

Министерство образования и науки Российской Федерации
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ (НИ ТГУ)

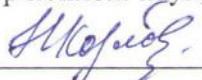
Факультет психологии

Кафедра генетической и клинической психологии

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ В ГЭК

Руководитель ООП

д-р психол. наук, профессор

 Н. В. Козлова

« 24 » сентября 2017 г.

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

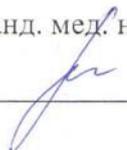
**ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ С РИСКОМ СУИЦИДАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ**

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

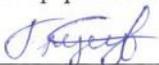
Глущенко Анастасия Олеговна

Руководитель

канд. мед. наук, доцент

 Н. И. Мамышева

Автор работы

 А. О. Глущенко

Томск-2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|----|
| Введение..... | 2 |
| Глава 1. Особенности суицидального поведения..... | 5 |
| 1.1 Теоретические концепции формирования суицидального поведения | 5 |
| 1.2 Современная статистика суицидов в России..... | 11 |
| 1.3 Особенности личности, склонной к суициду..... | 11 |
| Глава 2. Исследование взаимосвязи риска суицидального поведения с личностными особенностями студентов ТГУ..... | 20 |
| 2.1 Характеристика контингента исследования..... | 20 |
| 2.2 Методическое обеспечение..... | 23 |
| 2.3 Результаты диагностики риска суицидального поведения и личностных особенностей студентов ТГУ..... | 27 |
| Заключение..... | 44 |
| Выводы..... | 46 |
| Список используемых источников и литературы..... | 48 |

Введение

В настоящее время проблема самоубийства встает достаточно остро, к тому же отмечается увеличение частоты суицидов среди детей и подростков, а также расширенных самоубийств. Это явление связано с высоким темпом жизни в современном мире, неблагоприятным климатом в семье, общим неудовлетворительным состоянием в обществе, и мощным информационным потоком. Дети и подростки неспособны дифференцировать его, и некоторые призывы (такие как призыв к массовому самоубийству) понимают буквально и идут на его поводу. Все это ведет к росту суицидального поведения, поэтому до сих пор является важным изучение предпосылок и факторов, приводящих к его развитию. Для разных исторических эпох характерны различные взгляды на сущность феномена самоубийства. Одни исследователи придерживались мнения, что причинами суицида являются различные психические заболевания, другие пытались найти его соматическую основу, третьи говорили о роли социальной составляющей в развитии суицидального поведения и т.д.

Ряд авторов считает, что на формирование суицидального поведения влияет множество факторов. В их числе Амбрумова А. Г., которая утверждала, что «генез самоубийства определяется соотношением средовых, личностных и (если имеются психические расстройства) патологических факторов» [1].

Существует множество различных исследований, связанных с тематикой самоубийства. В своей работе мы решили уделить внимание специфическому контингенту – студентам, так как считаем, что учебные нагрузки и сама студенческая жизнь влияет на психическую составляющую их личности, и порой так сильно, что у некоторых могут наступать различные дезадаптационные состояния, вплоть до появления мыслей о самоубийстве. Таким образом, становится актуальным вопрос о том, какие факторы влияют на риск суицидального поведения, есть ли взаимосвязь между ними, и какая роль отводится психологическим особенностям личности самого студента в структуре его суицидального поведения.

Касательно актуальности выбора исследования суицидального поведения, хотели бы привести точки зрения нескольких авторов. «Во всем мире интерес к проблеме суицида не угасает: ежегодно проходят международные симпозиумы, создана международная ассоциация по предупреждению самоубийств» [10]. Юрьева Л. Н. в своей книге «Клиническая суицидология» [49] отмечает, что: «Проблема своевременной

диагностики и профилактики суицидального поведения является чрезвычайно актуальной на современном этапе развития общества. Последние десятилетия были отмечены ростом самоубийств и суицидальных попыток во многих странах мира..». «Суицидология в Российской Федерации является одной из актуальных проблем психиатрии, медицинского и клиничко–психологического сообществ. Эта научная тема, наряду с ВИЧ/СПИД–инфекцией, туберкулезом, алкогольной зависимостью, наркоманией уже сегодня должна войти в комплекс ведущих психосоциальных проблем, которые касаются национальной безопасности. Смерть от суицида касается многих активно работающих людей и лиц подростково–юношеского возраста. Наивысшие показатели смертности от суицидов и ее ведущее место среди молодых людей отражают низкий уровень экономической, социальной, психологической и медицинской поддержки населения; неразвитость социальной инфраструктуры, отсутствие со стороны государства политики поддержки в создании множественных организаций гражданского общества» [21].

Объект исследования: суицидальное поведение у студентов.

Предмет исследования: личностные особенности как фактор, увеличивающий риск суицидального поведения у студентов.

Цель: исследование взаимосвязи между личностными особенностями и риском суицидального поведения студентов высших учебных заведений.

Гипотеза: риск суицидального поведения зависит от ряда особенностей личности студентов.

Опираясь на цель и гипотезу исследования, были поставлены следующие **задачи:**

- 1) Проанализировать литературу по теме «исследование риска суицидального поведения»;
- 2) Создать диагностические программы для выявления риска суицидального поведения и анализа психологических особенностей у студентов высших учебных заведений;
- 3) Осуществить диагностику риска суицидального поведения студентов;
- 4) Оценить уровень депрессии у студентов;
- 5) Оценить степень враждебности и агрессивности у студентов;

- 6) Определить уровень тревожности у студентов;
- 7) Проанализировать личностные особенности студентов;
- 8) Проанализировать взаимосвязь риска суицидального поведения с личностными особенностями студентов.

Научная новизна исследования - в литературе существуют данные об изучении феномена самоубийства, однако отсутствует комплексное представление о взаимосвязях личностных особенностей и риска суицидального поведения. Проведенное нами исследование позволяет анализировать риск суицидального поведения с личностными особенностями студентов, обучающихся в Томском Государственном Университете.

Практическая значимость работы – данные, полученные в ходе исследования, позволят составить психологический портрет студента с риском суицидального поведения, а также проанализировать его и своевременно провести диагностические, профилактические и психокоррекционные мероприятия.

Методологическую основу нашего исследования составляли следующие концепции и теории:

- 1) Концепция А. Г. Амбрумовой о самоубийстве, как следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта.
- 2) Психоаналитическая концепция З. Фрейда о суицидальном поведении как проявлении инстинкта смерти Танатоса, и суициде как переадресованной агрессии с внешнего мира на себя.
- 3) Концепция Короленко Ц. П. и Донских Т. А. о суициде как девиантной форме поведения.
- 4) Биопсихосоциально-этическая модель Залевского Г. В.

Глава 1. Особенности суицидального поведения

1.1 Теоретические концепции формирования суицидального поведения

«Самоубийство – это преднамеренный акт убийства себя» [12]. Такое определение самоубийства дает Всемирная Организация Здравоохранения. Чтобы разобраться с этим понятием, рассмотрим определения некоторых авторов, писавших об этом явлении.

«*Самоубийство* - одна из вечных проблем человечества, поскольку существует как явление практически столько же, сколько существует на Земле человек. *Самоубийство* - явление сугубо антропологическое и является привилегией одного лишь человека. Нет ни одного живого существа на Земле, которое, подобно человеку, могло бы сознательно прервать свою жизнь»[10]. «*Самоубийством* называется каждый смертный случай, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах»[21]. «Человек не просто смертен; он есть воплощенная смерть ... смерть Человека, а значит и всё его по-настоящему человеческое существование есть, если угодно, *самоубийство*»(Кожев А.)[48]. «*Суицид* - биосоциальное явление, представляет собой результат взаимодействия различных социальных культурологических, психологических и патопсихологических воздействий на индивида»[5].

Проблема суицида всегда волновала людей, и для того, чтобы изучить это явление была создана отдельная наука – суицидология. Суицидология - наука, изучающая теоретический и практический аспекты аутоагрессивной (суицидальной) активности человека.

Задолго до возникновения суицидологии как медицинской науки самоубийство изучалось философами, на него обращали внимание историки, летописцы. Но в первую очередь с проблемой самоубийства столкнулись философы. Многие современные авторы подчеркивают, что суицидология - наука молодая, развивающаяся. К сожалению, в нашей стране широкие междисциплинарные исследования в области суицидологии на долгие годы были свернуты вскоре после Октябрьского переворота. В начале тридцатых годов был ликвидирован сектор социальных аномалий при ЦСУ (центральном статистическом управлении). Изучение проблемы самоубийства всецело передали в руки психиатров с настоятельной рекомендацией рассматривать самоубийство почти исключительно в

рамках психической патологии. Поскольку суицидология - наука молодая и активно развивающаяся, пока еще трудно определить ее границы. Если в обыденной жизни под словом "самоубийство" понимается сознательное прекращение жизни с помощью действий, направленных на создание условий, не совместимых с ней, то дать строго научное определение самоубийства, как это часто бывает, значительно сложнее [5].

В настоящее время принято рассматривать самоубийство в рамках комплексной проблемы суицидального поведения, которое включает в себя суицидальные мысли, суицидальные приготовления, суицидальные попытки и собственно акт суицида. Погодин И. А. [36] в своей книге рассматривает и поясняет несколько терминов: «**Суицидальное поведение** – понятие более широкое и помимо суицида включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления. К покушениям относят все суицидальные акты, не завершившиеся летально по причине, не зависящей от суицидента (например, своевременная реанимация). **Суицидальными попытками (парасуицид)** считаются демонстративно – установочные действия, при которых суицидент чаще всего знает о безопасности применяемых им средств самоубийства. Однако вышесказанное не снижает потенциальной опасности подобных действий. К **суицидальным проявлениям** относят суицидальные мысли, намеки и высказывания, не сопровождающиеся какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни. Эти формы обычно рассматриваются как стадии или же проявления одного феномена».

А. Г. Амбрумова дает такое определение суицидальному поведению [1]: «Суицидальным поведением называются любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни». Таким образом, она выделяла внутренние и внешние формы суицидального поведения, каждая из которых имеет свое строение.

К **внутренней форме** относятся – суицидальные мысли, представления, переживания, тенденции (замыслы и намерения).

Эти понятия представляют шкалу глубины суицидальных феноменов или готовности к переходу во внешние формы суицидального поведения. Три ступени этой шкалы:

1) *Пассивные суицидальные мысли*. Сюда относятся представления и фантазии на тему своей смерти, но не лишения себя жизни.

2) *Суицидальные замыслы* – активная форма проявления суицидальности. На данной ступени человек продумывает нюансы суицида: способы, время и место.

3) *Суицидальные намерения*. На данном этапе к замыслу решения присоединяется волевой компонент, который побуждает к непосредственному переходу во внешнее поведение.

Пресуицид (пресуицидальный период) – период от появления суицидальных мыслей до попыток их реализации. Пресуициды делятся на два типа [1]:

- **Аффективно-напряженный.** Суицидент фиксирован на своём актуальном состоянии, позиция личности активная при высокой интенсивности эмоциональных переживаний, пресуицидальный период ярко выражен в поведении и носит острый характер;
- **Аффективно-редуцированный.** Суициденты эмоционально «холодные», интенсивность эмоций низкая, позиция личности пассивная, пресуицидальный период носит пролонгированный характер, скуп в поведенческом выражении.

Внешние формы суицидального поведения включают в себя суицидальные попытки и завершённые суициды. «Суицидальная попытка — это целенаправленное оперирование средствами лишения себя жизни, не закончившееся смертью» [1].

К. Меннингер, изучая глубинные мотивы самоубийства, смог выделить три составные части суицидального поведения. В дальнейшем эти части было принято называть *«триадой Меннингера»*:

1) ***Иметь желание убить.*** Когда на пути реализации желаний человека появляются какие-либо помехи, он может не вынести этого и в этом случае желание убить обращается на самого себя, и реализуется путем самоубийства;

2) ***Испытать желание быть убитым.*** Здесь важная роль принадлежит угрызениям совести, которые могут вызывать невыносимые страдания и вину. Человек считает, что единственный выход искупить эту вину – быть убитым;

3) ***Иметь желание умереть.*** Человек находится в глубоком отчаянии, что наводит на мысли о том, что единственный выход – это смерть.

Также, помимо описания составных частей суицидального поведения, Меннингер, в своей книге «Война с самим собой» выделил три формы самоубийства [29]:

- *Хроническое самоубийство* – аскетизм, неврастения, алкоголизм, антиобщественное поведение;
- *Локальное самоубийство* – членовредительство, преднамеренные несчастные случаи, симуляция;
- *Органическое самоубийство* – болезни, которые являются носителем саморазрушительного элемента (органические и истерические заболевания; «нормальные привычки» - курение и т.д.).

В своей книге, Э. Дюркгейм [18] охарактеризовал 3 категории самоубийства:

1) *Альтруистическое самоубийство* – это своеобразный акт принесения своей жизни в жертву ради блага своей социальной группы – семьи, друзей, единомышленников и т. д.

2) *Эгоистическое самоубийство* характерно для людей, утративших чувство единства со своей социальной группой и, таким образом, больше не ощущающих себя подвластными социальному, семейному и религиозному контролю с ее стороны.

3) *Аномическое самоубийство* (от франц. *anomie* – отсутствие закона, организации) наблюдается среди живущих в обществе, где недостает «коллективного порядка», поскольку оно находится в стадии коренных социальных перемен или переживает политический кризис.

Различают 3 формы суицида:

- *Истинный* – человек продумывает план совершения суицида, а также старается довести дело до конца. Если, по стечению обстоятельств, суицид не имел завершенного характера, т.е. человек выжил, высока вероятность повторения попытки и доведения ее до конца;
- *Аффективный* – попытка самоубийства, совершенная под действием какого – либо аффекта. Как правило, этот аффект длится недолго, и если человек выжил, то он не будет повторять попытку;

- **Демонстративный (парасуицид)** – целью этого вида суицида является скорее «крик о помощи», нежели достижение летального исхода. Люди, у которых наблюдался этот вид суицида, наносили себе раны, но раны носили не смертельный характер.

Н. Фарбероу выделил такое понятие, как «непрямое саморазрушение». В современности чаще используется термин «скрытый суицид», при котором человеку характерно саморазрушающее поведение, которое не убивает его сразу, однако является опасным или сокращающим жизнь. При этом человек понимает, насколько опасно такое поведение, но не обращает внимания на возможные последствия. К данной форме можно отнести: курение, алкоголизм, наркоманию, трудовоголизм, несоблюдение врачебных рекомендаций, делинквентное поведение.

Благодаря тому, что суицидология – наука междисциплинарная, проблеме суицида уделяется много внимания. Данной проблемой заинтересованы различные научные плоскости. **Правовая плоскость** рассматривает основной вопрос - является ли суицид преступлением, а человек лишивший себя жизни - преступником. Также важным для изучения является отношение окружающих к родственникам умершего, которое будет зависеть от правовых норм, провозглашенных в конкретном обществе. Для **философской плоскости** проблема самоубийства часто является первостепенной, ведь именно от ее решения зависит ответ на такие философские вопросы, как смысл жизни, проявление свободы личности в целом, а также свободен ли человек в выборе как своей жизни, так и смерти. **Религиозная плоскость** очень обширная. Феномен самоубийства в ней рассматривается в рамках основных мировых конфессий, и их воззрения на данную проблему в основном схожи. Как пример, к религиям, которые глубоко отрицательно относятся к самоубийству, можно отнести Иудаизм, Христианство и Ислам.

В ходе литературного обзора, мы убедились, что существует множество различных **моделей и концепций** самоубийства. **Медицинская модель** рассматривает суицид как признак или следствие заболевания, и на данный момент времени ее сторонники в качестве этиологического фактора рассматривают психические и поведенческие расстройства. К медицинским моделям можно отнести 2 вида концепций – *психопатологическую и биологическую концепции суицидального поведения*. Для первой характерно жесткое связывание самоубийства с психическими расстройствами, а вторая предполагает наличие каких-либо патологических изменений в организме суицидента. С

течением времени, возникла **социокультуральная модель самоубийства**, в рамках которой суицид определяется рядом социальных категорий (пол, возраст, семейное положение, занятость и т.д.). В данной модели можно выделить 2 теории - *социологическую теорию Э. Дюркгейма* и *социокультуральную теорию К. Хорни*. В теории Дюркгейма базисным было утверждение, что основой суицидального поведения является аномия, при которой ослабляются объединяющие людей связи, из-за чего они становятся менее устойчивы к жизненным изменениям и проблемам, а это приводит к увеличению частоты самоубийств. К. Хорни видит основу суицида в другом. По ее мнению этой основой является «базисная тревога», а сам суицид – результат взаимоотношения социокультуральных факторов и личностных характеристик человека. Для **психологической модели** характерна точка зрения, согласно которой в формировании суицидальных тенденций ведущее место занимают психологические факторы. К одним из представителей данного направления относят *З. Фрейда* и его *психоаналитическую концепцию самоубийства*, в которой он считал, что суицидальное поведение - проявление инстинкта смерти Танатоса. Само же самоубийство - это переадресованная агрессия с внешнего мира на себя. *К. Меннингер* в своей концепции определил составные части суицидального поведения, которые были названы триадой К. Меннингера («Иметь желание убить», «Испытать желание быть убитым», «Иметь желание умереть»). *Н. Фарбероу* является создателем *концепции саморазрушающего поведения человека*. Его подход позволяет рассмотреть не только завершённые самоубийства, но и другие формы аутоагрессивного поведения: алкоголизм, наркотическую зависимость, пренебрежение врачебными рекомендациями, неоправданную склонность к риску и т. д. С помощью этого подхода он смог разработать принципы современной профилактики самоубийств. Другой важный исследователь в области суицида – *Э. Шнейдман*. В своих работах он впервые описал признаки, которые свидетельствуют о приближении возможного самоубийства («ключи к суициду»). По его мнению, в основе суицидального поведения лежит такое понятие, как душевная боль (psychache), которая возникает из-за фрустрации таких потребностей человека, как потребность в принадлежности, достижении, автономии, воспитании и понимании. Одной из наиболее современных концепций, относящихся к психологической модели самоубийства, можно назвать *концепцию А.Г. Амбрумовой*. Самоубийство в ее концепции - следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею конфликта. Суицидогенность определяется психологическими особенностями человека, его жизненным опытом.

Каждый случай самоубийства - результат взаимодействия ситуационных, личностных и психопатологических факторов.

1.2 Современная статистика суицидов в России

Статистика смертности в России 2015 показывает, что в стране по прежнему остается высокий уровень количества суицидов — за 10 месяцев 2015 года покончили собой 21,3 тысячи россиян. Такие данные приводятся в опубликованном докладе «Социально-экономическое положение в России», размещенном на официальном сайте Росстата. Согласно ранее проведенным исследованиям Всемирной организации здравоохранения, Россия по общему числу самоубийств занимает четвертое место в мире, после Индии, Китая и США. При этом население России значительно уступает вышеуказанным государствам. По данным ВОЗ среднемировой показатель случаев суицидов равен 11,4 на 100 тысяч населения в год, в то время как в России он сейчас составляет 17,5 случаев [43].

По данным статьи Википедии, хотелось бы привести данные о динамике статистических показателей суицидов [40]:

Нарастая на протяжении XX века и достигнув двух пиков в 1994-1996 и 1998-2002 годах, уровень самоубийств с тех пор неуклонно падает: с 2002 по 2006 годы он снизился почти на четверть. В 2013 году суицид оказался причиной 28 779 из 1 871 809 (1,54 %) смертей в России.

По данным ВОЗ, в 2013—2014 в России на 100 тысяч жителей приходилось 19,5 случаев самоубийства.

За первые девять месяцев 2015 года этот же показатель равнялся 17,7.

В 2016-м этот же показатель упал уже до 15,4, что составляет самый низкий уровень с начала 1960-х.

В 1990-х годах Россия занимала второе место в мире по частоте самоубийств, в 2013 году — четырнадцатое, в 2016-м — тридцатое.

1.3 Особенности личности, склонной к суициду

Считаем важным рассмотреть личности, которые более подвержены суициду. А. Г. Амбрумова выделяла типы личности, основываясь на положении о том, что

суицидогенность ситуации определяется готовностью личности воспринять и расценить ее как таковую. Ниже будут приведены типы личностей, более подвергнутые суициду [5]:

- **Компенсаторно-адаптированный тип** характеризуется резким предпочтением либо профессиональной, либо интимной сферы. При этом более «сильная» компенсирует более «слабую». Суицидоопасен в кризисные периоды (особенно в 18—25, 50 и 60 лет).
- **Дискордантно-адаптированный тип**. Различий в значимости сфер нет: если в одной из них недостаточно социализации, то вторая не компенсирует, а, напротив, дезорганизует ее еще больше. Потребности в этой сфере фрустрируются, каждый провал переживается очень болезненно, что в свою очередь расшатывает адаптацию. Человек либо «уходит» в одну сферу, либо принимает характер «маятника». Рассмотренный тип личности очень суицидоопасен.
- **Ригидно-конформный тип**. Представители этого типа формальны. Высшая ценность для них — собственный статус и самоутверждение. Самооценка завышена. Тяжело переносят смену стереотипов. Суицидоопасны лишь при крахе карьеры (суицид в этом случае продуман).
- **Тип социально ведомых**. Среди представителей этого типа выделяются социально одобряемые и социально порицаемые. Правила не представляют для них ценности, хотя иногда служат средством достижения личного благополучия. Для них характерны недостаточная волевая активность, отсутствие самолюбия. С раннего возраста такие люди приобретают себе ведущего, на которого перекладывают ответственность за все решения, копируют его социальный облик. Такой тип суицидоопасен при потере или резкой смене ведущего.

Личко А. Е. описывал психопатии и акцентуации характера у лиц подросткового возраста. В его характеристиках акцентуаций, можно выделить некоторые типы, которые могут быть подвержены суицидальному поведению [25]:

- **Гипертимный тип. Гипертимно-истероидный вариант**. «На фоне гипертимности постепенно вырисовываются истероидные черты. При столкновении с жизненными трудностями, при неудачах, в отчаянных ситуациях и при угрозе серьезных наказаний возникает и желание разжалобить других (вплоть

до демонстративных суицидных действий), и произвести впечатление своей незаурядностью, и прихвастнуть, "пустить пыль в глаза"»;

- **Циклоидный тип. Типичные циклоиды.** «Мелкие неприятности и неудачи, которые обычно начинают сыпаться из-за падения работоспособности, переживают крайне тяжело. Серьезные неудачи и нарекания окружающих могут углубить субдепрессивное состояние или вызвать острую аффективную реакцию с суицидными попытками. Обычно лишь только в этом случае циклоидные подростки попадают под наблюдение психиатра. Суицидальное поведение в виде аффективных (но не демонстративных) попыток или истинных покушений возможно в субдепрессивной фазе»;
- **Истероидный тип.** «Среди поведенческих проявлений истероидности у подростков на первое место следует поставить суицидальность. Речь идет о несерьезных попытках, демонстрациях, "псевдосуицидах", "суицидальном шантаже". Способы при этом избираются либо безопасные, либо рассчитанные на то, что серьезная попытка будет предупреждена окружающими. Нередко причиной, толкнувшей истероидного подростка на "суицид", называется неудачная любовь. Действительной причиной обычно служат уязвленное самолюбие, утрата ценного для данного подростка внимания, страх упасть в глазах окружающих, особенно сверстников. Сама же суицидальная демонстрация с переживаниями окружающих, суетой, скорой помощью, любопытством случайных свидетелей дает немалое удовлетворение истероидному эгоцентризму».

Э. Шнейдман, американский психолог и один из основателей теории суицида, основываясь на своем клиническом опыте, выделил типы людей, склонных к суицидальному поведению [49]:

- **Искатели смерти** – лица, преднамеренно совершающие суицидальные действия без возможности быть спасенными;
- **Инициаторы смерти** – неизлечимо больные люди, которые своими действиями прекращают оказание им помощи, что приводит к летальному исходу;
- **Игроки со смертью** – лица, которые осознанно стремятся к неоправданному риску и создают ситуации, при которых выжить – маловероятно.

- **Одобрившие смерть** – люди, относящиеся к данной категории, не отрицают и говорят о своем желании умереть, однако при этом не делают ничего для его исполнения.

Риск суицидального поведения зависит от множества **факторов**, однако условно они подразделяются на:

1) *Социально-демографические факторы.*

- *Возраст.* Суицид встречается практически в любой возрастной группе. Первая группа суицидального риска – молодежь в возрасте 15 – 24 лет; суицид связан с высокими требованиями к адаптационным механизмам личности. Вторая группа – возраст 40-60 лет; причины суицидов – соматические, а также психологические проблемы, связанные с перестройкой иерархии ценностей, которая часто пересекается с депрессией. Третья группа – люди старческого возраста.
- *Пол.* Женщины чаще, чем мужчины совершают суицидальные попытки, суицид у мужчин чаще носит завершённую форму. Соотношение суицидальных попыток у женщин и мужчин составляет приблизительно 2-3:1.
- *Образование и профессия.* Чаще всего суициды совершают безработные, а также лица с высшим образованием и высоким профессиональным статусом. Самым высоким риском суицидального поведения обладают врачи.
- *Место жительства.* Количество самоубийств среди городских жителей заметно выше, чем в сельской местности. Выявлена прямо пропорциональная зависимость между плотностью населения и частотой самоубийств.
- *Семейное положение.* Лица, состоящие в браке, реже совершают суицид, чем разведенные, вдовцы/вдовы или холостые.

2) *Социально-экономические факторы.*

- *Военное/мирное положение в стране.* В периоды войн и революций количество самоубийств уменьшается, в то время как при экономических кризисах в мирное время оно увеличивается.

- *Финансовое положение.* Суицид встречается как в состоятельных семьях, так и в бедствующих. Однако, в сравнении с бедными, состоятельные люди острее реагируют на финансовые потери.

3) *Индивидуально-психологические факторы* [19].

Личностные и характерологические особенности часто играют ведущую роль в формировании суицидального поведения. Решающими в плане повышения суицидального риска является степень целостности структуры личности, «сбалансированности» ее отдельных черт, а также содержание морально-нравственных установок и представлений. Повышенный риск самоубийства характерен для дисгармоничных личностей, при этом личностная дисгармония может быть вызвана как утрированным развитием отдельных интеллектуальных, эмоциональных и волевых характеристик, так и их недостаточной выраженностью. К индивидуальным факторам суицидального риска следует отнести и содержание морально-этических норм, которыми личность руководствуется. Высокая частота суицидальных поступков наблюдается в тех социальных группах, где существующие моральные нормы допускают, оправдывают или поощряют самоубийство при определенных обстоятельствах.

4) *Медицинские факторы.*

- *Психическое здоровье.* Суициденты могут быть – психически здоровыми, психически больными, а также иметь пограничные психические расстройства.
- *Физическое здоровье.* Весомым фактором суицидального риска может выступать наличие тяжелого хронического прогрессирующего заболевания (например: врожденные и приобретенные уродства, ВИЧ-инфекция, онкологические заболевания и т.д.).

К индикаторам суицидального риска можно отнести следующие:

1) *Ситуационные индикаторы.*

Любое кризисное событие может быть отнесено к ситуационным индикаторам: смерть любимого человека, развод, потеря работы, сексуальное насилие, неизлечимая болезнь и т.д.

2) *Поведенческие индикаторы*: самоизоляция от других людей и жизни, изменение привычек, «приведение дел в порядок», склонность к неоправданно рискованным поступкам, расставание с дорогими вещами или деньгами.

3) *Коммуникативные индикаторы*: самообвинения, прощание, сообщение о конкретном плане суицида, прямые или косвенные сообщения о суицидальных намерениях.

4) *Когнитивные индикаторы*: наличие суицидальных мыслей, намерений, планов; негативные оценки своей личности, окружающего мира и будущего; будущее представляется безнадежным.

5) *Эмоциональные индикаторы*: несвойственная агрессия или ненависть к себе, признаки депрессии; безразличие к своей судьбе, подавленность, отчаяние; вина или ощущение неудачи, поражения.

Для изучения взаимосвязи риска суицидального поведения с личностными особенностями студентов, нами были выбраны следующие характеристики:

1) Тревожность. Первым понятие «тревога» ввел З. Фрейд, пытаясь развести конкретный страх, и неопределенный страх – тревогу, носящую глубинный, иррациональный, внутренний характер [42]. По мнению Спилбергера Ч.Д., «тревога» представляет собой генерализованный, диффузный или беспредметный страх, источник которого может оставаться неосознанным [41].

Термины «тревога» и «тревожность» стоит различать. В современной психологии «тревожностью» обозначают психическое свойство, индивидуальную психологическую особенность, проявляющуюся в склонности человека к переживанию тревоги [42].

В психологии различают тревожность как эмоциональное состояние (ситуативная тревожность) и как устойчивую черту, индивидуальную психологическую особенность (личностная тревожность). *Ситуативная тревожность* определяется Спилбергером как «эмоциональная реакция», которая характеризуется мрачными предчувствиями, субъективными ощущениями напряженности, нервозности, беспокойства и сопровождается активизацией вегетативной нервной системы. Под *личностной тревожностью* понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции

воспринимать достаточно широкий спектр ситуаций как угрожающих, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком, как опасные самооценке, самоуважению [35].

2) Агрессивность и враждебность.

Л. Берковиц в своей книге «Агрессия: причины, последствия и контроль» разграничивал понятия «агрессивность» и «враждебность» и описывал их таким образом:

- *Агрессия* - любая форма поведения, которая нацелена на то, чтобы причинить кому-то физический или психологический ущерб.
- *Агрессивность* - относительно стабильная готовность к агрессивным действиям в самых разных ситуациях.
- *Враждебность* - негативная установка к другому человеку или группе людей, которая находит свое выражение в крайне неблагоприятной оценке своего объекта — жертвы.

Давая свои определения, Л. Берковиц уточнял, что «людям, которым свойственна агрессивность, которым часто видятся угрозы и вызовы со стороны других людей и для которых характерна готовность атаковать тех, кто им не нравится, присуща враждебная установка к другим людям; но не все враждебно предрасположенные к другим люди обязательно агрессивны» [8].

Разрабатывая свою методику, А. Басс первоначально разграничил понятия «враждебность» и «агрессивность» и трактовал их таким образом: *враждебность* - скрытно-вербальная реакция отношения, которой сопутствуют негативные чувства и негативная оценка людей и событий; *агрессия* - ответ, содержащий стимулы, способные причинить вред другому существу. В дальнейшем вместе с Э. Дарки он смог выделить 2 вида враждебности (обида и подозрительность) и 5 видов агрессии (физическая агрессия, косвенная агрессия, раздражение, негативизм и вербальная агрессия).

3) Депрессивность.

Депрессия – эмоциональное состояние человека, в котором он переживает подавленность, тоску, отчаяние [17]. Для депрессии, как синдрома, характерна

«депрессивная триада» [27]: снижение настроения, замедление мыслительной активности, замедление двигательной активности.

Симптомы депрессии можно разделить на психологические и физиологические.

1. *Психологические симптомы депрессии:* грусть и отчаяние, низкая самооценка, апатия, межличностные проблемы, ощущение вины, негативные мысли, мысли о самоубийстве.

2. *Физиологические симптомы депрессии:* нарушения сна, нарушение аппетита, потеря сексуального влечения, усталость и уменьшение энергии, ангедония (неспособность получать удовольствие), приступы паники.

4) Свойства личности.

1. Ипохондрия - близость личности к астено-невротическому типу. Такие люди пассивны, медленно приспосабливаются, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах.

2. Депрессия. Чувствительные, сенситивные лица, склонные к тревогам, робкие, застенчивые. Не способны принять решение самостоятельно, нет уверенности в себе, при малейших неудачах они впадают в отчаяние.

3. Истерия. Лица, склонные к неврологическим защитным реакциям конверсионного типа. Все проблемы разрешаются уходом в болезнь.

4. Психопатия. Людям с данным свойством характерна социальная дезадаптация, они агрессивны, конфликтны, пренебрегают социальными нормами и ценностями.

6. Паранойяльность. Основная черта – склонность к формированию сверхценных идей. Это люди односторонние, агрессивные и злопамятные.

7. Психастения. Лица с тревожно-мнительным типом характера, которым свойственны тревожность, боязливость, нерешительность, постоянные сомнения.

8. Шизоидность. Лицам свойствен шизоидный тип поведения - общей чертой шизоидного типа является сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях.

9. Гипомания. Для лиц характерно приподнятое настроение независимо от обстоятельств. Они любят работу с частыми переменами, охотно контактируют с людьми, однако интересы их поверхностны и неустойчивы, им не хватает выдержки и настойчивости.

Глава 2. Исследование взаимосвязи риска суицидального поведения с личностными особенностями студентов ТГУ.

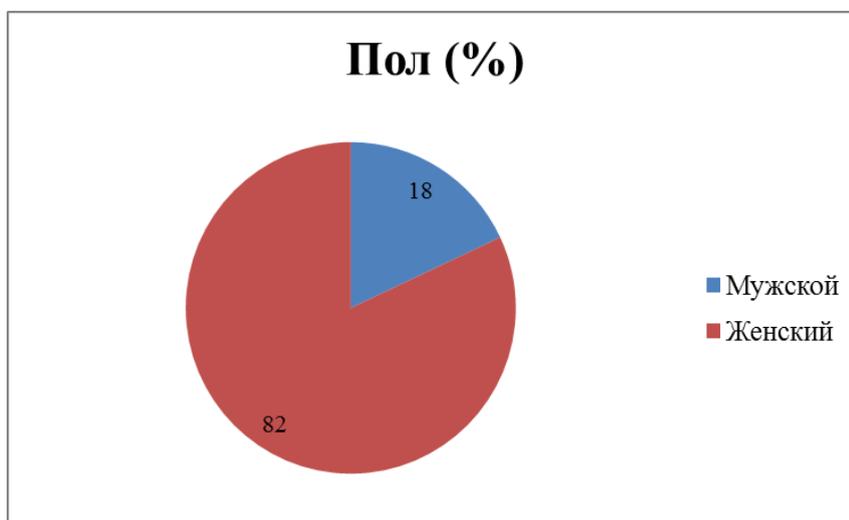
2.1 Характеристика контингента исследования

Наше исследование проводилось на базе Томского Государственного Университета. Выборка состояла из студентов ТГУ факультета психологии (25 человек) и факультета инновационных технологий (25 человек), выбранных с различных курсов (1-4). В исследовании принимали участие молодые люди и девушки в возрасте от 18-26 лет. Общее количество респондентов – 50 человек, из которых девушки – 41, молодые люди – 9.

Таблица 1. Анализ половых особенностей студентов ТГУ.

| Пол | Абсолютное число | % |
|---------------|------------------|------------|
| Мужской | 9 | 18 |
| Женский | 41 | 82 |
| Всего: | 50 | 100 |

Диаграмма 1. Анализ половых особенностей студентов ТГУ.

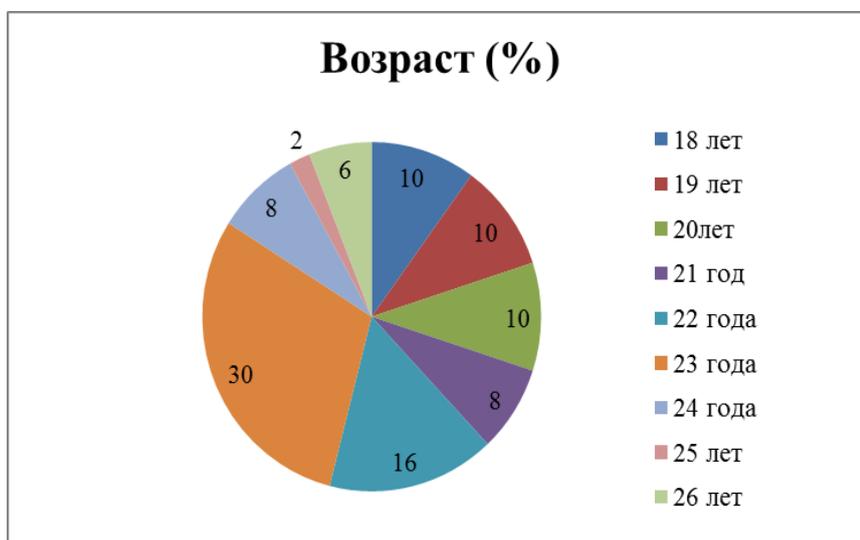


Половое соотношение по выборке очень разнится – большинство респондентов представлены девушками – 82%, а молодые люди составляют лишь 18%.

Таблица 2. Возрастные особенности студентов ТГУ.

| Возраст | Абсолютное число | % |
|---------|------------------|----|
| 18 | 5 | 10 |
| 19 | 5 | 10 |
| 20 | 5 | 10 |
| 21 | 4 | 8 |
| 22 | 8 | 16 |
| 23 | 15 | 30 |
| 24 | 4 | 8 |
| 25 | 1 | 2 |
| 26 | 3 | 6 |

Диаграмма 2. Возрастные особенности студентов ТГУ.

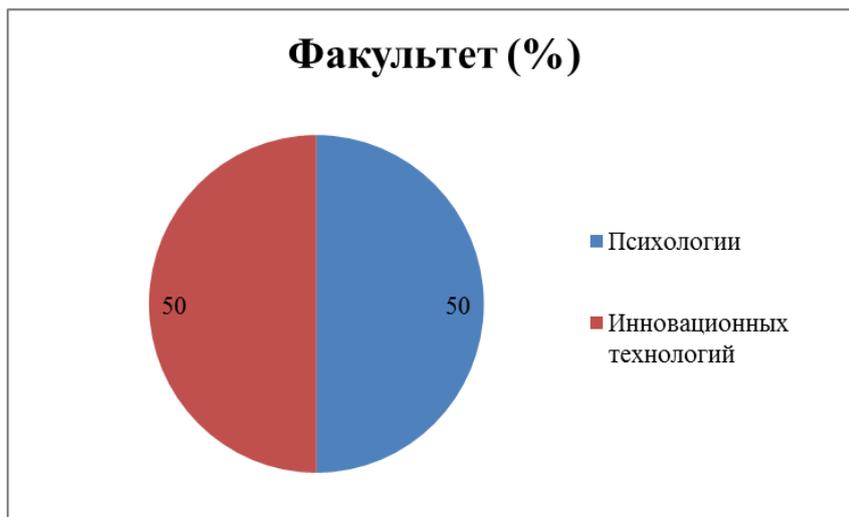


В общем виде можно сказать, что большая часть выборки (80%) характеризуется возрастом старше 20 лет, и только малая часть младше этого возраста (20%).

Таблица 3. Анализ распределения студентов ТГУ по факультету.

| Факультет | Абсолютное число | % |
|--------------------------|------------------|----|
| Психологии | 25 | 50 |
| Инновационных технологий | 25 | 50 |

Диаграмма 3. Анализ распределения студентов ТГУ по факультету.

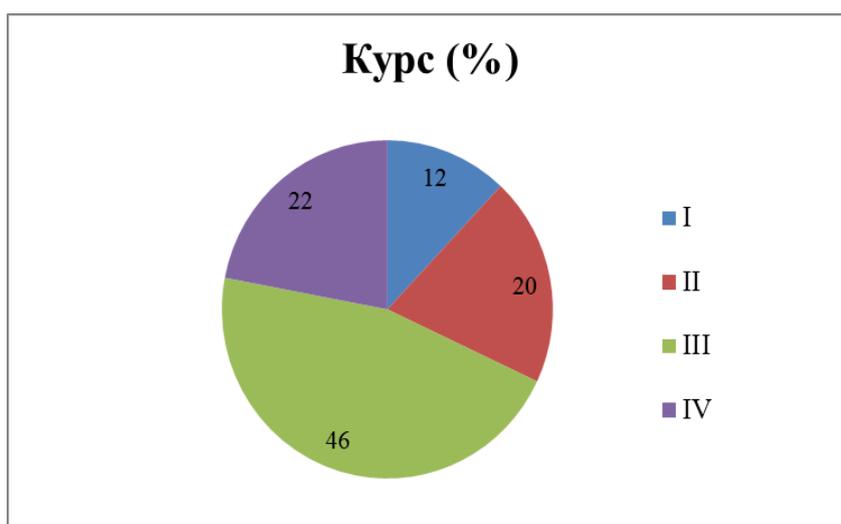


Из диаграммы 3 мы четко видим, что количество студентов из обоих факультетов одинаково.

Таблица 4. Анализ распределения студентов ТГУ по курсу.

| Курс | Абсолютное число | % |
|------|------------------|----|
| I | 6 | 12 |
| II | 10 | 20 |
| III | 23 | 46 |
| IV | 11 | 22 |

Диаграмма 4. Анализ распределения студентов ТГУ по курсу.



Анализируя данные из диаграммы № 4 можно сказать, что большинство студентов, обследуемых в нашем исследовании, находились на III курсе обучения в ТГУ (46%). Лишь 32 % испытуемых обучались на младших курсах (I и II).

2.2 Методическое обеспечение

Для исследования были использованы следующие методики:

1) Методика «Опросник суицидального риска Т.Н. Разуваевой».

Назначение теста: в опроснике суицидального риска содержится попытка качественной квалификации симптоматики – выявления индивидуального стиля и содержания суицидальных намерений данного человека.

Инструкция: Прочитайте утверждения и в бланке ответов в случае согласия с утверждением поставьте «+», в случае несогласия «-».

Методика содержит 9 шкал:

1. Демонстративность - желание привлечь внимание окружающих к своим несчастьям, добиться сочувствия и понимания. Наиболее суицидоопасное сочетание с эмоциональной ригидностью.
2. Аффективность - доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации. Готовность реагировать на психотравмирующую ситуацию непосредственно эмоционально.
3. Уникальность - восприятие себя, ситуации, и, возможно, собственной жизни в целом как явления исключительного, и, следовательно, подразумевающего исключительные варианты выхода, в частности, суицид.
4. Несостоятельность - отрицательная концепция собственной личности. Данная субшкала может быть связана с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью.
5. Социальный пессимизм - отрицательная концепция окружающего мира. Восприятие мира как враждебного, не соответствующего представлениям о нормальных или удовлетворительных для человека отношениях с окружением.

6. Слом культурных барьеров - культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и нормативов, оправдывающих суицидальное поведение или даже делающих его в какой-то мере привлекательным. В отсутствие выраженных пиков по другим шкалам это может говорить только об «экзистенции смерти».

7. Максимализм - инфантильный максимализм ценностных установок. Аффективная фиксация на неудачах.

8. Временная перспектива - невозможность конструктивного планирования будущего.

9. Антисуицидальный фактор - фактор, который снижает глобальный суицидальный риск. Это глубокое понимание чувства ответственности за близких, чувство долга. Это представление о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий.

Обработка результатов:

По каждой шкале подсчитывается сумма положительных ответов. Полученный балл умножается на коэффициент (см. нижеприведённую таблицу). Делается вывод об уровне сформированности конкретных факторов суицидального риска по ведущим (наиболее выраженным) шкалам.

2) Методика «Шкала депрессии Бека».

Назначение теста: методика используется для определения уровня депрессии.

Инструкция: «В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали на этой неделе и сегодня. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе».

Обработка результатов:

При интерпретации данных учитывается суммарный балл по всем категориям.

- 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов;
- 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия);
- 16-19 – умеренная депрессия;
- 20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести);
- 30-63 – тяжелая депрессия.

3) Методика «Опросник уровня агрессивности Басса – Дарки».

Назначение теста: Опросник агрессивности Басса - Дарки предназначен для выявления уровня агрессивности и враждебности.

Шкалы:

- Физическая агрессия – использование физической силы против другого лица.
- Косвенная – агрессия, окольным путем направленная на другое лицо или ни на кого не направленная.
- Раздражение – готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость).
- Негативизм – оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов.
- Обида – зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия.
- Подозрительность – в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред.
- Вербальная агрессия – выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы).
- Чувство вины – выражает возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что поступает зло, а также ощущаемые им угрызения совести.

Обработка результатов:

Индекс враждебности включает в себя 5 и 6 шкалу, а индекс агрессивности включает в себя шкалы 1, 3, 7. По Хвану А.А. с соавт., значение этих показателей равно среднему арифметическому составляющих показателей (так как максимальным уровнем во всех случаях является 100 стандартных баллов):

$$\text{Враждебность} = (\text{Обида} + \text{Подозрительность})/2$$

$$\text{Агрессивность} = (\text{Физическая агрессия} + \text{Раздражение} + \text{Вербальная агрессия})/3.$$

4) Методика «Определение уровня тревожности» (Ч.Д.Спилбергер, Ю.Л.Ханин).

Назначение теста: шкала тревоги Спилбергера является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

5) Методика «Опросник Мини-Мульт».

Описание теста: опросник Мини-мульт представляет собой сокращенный вариант ММРІ, содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 – оценочные. Первые 3 оценочные шкалы измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью. Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности. Время проведения опроса не ограничивается.

Инструкция: «Сейчас вы ознакомитесь с утверждениями, касающимися состояния вашего здоровья и вашего характера. Прочитайте каждое утверждение и решите, верно оно или неверно по отношению к вам. Не тратьте времени на раздумывание. Наиболее естественно то решение, которое первым приходит в голову».

Базисные шкалы:

1. Ипохондрия (Hs) - близость испытуемого к астено-невротическому типу. Испытуемые с высокими оценками пассивны, медленно приспосабливаются, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах.

2. Депрессия (D). Высокие оценки имеют чувствительные, сенситивные лица, склонные к тревогам, робкие, застенчивые. Не способны принять решение самостоятельно, нет уверенности в себе, при малейших неудачах они впадают в отчаяние.

3. Истерия (Hy). Выявляет лиц, склонных к неврологическим защитным реакциям конверсионного типа. Все проблемы разрешаются уходом в болезнь.

4. Психопатия (Pd). Высокие оценки по этой шкале свидетельствуют о социальной дезадаптации, такие люди агрессивны, конфликтны, пренебрегают социальными нормами и ценностями.

6. Паранойяльность (Pa). Основная черта людей с высокими показателями по этой шкале – склонность к формированию сверхценных идей. Это люди односторонние, агрессивные и злопамятные.

7. Психастения (Pt). Диагностирует лиц с тревожно-мнительным типом характера, которым свойственны тревожность, боязливость, нерешительность, постоянные сомнения.

8. Шизоидность (Sc). Лицам с высокими показателями по этой шкале свойствен шизоидный тип поведения - общей чертой шизоидного типа является сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях.

9. Гипомания (Ma). Для лиц с высокими оценками по этой шкале характерно приподнятое настроение независимо от обстоятельств. Они любят работу с частыми переменами, охотно контактируют с людьми, однако интересы их поверхностны и неустойчивы, им не хватает выдержки и настойчивости.

2.3 Результаты диагностики риска суицидального поведения и личностных особенностей студентов ТГУ

В данном разделе будут рассмотрены результаты исследования, полученные после проведения диагностики риска суицидального поведения и анализа личностных особенностей студентов ТГУ.

Таблица 5. Шкальный анализ суицидального риска студентов ТГУ.

| Шкалы | Уровень | | | | | |
|----------------------|------------------|----|------------------|----|------------------|----|
| | Низкий | | Средний | | Высокий | |
| | Абсолютное число | % | Абсолютное число | % | Абсолютное число | % |
| 1) Демонстративность | 40 | 80 | 9 | 18 | 1 | 2 |
| 2) Аффективность | 10 | 20 | 22 | 44 | 18 | 36 |

| | | | | | | |
|--------------------------------|----|----|----|----|----|----|
| 3) Уникальность | 38 | 76 | 11 | 22 | 1 | 2 |
| 4) Несостоятельность | 24 | 48 | 14 | 28 | 12 | 24 |
| 5) Соц.пессимизм | 16 | 32 | 20 | 40 | 14 | 28 |
| 6) Слом культуральных барьеров | 10 | 20 | 32 | 64 | 8 | 16 |
| 7) Максимализм | 38 | 76 | - | - | 12 | 24 |
| 8) Временная перспектива | 29 | 58 | 15 | 30 | 6 | 12 |
| 9) Антисуицидальный фактор | 19 | 38 | - | - | 31 | 62 |

Диаграмма 5.1. Анализ уровня демонстративности студентов.

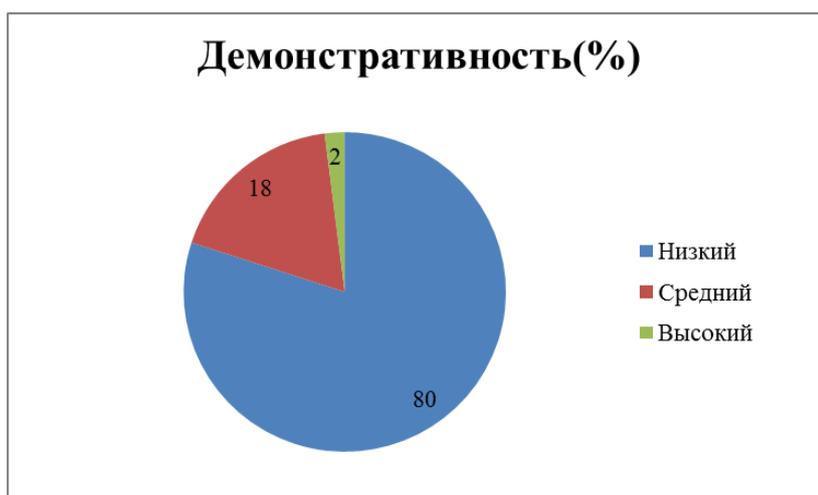


Диаграмма 5.2. Анализ уровня аффективности студентов.

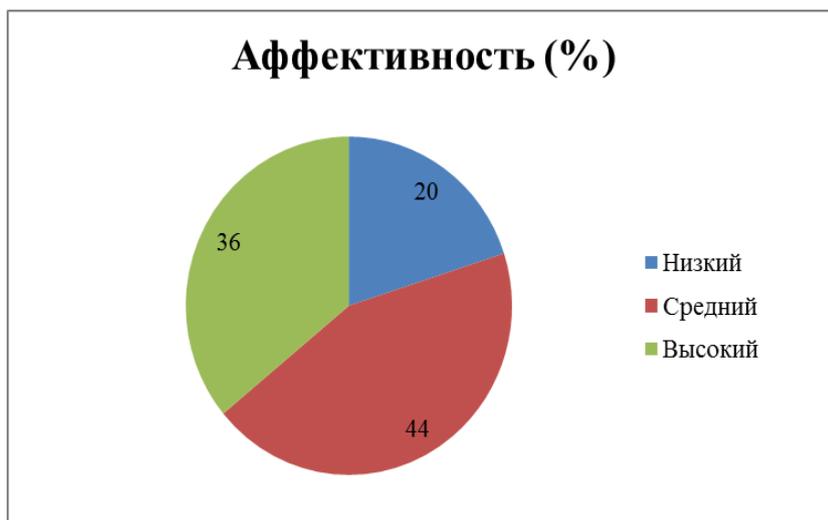


Диаграмма 5.3. Анализ уровня уникальности студентов.



Диаграмма 5.4. Анализ уровня несостоятельности студентов.



Диаграмма 5.5. Анализ уровня социального пессимизма студентов.



Диаграмма 5.6. Анализ уровня слома культуральных барьеров студентов.



Диаграмма 5.7. Анализ уровня максимализма студентов.



Диаграмма 5.8. Анализ уровня временной перспективы студентов.



Диаграмма 5.9. Анализ уровня антисуицидального фактора студентов.



Судя по таблице №5, одна половина шкал методики "опросник суицидального риска" обладают низкими показателями: «Демонстративность» (80%), «Уникальность» (76%), «Максимализм» (76 %), «Временная перспектива» (58%), вторая половина характеризуется в целом повышенными показателями: «Аффективность» (80%), «Социальный пессимизм» (68%), «Слом культуральных барьеров» (80%), «Несостоятельность» (52%). Только одна шкала имеет высокие показатели «Антисуицидальный фактор» (62%).

Таблица 6. Результаты исследования уровня проявления депрессии по Беку.

| Выраженность симптома | Абсолютное число | Относительное число (%) |
|-----------------------|------------------|-------------------------|
| Отсутствие депрессии | 20 | 40 |
| Субдепрессия | 13 | 26 |
| Умеренная депрессия | 7 | 14 |
| Выраженная депрессия | 8 | 16 |
| Тяжелая депрессия | 2 | 4 |

Диаграмма 6. Результаты исследования уровня проявления депрессии по Беку.



Из таблицы № 6 можно увидеть, что 40% студентов не имеют проявлений депрессии. Однако, если брать в целом, то оставшиеся 60% будут обладать депрессивными симптомами уровня «выше среднего».

Таблица 7. Результаты исследования уровня агрессии по методике Басса-Дарки у студентов ТГУ.

| Уровень | Враждебность | | Агрессивность | |
|---------------|------------------|---|------------------|----|
| | Абсолютное число | % | Абсолютное число | % |
| Низкий | 4 | 8 | 1 | 2 |
| Средний | 20 | 4 | 10 | 20 |
| Повышенный | 20 | 4 | 19 | 38 |
| Высокий | 4 | 8 | 8 | 16 |
| Очень высокий | 2 | 4 | 12 | 24 |

Диаграмма 7.1 Анализ уровня враждебности студентов.



Диаграмма 7.2 Анализ уровня агрессивности студентов.



Из диаграмм № 7.1 и 7.2 видно, что больше половины обследуемых, в целом, обладают повышенным уровнем враждебности и агрессивности (52% и 78% соответственно), в то время как остальной части студентов характерны показатели «низкого» и «среднего» уровня (48% для враждебности и 22% для агрессивности).

Таблица 8. Результаты исследования уровня тревожности по методике Спилбергера-Ханина студентов ТГУ.

| Шкала | Уровень | | | | | |
|-------------------------|------------------|---|------------------|----|------------------|----|
| | Низкий | | Умеренный | | Высокий | |
| | Абсолютное число | % | Абсолютное число | % | Абсолютное число | % |
| Ситуативная тревожность | 4 | 8 | 26 | 52 | 20 | 40 |
| Личностная тревожность | 3 | 6 | 11 | 22 | 36 | 72 |

Диаграмма 8.1. Анализ уровня ситуативной тревожности студентов.



Диаграмма 8.2. Анализ уровня личностной тревожности студентов.



Для студентов данной выборки характерна умеренная «ситуативная тревожность» – 52%, в то же время показатель «личностной тревожности» характеризуется высоким уровнем, и проявляется у 72% испытуемых.

Таблица 9. Результаты исследования личностных особенностей студентов ТГУ.

| Шкалы | Уровень | | | | | |
|-------------------------|------------------|----|------------------|----|------------------|----|
| | Низкий | | Средний | | Высокий | |
| | Абсолютное число | % | Абсолютное число | % | Абсолютное число | % |
| 1) Ипохондрия (Hs) | 15 | 30 | 35 | 70 | 0 | 0 |
| 2) Депрессия (D) | 9 | 18 | 37 | 74 | 4 | 8 |
| 3) Истерия (Hy) | 11 | 22 | 39 | 78 | 0 | 0 |
| 4) Психопатия (Pd) | 11 | 22 | 36 | 72 | 3 | 6 |
| 5) Паранойяльность (Pa) | 15 | 30 | 29 | 58 | 6 | 12 |
| 6) Психастения (Pt) | 11 | 22 | 34 | 68 | 5 | 10 |
| 7) Шизоидность (Se) | 12 | 24 | 34 | 68 | 5 | 8 |
| 8) Гипомания (Ma) | 7 | 14 | 41 | 82 | 2 | 4 |

Диаграмма 9.1. Анализ уровня ипохондрии у студентов.



Диаграмма 9.2. Анализ уровня депрессии у студентов.

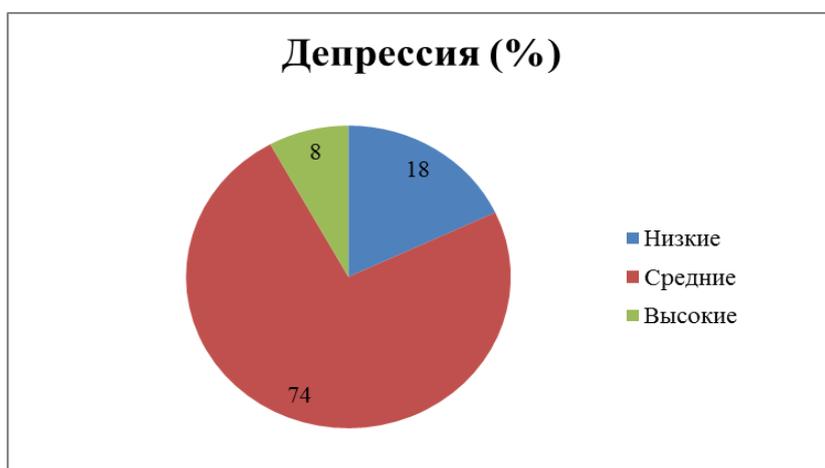


Диаграмма 9.3. Анализ уровня истерии у студентов.

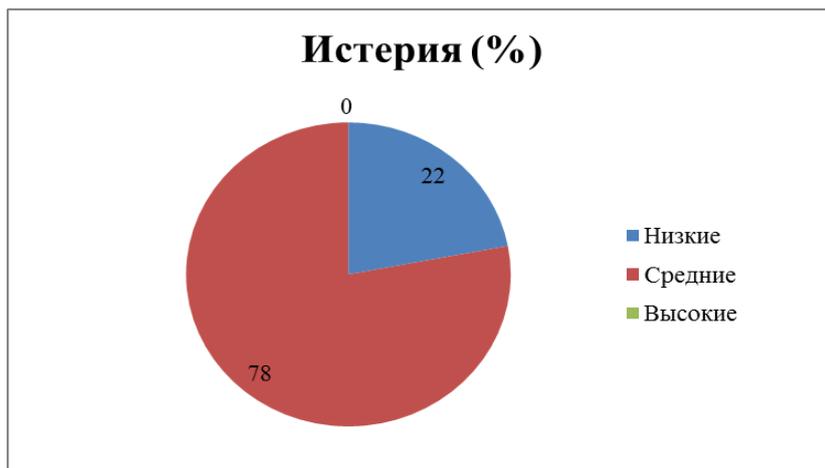


Диаграмма 9.4. Анализ уровня психопатии у студентов.



Диаграмма 9.5. Анализ уровня паранойяльности у студентов.



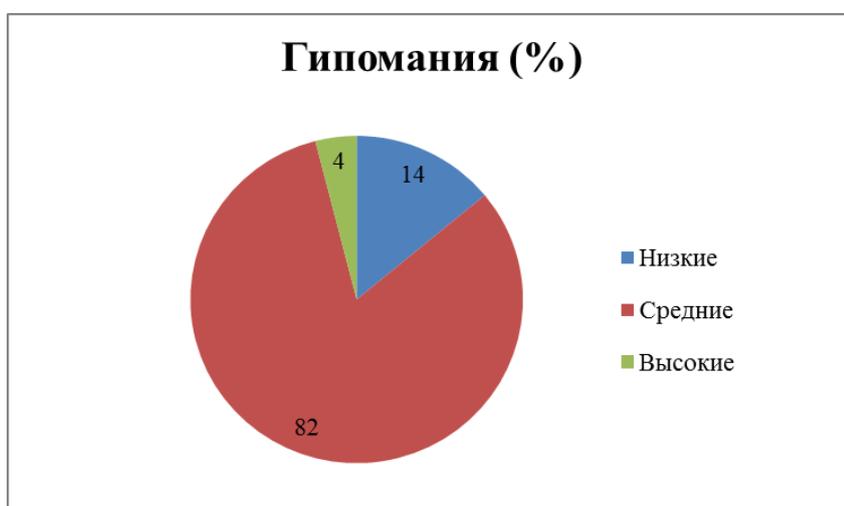
Диаграмма 9.6. Анализ уровня психастении у студентов.



Диаграмма 9.7. Анализ уровня шизоидности у студентов.



Диаграмма 9.8. Анализ уровня гипомании у студентов.



Анализируя таблицу № 9, мы видим, что основной процент приходится на «среднюю» выраженность показателей по шкалам: «Ипохондрия» (70%), «Депрессия» (74%), «Истерия» (78%), «Психопатия» (72%), «Паранойяльность» (58%), «Психастения» (68%), «Шизоидность» (68%), «Маниакальность» (82%), в то время как «высокая» имеет очень низкие значения (от 0 до 12%).

Для статистической обработки результатов была использована программа IBM SPSS Statistics 19, с помощью которой были проведены описательный и корреляционный анализ.

Таблица 10. Результаты, полученные при помощи описательной статистики.

| Шкалы | Минимум | Среднее | Максимум | Асимметрия | Экссесс |
|-----------------------------|---------|---------|----------|------------|---------|
| Возраст | 18 | 22,10 | 26 | -,398 | -,581 |
| Бек | 1 | 13,70 | 63 | 2,530 | 9,302 |
| Агрессивность | 15 | 66,02 | 102 | -,096 | -,346 |
| Враждебность | 5 | 37,72 | 71 | ,123 | -,467 |
| Демонстративность | 0 | 1,68 | 6 | ,847 | ,135 |
| Аффективность | ,0 | 3,234 | 6,6 | ,147 | -,737 |
| Уникальность | 0 | 1,83 | 6 | ,725 | -,225 |
| Несостоятельность | 0 | 2,70 | 8 | ,469 | -1,088 |
| Социальный пессимизм | 1 | 3,24 | 6 | -,008 | -1,112 |
| Слом культуральных барьеров | ,0 | 2,254 | 6,9 | ,475 | 1,016 |
| Максимализм | 0 | 3,20 | 6 | ,000 | -,885 |
| Временная перспектива | ,0 | 1,800 | 6,6 | 1,209 | 1,254 |
| Антисуицидальный фактор | ,0 | 4,736 | 6,4 | -,951 | -,238 |
| Ипохондрия | 20 | 46,32 | 69 | ,110 | ,146 |
| Депрессия | 20 | 49,10 | 70 | -,201 | ,070 |
| Истерия | 30 | 46,44 | 66 | ,241 | -,798 |
| Психопатия | 25 | 49,42 | 88 | ,611 | ,679 |
| Паранойяльность | 10 | 47,76 | 76 | ,102 | -,075 |
| Психастения | 10 | 48,98 | 80 | -,404 | ,284 |
| Шизоидность | 15 | 47,96 | 77 | -,236 | ,425 |
| Гипомания | 15 | 49,28 | 85 | ,207 | 1,249 |
| Ситуативная тревожность | 24 | 42,96 | 71 | ,789 | ,318 |
| Личностная тревожность | 20 | 48,54 | 70 | -,522 | 1,375 |

Из данной таблицы следует, что некоторые шкалы («Бек», «Несостоятельность», «Социальный пессимизм», «Слом культуральных барьеров», «Временная перспектива», «Гипомания», «Личностная тревожность») имеют ненормальное распределение по выборке (Ассиметрия и Экссесс должны находиться в пределах $-1 < p < 1$). Поэтому для

исследования взаимосвязей мы применим коэффициент корреляционного анализа по Спирмену.

Таблица 11. Результаты корреляционного анализа между методиками «Опросник суицидального риска» и «Шкала депрессии Бека».

| Шкалы | Бек |
|-----------------------------|---------|
| Демонстративность | ,592** |
| Аффективность | ,377** |
| Уникальность | ,616** |
| Несостоятельность | ,551** |
| Социальный пессимизм | ,517** |
| Слом культуральных барьеров | ,199 |
| Максимализм | ,196 |
| Временная перспектива | ,539** |
| Антисуицидальный фактор | -,500** |

** . Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

* . Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).

Из таблицы № 11, можно заметить, что шкалы «Демонстративность», «Аффективность», «Уникальность», «Несостоятельность», «Социальный пессимизм» и «Временная перспектива» имеют прямую корреляцию с показателем уровня депрессии. Если рассматривать некоторые показатели, то можно наблюдать составляющие «депрессивного мышления», для которого характерно негативное восприятие себя, окружающего мира и собственного будущего. Аналогиями для этих составляющих являются, на наш взгляд, показатели «Несостоятельности», «Социального пессимизма» и «Временной перспективы» соответственно.

Однако шкала «Антисуицидальный фактор» имеет обратную корреляцию с показателем уровня депрессии, что дает нам возможность предположить, что чем выше будет уровень депрессии, тем ниже будет показатель антисуицидального фактора. Это можно интерпретировать таким образом: депрессивный человек, обладая негативным восприятием окружения, себя и будущего попросту может не видеть никаких «якорей»,

которые могли бы ему помочь противиться мыслям о суициде, а это, в свою очередь, повышает риск суицидального поведения, и снижает влияние антисуицидальных факторов.

Таблица 12. Результаты корреляционного анализа между методиками «Опросник суицидального риска» и «Опросник уровня агрессивности Басса – Дарки».

| Шкалы | Агрессивность | Враждебность |
|-----------------------------|---------------|--------------|
| Демонстративность | ,068 | ,440** |
| Аффективность | ,020 | ,295* |
| Уникальность | ,164 | ,502** |
| Несостоятельность | ,051 | ,563** |
| Социальный пессимизм | ,073 | ,530** |
| Слом культуральных барьеров | ,019 | ,038 |
| Максимализм | ,123 | ,039 |
| Временная перспектива | ,091 | ,524** |
| Антисуицидальный фактор | -,034 | -,217 |

** . Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

* . Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).

Таблица 12 показывает прямые и значимые корреляции между шкалами «Демонстративность», «Аффективность», «Уникальность», «Несостоятельность», «Социальный пессимизм», «Временная перспектива» и показателями враждебности.

Шкалы «Несостоятельность», «Социальный пессимизм» и «Временная перспектива» означают отрицательную концепцию человека о себе самом, восприятие мира как враждебного и невозможность конструктивного планирования будущего соответственно. Сам показатель враждебности состоит из двух характеристик – обиды и подозрительности, которые в свою очередь подразумевают злость и ненависть, а также осторожное и недоверчивое отношение к окружающим.

Исходя из вышеперечисленного, мы приходим к выводу, что для человека, имеющего такое отрицательное восприятие своего окружения, враждебность, как реакция, является нормальной, и это проявляется во взаимосвязи вышеуказанных показателей.

Таблица 13. Результаты корреляционного анализа между методиками «Опросник суицидального риска» и «Опросник Мини-Мульт».

| Шкалы | Hs | D | Hу | Pd | Pa | Pt | Se | Ma |
|-----------------------|-------|----------------|---------------|----------------|----------------|---------------|--------------|-------|
| Демонстр-ть | -,113 | ,142 | -,018 | ,112 | ,130 | -,042 | -,079 | ,115 |
| Аффект-ть | -,022 | -,102 | ,044 | -,063 | ,049 | -,137 | -,036 | ,249 |
| Уникальность | ,108 | ,166 | ,264 | ,271 | ,460** | ,240 | ,235 | ,196 |
| Несост-сть | ,200 | ,479** | ,373** | ,228 | ,334* | ,399** | ,357* | ,212 |
| Соц. пессимизм | -,045 | ,162 | -,036 | ,120 | ,182 | ,202 | ,054 | ,073 |
| Слом культ. барьеров | -,272 | ,133 | -,249 | ,051 | -,046 | ,055 | -,070 | -,211 |
| Максимализм | -,062 | ,106 | -,041 | -,122 | ,055 | ,082 | ,098 | ,136 |
| Временная перспектива | -,009 | ,206 | ,140 | ,208 | ,279* | ,208 | ,183 | ,247 |
| Антисуицид. фактор | -,153 | -,388** | -,288* | -,385** | -,370** | -,352* | -,150 | -,065 |

** . Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

* . Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).

В таблице 13 показана прямая и значимая корреляция между шкалами «Уникальность» - «Паранойяльность» (Pa); «Несостоятельность»-«Депрессия»(D), «Истерия»(Hу), «Паранойяльность»(Pa), «Психастения»(Pt), «Шизоидность»(Se).

Анализируя взаимосвязи, можно сказать, что люди, обладающие высокими значениями по шкалам «Несостоятельность» и «Депрессия», склонны воспринимать и видеть себя отрицательно, неполноценно в различных аспектах (физический, интеллектуальный и т.д.). Они чувствительны, не уверены в себе и очень тревожны.

Рассмотрим совокупность шкал «Несостоятельность», «Истерия» (Hу) и «Психастения» (Pt), но для начала определим их характеристики. Для людей с высокими показателями по истерии характерны неврологические защитные реакции, в основном это проявляется уходом в болезнь. А люди с показателями по психастении обладают такими чертами, как нерешительность, сомнительность и боязливость. Если для человека характерен показатель «Несостоятельность», то в его представлении он видит себя

слабым, ненужным и неполноценным. Можно предположить, что чувствуя себя таким образом, у него будут развиваться нерешительность и боязливость в отношении чего-либо нового, а при неудачах возможны неадекватные защитные реакции, например такие же, как были описаны в показателе «Истерия». Таким образом, мы можем увидеть проявление взаимосвязи между данными показателями.

В отличие от предыдущих шкал, «Антисуицидальный фактор» имеет обратные значимые корреляции с «Депрессией», «Истерией», «Психопатией», «Паранойяльностью» и «Психастенией».

Анализируя взаимосвязи между «Антисуицидальным фактором» и «Психопатией», можно предположить, что чем выше показатель по «Психопатии», тем меньшим будет «Антисуицидальный фактор». В «Антисуицидальный фактор» входят чувство долга, представление о греховности самоубийства, его антиэстетичности. Но, учитывая тот факт, что для людей, обладающих высокими показателями по шкале «Психопатия», характерны социальная дезадаптация, антиобщественное поведение, пренебрежение социальными нормами и ценностями, можно сделать предположение, что для них этот фактор будет играть малую роль при решении о самоубийстве, либо не будет играть вообще.

Таблица 14. Результаты корреляционного анализа между методиками «Опросник суицидального риска» и «Определение уровня тревожности»

| Шкалы | Ситуативная тревожность | Личностная тревожность |
|-----------------------------|-------------------------|------------------------|
| Демонстративность | ,358* | ,340* |
| Аффективность | ,280* | ,347* |
| Уникальность | ,396** | ,461** |
| Несостоятельность | ,534** | ,655** |
| Социальный пессимизм | ,359* | ,445** |
| Слом культуральных барьеров | -,008 | -,048 |
| Максимализм | ,186 | ,229 |
| Временная перспектива | ,403** | ,459** |
| Антисуицидальный фактор | -,425** | -,298* |

** . Корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя).

* . Корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя).

В таблице 14 видно, что большинство шкал имеют прямую значимую корреляцию с методикой определения уровня тревожности. Однако, «Антисуицидальный фактор» обладает обратной значимой корреляцией, а шкалы «Слом культуральных барьеров» и «Максимализм» не имеют никакой взаимосвязи с показателями тревожности.

Показатели личностной тревожности в совокупности со шкалой «Социальный пессимизм», дают нам представление о том, что человек, обладающий высокой личностной тревожностью, имеет тенденцию воспринимать любую ситуацию как угрожающую для себя, а мир будет иметь отрицательную концепцию в его восприятии, будет враждебным по отношению к нему.

Мы наблюдаем значимую корреляцию между шкалой «Временная перспектива» и показателями ситуативной и личностной тревожности. В качестве интерпретации данного явления, может выступить предположение о том, что чем выше показатель «Временной перспективы», который проявляется в неспособности индивида конструктивно планировать свое будущее, тем сильнее будут проявляться тревожные черты его личности.

Как мы писали выше, шкала «Антисуицидальный фактор» имеет обратную значимую корреляцию с показателем ситуативной тревожности. В связи с этим, можно говорить о том, что если человек реагирует слишком остро на возникшую ситуацию и он не знает, как найти выход из нее, то все факторы, которые могли бы снизить суицидальный риск, могут терять силу своего влияние на принятие решения о самоубийстве.

Заключение

Для нашего исследования актуальным являлся анализ риска суицидального поведения у студентов ТГУ. Были определены цели и задачи.

Целью нашего исследования было изучение взаимосвязи между личностными особенностями и риском суицидального поведения студентов высших учебных заведений.

Мы поставили следующие **задачи**:

- 1) Проанализировать литературу по теме «исследование риска суицидального поведения»;
- 2) Создать диагностические программы для выявления риска суицидального поведения и анализа психологических особенностей у студентов высших учебных заведений;
- 3) Осуществить диагностику риска суицидального поведения студентов;
- 4) Оценить уровень депрессии у студентов;
- 5) Оценить степень враждебности и агрессивности у студентов;
- 6) Определить уровень тревожности у студентов;
- 7) Проанализировать личностные особенности студентов;
- 8) Проанализировать взаимосвязь риска суицидального поведения с личностными особенностями студентов.

Для проведения исследования, нами были выбраны следующие **методики**:

- 1) Опросник суицидального риска Т.Н. Разуваевой,
- 2) Шкала депрессии Бека,
- 3) Опросник уровня агрессивности Басса – Дарки,
- 4) Определение уровня тревожности (Ч.Д.Спилбергер, Ю.Л.Ханин),
- 5) Опросник Мини-Мульт,

В результате исследования мы выяснили, что у студентов в 62 % случаев «антисуицидальный фактор» высокий. Однако, несмотря на то, что суицидальный риск может показаться низким, остальные 38% студентов все же имеют склонность к повышенному риску суицидального поведения. Депрессивные проявления, в целом по выборке, обладают уровнем выше среднего (60%), остальной процент (40%) принадлежит обследуемым с низкими показателями. Для студентов также характерен высокий уровень личностной тревожности (72%), ситуативная же преимущественно носит умеренный характер (52%). Высокие показатели «личностной тревожности» говорят нам о том, что большое число студентов имеет внутриличностный конфликт, результатом которого может быть неспособность к удовлетворению своих потребностей приемлемым для них способом, а это, в свою очередь, ведет к росту напряжения. Уровень враждебности у половины студентов имеет повышенные показатели (52%), что может говорить о том, что этой части студентов свойственно недоверие к окружающим и социуму в целом. Уровень агрессивности у 78% студентов повышенный, с тенденцией на увеличение, что можно проинтерпретировать как защитный механизм на разного рода неопределенные ситуации и поведение людей, на враждебность со стороны социума и на угрозу собственной безопасности как действительной, так и мнимой. Исследование свойств личности показало, что у студентов преобладают средние показатели. Самый высокий процент по средним значениям, был характерен следующим шкалам: «Гипомания» (82%), «Истерия» (78%), «Депрессия» (74%), «Психопатия» (72%), «Ипохондрия» (70%). В целом это значит, что расстройств личности никто из них не имеет, однако можно предположить наличие акцентуированных черт.

Несмотря на то, что только 38% студентов в нашем исследовании имеют склонность к повышенному риску суицидального поведения, мы предполагаем, что этот процент может увеличиваться из-за влияния таких показателей, как повышенный уровень депрессии, высокая личностная тревожность, а также повышенный уровень враждебности.

Таким образом, проведенное исследование подтвердило нашу гипотезу о том, что риск суицидального поведения зависит от ряда особенностей студента.

В итоге результаты нашего исследования позволили нам сформировать психологический портрет студента с высоким риском суицидального поведения.

Психологический портрет. Студент с высоким риском суицидального поведения обладает резистентностью к влиянию антисуицидальных факторов, таких как чувство

долга, представления о греховности самоубийства, боязни боли и физических страданий. Для него характерна высокая личностная тревожность и умеренная ситуативная. Проявления депрессии преобладают на уровне выше среднего. Показатели его враждебности и агрессивности будут иметь повышенные значения. Касательно свойств личности такого студента, можно говорить о наличии у него акцентуированных черт, которые, однако, не выходят за рамки акцентуации характера, и не перерастают в расстройство личности.

Выводы

В ходе исследования были сформулированы следующие выводы:

1) Практически для всех шкал методики "опросник суицидального риска" были характерны низкие показатели, кроме двух - «Аффективность» (36% для высоких показателей), и «Антисуицидальный фактор» (62% для высоких показателей). Однако оставшиеся 38%, для которых характерен низкий показатель по «антисуицидальному фактору», могут быть склонны к повышенному риску суицидального поведения.

2) Для большинства студентов, в целом, был характерен повышенный уровень депрессивности (60%), остальные (40%) имели низкий уровень. В ходе исследования были выявлены значимые взаимосвязи с большинством шкал методики «опросник суицидального риска»: «Демонстративность», «Аффективность», «Уникальность», «Несостоятельность», «Социальный пессимизм», «Временная перспектива», «Антисуицидальный фактор».

3) Больше половины обследуемых, в целом, обладают повышенным уровнем враждебности и агрессивности (52% и 78% соответственно), в то время как для остальных были характерны показатели «низкого» и «среднего» уровня (48% для враждебности и 22% для агрессивности). Взаимосвязи между агрессивностью и шкалами методики "опросник суицидального риска" выявлено не было, в то время как показатель враждебности оказался связан с шестью шкалами из девяти: «Демонстративность», «Аффективность», «Уникальность», «Несостоятельность», «Социальный пессимизм», «Временная перспектива».

4) Большое количество студентов обладают высокими показателями по личностной тревожности (72%), в то время как показатели ситуативной тревожности обладают умеренным уровнем и преобладают лишь у половины испытуемых (52%). При этом

большая часть шкал методики «опросника суицидального риска» имеет явную взаимосвязь с показателями как ситуативной, так и личностной тревожности.

5) При исследовании свойств личности, было выявлено, что основной процент приходился на «среднюю» выраженность показателей по шкалам: «Ипохондрия» (70%), «Депрессия» (74%), «Истерия» (78%), «Психопатия» (72%), «Паранойяльность» (58%), «Психастения» (68%), «Шизоидность» (68%), «Маниакальность» (82%), в то время как «высокая» имела очень низкие значения (от 0 до 12%). Были обнаружены прямые связи между несколькими свойствами и шкалами "опросника суицидального риска": «Уникальность» - «Паранойяльность»; «Несостоятельность» - «Депрессия», «Истерия», «Паранойяльность», «Психастения», «Шизоидность». Шкала "Антисуицидальный фактор" проявила обратную зависимость со свойствами "Депрессия", "Истерия", "Психопатия", "Паранойяльность" и "Психастения".

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. – М., 1980. – 55 стр.
2. Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // Актуальные проблемы суицидологии - М., 1978.
3. Амбрумова А. Г. Профилактика суицидального поведения: методические рекомендации. / Сост. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., М., 1980 г. 23с.
4. Амбрумова А. Г. Предупреждение самоубийств / Амбрумова А. Г., Бородин С. В., Михлин А. С. – М., 1980.
5. Амбрумова А. Г. Психология самоубийства [Электронный ресурс] // ПАРАГРАФ. – URL: http://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31045609 (дата обращения: 25.12.2012).
6. Бек А., Раш А. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – С.28-64.
7. Бек А. Методы работы с суицидальным пациентом // Журнал практической психологии и психоанализа. - 2003. - №1.
8. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. – СПб.: Прайм – ЕВРОЗНАК, 2001. – 512 с.
9. Бердяев Н.А. О самоубийстве. - М.: Изд-во МГУ, 1992. - 23 с.
10. Вагин Ю. Р. Эстетика самоубийства / Ю. Р. Вагин, Л. З. Трегубов. – Пермь : КАПИК, 1993.- 188 С. – 2-3 с., 13 с., 15-16 с., 16-17 с., 18-21 с.
11. Вароткина Ж.Л. Самоубийства как социальная патология // Экология человека. - 2000. - №4. - С.82-83.
12. Вопросы здравоохранения Самоубийства [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – ВОЗ, 2012. – URL: <http://www.who.int/topics/suicide/ru/> (дата обращения: 24.12.2012).
13. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1998. – 128 с.

14. Гишинский Я., Румянцева Г. Самоубийства в России // Мир России. - 1998. - Т.7, № 4. - С.159-166.
15. Гладышев М. В., Положий Б. С. Суицидальное поведение больных с психическими расстройствами // Материалы XIV съезда психиатров России. – М., 2005. – С. 437.
16. Гроллман, Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция / Э Гроллман // Суицидология: прошлое и настоящее. - М.: Когито-Центр, 2001. - С. 270-352.
17. Депрессия [Электронный ресурс] // PSYCHOLOGIES - - URL: <http://www.psychologies.ru/glossary/05/depressiya/> (дата обращения: 1.11.2016).
18. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / Пер, с фр. с сокр.; Под ред. В. А. Базарова.— М.: Мысль, 1994.— 399 С.
19. Ефремов В. С. Основы суицидологии. – СПб. : Изд-во «Диалект», 2004. – 480 с.
20. Исаев Д.С., Шерстнев К.В. Психология суицидального поведения. Методические рекомендации. — Самара: Самарский Государственный Университет Кафедра психологии, 2000. — 72 с.
21. Корнетов Н. А. Межведомственная антикризисная суицидологическая служба в системе социального обслуживания населения. (К 25-летию Томской суицидологической службы) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – N 2 (19). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 01.05.2013).
22. Короленко Ц. П. Семь путей к катастрофе: Деструктивное поведение в современном мире / Короленко Ц. П., Донских Т. А. – Новосибирск: Наука. Сиб. Отд-ние, 1990. – 244 с.
23. Кудрявцев И. А. Психологический прогноз повторных попыток самоубийства [Электронный ресурс] // Суицидология. 2012. № 3. URL: http://psychiatr.ru/download/844?view=1&name=%D0%A1%D1%83%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F_3_2012.pdf (дата обращения: 24.05.2013).
24. Лебина М. За последней чертой. О самоубийствах в современном обществе // Родина, 1994 г., № 8 с. 69-79.

25. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков [Электронный ресурс]// КАТАЛОГ КНИЖНОЙ ПОЛКИ. – psychology.ru, 2000. – URL: <http://www.psychology.ru/library/00034.shtml> (дата обращения: 26.12.2012).
26. Лукас К., Сейден Г.М. Молчаливое горе. Жизнь в тени самоубийства / Пер. с англ. - М., 2000. - 255 с.
27. Мамышева Н. Л. Психиатрия [Электронный ресурс]: учебно-методический комплекс / Н. Л. Мамышева ; М-во образования и науки Российской Федерации, Томский гос. ун-т. - Томск : ТГУ, 2011. (дата обращения: 1.11.2016).
28. Мишиев В. Д. Клинические особенности распространенности суицидального поведения при депрессиях / Мишиев В. Д., Качура А. В. // Вести ассоциации психиатров Украины. – 1998. - №2. – С. 19-30.
29. Меннингер К. Война с самим собой. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 183 с.
30. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В.Д.Менделевич. – 6-е изд. – М. : МЕДпрес - информ, 2008. – 432 с.
31. Моховиков А.Н. Суицидология. Прошлое и настоящее / Под ред. А.Н. Моховикова. - М., 2001.
32. Николаев Е. Л. Кризис и суицид: клинико-психологический анализ аутоагрессивного поведения [Электронный ресурс] // Суицидология. 2015 №3 – URL:http://psychiatr.ru/download/2362?view=1&name=%D0%A1%D1%83%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F_3_2015.pdf (дата обращения: 26.03.2016).
33. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. Наук. – К., 2004. – 34 с.
34. Персональный сайт [Электронный ресурс] // OKSANOSHKA.COM. – URL: <http://www.oksanochka.com/003/001/001.shtml> (дата обращения: 25.12.2012).
35. Петровский А.В., Ярошенко М.Г. Психология.-М.: Академия, 2001.-403с.

36. Погодин И. А. Суицидальное поведение: психологические аспекты [Электронный ресурс] // FictionBook.lib. - Фикшнбук, 2009. – URL: http://fictionbook.ru/author/igor_aleksandrovich_pogodin/suicidalnoe_povedenie_psihologicheskie_aspekty/read_online.html?page=1 (дата обращения: 25.12.2012).
37. Положий Б.С. Дифференцированная профилактика суицидального поведения / Положий Б. С., Панченко Е.А. [Электронный ресурс] // Суицидология. 2012. № 1. URL:http://psychiatr.ru/download/842?view=1&name=%D0%A1%D1%83%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F_1_2012.pdf (дата обращения: 22.06.2015).
38. Положий Б. С. Расстройства личности у пациентов, совершивших суицидальные попытки / Положий Б. С., Панченко Е. А. [Электронный ресурс] // Российский психиатрический журнал - URL: http://rpj.geotar.ru/ru/jarticles_psycho/118.html?SSr=15013354a221ffffff27c__07de0c12150f1d-f4a (дата обращения: 22.06.2015)
39. Предотвращение самоубийств. Справочное пособие для консультантов. [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_rus.pdf (дата обращения: 1.05.2013).
40. Самоубийства в России [Электронный ресурс] // Википедия - URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Самоубийства_в_России (дата обращения: 26.01.2016).
41. Спилбергер Ч.Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги// Стресс и тревога в спорте. – М., 1983.
42. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста – СПб.: Издательство «Питер», 2000.
43. Статистика смертности в России 2015 [Электронный ресурс] // ДОСТОВЕРНО NEWS – URL: http://dos-news.com/lenta_novostei/rossiya-ostaetsya-na-chetvertom-meste-v-mire-po-chislu-suicidov.html (дата обращения: 26.01.2016).
44. Хорни К. Тревожность Собр. соч. в 3 томах. М.: Смысл, 1997. Т.2. С. 174—180.
45. Ширман А. Депрессия и методы ее лечения. М.: Деконт Плюс, 1998. с. 110.

46. Шнейдман Э. Десять общих черт самоубийств и их значение для психотерапии // Хрестоматия по суицидологии / Сост. А.Н. Моховиков. - Киев, 1996.
47. Шнейдман Э. Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. – 132 с.
48. Юдин Г. Смысл самоубийства [Электронный ресурс] // НИУ ВШЭ – Электр. Журн. «Социологическое обозрение». – НИУ ВШЭ, 1993-2012. – URL: <http://sociologica.hse.ru/2009-8-2/28142783.html> (дата обращения: 26.12.2012).
49. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: Монография. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 С.
50. Suicide Prevention, How to Help Someone who is Suicidal and Save a Life [electronic resource] // HELPGUIDE.ORG – URL: <https://www.helpguide.org/articles/suicide-prevention/suicide-prevention-helping-someone-who-is-suicidal.htm> (access date: 15.02.2013).



Поиск заимствований в научных текстах^β

Введите текст:

...или загрузите файл:

Файл не выбран...

Выбрать файл...

Укажите год публикации:

Выберите коллекции

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Все | <input type="checkbox"/> Википедия | <input type="checkbox"/> Российские журналы |
| <input type="checkbox"/> Рефераты | <input type="checkbox"/> Российские конференции | <input type="checkbox"/> Энциклопедии |
| <input type="checkbox"/> Авторефераты | <input type="checkbox"/> Иностранные журналы | <input type="checkbox"/> Англоязычная википедия |
| <input type="checkbox"/> Иностранные конференции | | |
| <input type="checkbox"/> PubMed | | |

Анализировать

Проверить по расширенному списку коллекций системы Руконтекст (<http://text.rucont.ru/like>)

Обработан файл:

Взаимосвязь личностных особенностей с риском суицидального поведения Глуценко А. О..doc.

Год публикации: 2017.

Оценка оригинальности документа - 76.7%

Процент условно корректных заимствований - 0.0%

Процент некорректных заимствований - 23.3%

[Просмотр заимствований в документе](#)

Время выполнения: 22 с.

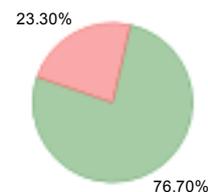
Документы из базы

[Общеизвестные фрагменты](#)

Значимые оригинальные фрагменты

[Библиографические ссылки](#)

Искать в Интернете



Источники
Дополнительно