

МІНІСТЕРСТВО КУЛЬТУРИ ТА ІНФОРМАЦІЙНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ

ХАРКІВСЬКА ДЕРЖАВНА АКАДЕМІЯ КУЛЬТУРИ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ ТА ПЕДАГОГІКИ

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СТРЕСОСТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ ТА РИЗИКУ
СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІВЧАТ**

Кваліфікаційна робота

_____ перший (бакалаврський) рівень _____
(назва рівня вищої освіти)

галузь знань _____ 05 Соціальні та поведінкові науки _____
(шифр та назва галузі знань)

спеціальність _____ 053 Психологія _____
(код і назва спеціальності)

освітня програма _____ Психологія _____
(назва освітньої програми)

кваліфікація _____ бакалавр з психології _____

факультет _____ соціальних комунікацій та музейно-туристичної діяльності _____

Викона(ла) студент(ка)
4 курсу ПС – 11 групи
Колмикова Тетяна Борисівна

(підпис)

Науковий керівник
Доцент, кандидат психологічних наук
Перевозна Т.О

(підпис)

Харків, 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНИЙ СТАН ВИВЧЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА СТРЕСОСТІЙКОСТІ ОСОБИСТОСТІ.....	5
1.1. Історія дослідження проблеми стресостійкості особистості	5
1.2. Психологічні особливості суїцидальної поведінки.....	9
1.3. Психологічний аналіз стресостійкості та суїцидального ризику у жінок.....	12
Висновки до першого розділу	16
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ.....	17
2.1. Організаційно-методичні основи дослідження.....	17
2.2. Результати психодіагностичного дослідження.....	19
2.3. Результати кореляційного дослідження та їх аналіз	28
Висновки до другого розділу.....	30
ВИСНОВКИ	31
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	33
ДОДАТКИ	34

Вступ

Проблема взаємозв'язку стресостійкості та суїцидального ризику серед дівчат юнацького віку, як об'єктивна психологічна проблема сучасності не втрачає своєї актуальності. Актуальність проблеми полягає в збільшенні на сьогоднішній день кількості суїцидів серед молоді як наслідку великої кількості стресів у сучасному суспільстві, а також зниження стресостійкості суїцидентів в умовах тривалого стресового впливу.

Ідея дослідження полягає в використанні теоретичних уявлень про стресостійкість та суїцидальний ризик. А також у виявленні взаємозв'язку між стресостійкістю особистості та суїцидальним ризиком у дівчат.

Об'єктом даного дослідження є стресостійкість та суїцидальний ризик у дівчат.

Предметом дослідження є взаємозв'язок між стресостійкістю особистості та суїцидальним ризиком у дівчат юнацького віку.

Гіпотеза: припущення про те, що суїцидальний ризик залежить від рівню стресостійкості.

Мета: дослідити та довести наявність взаємозв'язку між стресостійкістю та суїцидальним ризиком.

Завдання дослідження:

- Проаналізувати основні теоретичні підходи до цієї проблеми.
- Розкрити емпіричні особливості та можливі закономірності між феноменами стресостійкості та суїцидального ризику.
- Визначити рівень стресостійкості та суїцидальний ризик у респондентів.

У другій частині роботи, ми дослідили рівень стресостійкості та суїцидальний ризик у дівчат юнацького віку. У роботі ми використовували

конкретні методи, опитувальники та методики для отримання необхідної інформації, а саме:

1. Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге [12].

2. Тест на самооцінку стресостійкості особистості Лукашевич О. Є [24].

3. Тест «Ваші суїцидальні схильності» З. Корольова [25].

4. Опитувальник суїцидального ризику в модифікації Т. М. Разуваєвої [15].

У нашому дослідженні взяли участь 30 дівчат віком від 16 до 22 років. Освіта, сімейний стан та рід занять не підлягали аналізу. Досліджуваним пропонувалося розглянути послідовно ряд тверджень і оцінити їх прояви за допомогою декількох варіантів відповідей.

1. СУЧАСНИЙ СТАН СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА СТРЕСОСТІЙКОСТІ

1.1. Історія дослідження проблеми стресостійкості особистості

Проблемою стресу та стресостійкості займалися такі зарубіжні вчені, як Р. Лазарус, Г.Сельє і ін. А. І Жукова, Л. І. Божович, Л. Є Личко, Д. Н. Ісаєва, Д. О. Леонтьєв розглядали у своїх працях проблему підліткової стресостійкості. Такі вчені, як Н. І. Бережна, В. А. Бодров, М. Аболін, М. Ю. Денисов, В. Куликов, С. В. Суботін та інші сучасники також займаються дослідженням проблеми стресостійкості.

У дослідженнях Н. І. Бережної, стресостійкість розглядається як якість особистості, що складається із сукупності таких компонентів: психофізіологічний (властивості нервової системи); мотиваційний (сила мотивів визначає емоційну стійкість); емоційний компонент (емоційний досвід особистості, накопичений в процесі подолання негативних впливів екстремальних ситуацій); вольовий компонент (свідома саморегуляція дій); інформаційний (професійна підготовленість, інформованість і готовність особистості до виконання тих чи інших завдань); інтелектуальний (оцінка вимог ситуації, прогноз її можливої зміни, прийняття рішень про способи дій) [2].

У сучасному суспільстві все більш гострою стає проблема збільшення депресивних розладів у молоді, що закінчуються суїцидами. У юнаків і дівчат особливо в несподіваних та суб'єктивно складних для них ситуаціях самовизначення при виборі професії, в дружбі і любові можуть виникати серйозні порушення, як у фізіологічному, так і в психологічному плані, і тоді особистість занурюється в стресовий стан. Природно, що одні з стресів можуть мати емоційно позитивне забарвлення, а інші - емоційно негативне. Далеко не всі з них небезпечні для здоров'я, не всі ведуть до депресії. Маловивченою залишається проблема нервово-психічної стійкості у молоді в

умовах вікової юнацької кризи, що викликає негативний стрес і дезадаптацію [19, с. 196].

Стресостійкість - це індивідуальна психологічна особливість, яка полягає в специфічному взаємозв'язку різнорівневих властивостей інтегральної індивідуальності, що забезпечує біологічний, фізіологічний і психологічний гомеостаз системи і веде до оптимальної взаємодії суб'єкта з навколишнім середовищем в різних умовах життєдіяльності і діяльності [21].

Особливої актуальності проблема підвищення стресостійкості набуває в зв'язку з соціальною, економічною, політичною і практичною значущістю забезпечення належного рівня стійкості до стресу в суспільно необхідних видах діяльності. Причина пильної уваги до проблеми стресостійкості пов'язана з особливостями переходу до інформаційного суспільства, зростанням науково-технічного прогресу, підвищенням конкуренції і вимог до професійної діяльності [13, с. 82].

Слід зазначити, що стресостійкість як будь-який психологічний феномен з'являється не відразу, а має своє онтогенетичне походження, будучи і засобом, і результатом психічного розвитку особистості [13, с. 82].

Встановлено, що найбільш виразно стрес починає проявлятися в підлітковому віці. Це пов'язано з віковими психофізіологічними особливостями підлітків, освоєнням соціального простору, апробації соціальних ролей, а так само з кризою ідентичності особистості, що виявляється в пубертатному періоді. Ця криза характеризується:

- 1) фізичною акселерацією і статевим дозріванням;
- 2) емоційною нестабільністю, афективністю і амбівалентністю;
- 3) стурбованістю соціальним уявленням про себе: вже не дитина, але ще не дорослий;
- 4) необхідністю знайти своє покликання, яке відповідає придбаним умінням, індивідуальним здібностям, вимогам суспільства [3, с. 3].

Проаналізувавши причини стресу, можна побачити, що їх існує велика кількість, тому що у кожної людини свій індивідуальний організм, психіка,

спосіб життя, тому, один і той же фактор на одну людину може не вплинути зовсім, або зробити незначний вплив, в той час як інша особистість буквально захворює.

Аналіз літературних джерел, дозволяє зазначити, що сутністю стресу є неспецифічні вимоги, що пред'являються впливом різних стресорів. Вперше неспецифічна пристосувальна реакція була описана Г. Сельє [20, с. 67].

Згодом вона стала відома як загальний адаптаційний синдром (ЗАС) або синдром біологічного стресу. Г. Сельє виділяв 3 фази розвитку ЗАС [16, с. 119]:

1. «Аларм» - реакція. На цій стадії відбувається мобілізація адаптаційних резервів. Організм змінює свої характеристики, будучи підданим стресу. Але опір його недостатній, і якщо стресор сильний (важкі опіки, вкрай високі і вкрай низькі температури), може наступити смерть [16, с. 119].

2. Фаза опору. Якщо дія стресора сумісна з можливостями адаптації, організм пручається йому. Ознаки «аларм» - стадії практично зникають, рівень опору піднімається значно вище звичайного [16, с. 119].

3. Фаза виснаження. Після тривалої дії стресора, до якого організм пристосувався, поступово виснажуються запаси адаптаційної енергії. Знову з'являються ознаки реакції мобілізації по тривозі, але тепер вони незворотні, і індивід гине [16, с. 119].

1.2. Психологічні особливості суїцидальної поведінки

Суїцидальна поведінка - це психічний розлад, який супроводжується виникненням нав'язливих думок про навмисне припинення свого життя, тобто, самогубство [8].

Аналіз наукових досліджень демонструє, що суїцидальна поведінка має зовнішній і внутрішній плани, які в єдності утворюють відносно стійку, цілісну й типологічно своєрідну структуру, що відображає індивідуальність суїцидента, тип його особистісної кризи. Психологічну структуру

суїцидальної поведінки складають: мотиваційний, афективний, орієнтовний, виконавчий компоненти [25, с. 162].

Таким чином, можна констатувати, що зовнішніми формами суїцидальної поведінки є завершене самогубство і суїцидальна спроба або парасуїцид. Обдумування, розгляд або планування самогубства відноситься до суїцидального мислення [22].

На основі аналізу літератури суїциди умовно можна розділити на категорії: істинні, демонстративно-шантажні та афективна суїцидальна поведінка. Істинний суїцид реалізується людиною в тому випадку, коли вона навмисне позбавляє себе життя, тоді як демонстративно-шантажні суїциди використовуються для досягнення будь-якої мети за допомогою маніпуляцій. Афективний суїцид скоюється людиною у стані афекту, який може розтягуватися на кілька хвилин, а може й відбуватися протягом декількох годин [9].

Існують теоретичні підходи до вивчення суїцидальної поведінки, що сформувались на межі психології, соціології та філософії. Найперше, це проблема відчуження людини від суспільства та самої себе (Е. Фромм), усвідомлення абсурдності існування (А. Камю) та втрати сенсу життя (В. Франкла). Психоаналітичну позицію представлено поглядами З. Фрейда на самогубство як на крайній вияв інстинкту Танатосу – агресії, спрямованої на себе. А. Адлер розглядав проблему самогубства на тлі власної теорії про комплекс неповноцінності. Він вважав, що приймаючи рішення про вчинення суїциду, особистість переборює дитячі комплекси неповноцінності та самостверджується [14, с. 12].

Під суїцидом розуміються два різнопорядкових явища: по-перше, індивідуальний акт поведінки, умисне позбавлення себе життя конкретною людиною; по-друге, щодо масового, статистично стійкого соціального явища, яке полягає в тому, що певна кількість людей добровільно йдуть з життя. Не визнається суїцидом позбавлення себе життя особою, що не усвідомлює сенс

своїх дій або їх наслідків (неосудність, діти у віці до п'яти років), в цьому випадку фіксується смерть від нещасного випадку [18].

Психологічний сенс суїциду найчастіше полягає у відреагуванні афекту; в знятті емоційної напруги; в ухилянні від тієї ситуації, в якій волею неволею опиняється людина. Люди, які вчиняють суїцид, зазвичай страждають від сильного душевного болю та перебувають в стані стресу, а також відчують неможливість впоратися зі своїми проблемами [18].

Важливим фактором, безпосередньо включеним в структуру суїцидальної поведінки, є наявність суїцидальної установки. Суїцидальні думки представляють когнітивний аспект суїцидальної установки, пов'язані з початковим етапом суїцидального процесу та відносяться до факторів його ризику [1, с. 139].

В цілому можна стверджувати, що суїцидальна поведінка залежить від ряду факторів, які можуть бути розділені на внутрішні й зовнішні. Внутрішніми чинниками суїцидальної поведінки є індивідуальні особливості особистості суїцидента (характер, психофізичний та емоційний стани тощо), що підвищують ризик суїциду. До зовнішніх факторів належать: мікросоціальні умови біографічного характеру, перш за все сімейне виховання; міжособистісні стосунки в референтній групі – сімейній, дружній або професійній; дезадаптаційні об'єктивні чинники діяльності [25, с. 163].

Також, важливим фактором суїцидального ризику є дитяча травматизація, або ж жорстоке поводження з суїцидентом в дитинстві, коли дитина може піддаватися фізичному, сексуальному або емоційному насиллю, частіше з боку сім'ї та родичів. Але не завжди насилля пережите в дитинстві призводить до суїциду у більш усвідомленому віці. В той же час соціальна підтримка може бути важливим фактором для того, щоб запобігти скоєнню самогубства [29].

Однією з найважливіших причин суїциду є депресія. У стані депресії самогубство сприймається як порятунок від розпачу, безнадійності, болісної незадоволеності собою, болі (особливо постійної) [8, с. 76].

Слід зазначити, що наявність психотравмуючої ситуації - недостатня умова для прояву суїциду. Друга складова - особистісні особливості суїцидента. Виявляється ряд особливостей особистості, що не дозволяють їй адекватно реагувати на життєві проблеми і тим самим призводять до суїциду. До них часто відносять напругу потреб і бажань, невміння знайти способи їх задоволення, відмова від пошуку виходу зі складних ситуацій, низький рівень самоконтролю, невміння послабити нервово-психічне напруження, емоційну нестабільність, імпульсивність, підвищену сугестивність, безкомпромісність і відсутність життєвого досвіду [8, с. 76].

Існує багато причин для скоєння самогубства. Т. Ткаченко, А. Бачериков, Р. Лакинський та інші автори приводять ряд факторів, що впливають на суїцидальні дії [14].

1. Демографічні фактори. Люди похилого віку, підлітки та чоловіки схильні до завершувальних суїцидів, тоді як незавершений суїцид є характерним для людей молодого віку, із низьким освітнім рівнем, безробітних, жінок та людей з відсутністю шлюбу [14].

2. Психопатологічні фактори. Суїцидальна поведінка також представлена в ситуації наявності психічного порушення, через яке мають місце проблеми встановлення контактів з оточуючими, що впливає не тільки на хворого, але й на тих, с ким він проживає [14].

3. Психологічні фактори. Такими факторами постає особисте відчуття можливості вкоротити собі віку; сексуальне чи фізичне насильство, що сталося в дитинстві; занадто активний пошук допомоги у вирішенні власних проблем; підвищена емоційна реактивність; агресивні/імпульсивні риси особистості; відчуття песимізму і втрати надії; низька самооцінка; психологічна закритість. Кожен із цих чинників підвищує психологічний дистрес до такого рівня, коли він стає надто сильним. Самогубство в цій ситуації стає засобом втечі від психотравмуючої ситуації [14, с. 13].

4. Психічні травми. Стрес, котрий людина отримує на протязі життя може стати пусковим механізмом для того, щоб піти з життя. Наприклад,

робота, що має пряме відношення до стресових ситуацій підвищує шанс того, що людина реалізує суїцидальну поведінку [14].

5. Інші фактори. Сюди входить наявність невиліковних хвороб, прямий доступ до медичних препаратів та зброї [14].

1.3. Психологічний аналіз стресостійкості та суїцидального ризику у дівчат юнацького віку

«Стресостійкість - це сукупність індивідуальних психологічних властивостей, які виступають в якості базових психологічних механізмів корекції стресових станів» - так писав Поль Фресс [26, с. 111].

У вивченні стресостійкості велику роль відіграють гендерні відмінності. Саме вони є важливою частиною реакцій на стресори та допомагають в якійсь мірі визначити схильність до стресу, емоційну вразливість та алгоритми боротьби із наслідками гострого та хронічного стресу [11].

Жіночий та чоловічий організми значно відрізняються своїми реакціями на стрес. Науково доведено, що організм жінок виробляє більшу кількість гормонів стресу, а коли причина стресу ліквідована, то він насилу припиняє їх надходження. Довготривалий вплив гормонів стресу є шкідливим для клітин мозку, зокрема для тих, що відповідають за пам'ять. Виявлено, що жінки більш піддані стресу за фізіологічним показником і менш витривалі психологічно. Якщо трапляється якась неприємна ситуація, або жінка переживає негативні почуття у зв'язку з якоюсь подією, то вона схильна до постійної рефлексії, тобто переживанні цієї ситуації знов і знов у своїх думках, що також може викликати стресові стани, особливо якщо це стосується стосунків з близькими людьми. Накопичення негативних емоцій залишає не найприємніший відбиток на психічному здоров'ї жінки, якийсь найменший промах може призвести до тяжкої і глибокої депресії, сльозам, апатії. Доведено, що стрес стає причиною головної болі, панічних реакцій,

навіть може стати причиною безпліддя і призвести до серйозних проблем із сексуальним життям [5].

На думку Жукова Д.А. жінки мають нижчу стресостійкість, у порівнянні з чоловіками, через те, що деякі фізіологічні зміни в організмі під час стресу повільніше повертаються до нормального стану. Також, після впливу стресорів, жінкам потрібно більше часу для того, щоб знизити гормон кортизолу до його початкового стану. Поряд з цим швидкість мобілізації регуляторних систем в умовах емоційного стресу у жінок вище, ніж у чоловіків. Це виражається в більш інтенсивному наростанні рівня збудження, швидкої загальної емоційної активацією жіночого організму [10].

Щодо схильності до суїцидальної поведінки, у ряді наукових публікацій розглядаються характерні для жінок фактори, що до цього призводять. Проглядаючи роботи В. Ф. Войцех, можна побачити, що вік є дуже важливою складовою переліку чинників суїцидального ризику у жінок. Стає зрозуміло, що з підвищенням віку ризик зростає і сягає свого максимуму після 75 років [6].

У дослідженнях Кашиної Е. В. і Голенкової А. В. наводяться приблизно однакові дані, що й у роботах Войцех В. Ф. Відзначається, що частота самогубств припадає на вік 70 років і старше [7].

У літературі також розглядаються економічні фактори, що можуть призвести до суїцидального ризику. До них відноситься безробіття та низький рівень доходу. Повідомляється, що жінки, які мають рівень доходу на 13% нижчий за середній рівень доходу жіночого населення в цілому, частіше думають про суїцид, а у якості факторів, що спонкають до суїцидальних дій, автори виділяють переживання емоційних труднощів, вживання психоактивних речовин та фізичні ушкодження [27].

Розглядаючи професійний статус, як фактор суїцидального ризику автори вказують, що жінки з високим і низьким кваліфікаційним рівнем стають жертвами суїциду частіше за жінок, котрі займають середні позиції за професійною діяльністю [28].

У значній кількості публікацій аналізуються клінічні фактори суїцидального ризику для жінок. Головна роль серед них відводиться психічним патологіям. Згідно результатам проведеного дослідження Сливко К. Ю низький суїцидальний ризик характерний для жінок, які не мають психічних розладів і зловживають психоактивними речовинами; середній – для жінок з афективними розладами; високий - для жінок з ендогенними та органічними психічними розладами [4, с. 20-21].

Що стосується досліджень суїцидального ризику серед дівчат юнацького віку, можна сказати, що на даний момент існує невелика кількість робіт, котрі присвячені цій темі. Беручи до уваги такі обставини все ж можна виділити особливості, що впливають на їх відношення до суїциду, до таких особливостей відносять: низьку самооцінку, зацикленість на емоційних переживаннях, чутливість до відносин між людьми, а особливо між близькими та родичами. Частіше за все факторами задля такої поведінки виступають у вигляді втрати сенсу життя та слабкості [17].

Висновки до першого розділу

Беручи до уваги ті дані, котрі були проаналізовані на даному етапі, можна сформулювати ряд положень, які генерують суїцидальну поведінку жінок. Перш за все, не виникає сумнівів у тому, що чоловіки частіше за жінок вчиняють суїцидальні акти. Стає відомо, що із переліку факторів суїцидального ризику загально визнаними виступають: похилий вік, низький рівень доходу та наявність психічних розладів. У той же час, разом із уже відомими фактами, все одно залишається багато незрозумілого у цьому питанні. Фактично, на сьогоднішній день у дослідженнях з приводу суїцидальної поведінки у жінок більше нерозкритих питань, аніж відповідей на ці питання.

Що стосується стресостійкості, то тут також можна виділити кілька основних положень. Головним із них вважається, що стресостійкість потрібна людині для того, щоб адекватно переживати стреси, котрі можуть спіткати на

кожному кроці. Вона виступає так званим щитом, що бореться не тільки зі стресами, але й з суїцидальними тенденціями. Є властивістю особистості, яку можна розвивати. Але і це питання залишається відкритим для нових досліджень.

Аналіз актуального дослідження проблематики дозволяє зробити висновок про те, що проблеми взаємозв'язку суїцидального ризику та стресостікості залишаються не до кінця вивченими, в зв'язку з чим вивчення цього питання є актуальним та таким, що потребує детального опрацювання.

2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІВЧАТ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ

2.1 Організаційно-методичні основи дослідження

Мета дослідження: виявити зв'язок між стресостійкістю особистості та суїцидальним ризиком у дівчат юнацького віку.

Об'єкт дослідження: стресостійкість та суїцидальний ризик у дівчат.

Предмет дослідження: взаємозв'язок між стресостійкістю особистості та суїцидальним ризиком у дівчат юнацького віку.

Відповідно до цілі дослідження в експерименті взяли участь 30 осіб жіночої статі, віком від 16 до 22 років. Освіта, сімейний стан та рід занять не підлягали аналізу.

Для реалізації цілей досліду було використано комплекс психодіагностичних та математичних методів. Для комплексного дослідження було використано методики психодіагностичного підходу.

Метод тестування:

Психодіагностика стресостійкості була реалізована за допомогою таких методик та опитувальників:

1. Методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге [12].

Тест спрямований на визначення рівню стресу та стресостійкості (велика опірність стресу, висока опірність, порогова опірність, низька опірність).

Велика опірність. Мінімальна ступінь стресового навантаження. Будь-яка діяльність, незалежно від її спрямованості і характеру тим ефективніше, чим вище рівень стресостійкості.

Висока опірність. Енергія і ресурси не витрачаються на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають в процесі стресу. Тому

будь-яка діяльність оцінюваного, незалежно від її спрямованості і характеру стає ефективніше.

Порогова опірність. Стійкість знижується зі збільшенням стресових ситуацій в житті. Це призводить до того, що особистість змушена левову частку своєї енергії і ресурсів взагалі витратити на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають в процесі стресу.

Низька опірність (ранимість). Особистість змушена левову частку своєї енергії і ресурсів взагалі витратити на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають в процесі стресу [12].

2. Тест на самооцінку стресостійкості особистості Лукашевич О. Є [24].

Методика призначена для визначення рівня стресостійкості. Тест представляє собою анкету, що складається з вісімнадцяти тверджень. Обробка результатів та інтерпретація виконується шляхом підрахунку кількості кожного з варіантів відповіді у загальну суму. Надається три варіанти відповіді: «рідко» - відповідає 1 балу, «іноді» - 2 балам, «часто» - 3 балам. Максимально високий показник – від 51 до 54 бали, що означає дуже низький рівень стресостійкості особистості, низький рівень – від 53 до 50, нижче середнього – від 49 до 46, трохи нижче середнього – від 45 до 42, середній – від 41 до 38, трохи вище середнього – від 37 до 34, вище середнього – від 33 до 30, високий – від 29 до 26, дуже високий – від 18 до 22.

Дослідження суїцидального ризику проводилося з використанням наступних методик:

1. Опитувальник суїцидального ризику в модифікації Т. М. Разуваєвої. Призначений для діагностики суїцидального ризику, виявлення рівня сформованості суїцидальних намірів з метою попередження спроб самогубства [15].

Опитувальник представляє собою бланк із двадцяти дев'яти тверджень, які потрібно оцінити відмітивши біля кожного твердження знак «+», якщо респондент згоден та знак «-», якщо ні. Для інтерпретації результатів

використовується дев'ять шкал (демонстративність, афективність, унікальність, неспроможність, соціальний песимізм, злам культурних бар'єрів, максималізм, часова перспектива та антисуїцидальний фактор), до кожної шкали належать номери суджень, котрі при додаванні утворюють певне число, котре потім множиться на коефіцієнт. Максимальні значення по кожній шкалі різняться.

2. Тест «Ваші суїцидальні схильності» З. Корольова [23].

Респондентам надається малюнок, котрий вони повинні зафарбувати таким чином, щоб малюнок їм самим сподобався, після цього надається розшифровка згідно з інтерпретацією. Ціль тесту – виявити суїцидальні схильності респондентів. У тесті існує 6 варіантів інтерпретацій:

- Залишилося більше зафарбованих, аніж пустих місць. Піддослідні не схильні до суїциду, люблять життя і щиро не розуміють тих, хто готовий з ним добровільно розлучитися [23].
- Нічого не зафарбували в заданій фігурі, а тільки обвели її. Яким би важким не було життя, досліджуваний буде жити, виявлена готовність боротися з усіма життєвими негараздами, долати будь-які труднощі і перешкоди [23].
- Зафарбували не більш як три маленьких частин фігури. Це означає, що при певних обставинах респондент міг би задуматися про самогубство, і якби все обернулося проти нього, то, можливо, навіть зробив би таку спробу [23].
- Зафарбували всю ліву сторону. Піддослідний схильний до суїциду, і інший раз єдине, що його зупиняє перед рішучим кроком, - це любов до близьких людей [23].
- Зафарбували всю праву сторону. Це говорить про те, що досліджуваний часто використовує свої суїцидальні нахили з вигодою для себе [23].

- Продовжили зафарбовування заданої частини фігури, то це говорить про те, що підсвідомо респондент роздумує про смерть, мортидо розвинене настільки ж сильно, як і лібідо [23].

2.2 Результати психодіагностичного дослідження

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

Дослідження суїцидальних схильностей у респондентів відбувалося за допомогою тесту «Ваші суїцидальні схильності» Корольової та опитувальника суїцидального ризику в модифікації Т. М. Разуваєвої.

Тест «Ваші суїцидальні нахили» Корольової не був включеним у кореляційний аналіз через відсутність числових даних. Незважаючи на це, все одно можна зробити деякі висновки (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Кількість респондентів за показниками у тесті «Ваші суїцидальні схильності»

Варіанти відповідей на тест «Ваші суїцидальні схильності»	Кількість респондентів
Залишилося більше зафарбованих, аніж пустих місць.	10
Нічого не зафарбували в заданій фігурі, а тільки обвели її.	5
Зафарбували не більш як три маленьких частин фігури.	3

Зафарбували всю ліву сторону.	3
Зафарбували всю праву сторону.	2
Продовжили зафарбовування заданої частини фігури.	7

За допомогою формули процентного співвідношення ($X*100\%/Y$), можна побачити, що за даними таблиці 2.1 33,3% - респонденти зовсім не схильні до суїцидальних дій, 16,6% - мають дуже низьку схильність до суїцидальних дій, 10% - мають низьку схильність, 10% - мають середню схильність, 6,6% - мають схильність трохи вище середньої та 23.3% - мають високу ймовірність самогубства. Враховуючи отримані дані, робимо висновок про те, що з 100% вибірки 69,9% респондентів взагалі не схильні, або мають низьку схильність до суїцидальних дій, а інші 29,9% знаходяться у групі ризику.

Процентне співвідношення можна показати у вигляді діаграм (Рис.2.1 та рис. 2.2).

Процентне співвідношення за показниками у тесті «Ваші суїцидальні схильності»



Рис. 2.1

Процент співвідношення за показниками у тесті «Ваші суїцидальні схильності»



Рис. 2.2

Також за допомогою цієї ж формули виявлено процентне співвідношення в опитувальнику суїцидального ризику в модифікації Т. М. Разуваєвої. Оскільки у результатах одного респондента може бути більше однієї вираженої шкали, то маємо такі результати (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Кількість респондентів за показниками у опитувальнику суїцидального ризику Разуваєвої Т. М

Субшкали опитувальника суїцидального ризику Разуваєвої	Кількість респондентів
Демонстративність	2
Афективність	16
Унікальність	1
Неспроможність	9
Соціальний песимізм	7
Злам культурних бар'єрів	7
Максималізм	9
Часова перспектива	4
Антисуїцидальний фактор	21

За субшкалою демонстративність було виявлено, що тільки у 6,6% вона є вираженою, тобто дуже малий відсоток людей у даній вибірці має бажання залучати до себе і своїх проблем увагу оточуючих, шкала афективності нараховує 53,3% респондентів, це означає, що половина з них у випадку психотравмуючої ситуації буде покладатися на свої емоції, а не на

інтелектуальний самоконтроль, за шкалою унікальності маємо лише 3,3%, ця шкала відповідає за самосприйняття людини, як чогось унікального. Субшкала неспроможності нараховує 30% від всієї вибірки, ця шкала означає, що людина відчуває себе неспроможною у інтелектуальному, фізичному, або ж моральному плані. Соціальний песимізм був виявлений у 23,3% опитуваних, що характеризує їх як людей, котрі сприймають світ через призму ворожості, їх уявлення про задовільні відносини з цим світом не відповідають очікуванням. Злам культурних бар'єрів характеризується як культ самогубства, тобто пошук культурних цінностей і нормативів, що виправдовують суїцидальну поведінку, інверсія цінності смерті і життя, за цим показником маємо також 23,3%. Шкала максималізму нараховує 30%, це означає, що респонденти, у котрих вона виражена, мають завищені претензії до життя. Часова перспектива виявлена у 13,3% опитуваних, що характеризує їх як людей, котрі не можуть конструктивно спланувати майбутнє, що може бути наслідком застрягання на нинішній ситуації та трансформації неможливості вирішити цю проблему у страх перед невдачами у майбутньому. Остання субшкала – антисуїцидальний фактор, котрий був виявленим у найбільшій кількості респондентів, тобто у 70%, це свідчить про те, що навіть при високій вираженості інших факторів, цей фактор знімає глобальний ризик суїциду.

Окрім процентного співвідношення було розраховано середні значення в опитувальнику суїцидального ризику в модифікації Т. М. Разуваєвої (див. рис. 2.3).

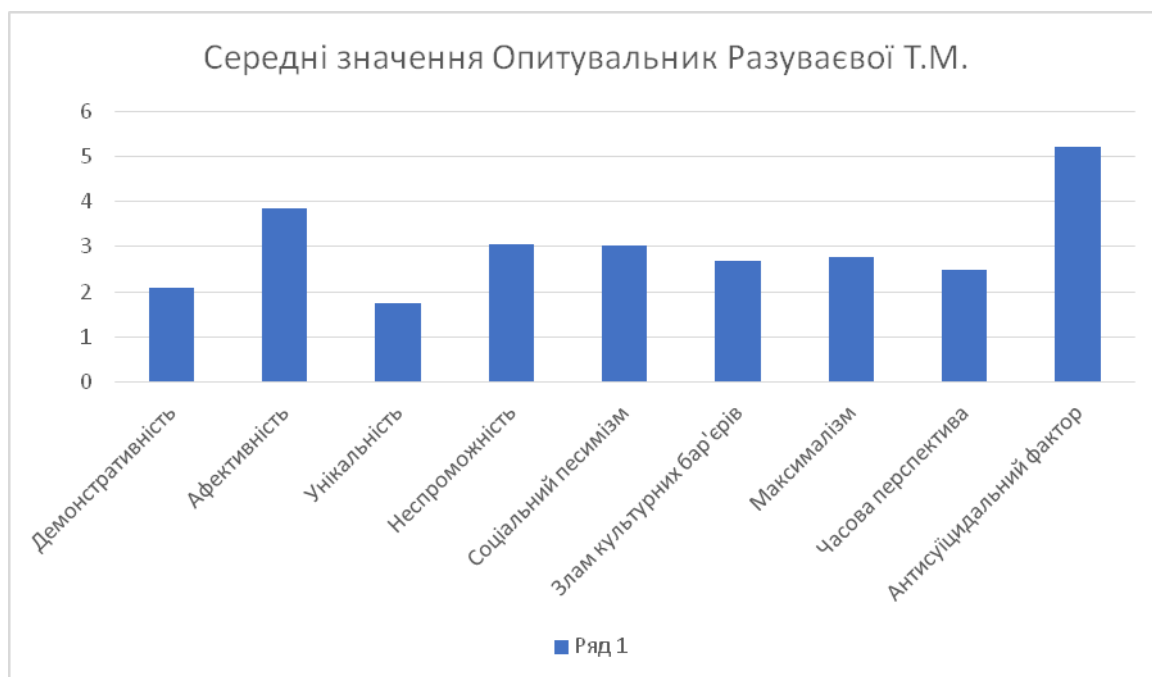


Рис. 2.3

На основі отриманих даних, можна побачити, що переважаючими шкалами виступають афективність та антисуїцидальний фактор, підтвердження цьому також можна побачити у таблиці 2.3. Виражена шкала афективності говорить про те, що у опитуваних емоційна складова домінує над інтелектуальним контролем, такі люди безпосередньо емоційно реагують на психотравмуючі ситуації. Опитувані, у котрих переважає субшкала антисуїцидального фактору мають уявлення про боязнь фізичних страждань і болю, почуття відповідальності за близьких і про те, що суїцид є гріховним.

Найнижчим по значенню виступає субшкала унікальності, це говорить про те, що респонденти не сприймають себе, власне життя і ситуації, котрі виникають на протязі життя як виняткове явище, отже не передбачає такі варіанти вирішення проблем, як суїцид.

У дослідженні також були використані методика Холмса і Раге та Лукашевич О. Є., котрі спрямовані на оцінку рівня стресостійкості. За цими методиками також було вираховано процентне співвідношення і середні значення. Визначення стресостійкості потрібне для того, щоб мати змогу

встановити наявність або відсутність взаємозв'язку між стресостійкістю та суїцидальним ризиком.

Процентне співвідношення за методикою визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Кількість респондентів за методикою визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге

Шкали методики Холмса і Раге	Кількість респондентів
Менше 150 балів	8
150 – 199 балів	8
200-299 балів	11
300 і більше балів	3

Враховуючи результати методики виявлено, що 26,6% опитуваних мають високий супротив до стресів, тобто вони легко адаптуються після психотравмуючих ситуацій. Наступні 26,6% також можна віднести до першої категорії, котра характеризується як високий супротив. 36,6% мають пороговий супротив, що трактується як більш ускладнена адаптація. Остання категорія опитуваних має найнижчий відсотковий показник – 10%, це означає низький супротив та вразливість, може виникнути реальна небезпека, тобто людині може загрожувати психосоматичне захворювання, оскільки особистість близька до фази нервового виснаження (див. рис. 2.4).

Визначивши відсоток за цією таблицею, бачимо, що 90% опитуваних знаходяться у категорії людей, котрі можуть без значних втрат для свого організму перенести стресову ситуацію, навпаки як 10% залишаються у групі ризику

Процентне співвідношення за методикою визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге

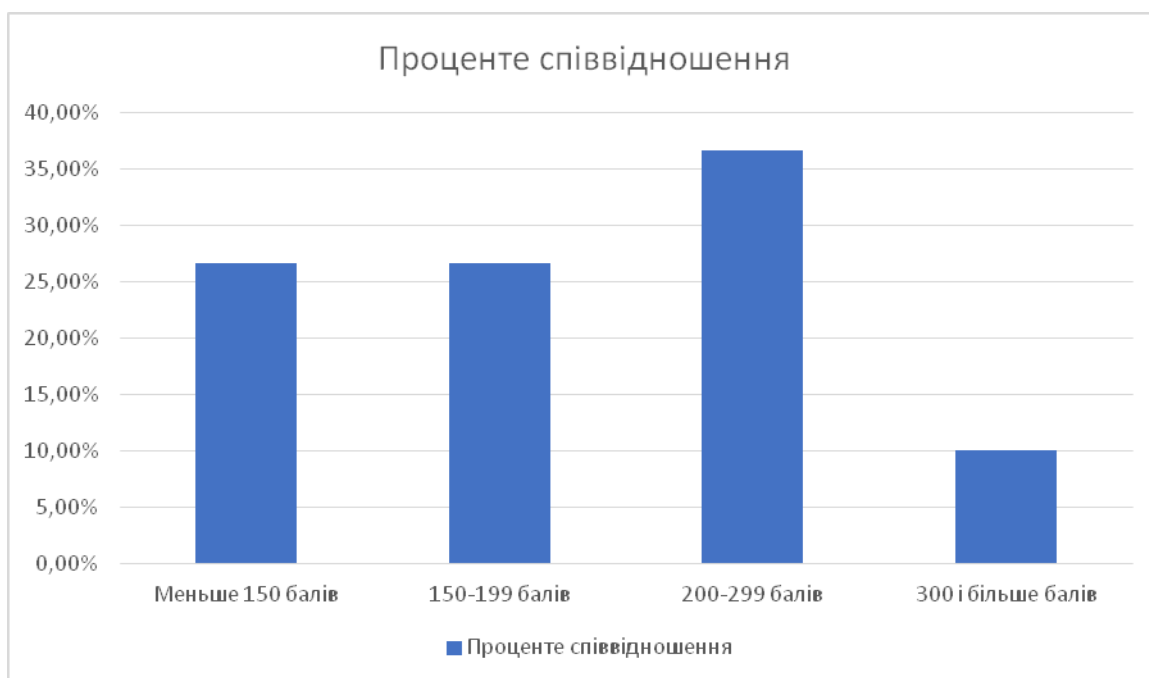


Рис. 2.4

Середні значення за методикою визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Середні показники за методикою визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге

Середні значення	
Шкала стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге	215,53

За даними цієї таблиці можна зробити висновок про те, що більшість опитуваних все ж таки має пороговий супротив. Стійкість знижується зі збільшенням стресових ситуацій в житті. Це призводить до того, що особистість змушена левову частку своєї енергії і ресурсів взагалі витратити

на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають в процесі стресу.

Проценте співвідношення за тестом на самооцінку стресостійкості особистості Лукашевич О. Є. (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Кількість респондентів за тестом на самооцінку стресостійкості особистості Лукашевич О.Є.

Субшкали тесту на самооцінку стресостійкості особистості Лукашевич О.Є	Кількість респондентів
Дуже низький рівень	0
Низький рівень	0
Рівень нижче середнього	0
Рівень трохи нижче середнього	5
Середній рівень	9
Рівень трохи вище середнього	7
Рівень вище середнього	6
Високий рівень	4
Дуже високий рівень	0

За

результатами таблиці виявлено, що 16,6% опитуваних мають рівень стресостійкості трохи нижче середнього, 30% - середній рівень, 23,3% - рівень трохи вище середнього, 20% - рівень вище середнього та 13,3% -

високий рівень стресостійкості. Найбільший відсоток припадає на середній рівень стресостійкості.

Для того, щоб зрозуміти яким є рівень стресотійкості на вибірку, будуємо таблицю з середнім показником (див. табл 2.6)

Таблиця 2.6

Середні показники за тестом на самооцінку стресотійкості особистості Лукашевич О.Є.

Середні значення	
Шкала стресостійкості Лукашевич О. Є.	35,76

Середній показник дорівнює середньому рівню стресостійкості, це означає, що деякі стресові ситуації можуть в якійсь мірі впливати на життя та виводити з рівноваги, але це не дуже впливає на загальне самопочуття людини.

2.3 Результати кореляційного дослідження та їх аналіз

Головною задачею експериментального дослідження було вивчення взаємозв'язку між рівнем стресостійкості та ризиком суїцидальної поведінки серед дівчат юнацького віку. Для виявлення взаємозв'язку був проведений кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта кореляції Пірсона за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Office Excel 365. Результати кореляційного аналізу представлені в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Взаємозв'язок стресостійкості особистості та суїцидального ризику у дівчат юнацького віку

Показники суїцидального ризика за опитувальником Рзуваєвої Т.Н	Показники визначення стресостійкості за методикою Холмса і Раге	Показники визначення стресотійкості за тестом Лукашевич О. Є.
	Стресостійкість	Стресостійкість
Демонстративність	0,174****	0,578****
Афективність	0,346****	0,190****
Унікальність	0,318****	0,402***
Неспроможність	0,296****	0,586****
Соціальний песимізм	0,048****	0,540****
Злам культурних бар'єрів	0,005****	0,242****
Максималізм	0,145****	0,441***
Часова перспектива	0,321****	0,381**
Антисуїцидальний фактор	-0,180****	-0,223****

Примітка: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$; *** – $p < 0,01$; **** – відсутність статистично значущого зв'язку.

Результати представлені у таблиці 2.8 у більшості не досягають статистичної значимості, проте за трьома шкалами є достовірний прямий зв'язок між стресостійкістю та показниками суїцидального ризику: унікальність, максималізм та часова перспектива. Також у дослідженні можна спостерігати зворотній зв'язок у шкалі антисуїцидальний фактор, але він також не є статистично значущим. Подібні результати дають можливість зробити висновки про те, що чим вище показники унікальності, максималізму та часової перспективи, тим більше виражена стресостійкість.

Висновки до другого розділу

Підводячи підсумки, можна зробити висновки про те, що стресостійкість особистості тісно пов'язана з суїцидальним ризиком, тобто, якщо стресостійкість є високою, тоді схильність до суїцидальних дій залишається низькою, і навпаки, маючи низьку стресостійкість до психотравмуючих ситуацій ризик суїциду зростає. У результаті кореляційного аналізу було виявлено, що достовірний прямий зв'язок між стресотійкістю та суїцидальним ризиком є лише за трьома показниками: унікальність, часова перспектива та максималізм. За шкалою «антисуїцидальний фактор» спостерігається зворотній зв'язок, але у нашому випадку він не є статистично значущим. Проінтерпретувавши результати за всіма методиками, а саме: тест «Ваші суїцидальні схильності» Корольової, опитувальник суїцидального ризику в модифікації Т. М. Разуваєвої, методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге та тест на самооцінку стресостійкості особистості Лукашевич О. Є. можна побачити, що 70% респондентів не схильні до суїцидальних дій взагалі, або ця схильність є маловираженою, такі результати можна спостерігати як і в тесті «Ваші суїцидальні схильності» Корольової, так і в опитувальнику суїцидального ризику Разуваєвої. Також 90% опитуваних за методиками на стресотійкість мають змогу переносити психотравмуючі ситуації без значних втрат для свого організму.

Висновки

Підсумовуючи проведену роботу, можна зробити висновок, що кореляційний аналіз дав нам мало інформації щодо взаємозв'язку між стресотійкістю особистості та суїцидальним ризиком, тобто виявлені результати у повній мірі не досягають статистично значущого зв'язку. Це може бути пов'язане з тим, що деякі респонденти могли не досить чесно відповідати на запитання, котрі були приведені у методиках та тестах. Враховуючи ці дані, можна говорити про те, що ціль дослідження в певній мірі досягнута.

Теоретичний аналіз літературних джерел дав нам деяку кількість інформації, щодо сучасного стану стресотійкості та суїцидального ризику, також було виявлено, що багато аспектів цієї проблеми недостатньо вивчені. Залишаються питання щодо переживання стресових ситуацій різними людьми, чому деякі після впливу стресорів, можуть повернутися до звичного стану, а деякі залишаються у стані посттравматичного стресу, що призводить до різних дезадаптивних форм поведінки. Дуже мало інформації про гендерні переживання стресу, але все ж таки вона є, і це дає надію на те, що в майбутньому цієї інформації стане набагато більше, аніж зараз. Щодо суїцидальної поведінки, невідомо, чому люди, котрі вже готові вчинити акт суїциду в останній момент можуть уникнути цього. Також відкритим залишається питання з приводу того, де починається та закінчується грань між людьми у котрих є сили боротися з суїцидальними думками і тими, хто майже скоїли суїцид. Незважаючи на великий інтерес різних дослідників до цих проблем, всі відомі дослідження мають періодичний характер. Для досягнення мети, що вказана в кваліфікаційній роботі та перевірки гіпотези дослідження було вирішено такі завдання:

- Проаналізовано основні теоретичні підходи до цієї проблеми.

- Розкрито емпіричні особливості та можливі закономірності між феноменами стресостійкості та суїцидального ризику.
- Визначився рівень стресостійкості та суїцидальний ризик у респондентів.

Для досягнення фіксованої мети в опитуванні використовуються такі методи, як теоретичний аналіз літератури, метод тестування, критерій кореляції Пірсона.

Список використаних джерел:

1. Безносикова Н.В., Ольнева И.Б, Холичева О.В. К проблеме суицидального поведения подростков (завершенный суицид, как крайняя форма дезадаптивного поведения). АСПЭ КГБУЗ «Краевская клиническая психиатрическая больница», г. Хабаровск, 2017. С. 138–141. 139с.
2. Бережная Н. И. Стрессоустойчивость оперативных сотрудников таможенных органов / Н.И.Бережная // Ежегодник Российского психологического общества: материалы III Всероссийского съезда психологов (25–28 июня 2003г): в 8 т. Т. 1. –СПб., 2003.
3. Боброва И. А. Францева Е.Н. Проблема формирования стрессоустойчивости в подростковом возрасте. Издательский дом «Среда». С. 1-6.
4. Васильев В. В. Суицидальное поведение женщин. Суицидология № 1, 2012. С. 18-28. 20-21 с.
5. Виноградова Т.В., Семенов В.В. Сравнительное исследование познавательных процессов у мужчин и женщин: роль биологических и социальных факторов. // Вопросы психологии, 2003. - № 2. 63-71с.
6. Войцех В. Ф. Суицидология. – М.: Миклош, 2007. – С. 20-29.
7. Голенков А. В., Кашина Е. В. Половозрастные закономерности распространения самоубийств// Психическое здоровье на рубеже веков. – Чебоксары, 2000. – С. 13-15.
8. Димитрова Л.М., Кіхтан Г.О. Причини та соціальні фактори суїцидальної поведінки підлітків. Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право. Випуск 2(14) 2012. С. 72–77. 76 с.
9. Ермольева Е. А. Суицидальное поведение в дебюте эндогенного заболевания/ Е. А. Ермольева// Материалы XIII съезда психиатров России. – М., 2000. – 314 с.

10. Жуков, Д.А. Психогенетика стресса: поведенческие и эндокринные корреляты генетических детерминант стресс-реактивности при неконтролируемой ситуации / Д.А. Жуков. - СПб, 1997. – С. 81.
11. Меллер-Леймкюллер А.М. Стресс в обществе и расстройств, связанные со стрессом, в аспекте гендерных различий // Соц. и клин. психиатрия. – 2004. – № 4. – С. 5–11.
12. Методика определения уровня стрессоустойчивости Холмса и Раге [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://hrliga.com/index.php?module=news&op=view&id=21977>.
13. Михеева Н.Ф. Стрессоустойчивость: к проблеме определения. Вестник РУДН, серия Вопросы образования: языки и специальность, 2010, №2. С. 82–86. 82 с.
14. Музиченко І.В. Психологічні особливості суїцидальної поведінки особистості. Освіта та розвиток обдарованої особистості, №9 (64) /09/2017. С. 11-15. 12-13 с.
15. Опросник суицидального риска в модификации Т. Н. Разуваевой. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://testoteka.narod.ru/lichn/1/09.html>
16. Питкевич М. Ю. Стрессовые состояния и стрессоустойчивость человека. Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. 2015. №1 1. С.115–120. 119–120 с.
17. Плясунова О.М. Отношение к суицидальному поведению у современной молодежи. Достижения вузовской науки, 2015. С. 62-67
18. Профилактика суицидального поведения у детей и подростков [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://soligorskcrb.by/informatsiya/%20novosti/736-profilaktika-suitsidalnogo-povedeniya-u-detej-i-podrostkov>
19. Прудникова И.И. Стресс и нервно-психическая устойчивость в юношеском возрасте. Фундаментальные и прикладные проблемы стресса. Материалы III Международной научно-практической конференции. 2013.

Витебский государственный университет им. П.М. Машерова (Витебск). С. 196-197.

20. Селье Г. Стресс без дистресса, М.: Прогресс, 1982. С. 67. 124 с.

21. Субботин, С.В. Устойчивость к психическому стрессу как характеристики метаиндивидуальности учителя: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / С.В. Субботин. - Пермь, 1992. - 152 с.

22. Суицидальное поведение [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://surl.li/ooof>

23. Тест «Ваши суицидальные наклонности» З. Королёва [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://novogradok.edu.by/index.php/2017-09-09-07-04-08/2017-10-16-14-48-20/1524--1-r>

24. Тест на самооценку стрессоустойчивости личности Лукашевич Е. Е [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://skgspl.by/test-na-samoocenukustressoustojchivosti-lichnosti.html>.

25. Федосеева І.В. Вікові особливості суїцидальної поведінки підлітків. «Молодий вчений», № 9.1 (36.1) вересень, 2016 р. С. 161–165. 162 с.

26. Фресс П. Эмоции // Экспериментальная психология. -М., 1975. -Вып. V. - С.111-195. 111с.

27. Kalist D.E., Molinari N.A., Siahaan F. Income, employment and suicidal behavior // J. Ment. Health Policy Econ. – 2007. – Vol. 10, No 4. – P. 177-187.

28. Makinen I.H., Wasserman D. Some social dimensions of suicide // Suicide – An unnecessary death. – London, 2001. – P. 101-108.

29. Yong-Chun B., Seon-Kyeong J., Kee-Hong Ch., Seung-Hwan L. The relationship between childhood trauma and suicidal ideation: role of maltreatment and potential mediators // Psychiatry Investigation. 2017. Vol. 14, N 1. P. 37–43.