можемо зробити висновок що рівень депресії у жіночої групи знаходиться дещо більшим в порівнянні з показниками чоловічої групи. Слід також зазначити, що рівень тривоги у жіночої групи також має дещо більші показники в порівнянні з групою чоловіків. Рівень схильності до суїциду в більшій мірі притаманний чоловічій підгрупі опитаних і знаходиться на середньому тестовому показнику.

Отже гіпотеза даної дипломної роботи підтвердилася, так як у чоловічої групи респондентів суїцидальна ідеація дещо більша, в порівнянні з жіночою групою опитаних.

Розглядаючи терапевтичну частину дипломної роботи, ми можемо зробити висновок, що когнітивно-поведінкова терапія ефективна при роботі з суїцидальною ідеацією та суїцидальними нахилами, депресією, тривогою, панічними нападами, соціальною тривожністю. Саме дана терапія являє собою найбільш ефективний вплив на корекцію тривожних та депресивних станів, які в свою чергу можуть викликати суїцидальну ідеацію у студентів.

Список використаної літератури

1. Талалаєвська М.В. Специфіка поняття суїцидальних ідеацій в комплексі психічного здоров'я. *Науковий вісник. Серія «Психологічні науки»*. 2016. С.10. URL: https://royallib.com/book/bek_ulrih/obshchestvo_riska_na_puti_k_drugomu_modernu.html(дата звернення: 11.03.2020).
1. Юрценюк О.С. Депресивні та тривожні розлади у студентів. *Науковий вісник Буковинського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2007. № 2. С. 24 URL: <https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/449> (дата звернення: 05.05.2020).
2. Мазуренко А.А. Тривожні розлади . Київ: Сучасна. шк., 2007. 2-4 с. URL: <http://childrenhealth.center/development/disorders/phobia/> (дата звернення: 20.04.2020).
3. Марюхіна В.В. Рівень тривожності студентів. *Науковий вісник Козильського педагогічного університету*. 2017. С. 23-26. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/uoven-trevozhnosti-studentov-kyzylskogo-pedagogicheskogo-instituta> (дата звернення: 11.02.2020).
4. Гуменна І. Р. Комунікативна компетентність як одна із складових професійної культури майбутніх лікарів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2013. Вип. 29. С. 42-45. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped_2013_29_14(дата звернення: 05.05.2020).
5. Мельник А.П. Особливості прояву тривожності перед випробуванням у студентів педагогічного коледжу. *Науковий вісник Харківського педагогічного університету*. 2013. URL: <https://evolkov.net/rebc/guide1980/>(дата звернення: 13.04.2020).
6. Дубачева А. А. Фобии: понятие, виды и признаки. VIII Междунар. студ. электрон. науч. конф. «Студенческий научный форум» 2016. М., 2016. URL: <http://www.scienceforum.ru/2016/1865/23629>(дата звернення: 20.04.2020).
7. Миколайчук А.В. Депресивні стани та їх прояви. *Львівський державний університет внутрішніх справ*; УДК 378.016:159.98 М.І.

- Миколайчук, 2012 .С 9. URL: <http://eprints.zu.edu.ua/30330/1>(дата звернення: 10.04.2020).
8. Изард К.Э. Психология эмоций. пер. с англ. СПб., 1999. 464 с. С. 252 . URL:http://lib100.com/emotion/psihologiya_emociy/doc/(дата звернення: 20.04.2020)
9. Ильин Е. П. «Психология страха». М.: Изд-во «Питер», Санкт-Петербург, 2017. 252 с. URL:http://www.koob.pro/iljin_e_p/ (дата звернення: 15.04.2020)
10. Казачкова В. Г. Метод незаконченныя предложений в изучении эмоционального и когнитивного компонентов отношений : метод. рекомендации. *Вопросы психологии*. 1988. № 7. С. 154-157. URL: <http://www.voppsy.ru/issues/1989/893/893154.htm>(дата звернення: 11.03.2020).
11. Карпенко Н. В. Професіоналізм та професійні страхи особистості. *Вісник Черкаського університету.Серія : Педагогічні науки*. 2014. Вип. 24. С. 42-47. URL:http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchuP_2014_24_9(дата звернення: 20.04.2020).
12. Косолапов О. М. Психологічна корекція професійних страхів у працівників рятувальних підрозділів державної служби України з надзвичайних ситуацій : на здобуття наук. ступеня д-ра психол. наук : 19.00.09. Харків, 2015. 250 с. С. 18.
13. Кочерга З. Р. Симуляційне навчання на етапі формування і вдосконалення індивідуальних професійних навичок у студентів медичних університетів. *Прикарпатський вісник НТШ. Пульс*. 2017. № 8. С. 163-167. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pvntsh_pul_2017_8_20(дата звернення: 20.04.2020).
14. Кузнецов М. А. Студентські страхи : види, структура, динаміка та шляхи корекції : монографія. М. А. Кузнецов, В. С. Шаповалова ; М-во освіти і науки України ; Харків. нац. пед. ун-т імені Г. С. Сковороди. Харків : Діса плюс, 2016. 342 с. С. 71. URL:<http://dspace.hnpu.edu.ua/handle/123456789/2790> (дата звернення: 24.04.2020).

15. Мовчан М. Феномен страху: його класифікація і рівні. М. Мовчан. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. Сер. : Філософія. 2012. Вип. 10. С. 197-204. URL:http://irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/cgiiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P22DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/NznuoaNz_2012_10_21.pdf(дата звернення: 20.03.2020)
16. Ноздрачев А. Д. Щербатых Ю. В. Физиология и психология страха. *Природа* № 5, 2000 г. URL:http://vivovoco.ibmh.msk.su/VV/JOURNAL/NATURE/05_00/05_61-67.HTM(дата звернення: 20.04.2020)
17. Остополець І. Ю., Шайда Н. П. Феномен емоційної кризи дітей 6-7 років. *Сборник научных трудов «Проблемы экстремальной и кризисной психологии»* 8 с. URL:<http://nuczu.edu.ua/sciencearchive/ProblemsOfExtremeAndCrisisPsychology/vol2/34.ppd>(дата звернення: 20.03.2020)
18. Починок Ю. М. Формування професійної компетентності майбутніх лікарів на засадах міждисциплінарної інтеграції у гуманітарній підготовці. *Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання*. 2020. № 23. С. 357-365. URL: <http://chelpanov.eeipsy.org/index.php/eeip/article/view/197/196>(дата звернення: 20.04.2020).
19. Сіпко Л. О. «Прояв емоційних реакцій та первинних психічних станів особистості у надзвичайних ситуаціях». *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. Серія : Психологічні науки. 2015. Вип. 126. С. 148-152. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPH_2015_126_31(дата звернення: 20.04.2020)
20. Стрілецька І. І. Тривожність як індивідуальна властивість особистості (теоретичний аспект). *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. 2015. Вип. 1(46). С. 266-272. URL:<http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/123456789/13247/1/Strilets%60ka.pdf>(дата звернення: 05.05.2020).

21. Тимофієва М. П. Психологічні умови розвитку комунікативної компетентності майбутнього сімейного лікаря : дис... канд. наук : 19.00.07. АПН України. Ін-т психології ім. Г. С. Костюка. К., 2008. 20 с. С. 3. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/144951053.pdf>(дата звернення: 20.04.2020).
22. Томчук С. М., Томчук М. І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі : монографія. Вінниця: КВНЗ «ВАНУ», 2018. 200 с. С. 54. URL:<http://umo.edu.ua/images/content/depozitar/monografii/>(дата звернення: 20.04.2020).
23. Фрейд З. Запрещение, симптом и страх. Тревога и тревожность : хрестоматія : учебное пособие. сост. В.М. Астапов. Санкт-Петербург : Питер, 2001. URL:http://lib100.com/psychotherapy/anxiety_a/doc/ (дата звернення: 20.03.2020)
24. Шаповалова В. С. Психологічні особливості страхів у навчально-пізнавальній діяльності студентів : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Шаповалова Владислава Сергіївна ; Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. Харків, 2015. 20 с. С.13.URL:<https://dspace.nuph.edu.ua/handle/123456789/8456>(дата звернення: 24.04.2020).