

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет социальных наук
Кафедра психологии и педагогики
Специальность 37.05.01 – Клиническая психология
Специализация Клинико-психологическая помощь ребенку и семье

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ
Зав. кафедрой

_____ А.В. Лейфа
« ____ » _____ 2018 г.

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

на тему: Психологические детерминанты авитальной активности подростков

Исполнитель
студент группы 266-ос

Н.В. Шевко

Руководитель
доцент, канд.псих.наук

С.В. Смирнова

Нормоконтроль

В.С. Клемес

Рецензент

О.А. Хоценко

Благовещенск 2018

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

Факультет социальных наук
Кафедра психологии и педагогики
Специальность 37.05.01 – Клиническая психология
Специализация Клинико-психологическая помощь ребенку и семье

УТВЕРЖДАЮ
Зав. кафедрой
_____ А.В. Лейфа
« ____ » _____ 2017 г.

ЗАДАНИЕ

к дипломной работе студента Шевко Натальи Васильевны

- 1) Тема дипломной работы:** Психологические детерминанты авитальной активности подростков (утверждена приказом от _____ № _____)
- 2) Срок сдачи студентом законченной работы:** _____.
- 3) Исходные данные к дипломной работе:**

Теория авитальной активности сформирована в начале двадцать первого века. С 2001 года, автор концепции тифоанализа, председатель Пермского тифоаналитического общества глубинной психологии – Вагин Юрий Робертович разрабатывает концепцию авитальной активности, позволяющую объяснить и предотвратить саморазрушающее поведение человека, в том числе суицидальную активность подростка. Концепция авитальной активности является новой в науке, так как рассматриваемое в ней суицидальное поведение и асоциальное связывают со снижением витальной активности из-за усиления авитальной активности.

Понятие авитальная активность используется как предельно широкое, охватывающее пресуицидальную, суицидальную, парасуицидальную и асоциальную активность подростков, и означает биологическую, психологическую и

поведенческую активность, направленную на повреждение и / или прекращение собственного социального и биологического функционирования.

4) Содержание дипломной работы (перечень подлежащих разработке вопросов):

- 1) Проанализировать литературу по проблеме авитальной активности.
- 2) Описать факторы формирования авитальной активности.
- 3) Изучить характер и качество связи между выраженностью авитальной активности и уровнем качества жизни.
- 4) Разработать и подготовить к внедрению программу первичной профилактики авитальной активности подростков.

5) Перечень материалов приложения: (наличие таблиц, рисунков, приложений и т.п.):

Дипломная работа содержит 76 страниц печатного текста, 6 рисунков, 3 таблицы, 6 приложения, 77 источника.

6) Дата выдачи задания: _____

Руководитель дипломной работы: С.В. Смирнова, доцент, канд.псих.наук

подпись руководителя

Задание принял к исполнению (дата) _____

подпись студента

РЕФЕРАТ

Данная работа содержит 76 страниц печатного текста, 6 рисунков, 3 таблицы, 6 приложений, 77 источников.

АВИТАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ, ВИТАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ АВИТАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ, НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ

В первой главе работы рассматриваются различные подходы к определению понятия авитальной, витальной активности, а также раскрываются проявления форм авитальной активности. Выделяются особенности авитальной активности подростков и факторы, детерминирующие их авитальную активность. На основе анализа научной литературы рассмотрены теоретические основы изучения психологических детерминант авитальной активности в подростковом возрасте, включая изучение взаимосвязи проявлений авитальной активности и качества жизни в подростковом возрасте. На основании данного исследования подготовлена к внедрению программа первичной профилактики авитальной активности подростков.

Во второй главе представлена информация об организации этапов, формах и методах исследования взаимосвязи характера и качества связи между выраженностью авитальной активности и уровнем качества жизни у подростков. Представлен анализ и интерпретация результатов исследования.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	6
1 Теоретические аспекты изучения авитальной активности подростка	9
1.1 Понятие феномена авитальной активности и основные формы ее проявлений	9
1.2 Особенности авитальной активности у подростков	21
1.3 Факторы формирования авитальной активности у подростков	33
2 Эмпирическое исследование психологических детерминант авитальной активности подростков	48
2.1 Организация и методы исследования	48
2.2 Анализ и интерпретация данных	56
Заключение	65
Библиографический список	68
Приложение А «Методика оценки качества жизни (Medical Outcomes Study-Short Form – MOS SF-36)»	77
Приложение Б «Склонность к отклоняющемуся поведению А.Н. Орел»	81
Приложение В «Выявление суицидальных наклонностей З.В. Королева»	87
Приложение Г Сводные таблицы данных	88
Приложение Д Результаты расчета ранговой корреляции Ч. Спирмена	110
Приложение Е Программа первичной профилактики авитальной активности подростков	114

ВВЕДЕНИЕ

Последние десятилетия были отмечены ростом самоубийств и суицидальных попыток во многих странах мира. По прогнозам, количество случаев с завершённым суицидом может возрасти на 50 %, а количество людей, совершающих суицидальные попытки, возрастет в 10 – 20 раз, что составит почти полтора миллиона – сообщает Всемирная организация здравоохранения. Большую часть людей данной статистики составляют люди подросткового возраста. В 2003 году Россия заняла первое место в мире по абсолютному количеству подростковых самоубийств. Пик суицидальной активности сместился на возрастной промежуток 15 – 25 лет и за последние четверть века увеличился вдвое, уменьшая возрастной промежуток. В подростково-юношеском возрасте самоубийства вышли на третье место среди ведущих причин смертности. Проблема подростковых самоубийств становится одной из глобальных проблем современности. Она является одной из самых главных и актуальных проблем общества.

Решение этой проблемы разрабатывается во всех странах среди смежных сфер суицидологии и психологии. В восьмидесятых годах двадцатого века в России группа ученых во главе с доктором медицинских наук, А.Г. Амбрумовой был создан Всесоюзный научно-методический суицидологический центр. Они разрабатывали концепцию суицидального поведения как следствие социальной и психологической дезадаптации личности в условиях переживания микросоциального климата. Среди работ данного центра выделены публикации по суицидологии, занимающие большее место исследованиям суицидальных проявлений у детей и подростков с депрессивными расстройствами и шизофренией (Ковалев В.В., 1973; Личко А.Е., 1977; Амбрумова А.Г., Вроно Е.М., 1983; Конончук Н.В., 1991; Славгородский Я.М., 2000). Так же изучены суицидальные и противосуицидальные мотивационные комплексы, связь суицидального поведения подростков с другими видами девиаций (Вагин Ю.Р., 1999). Однако исследования выявляющие корреляцию между особенностями развития лично-

сти и различными саморазрушительными, деструктивными проявлениями являются малочисленными.

Рост суицидов зависит от многочисленных социокультурных и психологических условий, которые в деталях еще не выяснены. Неизвестны причины зарождения суицидальных установок, влияние осознаваемых и неосознаваемых процессов на инициацию суицидального поведения. Важно расширять диапазон изучения суицидальной активности, диагностировать ее не в пик формирования и суицидальной попытки (начало 20 века), не в момент появления суицидальных мыслей и поведенческих проявлений, а за долго до этого, в момент появления переживаний и высокого уровня неудовлетворенностью качеством жизни подростка, когда отношение человека к этой проблеме можно еще изменить, разрешив его субъективную проблему.

Большее количество психологов занимающихся изучением феномена самоубийства делает акцент на предотвращении «ухода из жизни» человека. Составляются разнообразные профилактические и коррекционные программы по предотвращению первичных покушений на лишение себя жизни и вторичных попыток уйти из жизни осознанно. В данном контексте изучается переживания человека, направленные против жизни, то есть целенаправленное прекращение жизни (суицидальная активность). Изучением переживаний предшествующих появлению суицидальных мыслей занимаются еще меньшее количество психологов и их ключевым понятием в концепциях является – антивитальная активность.

Однако изучением переживаний человека, основой которых становится повреждение и / или прекращение не только биологического, но социального и психологического функционирования, занимаются единицы. Данный подход к изучению сложнейшего феномена «самоубийства» только начинает вбирать в себя теоретическую и практическую теорию. С 2001 года, автор концепции тифоанализа, председатель Пермского тифоаналитического общества глубинной психологии – Вагин Юрий Робертович разрабатывает концепцию авитальной активности, позволяющую объяснить и предотвратить саморазрушающее пове-

дение человека, в том числе суицидальную активность подростка. Данная концепция позволяет расширить сферы суицидологических исследований и терминологических разногласий в суицидологии, понимая феномен саморазрушения подростков как сознательную и бессознательную, внешнюю и внутреннюю, прямую и непрямую активность, направленную на сокращение и / или прекращение собственной жизни.

Объект исследования: авитальная активность.

Предмет исследования: психологические детерминанты авитальной активности подростков.

Цель данной работы: изучить психологические детерминанты авитальной активности подростков.

Задачи:

- 5) Проанализировать литературу по проблеме авитальной активности.
- 6) Описать факторы формирования авитальной активности.
- 7) Изучить характер и качество связи между выраженностью авитальной активности и уровнем качества жизни.
- 8) Разработать и подготовить к внедрению программу первичной профилактики авитальной активности подростков.

Гипотеза исследования: существует обратная взаимосвязь уровня качества жизни и выраженности авитальной активности подростков.

Методы исследования: анализ литературы, тестирование, методы математической статистики.

База проведения исследования: МАОУ школа № 16 г. Благовещенска.

Выборка исследования: 107 подростков, учащихся в восьмых классах, в возрасте от 13 до 15 лет.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ АВИТАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ

1.1 Понятие феномена авитальной активности и основные формы ее проявлений

В настоящее время в суицидологии существует большое число слабо очерченных, часто перекрывающих или противоречащих друг другу понятий. В научной литературе до сих пор можно проследить дискуссии о таких понятиях как «суицид», «парасуицид», «суицидальное поведение». Широкие вариации определения суицидального поведения ведут к фактической невозможности их сравнения: парасуицид, скрытый суицид, полунамеренный суицид, хронический суицид», локальный (частичный) суицид, бессознательное суицидальное поведение и так далее. Для расширения сферы суицидологических исследований и терминологических разногласий в суицидологии было необходимо создать новое понятие, включающего в себя сознательную, бессознательную, внешнюю и внутреннюю, прямую и непрямую активность, направленную на сокращение и / или прекращение собственной жизни. С этой целью председателем Пермского общества глубинной психологии Ю.Р. Вагиным и его коллегами было образовано и предложено к научному использованию словосочетание авитальная активность.

Авитальная активность – это психологическая и поведенческая активность, направленная на снижение и (или) прекращение собственного социального и биологического функционирования [19, с. 275].

Прилагательное «авитальная» образовано путем добавления приставки «а-» к прилагательному витальный. Понятие витальный (от лат. – жизненный) широко используется в философии, биологии, психологии и медицине. Оно означает различные стороны явлений, имеющих отношение к жизни.

Витальная активность – это закономерный процесс самоструктурирования материи в ходе онтогенеза и филогенеза. Витальная активность человека проявляется и наблюдается в двух формах:

1) Внутреннее побуждение человека использовать все возможности для обеспечения собственного существования, проявляемое в избегании опасных ситуаций для жизни – инстинкт самосохранения. Данная активность позволяет поддерживать внутренний баланс (гомеостаз), получение необходимых для жизнедеятельности веществ (кислород, вода, пища) и оборонительные инстинкты.

2) Человек имеет внутреннее побуждение к воспроизводству потомства и его воспитанию (половой и родительский инстинкты) [1].

Противоположное понятию «витальный» – термин «авитальный», изучаемый в данной работе. В философии, психологии, социологии, психиатрии, психотерапии и суицидологии до данной концепции этот термин не использовался. Частица «а» образует понятия со значением отсутствия. Таким образом, прилагательное авитальный и существительное авитальность буквально означают отсутствие или пассивное снижение витальности и витальной активности, но авитальная активность не снижает витальную активность, она существует самостоятельно.

Авторы данной концепции пермского тифоаналитического общества глубинной психологии в доказательство своей теории обосновывают включение абсолютно нового понятия в научный язык тем, что ранее употребляемые в суицидологии термины не отражают всей сущности изучаемого явления. Например, термин авитальная активность – правильнее использовать лишь в случае активности, направленной против лишения себя собственной жизни, но в таком разе формирование нового понятия было бы нецелесообразно в силу его полной синонимичности имеющемуся понятию суицидальная активность. Поэтому введение в научное использование термина авитальной активности не перекрывает уже имеющиеся понятия, а является расширением научного знания в данной области.

Понятие авитальный имеет фиксированное значение в суицидологии и предполагает переживания, не направленные против жизни, но предшествующие появлению суицидальных мыслей. Поэтому предлагаемое понятие ави-

тальная активность не равнозначно понятию суицидальной (антивитальной) активности.

Под авитальной активностью, в полной мере, понимается биологическая, психологическая и поведенческая активность, направленная на повреждение и / или прекращение собственного социального и биологического функционирования.. В рамках монистической психологической и психотерапевтической концепции динамического направления, предполагающей, что в основе жизни лежит одно влечение к смерти – тифоанализ (нем tiefe – глубокий + analyse), авитальная активность рассматривается как активность, направленная на сокращение или прекращение жизни (суицидальная и парасуицидальная активность), возникающая при повреждении системы хронификации жизни, последовательно удовлетворяющей влечение к смерти [15].

Концепция авитальной активности является новой в науке, так как рассматриваемое в ней суицидальное поведение связывают со снижением витальной активности из-за усиления авитальной активности. До этого, традиционно считали, что ослабление витальной активности связано с внешними факторами. Данная идея считается революционной, на которой строится теория всей авитальной активности.

Биологическое доказательство теоретической обоснованности концепции авитальной активности заключается в открытом в конце двадцатого века феномене апоптоза – программируемой клеточной смерти или так называемом клеточном самоубийстве. Суть феномена апоптоза состоит в том, что жизнь живой клетки растений и животных устроена определенным образом. Ее жизнь – витальная активность в определенный момент начинает снижаться. Снижение и прекращение витальной активности клеток растений и животных наступает не только в силу естественных процессов старения или внешних разрушительных воздействий, но и в результате собственной межклеточной и внутриклеточной авитальной активности, имеющей как генетическую обусловленность, так и специфические механизмы реализации и различные формы проявлений. Так

называемые клетки-киллеры, не убивают, как это считали ранее, инфицированные клетки, а распознают их среди здоровых клеток и запускают их собственную клеточную программу самоубийства – апоптоз.

Таким образом, этот пример является доказательством, что в клетке наряду с генетически заложенной программой жизни (витальной активности), существует генетически заложенная программа авитальной активности, при определенных условиях запускающая клеточное саморазрушение и самоубийство. Феномен апоптоза является более точной доказательной базой биологически предопределенной авитальной активности, чем широко изучаемая теория появления суицидального поведения из-за генетической предрасположенности индивида или теории нейробиологии суицидального поведения. Данные этих теорий доказаны лишь в том, что имеются факторы в формировании суицидального поведения, но они не объясняют механизм его формирования и не отвечают на вопрос: является ли суицидальное поведение результатом снижения и / или нарушения витальной активности или оно является результатом появления и усиления авитальной активности.

Феномен апоптоза наглядно демонстрирует принципиальную возможность существования биологической авитальной активности [19]. Различные формы авитальной активности были показаны и на индивидуальном уровне и положены в основу формирования теории влечения к смерти (Шпильрейн С., 1909; Фрейд З., 1920; Меннингер К., 1938).

Появление феномена суицидального поведения связывают с одним из базовых влечений – влечение к смерти, в соответствии со второй дуалистической теорией влечений, в которой рассматривается, что активность влечения человека к смерти превосходит влечение к жизни.

Небезызвестно, что, при создании теории влечения к смерти, Зигмунд Фрейд опирался на теоретические предпосылки Сабины Шпильрейн о том, что наравне с сексуальным влечением существует влечение к разрушению и уничтожению жизни. С. Шпильрейн ссылается при этом на работу Ильи Мечникова (1905) «Этюды о природе человека», в которой была выдвинута идея «ин-

стинкта смерти». И.И. Мечников полагал, что «данный инстинкт гнездится в глубине человеческой природы в скрытом состоянии». Идея влечения к смерти, сформулированная З. Фрейдом и уходящая корнями в идеи российских ученых, была хорошо принята многими российскими учеными. На вопрос: не является ли объявление смерти целью всякой жизни – разрушением основы научной биологии, Л.С. Выготский и А. Лурия однозначно отвечают – нет.

Л.С. Выготский и А.С. Лурия утверждают, что теория влечения к смерти – первый случай в истории отношений между психологией и биологией, когда не психология заимствует у биологии основные понятия, объяснительные принципы и гипотезы, а биология одалживается у психологии, впервые научной мысли придан обратный ход: она умозаключает от анализа человеческой психики к универсальным законам органической жизни. Более того, считают они, что в гипотезе о влечении к смерти органическое впервые тесно вводится в общий контекст мира [13]. Смерть как прекращение жизнедеятельности организма и его гибель являются конечной и основной целью жизни, и качественное удовлетворение этого влечения равноценно понятию качественной жизни. Хорошо жить – это значит качественно умирать: столько, сколько заложено в нас природой, и именно теми способами, которые заложены в нас природой – полагают основоположники теории авитальной активности.

Обобщив раскрытие теоретических предпосылок к доказательству о наличии такого феномена как авитальная активность, можно сказать, что данная активность существует параллельно с имеющейся активностью в любой живой материи – витальной. Витальная и авитальная активности генетически заложены в человеке. Поддержание витальной активности человека не допустит развитие у него авитальной (самоуничтожающей) активности и напротив, снижение витальной активности ведет к развитию (увеличению) авитальной активности человека.

Феномен авитальной активности очень широк, он вбирает в себя многие проявления человека, затрагивающие биологическую, психическую, психологическую, поведенческую сферу. Чтобы более подробно разобраться в опреде-

лении «авитальная активность», следует рассмотреть основные ее проявления. Авитальная активность феноменологически проявляется в нескольких вариантах. Начинается она с пресуицидальной активности, которая отражает постепенное начало усиления скрытых и неосознаваемых авитальных тенденций от синдрома ожидания и хронической усталости), и далее проявляется в суицидальной, парасуицидальной и асоциальной активности [19, с. 211].

В настоящее время к проявлениям авитальной активности можно отнести четыре группы феноменов, наблюдаемых в психологической и психопатологической практике (таблица 1). Каждая из нижеперечисленных форм авитальной активности имеет свои особенности и проявления. Форма авитальной активности может проявляться как отдельной составляющей, так и совокупно с другими формами авитальной активности. К каждой форме авитальной активности можно отнести совокупность проявлений или как отдельный синдром / состояние.

Таблица 1 – Проявления авитальной активности

Форма авитальной активности	Проявления активности
1. Пресуицидальная активность:	1.1 экспектинг (синдром ожидания); 1.2 стенические состояния и усталость от жизни; 1.3 нежелание жить; 1.4 желание умереть.
2. Суицидальная активность:	2.1 суицидальные мысли; 2.2 суицидальные тенденции; 2.3 суицидальная готовность; 2.4 суицидальные попытки; 2.5 завершённый суицид.
3. Парасуицидальная активность:	3.1 пренебрежение здоровьем и отказ от лечения; 3.2 самоповреждения; 3.3 рискованное поведение; 3.4 хроническое самоотравление; 3.5 психосоматические заболевания; 3.6 аскетическая активность.
4. Асоциальная активность:	4.1 снижение социальной активности (уединение и уход в монастырь, обет молчания, нежелание иметь семью и детей); 4.2 аддиктивное (несубстанционное) поведение.

Из таблицы 1 видно, что в пресуицидальной активности: можно выделить четыре феномена: синдром ожидания, астенические состояния (усталость от

жизни), нежелание жить и желание умереть. Пресуицидальный период – это период времени, на протяжении которого авитальные тенденции, со временем нарастают и доходят до границ сознания (желание умереть), однако пока недостаточны для запуска суицидальной когнитивной и поведенческой активности.

Синдром ожидания (синдром Ассоли) – один из наиболее ранних изучаемых явлений авитальной активности на настоящее время. Синдром ожидания заключается в том, что жизнь человека и его жизнедеятельность никак не утешает его, остается надежда только на будущее – спустя время все образуется. Этот патологический феномен может только казаться разумным ожиданием, в котором время от времени находится каждый человек, однако в реальности это явление является одной из разновидностей проявлений авитальной активности человека.

Феномен ожидания выражается в осознанном желании прожить данное время как можно скорее, иногда даже при отсутствии осознанной фрустрирующей ситуации. Когда неудовлетворённость осознана, наличие этого явления постепенно образовывается в синдром, основным движущим механизмом которого является надежда на ослабление фрустрации через неопределённый промежуток времени, а само ожидание какого-нибудь события в этом времени становится отягощающим. Жизнь в данной ситуации всерьёз не удовлетворяет человека, но при этом он не имеет представления о возможности иначе оказать воздействие на стечение таких обстоятельств [19].

Содержание синдрома ожидания заключается в том, что образованная потребность (фрустрация) изменяет поведение человека таким образом, чтобы удовлетворить «застойный очаг» негативных эмоций или заглушить, вытеснить эту потребность. Такие негативные эмоции в ряде случаев могут дезорганизовать почти целиком деятельность человека. Психическая активность как будто замирает в ожидании благоприятных внешних условий. В поведении вместо действия формируется реакция ожидания, что действие свершится само. При синдроме Ассоли отсутствует интерес к жизни вообще.

Следующим проявлением пресуицидальной активности является астенические состояния и усталость от жизни (от. греч. – бессилие, слабость). Это психопатологическое состояние, отмеченное слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, гиперестезией, нарушениями сна [69]. Это период, когда жизнь начинает утомлять. Похожие состояния зачастую совмещаются со злоупотреблением психоактивных веществ, после прекращения приёма психоактивных веществ у пациентов возникает тяжёлые астено-апатические и депрессивные состояния с нежеланием жить, которые часто служат причиной возвращения к приёму психоактивных веществ или переходят в суицидальную активность.

Такие пациенты заявляют, что приём психоактивных веществ – смысл жизни, и при потере употребляемых веществ происходит упадок сил, их существование теряет всякую ценность. На сегодняшний день такие состояния описываются в рамках амотивационного синдрома – констелляция симптомов, которые, связаны с употреблением психоактивных веществ и включают апатию, утрату продуктивности в работе, сниженную способность выполнять сложные или долгосрочные планы, снижение толерантности к фрустрации, нарушение концентрации внимания и трудности в поддержании повседневного уклада жизни [34].

Третьим проявлением пресуицидальной активности является – нежелание жить. Этот феномен появляется когда жизнь не доставляет наслаждения, удовольствия сейчас, и нет надежды на изменения этого состояния в сторону улучшения потом. Один из ведущих специалистов в области суицидологии и когнитивной психотерапии А. Бек намеренно акцентировал внимание, что у депрессивных пациентов, госпитализированных в связи с суицидальными тенденциями, фактор безнадёжности является надежным критерием серьёзности суицидальных намерений, что подтверждает наличие пресуицидальной активности у лиц с угнетенным настроением и мыслями о нежелании жить, проявляемым в любых формах.

Четвертый пресуицидальный феномен – желание умереть. Именно в этот

период появляются мысли о целесообразности смерти. Эти мысли быстротечны, не заметны, они не занимают сферу психической активности целиком и не представляют высокой опасности, так как сильная мотивация к жизни, в большинстве случаев, блокирует логичность и развитие данных мыслей [12].

Обоснованнее изучать пресуицидальную активность как состояние личности, обуславливающее вероятность совершения суицида выше нормы.

1) Пресуицидальная активность проявляется в следующем поведении (пресуицидальное поведение):

- различные неожиданные изменения в поведении, настроении (особо отмечается отдаление и изолирование от близких людей);
- склонность к необдуманным и неблагоприятным поступкам;
- избыточное употребление алкоголя или таблеток;
- ипохондрическое поведение;
- избавление от важных и значимых вещей;
- приобретение средств для совершения самоубийства;
- завершение всех дел, подводя общий итог (готовность к уходу);
- игнорирование опрятного внешнего вида;
- «туннельное» сознание;
- бессонница;
- резкое снижение повседневной активности;
- проведение досуга за печальными произведениями музыки, литературы и кинематографа.

И словесные признаки пресуицидальной активности:

- заявления о беспомощности и зависимости от других;
- прощание;
- разговоры и шутки о желании умереть;
- сообщение о конкретном плане суицида;
- амбивалентная оценка значимых событий;
- замедленная, невыразительная речь;
- высказывания самообвинения [55].

2) Следующей формой авитальной активности является суицидальная активность – это любая внешняя и внутренняя активность (когнитивная и поведенческая), направленная на сознательное прекращение биологического собственного существования. К суицидальной активности относится феномен суицидальных мыслей, тенденций, суицидальная готовность, суицидальные попытки и завершённый суицид.

Феномен суицидальных мыслей указывает на начало возникновения суицидальной когнитивной активности, имеющей отношение к представлениям о возможности активного прекращения собственной жизни. В феноменологическом плане важно разграничить суицидальные мысли и мысли о суициде.

Вторым проявлением суицидальной активности является – суицидальная готовность на поведенческом уровне – выражается в принятии решения о самоубийстве и неожиданной перемене поведения: когда человек, переживающий из-за той или иной ситуации, неожиданно без видимых внешних поводов и причин на фоне неразрешённой актуальной ситуации внезапно успокаивается. Человек пытается привлечь к себе внимание окружающих подарками, приемом медикаментозных средств, высказываниями о самоубийстве, прощениями, любыми поступками, которые несовместимы с дальнейшим нормальным социальным функционированием.

Третьим проявлением суицидальной активности являются – суицидальные попытки. Они делятся на истинные (суицидальное покушение), направленные на прекращение собственной жизни, и демонстративные (парасуицидальная попытка, суицид-игра), имитирующие суицидальную модель поведения и не имеющие реальной направленности на прекращение собственной жизни. У подростков эти феномены разграничить очень сложно, поэтому для практической деятельности специалистов принято считать все суицидальные попытки как истинные.

3) Еще одной формой авитальной активности является – парасуицидальная активность. Она повышает риск нарушения и прекращения социального и биологического функционирования без сознательной

суицидальной активности (аскетическая активность, пренебрежение здоровьем и отказ от лечения, самоповреждения, злоупотребление психоактивными веществами, влечение к опасности, отклоняющееся поведение).

Греческая приставка «пара» обозначает: находящийся рядом, отклоняющийся от чего-либо. В 1982 году Всемирная организация здравоохранения рекомендовала использовать термины «суицидальная попытка» и «парасуицид» как равные по значению. В соответствии с определением ВОЗ термин «парасуицид» используется в том случае, если диагностируется несмертельное намеренное самоповреждение или самоотравление, которое нацелено на реализацию желаемых субъектом изменений за счет физических последствий [33].

4) Выделяют еще одну форму авитальной активности – асоциальная активность. Асоциальная активность – это активность направленная на осознанное ограничение личного социального и психологического функционирования. Так как человек является биосоциальным организмом, то социальная активность и общение являются главными условиями становления личности,

К проявлениям асоциальной активности относятся различные феномены аддиктивного поведения. Аддиктивное поведение – одна из форм деструктивного поведения, которая выражается в устремлении личности уйти от реальности посредством изменения (искажения) своего психического состояния, применив вещества или постоянную фиксацию внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается развитием интенсивных эмоций [46].

Помимо аддиктивного поведения, к проявлениям асоциальной активности относят снижение социальной активности – полное уединение с собой (одиночество, полное ограничение контактов с другими людьми, нежелание иметь семью), уход в монастырь, обет молчания. Подобные формы поведения относятся к неосознаваемой части авитальной активности. Снижение социальной активности и аддиктивное поведение (асоциальная активность) ранее не выделялись в отдельную форму суицидального поведения. Ю.Р. Вагин относит эти формы проявлений подростков к «смерти при жизни», «Слишком рано они

уходят из жизни при суицидальном поведении и от жизни – при аддиктивном» [12, с. 7], когда человек фактически жив, а умирание (пуск смерти) уже наступило.

Резюмируя все вышесказанное, можно сказать, что формы авитальной активности и ее феноменологические проявления у подростков имеют широкий диапазон проявлений в поведении, затрагивая сознательную и бессознательную, внешнюю и внутреннюю, прямую и непрямую активность. Понятие авитальная активность используется как предельно широкое, включающее в себя пресуицидальную, суицидальную, парасуицидальную и асоциальную активность, и означает биологическую, психологическую и поведенческую активность, направленную на повреждение и / или прекращение собственного социального и биологического функционирования.

Пресуицидальная активность отражает постепенное начало процесса преобладания внутренних авитальных тенденций над витальными: от синдромов ожидания и хронической усталости до желания умереть. Суицидальная активность предполагает осознанное стремление прекратить собственное биологическое функционирование. Парасуицидальная активность подразумевает осознанное стремление ограничить, нарушить, снизить или поставить под угрозу собственное биологическое функционирование и неосознанное стремление прекратить собственное биологическое функционирование. Асоциальная активность предполагает снижение социального и психологического функционирования и неосознанное стремление прекратить собственное биологическое функционирование.

Важно знать, что суицидальные проявления подростка могут проявляться не только явным суицидом, суицидальными мыслями и фразами, но и в виде асоциального, неприемлемого поведения в обществе. Любые формы поведения подростка, не входящие в нормы, можно и нужно изучать тщательно, так как это поведение свидетельствует о снижении витальной активности и о возможном развитии авитальной активности, которая в итоге может стать самой опасной активностью – суицидальной, а именно суицидальными попытками и за-

вершенным суицидом. Во избежание крайних форм суицидальной активности следует изучать не только социальные и биологические факторы поведения подростка, но и психологические.

1.2 Особенности авитальной активности у подростков

Подростковый возраст – период онтогенеза, соответствующий началу перехода от детства к юности, период развития детей от 11 – 12 до 15 – 16 лет. Особенности лиц данного возраста ярко выражены, так как подростковый возраст относится к числу критических периодов онтогенеза, связанных с кардинальными преобразованиями в сфере сознания, деятельности и системы взаимоотношений.

На подростковый, период приходится целый ряд специфических изменений происходящих в организме и обусловленных естественной динамикой биологического развития. В этот период значительно повышается количество определенных гормонов в крови, вырабатываемых гипоталамусом, которые обуславливают появление вторичных половых признаков – физиологические изменения, происходящие в организме, обуславливающие изменения в пропорциях тела, появление волосяного покрова, ломка голоса и так далее. Гормональный всплеск объясняет повышенную возбудимость нервной системы подростка, его высокую эмоциональную чувствительность, ранимость, неуравновешенность процессов возбуждения и торможения, что, естественно, проявляется в характере. Еще одной характерной особенностью возраста является появление вторичных половых признаков.

Психофизиологические изменения приводят к развитию и перестройке социальной активности ребенка. Социальная ситуация развития подростка характеризуется, прежде всего, тем, что он по-новому строит свои отношения со взрослыми и сверстниками – ведущей деятельностью данного возраста является интимно-личностное общение, что означает, что общение со сверстниками носят преимущество над общением со взрослыми. Общение к взрослым становится амбивалентным: желание противопоставить себя им, отделиться от них и напротив этому, одновременное ожидание от взрослого поддержки, защиты и

одобрения (важность признания подростка равным в правах со взрослыми).

Таким образом, задачами подросткового возраста является: отделение от родителей и обретение подлинной психологической независимости; социализация в среде сверстников, основанный на установлении более глубоких эмоциональных отношений вне семьи; адаптация к этому новому состоянию и преодоление кризиса идентичности, ролевой диффузности («самоидентификация»).

Особенность авитальной активности подростков связывают с кризисом идентичности. Идентичность – это центральное новообразование подросткового возраста. Кризис идентичности – часть психологического кризиса – состоит в потере чувства себя, преобразовании «Я-концепции» личности и системы ее отношений с собой [3]. Кризис идентичности можно основным психологическим аспектом подросткового возраста, детерминирующем кризисные состояния, понимая, что он, в свою очередь, основывается на тех предпосылках, которые были заложены на более ранних этапах развития ребенка.

Понятия «идентичность», «идентификация» охватывают общие три пересекающихся плоскости психической реальности:

- 1) процесс отождествления себя с другим индивидом или группой, принятия существующих внешних норм, ценностей, стилей поведения как интериоризированных;
- 2) возможность переноса своих чувств, желаний, фантазий, черт на другого человека – смещение своих границ на другого человека, продолжение себя в нем;
- 3) процесс постановки субъектом себя на место другого с целью моделирования смыслового поля другого, взаимопонимания и взаимообщения.

Рассматривая идентификацию как основополагающую и постоянную экзистенциальную проблему личности, Э. Эриксон понимал под ней чувство обретения стабильности при адекватном разрешении сложных идентификационных задач (кризисы идентичности), возникающих перед личностью на каждой из восьми стадий существования.

Рассматривая идентификацию как главную и постоянную экзистенциаль-

ную проблему личности, Э. Эриксон понимал под ней чувство обретения стабильности при адекватном разрешении сложных идентификационных задач (кризисы идентичности), возникающих перед личностью на каждой из восьми стадий существования.

Особое значение данные проблемы имеют в период отрочества и юности, когда относительная стабильность латентного периода сменяется стремительными изменениями пубертата. Интенсивность физиологических изменений, называемой «физиологической революцией», приводит к эмоциональному и социальному кризисному изменению: подросток мучительно пытается понять и принять свою особую роль в коллективе сверстников, что часто приводит к спутанности идентичности. Спутанность идентичности является патологическим формированием новообразований подростка.

Помимо спутанности идентичности, патологичным формированием является и формирование неадекватной идентичности. Она может проявляться в неадекватной и предопределенной идентичности. Проявления данных нарушений идентичности в поведении могут выступать: уход от близких взаимоотношений, размывание времени, размывание способности к продуктивной работе (негативная идентичность) и некритическое принятие ценностей семьи, общества, религиозной группы (предопределенная идентичность). Такие подобные проявления в поведении приводят к бурному сопротивлению и всплескам агрессивности, которые, будучи смещенными, могут обернуться против самого подростка [3].

Таким образом, патологическая идентификация может привести к возникновению делинквентного, аддиктивного и суицидального поведения, проявлениями которых будут непослушание, прогулы в школе, бродяжничество, уход от близких взаимоотношений и постоянное одиночество. А предопределенная идентичность может привести к асоциальному поведению (снижение социальной активности).

Асоциальное поведение, суицидальное и аддиктивное поведение являются формами проявлений авитальной активности. От чего следует, что данные

особенности поведения являются особенностями авитальной активности подростков. Поэтому данный пункт, особенности авитальной активности у подростков, будет рассмотрен посредством раскрытия особенностей:

- суицидального поведения (суицидальная активность);
- аддиктивного поведения подростков (асоциальная активность).

Расширение границ суицидологии и введение понятия суицидального поведения связано с актуальностью разработки профилактических мероприятий в разных сферах жизни человека. Постепенно суицидальное поведение стало получать всё большее наполнение. Например, В.А. Тихоненко под собственно суицидальным поведением понимает любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемых представлением о лишении себя жизни.

Е. Шир признаёт суицидальное поведение как наиболее адекватный термин для определения всех сторон отношения индивида (мыслей, эмоций, словесных высказываний, действий) к возможной смерти в результате собственных действий. На различные и особенно ранние формы суицидального поведения обращал внимание более ста лет тому назад известный русский психиатр И.А. Сикорский, подчёркивая, что суицидальное поведение особенно обратимо на ранних этапах его формирования [74].

Однако принято считать в психологии под поведением только внешние проявления психической деятельности. Поэтому, в строгом смысле, понятие суицидальное поведение может обозначать лишь внешнюю суицидальную активность (суицидальные высказывания, угрозы, приготовления, попытки и завершённые суициды), оставляя за скобками внутреннюю психическую суицидальную активность, которая, вне всякого сомнения, также должна входить в сферу интересов суицидологии.

Суицидальное поведение как разновидность взаимодействия человека с окружающей средой, исходя из определения, есть результирующая внутренней (психической) и внешней (поведенческой) активности. Суицидальное поведение – это проявление суицидальной активности, выражающейся в мыслях, намерениях, высказываниях, угрозах, попытках, покушениях [33].

Помимо суицида суицидальное поведение включает в себя суицидальные покушения, попытки и проявления. Поэтому более целесообразно использовать понятие «суицидальная активность». С одной стороны, активность всегда выступает в соотношении с деятельностью и, с другой стороны, её важной характеристикой является обусловленность производимых действий внутренним состоянием субъекта. Понятие суицидальной активности по своему прямому смыслу включает в себя внутренние эмоционально-когнитивные процессы и внешнюю поведенческую активность, связанные с намерением прекратить собственную биологическую жизнь.

Феномен суицидальной активности рассматривался в работах философов, историков: С.С. Аванесов, Т.В. Артемьева, Н.А. Бердяев, А.Ф. Кони, В.Н. Кудрявцев, А. Шопенгауэр и других. Изучению механизмов суицидального поведения подростков посвящено немало работ социологов, суицидологов и психологов: А.Г. Амбрумова, Э. Дюркгейм, Н.П. Короленко, А.Е. Личко, Г.В. Старшенбаум, В.А. Тихоненко и другие.

Суицидальная активность – это любая внешняя и внутренняя активность, направленная стремлением лишения себя жизни. Более полное определение: суицидальная активность – форма авитальной активности, направленная на сознательное прекращение собственного биологического функционирования, жизни [19, с. 218].

Суицидальная активность предполагает осознанное стремление прекратить собственное биологическое функционирование. Суицидальная активность и суицидальное поведение, направленные на прекращение биологической жизни, являются лишь одними из возможных форм авитальной активности.

Начало суицидальной активности подростков совпадает с первым появлением суицидальных мыслей – мыслительной активности, имеющей отношение к представлениям о возможности активного прекращения собственной жизни.

Формы суицидальной активности:

- 1) суицидальные мысли;
- 2) суицидальные тенденции;

- 3) суицидальная готовность;
- 4) суицидальные попытки;
- 5) завершённый суицид [39].

Рассмотрим данные формы суицидальной активности более подробно:

1) Суицидальные мысли – это внутренняя активность личности направленная на представления о возможности осуществить лишения себя жизни в реальности. С данного этапа формируется суицидальная активность.

Ю.Р. Вагин отметил, что знания человека о суициде независимы от его воли. Данный термин и его значение находятся на невооруженном обозревании в обществе. Информация распространена многозначаче в средствах массовой информации, посредством общения людей между собой и непосредственно оповещает людей, даже самых ранних возвратов о возможности уйти из жизни неестественным путем, а средство самоубийства, как методом решения всех проблем. Более того, помимо распространения информации о самом наличии самоубийства, косвенно пропагандируются методы и средства для самостоятельного ухода из жизни. Поэтому не зависимо от воли человека, он будет знать и о суициде и его составляющих. Однако данный феномен до конца не изучен и требует будущего исследования.

2) Суицидальные тенденции – это мыслительная активность, связанная с представлениями о возможности и желательности собственной смерти и принятием такой возможности как решение [47]. Суицидальные тенденции возникают, во время снижения противосуицидальных мотивов и начинают превалировать суицидальные мотивы. Этот переход происходит сглажено: от суицидальных мыслей к суицидальным тенденциям. В эту фазу возникает психоэмоциональное состояние – суицидальная готовность.

3) Помимо суицидальных мыслей и тенденций, выделяют суицидальную готовность на поведенческом уровне. Она проявляется в принятии решения о самоубийстве и может знаменовать мгновенное изменение в поведении: важность ситуации для человека очень высока, он сильно переживает из-за сложившихся обстоятельств и при продолжении такого периода событий негатив-

ная окрашенность ситуации внезапно, без внешних поводов и причин становится неважной, нейтрально окрашенной для человека.

4) Следующей стадией активного прекращения собственной жизни является – суицидальные попытки. Суицидальные попытки делятся на истинные (суицидальное покушение), направленные на прекращение собственной жизни, и демонстративные (парасуицидальная попытка, суицид-игра), имитирующие суицидальную модель поведения, не имеющие истинной цели о прекращение собственной жизни. У подростков эти феномены дифференцировать крайне трудно и поэтому для практики рациональнее рассматривать все суицидальные попытки у подростков как истинные. В случае незавершённого, по разным причинам, суицида наступает постсуицидальный период (постсуицид).

Существуют расхождения в характеристиках суицидальной активности у подростков разных возрастных категорий и половой принадлежности. Среди младших подростков преобладают парасуицидальные проявления, обладателями которых являются по большей части юноши, среди старших подростков – проявления истинной суицидальности наблюдаются в большей мере у девушек.

5) И последней стадией активного прекращения собственной жизни является завершённый суицид.

Изучая особенности и свойства парасуицидальной и суицидальной активности подростков, Ю.Р. Вагин выделил семь основных мотивационно-когнитивных осознанных суицидальных комплексов: альтруистические, аномические, анестетические, инструментальные, аутопунитические, гетеропунитические, поствитальные. Впрочем, данные мотивы не следует считать закрытыми от других мотивов. Данные мотивы являются сложной внутренней системой, при разной степени выраженности каждого. Ю.Р. Вагин отмечает, что многие мотивационные компоненты не осознаются самим индивидом.

Основные мотивационно-когнитивные осознанные суицидальные комплексы (по Вагину Ю.Р.):

1) Альтруистические мотивы – отражают желание умереть, ради других, избавив окружающих людей от проблем, связанных с собственным существо-

ванием. Альтруистическая мотивация часто выявляется у подростков, которые по различным причинам считают себя виновными в проблемах близких и родных людей, проявляющаяся в самонаказании. Важной блокирующей причиной суицидального поведения при доминировании альтруистической мотивации является осознание человеком того, что после собственной смерти окружающие и близкие будут испытывать мучительное чувство вины.

2) Аномические мотивы – отражают потерю смысла и интереса к жизни, утрату внутренней силы для жизни. Аномическое самоубийство изучали известный русский суицидолог Г.И. Гордон и Ш. Ференчи. Аномическая мотивация суицидального поведения зачастую отмечается в старшем подростковом и юношеском возрасте. Связана она с кризисом аутентичности – главным переломным, критичным моментом в жизни каждого человека.

3) Анестетические мотивы отражают представление о том, что только смерть может избавить от внутренних психологических страданий, невозможность больше переносить и терпеть ситуацию. Человек считает иллюзорно о безвыходности ситуации и о нескончаемой душевной боли, мучающей его. Данный тип мотива часто наблюдается у лиц подросткового возраста, мотивированный отсутствием опыта разрешения сложных жизненных ситуаций или невозможностью отнестись к ней без эмоционального утрирования, свойственного к проявлениям подростков.

А.Г. Амбрумова, разрабатывающая сферу изучения переживаний суицидентов в пресуицидальный период, обратила внимание на характерные переживания невыносимой душевной боли, которые обозначила как психалгии. Душевная боль, с точки зрения А.Г. Амбрумовой, мешает сознанию использовать прошлый опыт для решения проблематичной ситуации, отнимая на определенное время возможность видеть будущее.

4) Инструментальные мотивы отражают неумение поменять негативную ситуацию для личности иным способом. Данные мотивы являются говорящим доказательством для окружающих людей, где смерть становится заключительным прощальным доводом, эпизодически являющиеся демонстративными.

Большого риска реализации суицида в подобных инцидентах обычно не отмечается. Суицидальное поведение остаётся на уровне суицидальных мыслей, тенденций и демонстративных попыток с употреблением несмертельных методов и орудий умышленным образом. Демонстративность подобного поведения в большом количестве прецедентов отчетливо ясна. Исключением может стать только тот случай, в котором не рассчитан и не продуман метод самоубийства (выпить таблеток больше, чем нужно, не рассчитать время прихода родителя к моменту совершения опасного действия). Летальность при таких действиях высока и смерть наступает не из-за желания подростка покончить с собой, а из-за наивной глупости. Существует риск, что в случае успеха ожидаемого результата можно закрепить суицидальную модель поведения и использовать её стереотипно в абсолютно разных сложившихся ситуациях.

Исследования И.С. Лазарашвили выявили направленность к фиксации у подростков суицидального поведения как «модуса поведения», формы реагирования в непростых конфликтных ситуациях. Причиной, формирующей повторное суицидальное поведение, является в таком случае положительно обернувшаяся ситуация после первой суицидальной попытки. При этом прослеживалась трансформация попыток от истинных к демонстративно-шантажным, но при этом не исключаются и повторные истинные попытки. При этом появление суицидальной модели поведения нарушало прежде сформированные непатологические формы защиты [44].

Точно так же как и И.С. Лазарашвили, В.В. Ковалёв рассматривает суицидальное поведение с долей демонстративности как элементарную реакцию истерики, зафиксировавшуюся по принципу «условной желательности», как средство, избавляющее подростка от невыносимо сложной труд для него ситуации [40].

5) Аутопунитические мотивы отражают желание наказать себя, отражая мнение о невозможности собственного существования. Понимание о возможности загладить свою вину смертью, столь сильно зафиксировано в психике современного подростка и человека в целом, что оно не всегда осознаваемо и

считается абсолютной истиной. Такие мотивы на фоне возрастной гипертрофированности чувств, максимализма, «чёрно-белого» подхода к жизни могут развить суицидальную активность с аутопунитической мотивацией.

У юношей-подростков достаточно распространённой причиной аутопунитического суицидального поведения является неспособность чего-либо добиться с последующими обвинениями себя во всевозможных недостатках, слабости. Суицидальное поведение рассматривается такими юношами как вариант восполнения слабости. Это деяние расценивается ими как совершение настоящего мощного, крутого поступка, на который только и мог быть готов: «если я не могу быть сильным в жизни, то хотя бы смогу быть сильным в смерти» [12].

У девушек-подростков аутопунитические суицидальные мысли нередко возникают как следствие чувства собственнической неполноценности. Девушкам может казаться, что ее наличие в жизни как такового, стесняет и обременяет всех вокруг людей, ее существование бессмысленно. Примером может послужить ситуация «любовного треугольника». Когнитивно-мотивационный механизм девушки в такой ситуации прост: мысль о собственнической смерти выступает как гипостасис освободить путь для других, увеличивая важность своей персоне. Суицидальные мысли при этом носят аутопунитический оттенок вторично, тем самым давая возможность человеку повысить самооценку.

Когда мотивация самонаказания сочетается с альтруистической, нарушается самый важный противосуицидальный защитный механизм – потребность жить ради других. При указанном выше сочетании этот защитный механизм целиком теряет ценность убежденностью в том, что без его существования будет всем проще лучше. Данное соединение является самым опасным в суицидальном плане.

б) Следующая мотивация – гетеропунитическая мотивация. Она отражает желание отомстить, наказать, причинить боль и страдание другим, вызывая у всех вокруг терзания совести, создав своей смертью всем проблему. Данный мотивационный механизм характерен для подростковой культуры. Его отражение можно проследить в названии российского художественного фильма о под-

ростковых проблемах «В моей смерти прошу винить Клаву К.». Подобный тип суицидального поведения более характерен для младшего и среднего подросткового возраста.

7) Поствита́льная мотивация отражает надежду на что-то лучшее после смерти, желание умереть сейчас, чтобы иметь возможность возродиться к новой жизни.

Таким образом, выделенные Ю.Р. Вагиным семь типов осознанных мотивационно-когнитивных суицидальных комплексов позволяют выделить основную причину совершения суицидальных поведенческих проявлений у подростков. Данные мотивы свойственны и другим возрастным категориям людей, однако, явные особенности проявлений отмечены у людей подросткового возраста, находящихся в подростковом кризисе.

Помимо классификации мотивов Ю.Р. Вагина, широко используется при работе с подростками классификация А.Г. Амбрумовой. Определение степени истинного суицидального риска, по мнению Амбрумовой, всегда должно проводиться на основании двух рядов факторов – на основании суицидальных мотивов и на основании противосуицидальных. При этом отмечается, на сегодняшний день противосуицидальные факторы не включены ни в единый инструмент определения суицидального риска (шкалы, опросники) [53].

Феноменологически выделено девять основных противосуицидальных защитных мотивационных комплексов:

- 1) страх смерти;
- 2) религиозные мотивы;
- 3) этические мотивы отражают внутреннюю психологическую непозволительность самоубийства по причине нежелания причинять боль родным и близким людям;
- 4) моральные мотивы отражают представления о самоубийстве как о слабости и трусости;
- 5) эстетические мотивы отражают восприятие самоубийства как безобразного поступка, после которого в представлениях человека своего тела после

самоубийства, недопустимость оставлений всего в таком виде;

6) нарциссические мотивы отражают, исходя из определения, любовь и жалость к себе, нежелание умирать, не закончив все начатые и планируемые дела;

7) мотивы когнитивной надежды отражают уверенность в том, что есть выход из любой ситуации;

8) мотивы временной инфляции отражают желание переждать определенное время, чтобы потом рискнуть сделать какое-либо действие. Человек уверен, что время является самым прекрасным решением всех проблем;

9) мотивы финальной неопределенности отражают сомнения в принятии решения убить себя, незнание проверенных методов самоубийства.

Если суицидальные мотивы преобладают над противосуицидальными, суицидальные мысли переходят в суицидальные тенденции – когнитивную активность, связанную с представлениями о возможности и желательности собственной смерти и принятием решения. В этот момент возникает особое психоэмоциональное состояние – суицидальная готовность [19, с. 219].

Что касается аддиктивного поведения подростков, то под ним подразумевается форма деструктивного поведения, которая выражается в стремлении к уходу от реальности путем изменения своего психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах или активностях (видах деятельности), что сопровождается развитием интенсивных эмоций [46].

Аддиктивное поведение изначально рассматривалось как нарушение межличностных отношений у подростков – нехватка эмоционального тепла в контактах с другими людьми компенсируется подростками с помощью алкогольных напитков и других психоактивных веществ. Данная точка зрения сохранилась и поддерживается до сих пор многими исследователями. Однако «взаимоотношения» подростков с психоактивными веществами определяются и другими, не менее важными, хотя и менее заметными, глубинными течениями как самоубийство. Данная точка зрения разрабатывается в настоящее время в рамках авитальной активности подростков,

доказывая то, что их связь выявлена и существенна.

В основе аддиктивного и суицидального поведения подростков лежит принципиальное поражение их жизненных сил (витальной активности) силами распада и смерти (авитальной активностью). Обе эти силы неотделимы одна от другой. Для подростков неестественно рано появляется авитальная активность с аддиктивным и суицидальным поведением, которые поражают их витальные силы. Слишком рано они уходят из жизни при суицидальном поведении и от жизни – при аддиктивном.

Таким образом, особенности авитальной активности подростков связаны с возрастными новообразованиями, возникающим в процессе прохождения подросткового кризиса – самосознание, идентичность и ведущий вид деятельности – интимно-личностное общение. Появление возрастного патологического новообразования приводит к снижению витальной активности и развитию авитальной. Подростки, противореча инстинкту самосохранения и здравому смыслу, ведут себя таким образом, что их поведение можно охарактеризовать только как саморазрушительное, проявляющееся в суицидальной и асоциальной активности, а так же парасуицидальной активности. Развитие авитальной активности подростков связано с рядом возрастных особенностей подростков, которые тесно взаимосвязаны и опосредуют развитие друг друга.

1.3 Факторы формирования авитальной активности у подростков

Авитальная активность – понятие интегративное, широко охватывающее проявления деструктивного поведения человека. Оно до сих пор является феноменом практически не изученным в рамках психологии и суицидологии. Ранее выделенные особенности авитальной активности подростков, связанные с возрастными новообразованиями тесно связаны с причинами появления у них авитальной активности. Однако конкретные детерминанты авитальной активности связаны с ее формами проявлений.

Изучив работы отечественных психологов: А.Г. Амбрумова, Е.М. Вроно, И.С. Кон, А.Е. Личко, А.Н. Моховиков, В.А. Розанов, Л.Н. Юрьева и зарубежных: А. Бек, Д. Бьюи, Б. Колодзин, Т. Крон, Р. Литмен, Дж. Молтсбергер, Г. От-

то, Э. Рингель, Р. Стилих, Н. Фарбероу, Г. Хендин, Э. Шнейдман, можно разделить факторы пресуицидальной, суицидальной, парасуицидальной и асоциальной активностей на (рисунок 1):

- биологические (генетическая предрасположенность [36], нейропсихологические особенности при нарушении функциональной асимметрии мозга, аномалии серотонинергических систем);
- социально-средовые (влияния серьезных стрессовых ситуаций на появление кризисного состояния, влияние факторов семейных проблем, воздействие средств массовой информации (СМИ), воздействие референтной группы, подражание, опыт суицидального поведения [58] и так далее;
- психиатрические (влияния психического заболевания на возникновение и развития кризисных состояний, в рамках изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуаций характера) [4];
- психологические (нарушения в когнитивной и эмоциональной сфере, патологическое протекание возрастного кризиса) [42].

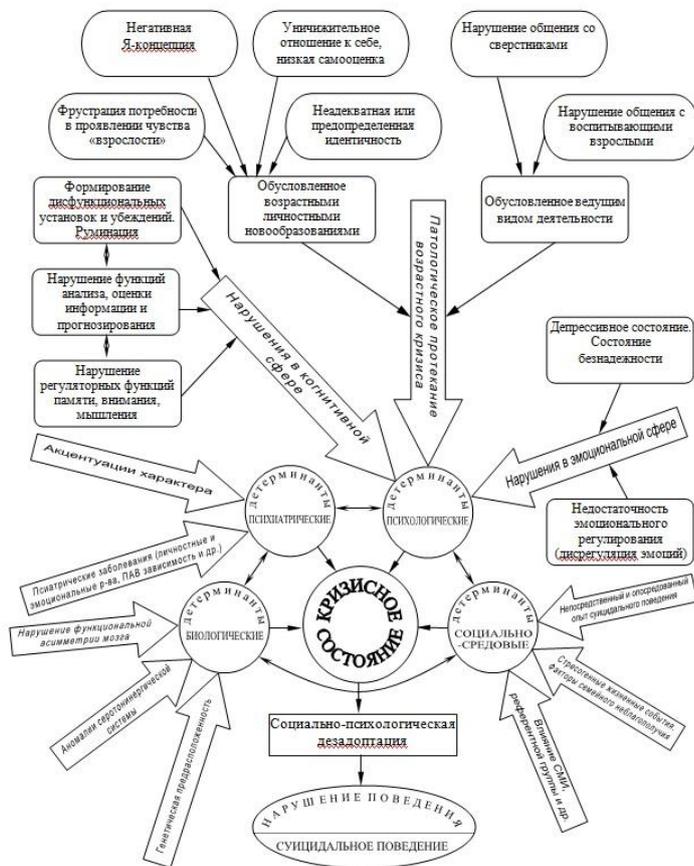


Рисунок 1 – Факторы авитальной активности подростков

В данной работе факторы авитальной активности и ее форм проявлений изучается посредством изучения психологических детерминант. Исходя из рисунка 1 видно, что психологические детерминанты авитальной активности делятся на:

- патологическое протекание возрастного кризиса;
- нарушения в когнитивной сфере;
- нарушения в эмоциональной сфере.

Патологическое течение подросткового кризиса, описанный в предыдущем пункте, обусловлено патологическими возрастными личностными новообразованиями. Из этого следует, что центральным местом подросткового кризиса является понятие «идентичность».

Идентичность – это одно из центральных и важных новообразований подросткового возраста. Кризис идентичности можно считать основным кризисом в психологическом аспекте отрочества, детерминирующем кризисные состояния, предполагая, что он, в свою очередь, базируется на тех предпосылках, которые были заложены на ранее пройденных этапах развития ребенка. Патологичным для подростков является образовывание неадекватной идентичности (уход от близких отношений, размывание времени, размывание способности к продуктивной работе и негативная идентичность) и предопределенной идентичности (некритичное принятие ценностей семьи, общества, религиозной группы) [3].

Ведущим видом деятельности в подростковом возрасте является интимно-личностное общение. При нарушении данного ведущего вида деятельности подростков появляются нарушения в сфере общения, на фоне нарушения в общении появляется состояние духовной и душевной изоляции, оценивающее субъективно, что служит дополнительным фактором риска возникновения и развития кризисных состояний и суицидального поведения.

Детерминанты развития кризисных состояний подростков, обусловленные возникновением возрастных личностных новообразований, представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Детерминанты развития кризисных состояний подростка

Новообразования подросткового возраста	Психологические детерминанты развития кризисных состояний
Самосознание	<ul style="list-style-type: none"> - Фрустрация потребности в проявлении чувства взрослости; - Негативная «Я – концепция». - Презрительное отношение к себе, заниженная самооценка, низкое самоуважение.
Главенствование интимно-личностного общения	<ul style="list-style-type: none"> - Возникшая фрустрация в потребности общения, появление отрицательного эмоционального фона, сопровождающегося чувством неполноценности, покинутости и одиночества, то есть субъективное состояние духовной и душевной изоляции. - Фрустрация потребности в установлении неформального, эмфатического контакта в процессе общей деятельности и проведения досуга с другими. - Фрустрация эмоциональных потребности ребенка в любви и безусловном принятии. - Фрустрация потребности в положительной оценке, отсутствие правильного педагогического руководства.
Идентичность	<ul style="list-style-type: none"> - Неадекватная идентичность: избегание от близких взаимоотношений, размывание времени, размывание способности к продуктивной Работе, учебе и негативная идентичность. - Предопределенная идентичность (сделанная за самого пубертата): бескритичное принятие ценностей семьи, общества, религиозной группы

Таким образом, патологическое протекание возрастного кризиса связывают с суицидальной активностью – формой проявления авитальной активности подростков. Психологическими факторами авитальной активности, связанные с патологическим протеканием подросткового кризиса являются:

- неадекватная идентичность и негативная идентичность (уход от близких отношений с другими, размывание времени и размывание способности к продуктивной работе);
- предопределенная идентичность (сделанная за пубертата, сниженное

критичное восприятие ценностей семьи, общества, религиозной группы);

- фрустрация (потребности в общении, потребности в проявлении чувства взрослости, эмоциональные потребности ребенка в любви и безусловном принятии, в установлении неформального, эмпатического контакта в процессе совместной деятельности, возникновение отрицательного эмоционального фона) [11].

Следующим компонентом психологических детерминантов авитальной активности являются нарушения эмоциональной сферы. К ней относят недостаточность эмоционального регулирования и состояния безнадежности, депрессии.

Импульсивность в поведении, неустойчивость эмоциональной сферы, высокая внушаемость и неумение это контролировать, являются возрастными особенностями, характерными для большего количества девушек и юношей подросткового возраста. В этом возрастном промежутке жизни обостряется чувство самоанализа, увеличивается интерес к экзистенциальным вопросам жизни, возрастает любопытство к философским вопросам жизни. Подростки подвержены, в силу психофизической нестабильности, к переоцениванию ценностей, изнуряющему поиску себя и своего места в обществе, в жизни, они стараются понять смысл жизни, смысл их существования. Непокосимость, эгоцентризм, наличие малого жизненного опыта увеличивают реакцию протеста, обостряют конфликт между еще не сформировавшимся, ранимым «Я» и жестоким, несправедливым, по их мнению, социумом [22].

Еще одним компонентом психологических детерминант авитальной активности является нарушения подростков в когнитивной сфере. К этим нарушениям относят: нарушение функций анализа, оценки информации и прогнозирования; формирование дисфункциональных установок и убеждений; руминация (навязчивость мышления, которая касается событий прошлого и содержит напоминание об отрицательных переживаниях); нарушение регуляторных функций памяти, внимания, мышления [31].

В теории авитальной активности (в рамках тфоанализа) к когнитивному

компоненту психологических факторов авитальной активности добавлено понятие – удовлетворенность качеством жизни.

Качество жизни – это понятие, включающее в себя когнитивную компоненту (рациональную) и аффективную (эмоциональную). Когнитивная компонента состоит из оценки общей удовлетворенности различными сферами жизни. Аффективная компонента подразумевает под собой баланс позитивного и негативного аффектов. Под балансом подразумевается соотношение величин негативного и позитивного аффектов. К позитивным аффектам относятся ощущения: счастья, социальной опоры, личной компетентности. Негативный аффект отражает ощущения депрессии, тревоги, тревожности и стресса.

Удовлетворенность (англ. *satisfaction*) – это субъективная оценка качества определенных объектов, условий жизнедеятельности, жизни в целом, взаимоотношений с окружающими, оценка людей и себя как объекта удовлетворенности (определение Мещерякова Б.Г., Зинченко В.П., 2003 год). Удовлетворенность жизнью – субъективное благополучие, которое оценивается по двум параметрам, когнитивным и аффективным. Другими словами, субъективное благополучие – это когнитивно-аффективная оценка образовавшейся ситуации, как благополучной или не благополучной.

Ролью когнитивной оценки, для человека, выступает удовлетворенность жизнью, подразумевающая оценку разрыва между существующим положением и тем, что представляется ему идеальной ситуацией либо такой, которую заслужил субъект, а роль аффективной оценки играют положительные и отрицательные эмоции и состояния, которые проявляются в каждодневном опыте.. Методологами, занимающимися изучением и разработкой принципов формирования методов когнитивной составляющей удовлетворенности жизнью, разрабатывающие методы и технологии применения данного направления, на современном этапе можно считать подходы Мартина Селигмана и Майкла Аргайла. Они определяют удовлетворенность жизнью как субъективную, когнитивную и рефлексивную оценку, мнение о величине изменений благополучия (удовлетворенности) в предшествующем и настоящем времени. Удовлетворен-

ность качеством жизни несет в себе постулат: чем выше удовлетворенность личности в своей жизни, тем больше витальной активности и меньшая вероятность развития авитальной активности – у здоровой личности.

Психологическое здоровье на витальном уровне жизнедеятельности понимается как осознанное, активное, ответственное отношение человека к своим потребностям, биологическим потребностям своего тела и когнитивно-эмоциональным. Непосредственное влияние удовлетворенность жизнью оказывает на настроение, психическое состояние, психологическую устойчивость личности. Удовлетворенность качеством жизни – один из главных критериев психологического здоровья личности (благополучия) [11].

Эта взаимосвязь была прослежена в изучении авитальной активности, рассматриваемой в рамках тифоанализа. Тифоанализ (нем. Tiefe – глубокий + analyse) – это монистическая психологическая и психотерапевтическая концепция динамического направления, предполагающая, что в основе жизни лежит одно влечение к смерти. Термин тифоанализ в прямом переводе означает «глубинный анализ» и является сноской на глубинную психологию С.Ш. Фрейда, К.Г. Юнга и их последовавших, учеников. В основных тезисах тифоанализа можно проследить термин качества жизни:

- нарушение качества жизни отмечается вследствие нарушения функций механизмов системы хронификации жизни (агрессии элиминации), что необратимо ведет к усилению влечения к смерти и возникновению авитальной активности, направленной на сокращение или прекращение жизни (суицидальная и парасуицидальная активность);

- повышение качества жизни, профилактика и лечение авитальной активности заключается в налаживании функций системы хронификации жизни (механизмы выживания – агрессия и элиминация) [60].

Система хронификации жизни – система, которая увеличивает локально напряжение в живой системе (принимаемое на психологическом уровне как боль и страх и неудовольствие), удерживает стремление живой системы к смерти, принуждая «каждый организм умирать по-своему». Система хронификации

жизни не служит самостоятельным или компонентным влечением, из чего следует, согласно тифоанализу, что термин «инстинкт самосохранения» невыгодный и провальный. Агрессия (включение в себя) и элиминация (исключение из себя, в том числе агрессию) – основные механизмы системы хронификации жизни (образно именуемые как механизмы выживания).

Смерть как завершение существования организма и его гибель физическая являются конечной и основной целью жизни, качественное удовлетворение этого влечения эквивалентно понятию качественной жизни. Хорошо жить – это значит качественно умирать: не быстро и не долго, а как раз столько, сколько заложено в человеке природой, и умирать только теми способами, которые естественны, даны от природы. Человеку необходимо без препятствий произвольно «вбирать» в себя все требуемое для жизненного процесса и «выбрасывать» из себя все мешающее жизни. Эти данные относятся к системе хронификации жизни (обмен веществ) в целом, так и к психическим процессам в частности.

Страх и боль являются обусловленными параметрами, которые заложены в систему хронификации жизни, а агрессия и элиминация выступают механизмами, последовательно обеспечивающими процесс хронического умирания. Агрессия являющаяся процессом включения в себя, а элиминация исключением из себя, образуют части жизни как диссипативного процесса (разрушение структуры системы, приводящая к смерти всей системы). Данные части жизни элиминации (исключение из себя) реализовывают обмен веществ, который обычно рассматривается как обязательный в жизни [19, с. 37].

Агрессия является неотъемлемой частью системы хронификации жизни, которая подчиняется влечению смерти, предполагает интерес к разнообразным объектам окружающей среды, способным, определенным образом удовлетворить потребности человека. Все проявления человека в жизни, например близкие отношения и любовь, являются разнообразными проявлениями агрессивного механизма, после чего долженствует фиксация и деструкция – частичное или полное разрушение в целях дальнейшей инкорпорации (включения в себя). Ме-

ханизм элиминации исключает из организма элементы, которые могут причинить вред человеку, приблизив максимально близко процесс умирания (уничтожения).

Система агрессии и элиминации касается как биологического, так и психосоциального существования человека. Для высокого уровня качества жизни требуется уметь агрессивно усваивать нужные элементы, охватывающие физический мир, исключать из себя все мешающие элементы, а так же агрессивно налаживать необходимые психологические и социальные связи, взаимоотношения и качественно прекращать их в случае их отрицательного разрушительного действия. Таким же образом, как значимые нарушения в процессах усвоения и исключения различных веществ – основа практики соматической медицины, нарушения в процессах налаживания и прекращения социальных и психологических связей – основа практики психотерапии. Отсутствует надобность разъяснять о том, что особые различия между ними не наблюдается. Не существует такого пациента, который не страдал бы в определенной степени от неосуществимости создавать различные связи или ассимилировать некоторые модели поведения (усваивать необходимое для жизнедеятельности поведения), или наоборот не страдал от неосуществимости разорвать определенные связи или освободиться от паттернов поведения [19].

В рамках монистической концепции динамического направления психологии – тифоанализа, авитальная активность заложена в человеке изначально, от рождения. Нарушение качества жизни, нарушение удовлетворенности данным качеством жизни непредотвратимо приводит к усилению влечения к смерти и возникновению авитальной активности. Повышение качества жизни является одним из способов профилактики авитальной активности. Помимо этого профилактикой авитальной активности является налаживание и упорядочивание функций системы хронификации жизни (налаживание механизмов выживания – агрессии и элиминации).

Из вышесказанного значит, что изучение качества жизни, его ранней диагностики и повышение его уровня является одним из главных способов профи-

лактики авитальной активности. В широком смысле, качество жизни – это собирательное свойство соответствия имеющихся элементов и процессов жизни потребностям, ценностям, установкам и целям носителя жизни (индивида или определенного сообщества людей), проявляющееся в его переживаниях, оценках, в поведении (поступках) и в его состояниях.

Неудовлетворенность качеством жизни способствует снижению витальных сфер жизни и возникновению авитальной активности в разных проявлениях: снижение социальной активности, пренебрежение здоровьем и отказ от лечения, астенические состояния и усталость от жизни, суицидальные тенденции, суицидальные мысли и тому подобное.

Неудовлетворенность качеством жизни – когнитивная составляющая психологических детерминант авитальной активности. Исследованием субъективного понимания качества жизни или субъективной оценки степени удовлетворения материальных и духовных потребностей людей занимались А. Кэмбэлл, Ф. Конверс, В. Роджерс и другие – философско-психологический подход. Структура сложного понятия – качество жизни, включает в себя восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его среды [21].

Неудовлетворенность качеством жизни имеет прямое влияние на формирование негативных мыслей, а значит и формированию психологического дискомфорта, депрессивных состояний и различного рода конфликтов личности, что при воздействии дополнительных факторов, может проявиться в любой из форм авитальной активности. Диагностируя ранние формы неудовлетворенности субъективного качества жизни подростка можно предотвратить формы его поведения: асоциального, аддитивного и суицидального.

Качество жизни – междисциплинарное понятие, относящиеся в круг интересов таких наук о человеке, как психология, экономика, социология и медицина. Это вызвано переходом общества к постиндустриальной стадии развития,

где человек и его жизнь является фокусом интереса и изучения различных исследователей. Многообразие в теоретических и прикладных задачах этих дисциплин приводят к разнообразным определениям и моделям качества жизни, помимо этого и к разнородности его критерии, лежащих в основе его диагностики. Согласно Р. Шэлоку, можно выделить более ста определений качества жизни – как глобальных (обычно делающих акцент на счастье, удовлетворенности, или здоровье), так и структурных (определяющих качества жизни через его составляющие компоненты).

Определением качества жизни данной работы является – интегральная характеристика физического, психологического и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии. Психологическим индикатором качества жизни является степень удовлетворенности разными сферами жизни и положительная согласованность с психической адекватностью личности. Ощущает ли человек себя физически и психологически здоровым, способным свободно, без затруднений функционировать в обществе, пользуясь различными социальными и техническими достижениями, испытывает ли он положительные или отрицательные эмоции в жизненных ситуациях – все это компоненты субъективного отношения человека к качеству собственной жизни.

Чтобы более детально разобраться в данном понятии, обобщив все изученные концепции можно выделить три ступени понятия качества жизни:

1) субъективная оценка благополучия – описание и восприятия самим человеком собственной жизни. Они выражаются в переживании, оценке степени удовлетворенности потребностей (осознанные и неосознанные переживания человека). Основными объектами субъективной оценки благополучия (удовлетворенности) могут выступать:

- собственная жизнь в целом;
- здоровье (физическое и психологическое);
- социальное функционирование в обществе (доступность или ограничение жизнедеятельности);

- принятие себя;
- отношения с окружающими;
- окружающая среда (климат, ландшафт, дизайн);
- контроль над обстоятельствами;
- цель в жизни;
- потребность личностного роста и становления [58].

2) факты преобладающего состояния и поведения человека, свидетельствующие об удовлетворении его потребностей (физиологические потребности, эмоциональные и когнитивные) [29].

3) объективные условия жизни конкретного человека, позволяющие удовлетворять потребности различного уровня (доход человека, его возможности воспользоваться медицинской помощью, образованием, а также удовлетворенность физической, социальной активности, и другие параметры социальной и материальной среды). В качестве объективных характеристик можно выделить:

- доход;
- свободное время;
- образование;
- качество труда (учебы);
- доступ к общественной жизни, способность регуляции окружения, свободы;
- благоприятность физической среды;
- объективные показатели здоровья и соматического благополучия;
- оптимальная социальная активность [45].

В данной работе будут использованы субъективная оценка благополучия (удовлетворенности) человека на уровне общества. Благополучие и удовлетворенность расцениваются как синонимы.

Таким образом, исследуя многогранное понятие «качество жизни» как интегративную характеристику объективных и субъективных показателей условий жизни человека, выявляется особая значимость для психологического здоровья, а именно: субъективная оценка качества жизни, проявляющаяся в

восприятии и отношении личности к различным столкновениям и изменениям в жизни, определяющая душевное и физическое удовлетворение собственной жизнью, даже в том случае, когда объективные характеристики указывают на обратное.

Удовлетворенность жизнью оказывает прямое влияние на настроение, психическое состояние, психологическую устойчивость личности. Неудовлетворенность качеством жизни имеет непосредственное воздействие на формирование депрессивных состояний, которые могут привести к аддиктивному, асоциальному и суицидальному поведению, являющиеся проявлениями авитальной активности. Диагностируя ранние формы неудовлетворенности субъективного качества жизни подростка можно предотвратить формы авитальной активности подростков.

Резюмируя вышесказанное в данном параграфе, можно сказать, что изучение авитальной активности подростков, позволило выделить ее психологические детерминанты. Психологические детерминанты вобрала в себя факторы в когнитивной, эмоциональной сферах и патологического протекания возрастного кризиса.

Факторами патологического протекания подросткового кризиса являются: неадекватная идентичность и негативная идентичность (уход от близких взаимоотношений, размывание времени, размывание способности к продуктивной работе); предопределенная идентичность (за подростка сделанная, некритичное принятие ценностей семьи, общества, религиозной группы); фрустрация (потребности в общении, потребности в проявлении чувства взрослости, эмоциональные потребности ребенка в любви и безусловном принятии, в установлении неформального, эмпатического контакта в процессе совместной деятельности, возникновение отрицательного эмоционального фона). Факторами нарушения эмоциональной сферы являются недостаточность эмоционального регулирования и состояния безнадежности, депрессии и нарушения агрессии. И третьим фактором является нарушения подростков в когнитивной сфере: нарушение функций анализа, оценки информации и прогнозирования; формирова-

ние дисфункциональных установок и убеждений; руминация, нарушение регуляторных функций памяти, внимания, мышления, нарушения функций механизмов системы хронификации жизни (агрессии и элиминации) и неудовлетворенность качеством жизни.

Подводя итог всей главе, можно сказать, что изучение такого феномена, как авитальная активность актуально и введение данного понятия оправданно. Под авитальной активностью понимается биологическая, психическая и поведенческая активность, направленная на сокращение и / или прекращение собственного социального и биологического функционирования. Изучение проявлений авитальной активности и ее форм позволяют более детально рассматривать нарушения в поведении подростков, находить скрытые причины активности самоуничтожения.

К особенностям авитальной активности подростков относят неадекватную, негативную и предопределенную идентичность; состояние фрустрации потребности в общении, возникновение отрицательного эмоционального фона, сопровождающегося чувством ущербности, одиночества, то есть субъективное состояние духовной и душевной изоляции; фрустрация потребности в установлении неформального, эмпатического контакта в процессе совместной деятельности и проведения досуга; фрустрированные эмоциональные потребности в любви и безусловном принятии; фрустрация потребности в положительной оценке, отсутствие правильного педагогического руководства.

К психологическим детерминантам авитальной активности подростков относят патологического протекания подросткового кризиса, нарушения эмоциональной сферы и нарушения подростков в когнитивной сфере. Данные детерминанты трудно наблюдать и диагностировать на ранних стадиях возникновения. Однако такая возможность имеется.

В основу практического изучения психологических детерминант феномена авитальной активности положен термин – удовлетворенность качеством жизнью. Качество жизни – это междисциплинарное понятие, включающее в себя интегральную характеристику физического, психологического и социально-

го функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии.

Диагностирование психологических детерминант авитальной активности, в частности качества жизни заблаговременно, можно выявить удовлетворенность или не удовлетворенность подростка своей жизнью, что поможет скорректировать психологическое здоровье на ранних стадиях. Психологическое состояние здоровья подростка является оптимумом поддержания витальной активности. При поддержании витальной активности, не будет развиваться авитальная активность подростка. А это значит, что диагностика и коррекция (или профилактика) качества жизни: субъективная удовлетворенность физического и психологического здоровья, эмоционального, социального и ролевого функционирования способствует не развитию авитальной активности (сохранению и / или увеличению витальной активности).

2 ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ДЕ-ТЕРМИНАНТ АВИТАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ

2.1 Организация и методы исследования

Феномен авитальной активности в настоящее время только приобретает статус изучения и становления научного понятия, получая все новые обороты развития в психологии. Этот феномен является на данный момент малоизученным, другими словами изучены не все стороны данного интегративного понятия. Большая часть исследований посвящена доказательству взаимосвязи употребления психоактивных веществ и авитальной активности среди подростков. Поэтому данное исследование направлено на расширение границ изучения феномена авитальной активности, рассматривая взаимосвязь психологических факторов и нескольких форм проявлений авитальной активности: суицидальной, парасуицидальной и асоциальной активности.

Исследование проводилось на базе МАОУ школы № 16 города Благовещенска.

Цель исследования: изучить психологические детерминанты авитальной активности подростков.

Задачи исследования:

- 1) Подбор диагностического инструментария по теме исследования.
- 2) Проведение диагностики психологических характеристик по теме исследования среди подростков.
- 3) Обработка и интерпретация полученных данных в ходе исследования.

Гипотеза: существует обратная взаимосвязь уровня качества жизни и выраженности авитальной активности подростков.

В ходе исследования использовались методы:

- анализ литературы по проблеме исследования;
- тестирование;
- методы математической обработки данных.

Целевая аудитория: ученики восьмых классов.

Исследование проводилось в 3 этапа:

- 1) подбор диагностического инструментария;
- 2) сбор методического материала;
- 3) обработка и интерпретация данных исследования.

На первом этапе исследования был осуществлен подбор диагностического инструментария. В связи с целями исследования были взяты методики:

- методика оценки качества жизни «Medical Outcomes Study-Short Form – MOS SF-36»;
- определение склонности к отклоняющемуся поведению А.Н. Орел;
- выявление суицидальных наклонностей З.В. Королёвой.

Методика оценки качества жизни «Medical Outcomes Study-Short Form (MOS SF-36) – опросник, направленные на изучение неспецифического качества жизни, связанного со здоровьем, вне зависимости от имеющегося заболевания, половых, возрастных особенностей и специфики любого лечения.

MOS SF-36 был разработан на основании объемного исследования исходов заболеваний (Medical outcomes Study), проведённого в США в восьмидесятых годах двадцатого века. Автором является Джон Э. Уэйр (John E. Ware).

В 1998 году опросник был валидизирован сотрудниками аналитического сектора Межнационального Центра исследования качества жизни в Санкт-Петербурге, которая была применена для исследования качества жизни двух тысяч ста четырнадцати (2114) жителей Санкт-Петербурга. Результаты исследования выявили высокую согласованность с характеристиками качества данных исследований, проведенных в других странах. Российская версия опросника MOS SF-36 обладает надежными психометрическими свойствами и является допустимой для проведения популяционных исследований качества жизни в России. При измерении психометрических свойств были подтверждены надежность, валидность и чувствительность опросника к изменениям и извлечены популяционные данные показателей качества жизни жителей города Санкт-Петербурга [77].

Весь текст опросника, это тридцать шесть пунктов, сгруппированы в во-

семь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Данные каждой шкалы могут варьироваться между 0 и 100 процентов, где сто процентов означает полное здоровье, а ноль процентов полное нездоровье. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Количественно оцениваются следующие показатели:

1) физическое функционирование (Physical Functioning – PF) – отражающее степень, в которой здоровье ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, высокие физические нагрузки, переноска тяжестей);

2) роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (Role-Physical – RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение повседневной деятельности);

3) телесная боль (Bodily Pain – BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу, учебу и выполняемые дела по дому (чем выше показатель, тем меньше испытывает боль исследуемый человек);

4) общее здоровье (General Health – GH) – оценка исследуемого своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив его лечения;

5) жизнеспособность (Vitality – VT) – означает ощущение себя полным сил и энергии или, наоборот, обессиленным, изнуренным;

6) социальная активность (Social Functioning – SF) – определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (ограничение в общении);

7) роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (Role-Emotional – RE) – означает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (затрагивая увеличение затраченного времени на выполнение целенаправленно-

го задания, уменьшение объемов и качества выполненной работы) [73];

8) психическое здоровье (Mental Health – МН) – самооценка психического здоровья, отражающая настроение исследуемого (наличие или отсутствие депрессии, тревоги, общего показателя положительных эмоций).

Помимо основных шкал, выделяют общие показатели физического и психологического здоровья. Представленные восемь шкал методики объединяются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья»:

1) физический компонент здоровья (Physical health – РН), составляющие шкалы:

- физическое функционирование;
- ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием;
- интенсивность боли;
- общее состояние здоровья.

2) психологический компонент здоровья (Mental Health – МН), составляющие шкалы:

- психическое здоровье;
- ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием;
- социальное функционирование;
- жизненная активность.

Величина по каждой шкале вычисляется по формуле (1) значений:

$$\text{Удовлетворенность} = \frac{\text{реальное значение показателя} - \text{минимально возможное значение показателя}}{\text{возможный диапазон значений}} \times 100 \quad (1)$$

Подобным образом, вычисление значения каждой шкалы изменяется от нуля до ста процентов (0 % до 100 %), где сто процентов представляет полное здоровье, а ноль процентов указывает на отсутствие здоровья, субъективно воспринимаемым респондентом как неудовлетворенность / удовлетворенность по измеряемому параметру. Показатели каждой из шкал были стандартизи-

ваны и выявлены стандартизованные средние показатели шкал SF-36. На основе этих подсчетов выделен ключ для выявления уровней качества жизни:

- 0 % – 25 % – низкий показатель;
- 26 % – 50 % – показатель ниже среднего;
- 51 % – 75 % – средний показатель;
- 76 % – 100 % – высокий показатель.

Второй используемой методикой стала методика определения склонности к отклоняющемуся поведению А.Н. Орел (СОП). СОП является стандартизованным тест-опросником, специализирующийся на измерении готовности (склонности) подростков к реализации различных форм отклоняющегося поведения. Опросник представляет из себя набор специализированных психодиагностических шкал, направленных на измерение готовности (склонности) к реализации отдельных форм отклоняющегося поведения. Методика предполагает учет и коррекцию установки на социально желательные ответы испытуемых.

Шкалы опросника разделяются на содержательные и служебные шкалы. Содержательные шкалы предназначены для измерения психологического содержания комплекса связанных между собой форм девиантного поведения, то есть социальных и личностных установок, стоящих за этими поведенческими проявлениями. Служебная шкала направлена на измерение предрасположенности испытуемого давать о себе социально-одобряемую информацию, оценки достоверности результатов опросника в целом, а также для коррекции результатов по содержательным шкалам в зависимости от выраженности установки испытуемого на социально-желательные ответы. Семь шкал опросника являются общими для девушек и юношей, последняя, восьмая шкала выявляется только у девушек:

- 1) шкала установки на социальную желательность (служебная шкала);
- 2) шкала склонности к преодолению норм и правил;
- 3) шкала склонности к аддиктивному поведению;
- 4) шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению;

- 5) шкала склонности к агрессии и насилию;
- 6) шкала волевого контроля эмоциональных реакций;
- 7) шкала склонности к деликвентному поведению;
- 8) шкала принятия женской социальной роли [2].

Ключ для выявления уровней склонностей подростков к реализации различных форм отклоняющегося поведения:

- < 50 Т-баллов – средний (норма);
- от 50 до 60 Т-баллов – повышенный;
- от 60 – 70 Т-баллов – высокий;
- > 70 Т-баллов – очень высокий.

Шкала волевого контроля эмоциональных реакций имеет обратный характер интерпретации Т-баллов.

Третья используемая методика – выявление суицидальных наклонностей З.В. Королёвой. Эта методика является проективной и носит вспомогательный характер в исследовании подростков. Цель методики: определение суицидальных наклонностей субъекта. Рисуночная методика оценки суицидального риска помогает выявить уровень сформированности суицидальных намерений субъекта [2]. В общем можно выделить отсутствие суицидальных наклонностей и их наличие. У лиц имеющих суицидальные наклонности можно выделить дополнительные показатели:

- актуальное настроение;
- саморегуляция;
- суицидальные мысли;
- степень чувствительности;
- манипулирование суицидальными мыслями;
- подсознательные мысли о смерти.

На втором этапе исследования – сбор методического материала, проводилась психологическая диагностика исследуемых лиц.

База исследования: МАОУ школа № 16 города Благовещенска.

Выборка исследования: 107 подростков, учащихся в восьмых классах.

Выборку составили 41 девушек и 66 юношей подросткового возраста, обучающиеся в данном учебном заведении в восьмом классе, одной параллели, возраст которых варьируется от 13 до 15 лет. В исследовании приняли участие 109 человека, однако, у двух человек при обработке данных опросников выявлено недостоверность полученных данных. Данные респонденты не были включены в выборку исследования.

Тестирование исследуемых осуществлялось в четыре этапа. В данной школе четыре восьмых классов. Каждый класс учеников брался за одну естественную группу, поэтому каждый этап тестирования – проведение тестирования у одного класса. Место проведения тестирования зависело от расписания обучающегося процесса: урок заменялся диагностикой.

На каждом этапе проведение тестирования осуществлялось по одинаковому плану:

- приветствие, представление психологом школы экспериментатора;
- доведение информации ученикам о том, что психологическое исследование плановое, которое проводится раз в год, в каждом классе;
- озвучивание информации о том, что исследование не анонимное, но результаты исследования будут знать только экспериментаторы;
- раздача бланков тестирования;
- инструктаж, озвучивание и демонстрация инструкции по каждому тесту;
- выполнение тестирования в самостоятельном темпе, озвучивая временные рамки по плану – каждые 10 минут.

На каждый тест отводилось по 10 минут, по мере выполнения задания каждый исследуемый самостоятельно переходил к выполнению следующего задания (теста). При возникновении вопросов каждый ученик мог поднять рук и в индивидуальной форме задать возникший вопрос в процессе всего тестирования. По мере выполнения заданий каждый исследуемый сдавал тестовый материал и оставался в учебном классе.

Первый этап тестирования проводился среди учеников 8 «В» класса, тре-

тым уроком. В этот день было сокращенное расписание, поэтому время проведения тестирования заняло урок (30 минут) и перемена (15 минут). Таким образом, время тестирования составило – 45 минут.

Второй этап тестирования проводился среди учеников 8 «Б» класса, вторым уроком, который составил 40 минут и перемена 10 минут. Выполнение тестирования исследуемых осуществлялось индивидуально по времени, однако временные рамки выполнения каждого теста озвучивались, что составляло 10 минут. Общее время проведения тестирования составило 50 минут.

Третий этап тестирования проводился среди учеников 8 «А» класса, третьим уроком, временные рамки которого 40 минут и так же была задействована перемена – 10 минут. Общее время проведения тестирования составило 50 минут.

Четвертый этап тестирования осуществлялся среди учеников 8 «Г» класса пятым уроком второй смены. Общее время проведения тестирования составило 45 минут.

На третьем этапе исследования – обработка и интерпретация данных: осуществлялся подсчет каждой из методик, вынесение данных в общую таблицу класса. Проводилось доказательство связей показателей качества жизни и проявлений авитальной активности методом математической статистики. После чего производилась интерпретация полученных данных. Для доказательства гипотезы, был использован метод ранговой корреляции Ч. Спирмена. Данный метод разрешает определить тесноту (силу) и направление корреляционной связи между двумя признаками или двумя профилями (иерархиями) признаков. Данный метод математической обработки был применен для выявления направления корреляционной связи между показателями качества жизни и отклоняющегося поведения, которые являются формами проявлений авитальной активности подростков.

Таким образом, организация исследования была выстроена в несколько этапов: подбор диагностического инструментария; сбор методического материала, в период которого проводилось тестирование исследуемых групп в не-

сколько этапов; обработка полученных данных и их интерпретация. Методами исследования стали методики, направленные на доказательство поставленных целей исследования (Методика оценки качества жизни (SF-36), выявление суицидальных наклонностей Королёвой З.В., определение склонности к отклоняющемуся поведению Орел А.Н.) и выявляющие у подростков: показатель качества жизни, склонность к аддиктивному и самоповреждающему поведению, а так же суицидальные наклонности.

2.2 Анализ и интерпретация данных

Проведенный опросник «Оценки качества жизни» (Medical Outcomes Study-Short Form – MOS SF-36) позволил выявить показатели общего физического здоровья и психологического здоровья исследуемых (рисунок 2). Данные представлены в приложении Г (таблица Г.2). Физический компонент качества жизни у всех респондентов находится в пределах нормы: 76,64 % исследуемых имеют высокий показатель и 23,36 % имеют средний показатель по компоненту общего здоровья.

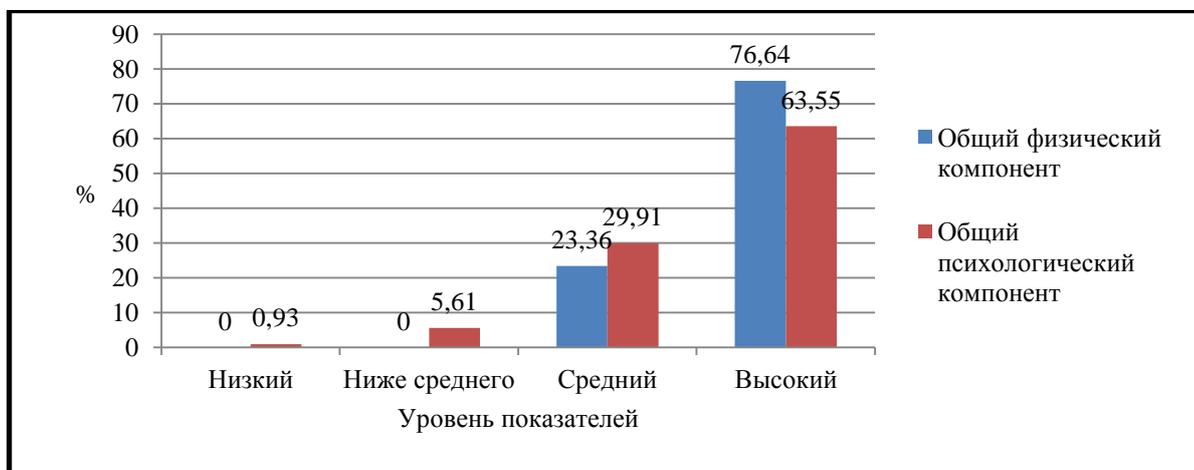


Рисунок 2 – Показатели опросника качества жизни SF-36 жизни в целом (РН,МН)

По показателю общего психологического здоровья у исследуемых выявлено – 0,93 % исследуемых подростков низкий показатель психологического здоровья, у 5,61 % показатель ниже среднего, и 93,46 % исследуемых имеют показатель, находящийся в пределах нормы; из них 29,91 % имеют средние показатели психологического здоровья и 63,55 % имеют высокий уровень показателей психологического здоровья.

Помимо общего показателя психологического здоровья, выделены еще восемь шкал качества жизни. Полученные данные этих шкал представлены в рисунке 3. Из него видно, что каждая шкала качества жизни имеет определенный уровень показателей данных.

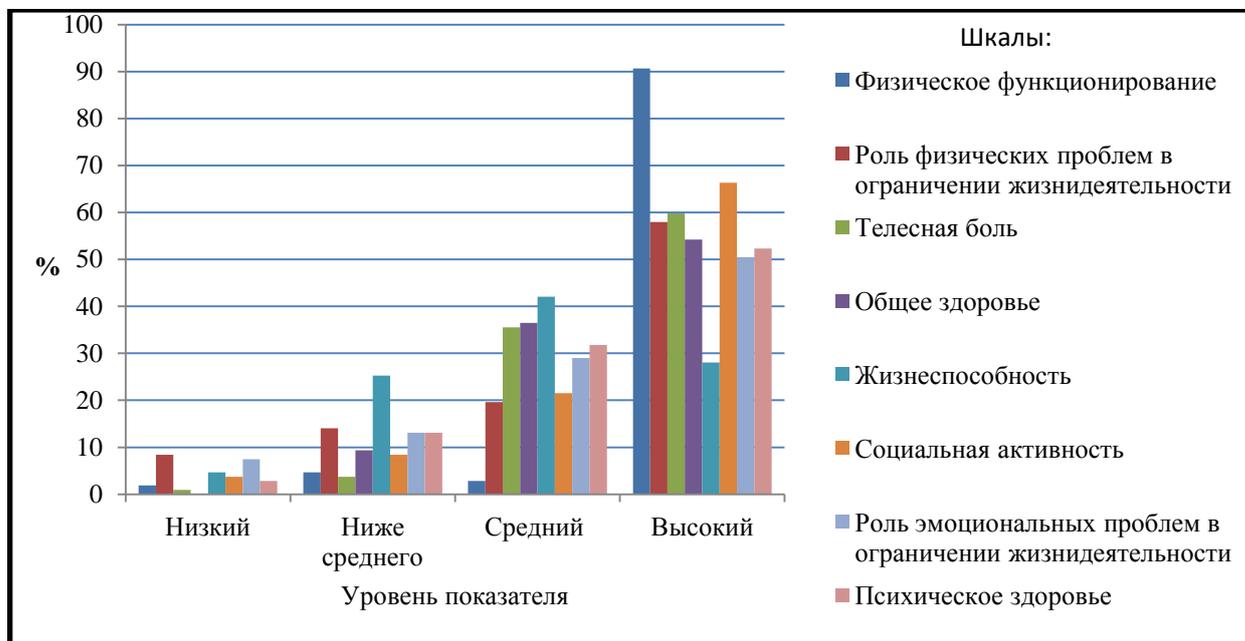


Рисунок 3 – Показатели опросника качества жизни SF-36

Первые четыре шкалы выявляют показатели физического компонента качества жизни. По этим шкалам опросника выявлены следующие показатели: у 1,87 % исследуемых имеет низкий показатель физического функционирования, 4,68 % ниже среднего, 2,80 % имеют средний показатель качества жизни физического функционирования, но больший процент исследуемых отведен высокому показателю – 90,65 %. Роль физических проблем исследуемых в ограничении жизнедеятельности не затрагивают 77,57 %, из которых 19,63 % – средний и 57,94 % – высокий показатели. И 22,43 % затрагивает проблема ограничения жизнедеятельности в разной степени из-за физических проблем (8,41 % имеют низкий показатель и 13,02 % ниже среднего RP).

Телесная боль не выявлена у 59,81 % учащихся (высокий показатель), слабо выявленная и умеренная боль наблюдается у 39,26 % и лишь 0,93 % исследуемых могут пожаловаться на сильную телесную боль (низкий показатель). Показатели общего здоровья сложились следующим образом: у 54,20 % исследуемых высокие показатели общего здоровья, 36,45 % имеют показатель сред-

ний и 9,35 % имеют показатель общего здоровья ниже среднего. Следует отметить, что показатели плохого общего здоровья не выявлены – 0 %.

По шкалам психологического компонента качества жизни были выявлены следующие данные: жизнеспособность исследуемых распределились между 70,1 % нормы (28,04 % средний и 42,06 % высокий уровни) и 29,9 % ниже нормы (25,23 % показатели ниже среднего и 4,67 % низкий уровень показателей жизнеспособности).

Социальная активность у 3,74 % (низкий показатель) и 8,41 % (ниже среднего показатель) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность. У 21,5 % исследуемых выявлен средний уровень социальной активности и 66,35 % – высокий показатель социальной активности.

Показатели по шкале – роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности: 50,47 % учащихся имеют высокий уровень показателей, и 28,97 % имеют средний уровень показателей, а 13,08 % – ниже среднего, 7,48 % исследуемых имеют низкий уровень показателей, что предполагает такое эмоциональное состояние у этих респондентов, которое мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы и снижение качества ее выполнения.

Показатели по шкале психического здоровья у 52,34 % респондентов имеют высокий уровень психического здоровья, помимо этого, 31,78 % исследуемых находятся в пределах средних показателей самооценки психического здоровья. Но, несмотря на большой процент исследуемых находящихся в пределах нормы, за ее пределами оказались 15,88 % исследуемых (13,08 – % ниже среднего и 2,80 % – низкий). Их настроение может быть охарактеризовано наличием тревоги, депрессии.

Следует отметить, что большая часть исследуемых находятся в пределах нормы, иными словами в пределах удовлетворенности качеством жизни в физическом и психологическом компонентах. Низкие показатели общего здоровья

не выявлены, что говорит о том, что исследуемые не оценивают свое состояние здоровья как критическое.

В интерпретации методики А.Н. Орел – определение склонности к отклоняющемуся поведению были взяты шкалы: склонности к аддиктивному поведению, склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению и склонности к агрессии и насилию. Результаты этих шкал методики представлены в рисунке 4. Данные предоставлены в приложении Г (таблица Г.1) Склонность к аддиктивному поведению выявлена у 10,28 % исследуемых. 89,72 % (средний уровень) исследуемых имеют либо невыраженные аддиктивные тенденции, либо хороший социальный контроль поведенческих реакций.

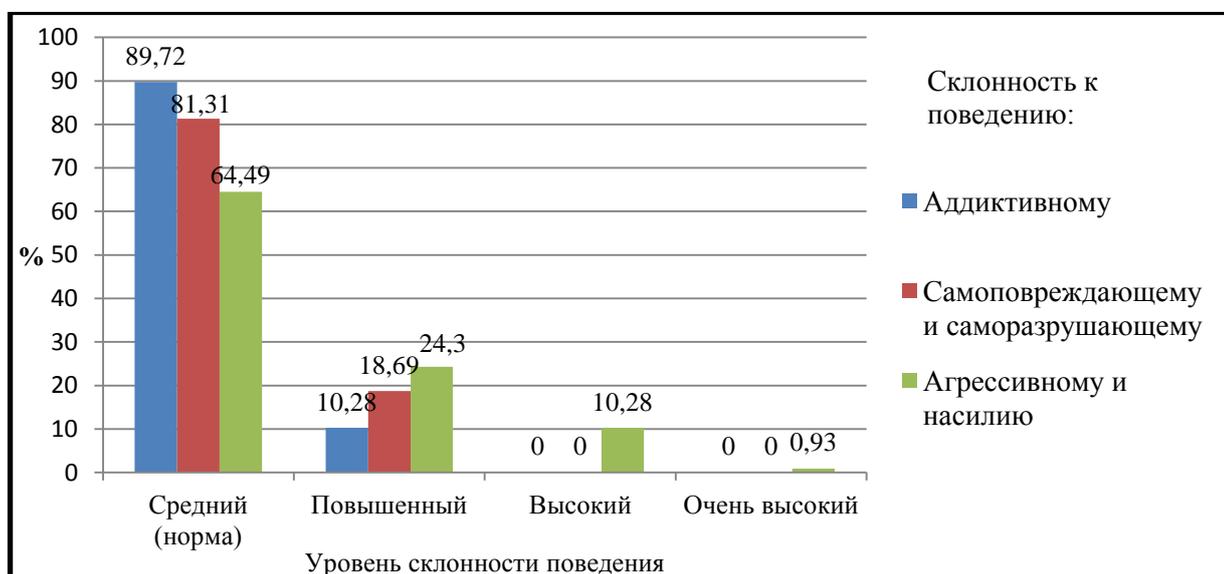


Рисунок 4 – Результаты исследования методики А.Н. Орел «Определение склонности к отклоняющемуся поведению»

Склонность исследуемых к самоповреждающему и саморазрушающему поведению была выявлена у 18,69 % исследуемых (повышенный уровень склонности), однако большая часть учащихся находятся в пределах нормы – 81,31 % респондентов. Склонность к агрессии и насилию выявлена у 35,51 % опрошиваемых, из них 24,30 % имеют повышенный уровень, 10,28 % – высокий уровень и 0,93 % всех исследуемых имеют очень высокий уровень склонности к агрессии и насилию.

По методике выявления суицидальных наклонностей З. Королёвой, выявлены показатели, представленные в рисунке 5.

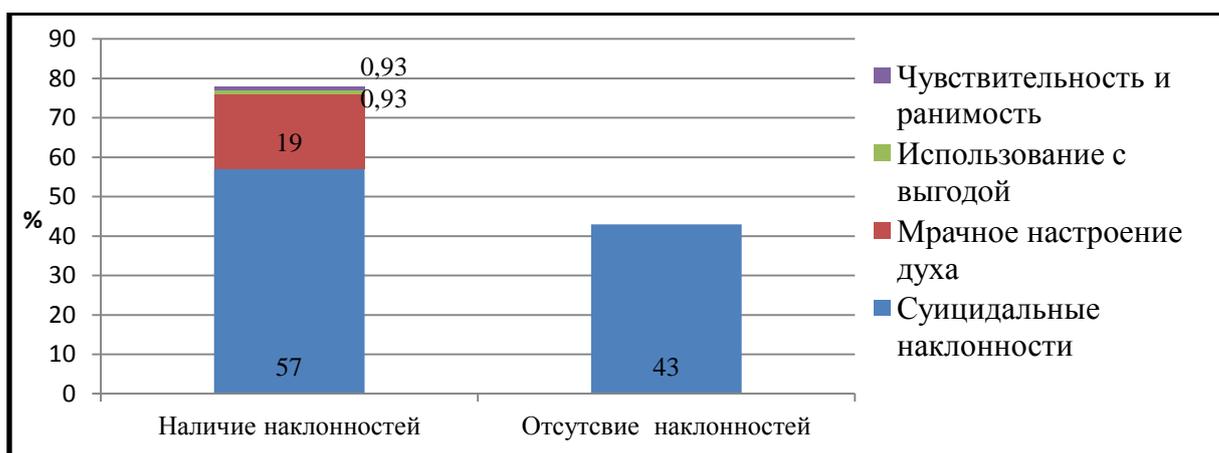


Рисунок 5 – Результаты исследования по методике З. Королевой «Выявление суицидальных наклонностей»

Из рисунка 5 следует, что у 57 % исследуемых выявлены суицидальные наклонности. Из них имеют мрачное настроение духа 19 %, что может говорить о том, что такое состояние вызвано определенными обстоятельствами, отрицательно отражающихся на человеке, беспокоящие его, однако данное состояние временное, 0,93 % чувствительны и ранимы и 0,93 % исследуемых могут использовать свои суицидальные наклонности для собственной выгоды (шантажное поведение).

Данная методика использовалась как вспомогательная в исследовании подростков, целью которой является определение суицидальных наклонностей субъекта. Соотношение показателей суицидальной, асоциальной активности и качества жизни предоставлено в рисунке 6.

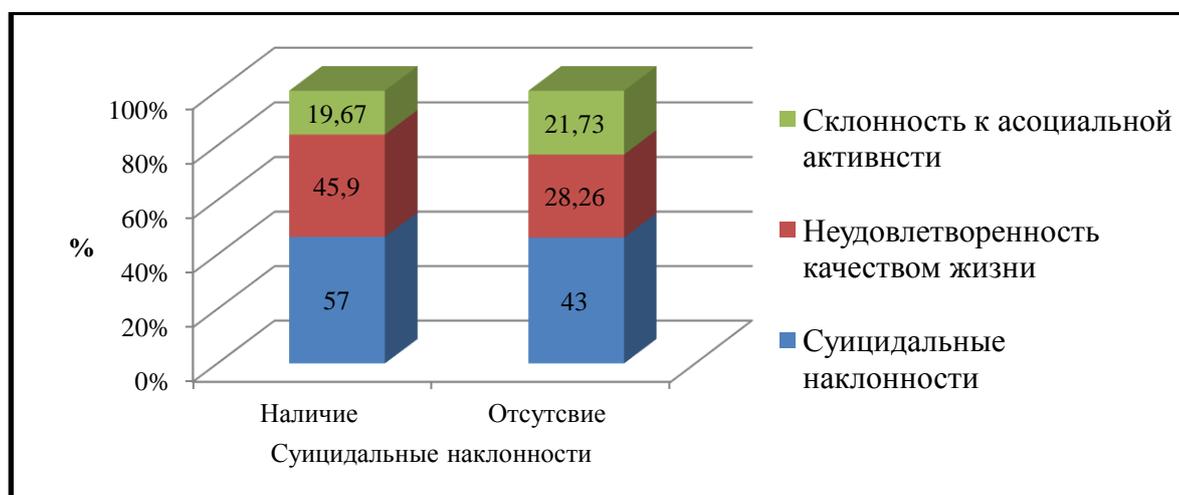


Рисунок 6 – Соотношение показателей суицидальной, асоциальной активности и неудовлетворенностью качеством жизни

У лиц, имеющих суицидальные наклонности, отмечается снижение показателей качества жизни (увеличение неудовлетворенности качеством жизни) – 45,9 %. Наряду с суицидальными наклонностями среди исследуемых выявлена склонность к асоциальной активности – 19,67 %, что не значительно отличается от показателей склонности к асоциальной активности у лиц, не имеющих суицидальные склонности – 21,73 %.

Помимо этого из лиц, не имеющих суицидальных наклонностей, выявлено 28,26 % исследуемых неудовлетворенных качеством жизни.

Следует отметить, что неудовлетворенность качеством жизни значительно разнится среди лиц имеющих и не имеющих суицидальные наклонности, что может свидетельствовать о том, что чем ниже уровень удовлетворенности жизни (неудовлетворенность качеством жизни), тем выше проявления авитальной активности исследуемых подростков. Что касается взаимосвязи суицидальных наклонностей и асоциальной активности, то значимых взаимосвязей не наблюдается.

Для доказательства теоретической части исследования был использован метод ранговой корреляции Ч. Спирмена. При расчетах были выдвинуты гипотезы:

H_0 : Корреляция между переменными А и Б не отличается от нуля.

H_1 : Корреляция между переменными А и Б достоверно отличается от нуля.

Где:

- переменная А – показатели качества жизни исследуемых лиц;

- переменная Б – показатели склонности к отклоняющемуся поведению исследуемых (приложение Д).

В ходе расчетов корреляции показателей качества жизни и склонностей к отклоняющемуся поведению (аддиктивному, самоповреждающему и саморазрушающему поведению, агрессии и насилию) были получены следующие эмпирические показатели (R_s), при количестве ранжируемых значений – 107 ($N = 107$), отражены в таблице 3.

Таблица 3 – Данные ранговой корреляции Спирмена (R_s)

Параметр	Склонности к аддиктивному поведению	Склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению	Склонности к агрессии и насилию	$R_{кр}$ при $N = 107$	
				$p \leq 0,05$	$p \leq 0,01$
Общий компонент физического здоровья	- 0.265	- 0.043	0.032	0.2	0.25
Общий компонент психологического здоровья	- 0.14	- 0.198	- 0.254		
Физическое функционирование	- 0.02	0.038	0.088		
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	- 0.156	- 0.053	- 0.026		
Телесная боль	- 0.245	- 0.09	- 0.115		
Общее здоровье	0.027	0.011	- 0.06		
Жизнеспособность	0.027	0.011	- 0.06		
Социальная активность	- 0.252	- 0.208	- 0.191		
Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	- 0.032	- 0.095	- 0.025		
Психическое здоровье	- 0.107	- 0.151	- 0.28		

Из таблицы 3 видно, что ранговая корреляция достигает значимой области в нескольких параметрах: общего компонента физического здоровья и склонности к аддиктивному поведению – $r_s = - 0,265$ (таблица Г.3); между телесной болью и склонностью к аддиктивному поведению – $r_s = - 0,245$, (представлены в таблице Г.5); социальной активностью и склонностью к аддиктивному поведению – $r_s = - 0,252$ (таблица Г.6). Так же корреляция достигает статистической значимости между социальной активностью и склонностью к са-

моповреждающему и саморазрушающему поведению – $r_s = - 0,208$ представлено в таблице Г.7.

Помимо этого прослеживается связь между склонностью к агрессии, насилию и психологическим здоровьем – $r_s = - 0,254$ (таблица Г.4), психическим здоровьем – $r_s = - 0,28$ (таблица Г.8). Под психическим здоровьем подразумевается самооценка психического здоровья. Психологическое здоровье включает в себя параметры: ролевого функционирования, обусловленное эмоциональным понятием; социальным функционированием и жизненной активностью. Так же выявлена значимая корреляция между склонностью к аддиктивному поведению и компонентом физического здоровья, которое включает в себя физическое функционирование, общее здоровье и телесную боль.

Все полученные коэффициенты ранговой корреляции, достигшие зоны значимости, имеют отрицательный знак, что означает обратную зависимость переменных: низким рангам испытуемых по признаку соответствуют высокие ранги по другому признаку.

Таким образом, проведя исследование, было выявлено, что корреляционная связь установлена между следующими понятиями. На склонность к аддиктивному поведению влияют низкие показатели:

- а) общий компонент физического здоровья:
 - физическое функционирование;
 - роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности;
 - телесная боль;
 - общее здоровье;
- б) телесная боль;
- в) социальная активность.

На склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению влияют низкие показатели:

- а) социальная активность.

На склонность к агрессии и насилию влияют низкие показатели:

- а) общий компонент психологического здоровья:

- жизнеспособность;
- социальная активность;
- психическое здоровье;
- роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности.

Исходя из полученных данных, поставленная гипотеза исследования подтвердилась: существует обратная взаимосвязь уровня качества жизни и выраженности авитальной активности подростков. Чем ниже показатели удовлетворенности качеством жизни, тем выше показатели проявлений авитальной активности. И наоборот, чем выше показатели удовлетворенности качеством жизни, тем ниже показатели проявлений авитальной активности подростков. Однако показатели удовлетворенности качеством жизни в исследовании были взяты не все, а лишь часть интегративного, широкого понятия. Так как данная теория находится на уровне разработки и эмпирического исследования, полученные данные могут стать основой для дальнейшего изучения и развития такого феномена, как авитальная активность.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках монистической психологической концепции динамического направления – тифоанализа, под авитальной активностью понимают биологическую, психическую и поведенческую активность, направленная на сокращение и / или прекращение собственного социального и биологического функционирования. Данная активность заложена в человеке изначально, совместно с витальной (жизненной) активностью и может развиваться при снижении витальной активности (снижение «жизненных сил»).

Авитальная активность при развитии обретает различные формы проявлений: пресуицидальную, суицидальную, парасуицидальную и асоциальную активность. Формы авитальной активности и ее феноменологические проявления у подростков имеют широкий диапазон проявлений в поведении, затрагивая сознательную и бессознательную, внешнюю и внутреннюю, прямую и непрямую активность.

Развитие авитальной активности подростков связано с возрастными новообразованиями, возникающим в процессе прохождения подросткового кризиса – самосознание, идентичность и ведущий вид деятельности – интимно-личностное общение. Появление возрастного патологического новообразования приводит к снижению витальной активности и развитию авитальной.

Факторы развития авитальной активности подростков, в общем, делятся на: биологические; социально-средовые; психиатрические и психологические. Психологические детерминанты вобрала в себя факторы патологического протекания возрастного кризиса; нарушения в эмоциональной и когнитивной сферах.

Под патологическим протеканием подросткового кризиса в рамках авитальной активности подразумевают нарушения в становлении центрального новообразования – идентичность. Нарушениями идентичности следующие: неадекватная идентичность и негативная идентичность (уход от близких взаимоотношений, размывание времени, размывание способности к продуктивной ра-

боте); предопределенная идентичность (за подростка сделанная, некритичное принятие ценностей семьи, общества, религиозной группы); фрустрация (потребности в общении, потребности в проявлении чувства взрослости, эмоциональные потребности ребенка в любви и безусловном принятии, в установлении неформального, эмпатического контакта в процессе совместной деятельности, возникновение отрицательного эмоционального фона).

Под нарушениями эмоциональной сферы понимают недостаточность эмоционального регулирования и состояния безнадежности, депрессии, повышенная агрессия (в ходе нарушения системы хронификации жизни). И третьим фактором психологических детерминант авитальной активности является нарушения подростков в когнитивной сфере: нарушение функций анализа, оценки информации и прогнозирования; формирование дисфункциональных установок и убеждений; руминация, нарушение регуляторных функций памяти, внимания, мышления, нарушения функций механизмов системы хронификации жизни (агрессии и элиминации) и неудовлетворенность качеством жизни.

В основу практического изучения психологических детерминант феномена авитальной активности положен термин – качество жизни. Качество жизни – это междисциплинарное понятие, включающее в себя интегральную характеристику физического, психологического и социального функционирования человека, основанное на его субъективном восприятии (удовлетворенность – неудовлетворенность). Удовлетворенности жизнью – субъективное благополучие, которое оценивается по двум параметрам, когнитивным и аффективным. Иными словами, субъективное благополучие – это когнитивно-аффективная оценка сложившейся ситуации, как благополучной или не благополучной. Неудовлетворенность качеством жизни – когнитивная составляющая психологических детерминант авитальной активности и имеет прямое влияние на развитие авитальной активности и ее форм проявлений.

В ходе эмпирического исследования было выявлена отрицательная корреляция определенных сфер субъективной удовлетворенности жизни подростков и форм проявлений авитальной активности: аддиктивного, саморазрушающего

и самоповреждающего поведения. Гипотеза исследования была подтверждена. Это означает, что психологическими детерминантами развития авитальной активности являются физическое дисфункционирование (телесная боль, физические нарушения, общее снижение состояния здоровья), снижение социальной активности (ограничение общения в следствие психологического и физического нарушения) и жизнеспособности (отсутствие энергии и «жизненных сил») и их возникновение обратно пропорционально уровню и выраженности качества жизни.

Диагностирование психологических детерминант авитальной активности, в частности качества жизни заблаговременно, можно выявить удовлетворенность или не удовлетворенность подростка качеством своей жизни, что поможет скорректировать психологическое здоровье. Психологическое состояние здоровья подростка является оптимумом поддержания витальной активности. При поддержании витальной активности, не будет развиваться авитальная активность подростка. А это значит, что диагностика и профилактика удовлетворенности качеством жизни: субъективная удовлетворенность физического и психологического здоровья, эмоционального, социального и ролевого функционирования, способствует не развитию авитальной активности (сохранению и / или увеличению витальной активности). Введение и изучение такого понятия, как авитальная активность действительно является актуальным.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- 1 Александрова, Л. А. Субъективная витальность как личностный ресурс [Электронный ресурс] / Л. А. Александрова // Психологические исследования: Электронный научный журнал. – 2011. – № 3 (17). – Режим доступа: <http://psystudy.ru/index.php/num/2011n3-17/492>. – 24.11.2017.
- 2 Алимова, М. А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция / М. А. Алимова. – Барнаул, 2014. – 100 с.
- 3 Альперович, В. Д. Кризис аутентичности: социально-психологический аспект / В. Д. Альперович // Северо-кавказский психологический вестник. – 2008. – № 6 / 1. – С. 33-41.
- 4 Амбрумова, А. Г. О ситуационных реакциях у подростков в суицидологической практике / А. Г. Амбрумова, Е.М. Вроно // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – № 10. – С. 1557-1560.
- 5 Амбрумова, А. Г. Предупреждение самоубийств / А. Г. Амбрумова, С. В. Бородин, А. С. Михлин. – М. : Акад. МВД, 2001. – 321 с.
- 6 Амбрумова, А. Г. Психология самоубийства / А. Г. Амбрумова // Социально и клиническая психиатрия. – 2009. – № 4. – С. 12-23.
- 7 Амбрумова, А. Г. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации личности / А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко // Актуальные проблемы суицидологии. Труды Московского НИИ психиатрии. – 1978. – Т. 82. – С. 45-68.
- 8 Антимонова, Н. А. Суицидальное поведение в подростковом возрасте [Электронный ресурс] / Н. А. Антимонова, Т. М. Хрусталева. – Пермь, 2013. – Режим доступа : <https://revolution.allbest.ru/psychology/004170380.html> – 18.11.2017.
- 9 Бадьина, Н. П. Профилактика суицидальных проявлений среди несовершеннолетних: методические рекомендации / Н. П. Бадьина. – Курган : ГАОУДПО ИРОСТ, 2011. – 107 с.
- 10 Бобков, В. Динамика уровня жизни населения / В. Бобков, П. Д. Мас-

ловский-Мстиславский // Экономист. – 2011. – № 6. – С. 42-57.

11 Булатецкий, С. В. Основные детерминанты суицидального поведения / С. В. Булатецкий // Международный пенитенциарный журнал. – 2016. – № 32. – С. 6-10.

12 Вагин, Ю. Р. Авитальная активность (злоупотребление психоактивными веществами и суицидальное поведение у подростков) / Ю. Р. Вагин. – Пермь : ПРИПИТ, 2001. – 292 с.

13 Вагин, Ю. Р. Авитальная активность у лиц, страдающих бронхиальной астмой [Электронный ресурс] / Ю. Р. Вагин, Н. А. Стрелков // Суицидология. – № 2 (7). – Тюмень : М-центр, 2012. – Режим доступа : <https://cyberleninka.ru/article/v/avitalnaya-aktivnost-u-lits-stradayuschih-bronhialnoy-astmoy>. – 14.11.2017.

14 Вагин, Ю. Р. Вопросы феноменологической суицидологии [Электронный ресурс] / Ю. Р. Вагин // Суицидология. – № 3 – Психология. Медицина и здравоохранение. – Тюмень : М-центр, 2011. – Режим доступа : <http://cyberleninka.ru/article/n/voprosy-fenomenologicheskoy-suitsidologii>. – 15.11.2017.

15 Вагин, Ю. Р. Корни суицидальной активности [Электронный ресурс] / Ю. Р. Вагин // Суицидология. – № 4. – Психология. Медицина и здравоохранение. – Тюмень: М-центр, 2011. – Режим доступа : <http://cyberleninka.ru/article/n/korni-suitsidalnoy-aktivnosti>. – 14.11.2017.

16 Вагин, Ю. Р. Профилактика деструктивного поведения / Ю. Р. Вагин. – Пермь : Поница, 2004. – 150 с.

17 Вагин, Ю. Р. Профилактика суицидального и аддиктивного поведения у подростков : моногр. / Ю. Р. Вагин. – Пермь: Перм. гос. мед. акад, 2008. – 103 с.

18 Вагин, Ю. Р. Развитие феноменологической суицидологии [Электронный ресурс] / Ю. Р. Вагин // Виртуальная библиотека тифоаналитической литературы. – Режим доступа : <http://www.typhoanaliz.narod.ru/lit/stati/fenomen.html>. – 12.11.2017.

- 19 Вагин, Ю. Р. Тифоанализ (теория влечения к смерти) / Ю. Р. Вагин. – Т. 1. – Пермь : Пермский образовательный научно-исследовательский центр авитальной активности, 2003. – 210 с.
- 20 Васильев, А. Л. Россия в XXI веке. Качество жизни и стандартизация / А. Л. Васильев. – М. : РИА «Стандарты и качество», 2003. – 440 с.
- 21 Васильченко, М. В. Социально-психологические детерминанты суицидального поведения подростков / М. В. Васильченко // Международный психиатрический журнал. – 2012. – № 3. – С. 4.
- 22 Вассерман, Д. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств: пер. Е. Ройне, Д. Вассерман. – М. : Смысл, 2005. – 310 с.
- 23 Вихристюк, О. В. Что нужно знать родителям о подростковых суицидах? / О. В. Вихристюк. – М. : МГППУ, 2013. – 67 с.
- 24 Войцех, В. Ф. Клиническая суицидология / Н. В. Войцех. – М.: Миклош, 2007. – 195 с.
- 25 Ворсина, О. П. Особенности суицидального поведения детей и подростков в Иркутске / О. П. Ворсина, С. В. Дианова, Т. Ю Белькова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 68. – С. 23.
- 26 Говорин, Н. В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров. – Чита : Изд-во «Иван Федоров», 2008. – 178 с.
- 27 Голуб-бережная, М. П. Витальная и авитальная активности человека как формы выхода из отчужденного бытия [Электронный ресурс] / М П. Голуб-бережная // Вестник ВолГУ. – Серия 7: Философия. Социология и социальные технологии. – Тюмень : Изд-во М-центр, 2010. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/vitalnaya-i-avitalnaya-aktivnosti-cheloveka-kak-formu-vyhoda-iz-otchuzhdenного-bytiya>. – 14.11.2017.
- 28 Гроллман, Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция / Э. Гроллман // Суицидология: прошлое и настоящее. – М: Когито-Центр, 2013. – 347 с.
- 29 Давыдов, Д. Г. Современные подходы к исследованию качества жизни / Д. Г. Давыдов // Социальные науки и современное общество. – 2012. – № 2

(16). – С. 54-67.

30 Долгова, В. И. Индивидуально-психологические детерминанты суицидального и антисуицидального поведения подростков [Электронный ресурс] / В. И. Долгова, Ю. А. Рокицкая // Вестник ЧГПУ. – Тюмень : Изд-во М-центр, 2016. – № 3. Режим доступа : <http://cyberleninka.ru/article/n/individualno-psihologicheskie-determinanty-suitsidalnogo-i-antisuitsidalnogo-povedeniya-podrostkov>. – 14.11.2017.

31 Дружинина, Э. Л. Психологические детерминанты суицидальной склонности современных подростков [Электронный ресурс] / Э. Л. Дружинина // Теория и практика общественного развития. – Тюмень : Изд-во М-центр, 2012. – № 11. – Режим доступа : <http://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-determinanty-suitsidalnoy-sklonnosti-sovremennyh-podrostkov>. – 14.11.2017.

32 Егоров, А. Ю. Расстройство поведения у подростков: клинико-психологические аспекты / А. Ю. Егоров, С. А. Игумнов. – СПб. : Речь, 2005. – 436 с.

33 Ефремов, В. С. Основы суицидологии / В. С. Ефремов. – СПб.: Диалект, 2004. – 480 с.

34 Жмуров, В. А. Большая энциклопедия по психиатрии / В. А. Жмуров. – 2-е изд. – М. : Джан-гар, 2012. – 864 с.

35 Зараковский, Г. М. Качество жизни населения России / Г. М. Зараковский. – М.: Смысл, 2009. – 320 с.

36 Зотов, М. В. Суицидальное поведение: механизмы развития, диагностика, коррекция / М. В. Зотов. – СПб. : Речь, 2006. – 144 с.

37 Иванова, О. В. Словарь по суицидам [Электронный ресурс] / О.В. Иванова // <http://www.psycholga.ru/психфак>. – 21.06.2009. – Режим доступа: <http://olga-kamchatka.narod.ru/psy/suicide.doc>. – 10.11.2017.

38 Иванова, Т. И. Суицидальное поведение у детей с депрессивными расстройствами. Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии / Т. И. Иванова. – Волгоград : ВолгГМУ, 2007. – С. 87-88.

39 Игумнов, С. А. Основы психотерапии детей и подростков: справ. пособие / под ред. В. Т. Кондрашенко. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2001. – С. 114-115.

40 Информационный портал «Медицинская психология» [Электронный ресурс] / Medpsy. Ru: офиц. Сайт. – 25.10.2017. – Режим доступа: http://www.medpsy.ru/dictionary/metod_03_001.php . – 12.10.2017.

41 Исаев, Д. С. Психология суицидального поведения / Д. С. Исаев, К. В. Шерстнев. – Самара : Самарский государственный Университет. Кафедра психологии, 2000. – 72 с.

42 Ковалев, В. В. Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации / В. В. Ковалев, А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко. – М. : Минздрав. РСФСР, Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 2003. – 55 с.

43 Корнетов, А.Н. Профилактика суицидального поведения в учебных заведениях. Методические рекомендации для педагогов и кураторов / А.Н. Корнетов [и др.]. – Томск: ООО «Рекламная группа Рисунок», 2013. – 56 с.

44 Короленко, Ц. П. Семь путей к катастрофе: деструктивное поведение в современном мире / Ц. П. Короленко, Т. А. Донских. – Новосибирск : Наука, 2004. – 224 с.

45 Кудрявцев, И. А. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики [Электронный ресурс] / И. А. Кудрявцев, Е. Э. Декало // Суицидология. – № 2 (7). – Тюмень : Изд-во М-центр, 2012. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-factory-i-mehanizmy-suitsidogeneza-kak-kriterii-suitsidalnogo-riska-i-napravlennoy-profilaktiki>. – 02.12.2017.

46 Лазарашвили, И. С. Анализ суицидальных действий лиц, страдающих некоторыми формами психопатий / И. С. Лазарашвили // Комплексные исследования в суицидологии: Сб. науч. трудов. – М., 2009. – С. 105-113.

47 Лебедева, А. А. Теоретические подходы и методологические проблемы изучения качества жизни в науках о человеке психология / А. А. Лебедева //

Журнал высшей школы экономики. – 2012. – Т. 9. – № 2. – С. 3-19.

48 Леонова, Л. Г. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте / Л. Г. Леонова, Н. Л. Бочкарева. – Новосибирск: Изд-во Новосибирского Медицинского института, 2006. – 218 с.

49 Моховиков, А. Н. Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / А. Н. Моховиков. – М. : «Когито-Центр», 2013. – 569 с.

50 Остроглазов, В. Г. Клинико-психопатологическая характеристика состояний у лиц, совершивших суицидальные попытки / В. Г. Остроглазов, М. А. Лисина // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 6. – С. 18-20.

51 Павлова, Т. С. Современные теории суицидального поведения подростков и молодёжи [Электронный ресурс] / Т. С. Павлова, Г. С. Банников // Психологическая наука и образование. – 2013. – № 4. – С. 59-69. – Режим доступа : http://psyedu.ru/files/articles/psyedu_ru_2013_4_Pavlova_Bannikov.pdf. – 25.11.2017.

52 Пакулина, С. А. Психодиагностика суицидального поведения детей и подростков / С. А. Пакулина. – Челябинск: АБРИС, 2014. – 209 с.

53 Петровский, В. А. Человек над ситуацией / В. А. Петровский. – М. : Смысл, 2010. – 559 с.

54 Погодин, И. А. Суицидальное поведение: психологические аспекты / И. А. Погодин. – Москва : Флинта, 2008. – 336 с.

55 Понизовский, А. М. Анализ основных подходов к пониманию суицидального поведения при депрессиях / А. М. Понизовский // Актуальные проблемы суицидологии: Тр. Моск. НИИ психиатр. – 2011. – Т. 92. – С. 150-167.

56 Психологос. Ру Энциклопедия практической психологии [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.psychologos.ru/articles/view/tifoanaliz>. – 27.11.2017.

57 Рассказова, Е. И. Методы диагностики качества жизни в науках о человеке [Электронный ресурс] / Е. И. Рассказова // Вестник Московского уни-

верситета. – 2012. – Сер. 14. – Психология. – № 3. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/metody-diagnostiki-kachestva-zhizni-v-naukah-ocheloveke>. – 27.11.2017.

58 Родяшин, Е. В. Суицидальное поведение у детей и подростков: факторы риска и защиты [Электронный ресурс] / Е. В. Родяшин [и др.] // Методические рекомендации для педиатров, неврологов, психиатров, психотерапевтов, клинических психологов, педагогов, социальных работников и других специалистов, работающих с детьми. – Тюмень : Департамент здравоохранения. – 2013. Режим доступа: http://tokpb72.ru/?page_id=1884. – 14.11.2017.

59 Родяшин, Е. В. Суицидальное поведение у детей и подростков: факторы риска и защиты [Электронный ресурс] / Е. В. Родяшин [и др.]. – Тюмень: Тюменская государственная медицинская академия. – 2013. – Режим доступа : http://togirro.ru/assets/files/1_ViS/pamytki/suicidalnoe_povedenie_u_detei_i_podrostkov.PDF. – 16.11.2017.

60 Рубанова, Е. Ю Теоретические аспекты качества жизни в контексте психологии здоровья / Е. Ю. Рубанова // Электронное научное издание «Ученые заметки ТОГУ». – 2014. – Том 5. – № 3. – С. 108-115.

61 Старшенбаум, Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – М. : Когито-Центр, 2005. – 376 с.

62 Субетто, А. И. Управление качеством и выживаемость человека / А. И. Субетто // Стандарты и качество. – 2011. – № 3. – С. 39-48.

63 Сыроквашина, К. В. Современные психологические модели суицидального поведения в подростковом возрасте / К. В. Сыроквашина // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Том 25. – № 3. – С. 60-75.

64 Тифоанализ [Электронный ресурс] / Сайт Пермского Тифоаналитического общества глубинной психологии. – Режим доступа: <http://tiphoanaliz.ucoz.ru/index/slovar/0-10>. – 10.11.2017.

65 Тихоненко, В. А. Введение в суицидологию / В. А. Тихоненко, Ф. С. Сафуанов. – М. : Генезис, 2004. – 292 с.

66 Трунов, Д. Г. К вопросу об этапах суицидальной активности [Элек-

тронный ресурс] / Д. Г. Трунов // Вестник Пермского университета. – 2012. – № 3. – Философия. Психология. Социология. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-ob-etapah-suitsidalnoy-aktivnosti>. – 14.11.2017.

67 Фесенко, Ю. А. Случаи суицидов среди подростков как социальная проблема: по следам V всероссийского форума «Наши дети здоровье детей и факторы, его формирующие» / Ю. А. Фесенко, А. Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 25. – № 2. – С. 188-193.

68 Фортова, Л. К. К вопросу о превенции авитальной активности учащейся молодежи [Электронный ресурс] / Л. К. Фортова, О. М. Овчинников // Молодой ученый. – 2015. – № 12. – С. 819-822. – Режим доступа : <https://moluch.ru/archive/92/20487/>. – 03.12.2017.

69 Фрейд, З. Печаль и меланхолия / З. Фрейд // Суицидология: прошлое и настоящее. – М. : Изд-во Моск. ун-т, 2001. – 456 с.

70 Хензеле, Х. Вклад психоанализа в понимание суицида / Х. Хензеле // Энциклопедия глубинной психологии. – М., 2001. – Т. 2. – 378 с.

71 Чеботарёв, Е. В. Личностные и гендерные предпосылки формирования депрессивных расстройств с соматическими симптомами в подростковом возрасте / Е. В. Чеботарёв // Неврологический вестник. – 2015. – Т. XLVII. – Вып. 1. – С. 22-26.

72 Чистопольская, К. А. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения [Электронный ресурс] / К. А. Чистопольская, С. Н. Ениколопов, Л. Г. Магурдумова // Суицидология. – № 3 (12). – Современные психологические модели суицидального поведения в подростковом возрасте. – 2013. – Т. 4. – С. 26-36. – Режим доступа : <http://psyjournals.ru/mpj/2017/n3/Syrovkashina.shtml>. – 16.11.2017.

73 Чуприков, А. П. Глоссарий суицидологических терминов / А. П. Чуприков, Г. Я. Пилягина, В. Ф. Войцех. – К. : А.Л.Д, 2005. – 479 с.

74 Шаповал, И. А. Субъективное качество жизни в психологии бедности [Электронный ресурс] / И. А. Шаповал // Электронный журнал «Психологиче-

ская наука и образование psyedu. ru». – 2014. – Том 6. – № 4. – С. 207-218. – Режим доступа: <http://psyedu.ru/journal/2014/4/Shapoval.phtml>. – 29.11.2017.

75 Шир, Е. Суицидальное поведение у подростков / Е. Шир // Журнал невропатологии и психиатрии. – 2004. – № 10. – С. 24-37.

76 Шмелев, А. Г. Опросник суицидального риска / А. Г. Шмелев, И. Ю. Белякова // Практикум по психодиагностике. Прикладная психодиагностика. – М. : Изд - во Моск. ун-та, 2006. – С. 3-8.

77 Шнейдер, Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков / Л. Б. Шнейдер. – М., 2005. – 165 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

«Методика оценки качества жизни (Medical Outcomes Study-Short Form – MOS SF-36)»

Тестовый материал

ФИО _____ пол _____ возраст _____ класс _____

Тест № 1

Инструкция:

Ответьте на каждый вопрос, пометая выбранный Вами ответ так, как это указано. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который точнее всего отражает Ваше мнение.

В целом Вы бы оценили своё состояние здоровья как... (обведите одну цифру)

Отличное	1
Очень хорошее	2
Хорошее	3
Посредственное	4
Плохое	5

Как бы Вы в целом оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад? (обведите одну цифру)

Значительно лучше, чем год назад	1
Несколько лучше, чем год назад	2
Примерно такое же, как год назад	3
Несколько хуже, чем год назад	4
Гораздо хуже, чем год назад	5

Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня

Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке)

Утверждение	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограничивает
а. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятия силовыми видами спорта	1	2	3
б. Умеренные Физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды	1	2	3
в. Поднять или нести сумку с продуктами	1	2	3
г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов	1	2	3
д. Подняться пешком по лестнице на один пролет	1	2	3
е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки	1	2	3

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А
«Методика оценки качества жизни
(Medical Outcomes Study-Short Form – MOS SF-36)»

ж. Пройти расстояние более одного километра	1	2	3
з. Пройти расстояние в несколько кварталов	1	2	3
и. Пройти расстояние в один квартал	1	2	3
к. Самостоятельно вымыться, одеться	1	2	3

Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

Утверждение	Да	Нет
а. Пришлось сократить количество времени затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
б. Выполнили меньше, чем хотели	1	2
в. Вы были ограничены в выполнении какого-либо определенного вида работы или другой деятельности	1	2
г. Были трудности при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий)	1	2

Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

Утверждение	Да	Нет
а. Пришлось сократить количество времени, затрачиваемого на работу или другие дела	1	2
б. Выполнили меньше, чем хотели	1	2
в. Выполнили свою работу или другие дела не так аккуратно, как обычно	1	2

Насколько Ваше физическое или эмоциональное состояние в течение последних 4 недель мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру):

Совсем не мешало	1
Немного	2
Умеренно	3
Сильно	4
Очень сильно	5

Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

Совсем не испытывал(а)	1
Очень слабую	2
Слабую	3
Умеренную	4
Сильную	5
Очень сильную	6

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А
«Методика оценки качества жизни
(Medical Outcomes Study-Short Form – MOS SF-36)»

В какой степени боль в течение последних 4 недель мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома и по дому)? (обведите одну цифру)

Совсем не мешала	1
Немного	2
Умеренно	3
Сильно	4
Очень сильно	5

Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель, Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

Как часто в течение последних 4 недель... (обведите одну цифру в каждой строке)

Утверждение	Всё время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
а. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
в. Вы чувствовали себя таким (ой) подавленным (ой), что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
г. Вы чувствовали себя спокойным (ой) и умиротворенным (ой)?	1	2	3	4	5	6
д. Вы чувствовали себя полным(ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
е. Вы чувствовали себя упавшим(ей) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
з. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
и. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т.п.)? (обведите одну цифру)

Всё время	1
Большую часть времени	2
Иногда	3
Редко	4
Ни разу	5

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ А
 «Методика оценки качества жизни
 (Medical Outcomes Study-Short Form – MOS SF-36)»

Насколько верно или неверно представляется по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке)

Утверждение	Определённо верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определённо неверно
а Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
б Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

«Склонность к отклоняющемуся поведению А.Н. Орел»

Инструкция к тесту

Перед вами имеется ряд утверждений. Они касаются некоторых сторон вашей жизни, вашего характера, привычек. Прочтите первое утверждение и решите верно ли данное утверждение по отношению к вам.

1) Если верно, то на бланке ответов рядом с номером, соответствующим утверждению, в квадратике обведите «+».

2) Если оно неверно, то обведите «-».

Затем таким же образом отвечайте на все пункты опросника. Если ошибетесь, то зачеркните ошибочный ответ и поставьте тот, который считаете нужным. Помните, что вы высказываете собственное мнение о себе в настоящий момент. Здесь не может быть «плохих» или «хороших», «правильных» или «неправильных» ответов. Очень долго не обдумывайте ответов, важна ваша первая реакция на содержание утверждений. Отнеситесь к работе внимательно и серьезно. Небрежность, а также стремление «улучшить» или «ухудшить» ответы приводят к недостоверным результатам. В случае затруднений еще раз прочитайте эту инструкцию или обратитесь к тому, кто проводит тестирование. Не делайте никаких пометок в тексте опросника.

Женский вариант

1. Я стремлюсь в одежде следовать самой современной моде или даже опережать ее.
2. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должна сделать сегодня.
3. Если бы была такая возможность, то я бы с удовольствием пошла служить в армию.
4. Бывает, что иногда я ссорюсь с родителями.
5. Чтобы добиться своего, девушка иногда может и подраться.
6. Я бы взялась за опасную для здоровья работу, если бы за нее хорошо платили.
7. Иногда я ощущаю такое сильное беспокойство, что просто не могу усидеть на месте.
8. Я иногда люблю посплетничать.
9. Мне нравятся профессии, связанные с риском для жизни.
10. Мне нравится, когда моя одежда и внешний вид раздражают людей старшего поколения.
11. Только глупые и трусливые люди выполняют все правила и законы.
12. Я предпочла бы работу, связанную с переменами и путешествиями, даже если она опасна для жизни.
13. Я всегда говорю только правду.
14. Если человек в меру и без вредных последствий употребляет возбуждающие и влияющие на психику вещества – это нормально.
15. Даже если я злюсь, то стараюсь никого не ругать.
16. Я с удовольствием смотрю боевики.
17. Если меня обидели, то я обязательно должна отомстить.
18. Человек должен иметь право выпивать, сколько он хочет и где он хочет.
19. Если моя подруга опаздывает к назначенному времени, то я обычно сохраняю спокойствие.
20. Мне часто бывает трудно сделать работу к точно определенному сроку.
21. Иногда я перехожу улицу там, где мне удобно, а не там, где положено.
22. Некоторые правила и запреты можно отбросить, если чего-нибудь сильно хочешь.
23. Бывало, что я не слушалась родителей.
24. В автомобиле я больше ценю безопасность, чем скорость.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

«Склонность к отклоняющемуся поведению А.Н. Орел»

25. Я думаю, что мне понравилось бы заниматься каратэ или похожим видом спорта.
26. Мне бы понравилась работа официантки в ресторане.
27. Я часто испытываю потребность в острых ощущениях.
28. Иногда мне так и хочется сделать себе больно.
29. Мое отношении к жизни хорошо описывает пословица: «Семь раз отмерь, один раз отрежь».
30. Я всегда плачу за проезд в общественном транспорте.
31. Среди моих знакомых есть люди, которые пробовали одурманивающие токсические вещества.
32. Я всегда выполняю обещания, даже если мне это не выгодно.
33. Бывает, что мне так и хочется выругаться.
34. Правы люди, которые в жизни следуют пословице: «Если нельзя, но очень хочется, то можно».
35. Бывало, что я случайно попадала в неприятную историю после употребления спиртных напитков.
36. Я часто не могу заставить себя продолжать какое-либо занятие после обидной неудачи.
37. Многие запреты в области секса старомодны и их можно отбросить.
38. Бывает, что иногда я говорю неправду.
39. Терпеть боль назло всем бывает даже приятно.
40. Я лучше соглашусь с человеком, чем стану спорить.
41. Если бы я родилась в древние времена, то стала бы благородной разбойницей.
42. Добиваться победы в споре нужно любой ценой.
43. Бывали случаи, когда мои родители, другие взрослые высказывали беспокойство по поводу того, что я немного выпила.
44. Одежда должна с первого взгляда выделять человека среди других в толпе.
45. Если в фильме нет ни одной приличной драки – это плохое кино.
46. Бывает я скучаю на уроках.
47. Если меня кто-то случайно задел в толпе, то я обязательно потребую от него извинений.
48. Если человек раздражает меня, то я готова высказать ему все, что о нем думаю.
49. Во время путешествий и поездок я люблю отклоняться от обычных маршрутов.
50. Мне бы понравилась профессия дрессировщицы хищных зверей.
51. Мне нравится ощущать скорость при быстрой езде на автомобиле и мотоцикле.
52. Когда я читаю детектив, то мне часто хочется, чтобы преступник ушел от преследования.
53. Бывает, что я с интересом слушаю неприличный, но смешной анекдот.
54. Мне нравится иногда смущать и ставить в неловкое положение окружающих.
55. Я часто огорчаюсь из-за мелочей.
56. Когда мне возражают, я часто взрываюсь и отвечаю резко.
57. Мне больше нравится читать о кровавых преступлениях или о катастрофах.
58. Чтобы получить удовольствие, стоит нарушить некоторые правила и запреты.
59. Мне нравится бывать в компаниях, где в меру выпивают и веселятся.
60. Я считаю вполне нормальным, если девушка курит.
61. Мне нравится состояние, которые наступает, когда выпьешь в меру и в хорошей компании.
62. Бывало, что у меня возникало желание выпить, хотя я понимала, что сейчас не время и не место.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

«Склонность к отклоняющемуся поведению А.Н. Орел»

63. Сигарета в трудную минуту меня успокаивает.
64. Некоторые люди побаиваются меня..
65. Я бы хотела присутствовать при казни преступника, справедливо приговоренного к высшей мере наказания..
66. Удовольствие – это главное, к чему стоит стремиться в жизни.
67. Если бы могла, то с удовольствием поучаствовала бы в автомобильных гонках.
68. Когда у меня плохое настроение, ко мне лучше не подходить.
69. Иногда у меня бывает такое настроение, что я готова первым начать драку.
70. Я могу вспомнить случаи, когда я настолько разозлилась, что хватала первую попавшуюся под руку вещь и ломала ее.
71. Я всегда требую, чтобы окружающие уважали мои права.
72. Мне бы хотелось из любопытства прыгнуть с парашютом.
73. Вредное воздействие алкоголя и табака на человека сильно преувеличивают.
74. Счастливы те, кто умирают молодыми.
75. Я получаю удовольствие, когда немного рискую.
76. Когда человек в пылу спора прибегает к ругательствам – это допустимо.
77. Я часто не могу сдержать свои чувства.
78. Бывало, что я опаздывала на уроки.
79. Мне нравятся компании, где все подшучивают друг над другом.
80. Секс должен занимать в жизни молодежи одно из главных мест.
81. Часто я не могу удержаться от спора, если кто-то не согласен со мной.
82. Иногда случалось, что я не выполняла школьное домашнее задание.
83. Я часто совершаю поступки под влиянием минутного настроения.
84. Бывают случаи, когда я могу ударить человека.
85. Люди справедливо возмущаются, когда узнают, что преступник остался безнаказанным.
86. Бывает, что мне приходится скрывать от взрослых некоторые свои поступки.
87. Наивные простаки сами заслуживают того, чтобы их обманывали.
88. Иногда я бываю так раздражена, что громко кричу.
89. Только неожиданные обстоятельства и чувство опасности позволяют мне по-настоящему проявить себя.
90. Я бы попробовал какое-нибудь одурманивающее вещество, если бы твердо знала, что это не повредит моему здоровью и не повлечет наказания.
91. Когда я стою на мосту, то меня иногда так и тянет прыгнуть вниз.
92. Всякая грязь меня пугает или вызывает сильное отвращение.
93. Когда я злюсь, то мне хочется громко обругать виновника моих неприятностей.
94. Я думаю, что люди должны отказаться от всякого употребления спиртных напитков.
95. Я бы с удовольствием покатила бы на горных лыжах с крутого склона.
96. Иногда, если кто-то причиняет мне боль, то это бывает даже приятно.
97. Я бы с удовольствием занималась в бассейне прыжками с вышки.
98. Мне иногда не хочется жить.
99. Чтобы добиться успеха в жизни, девушка должна быть сильной и уметь постоять за себя.
100. По-настоящему уважают только тех людей, кто вызывает у окружающих страх.
101. Я люблю смотреть выступления боксеров.
102. Я могу ударить человека, если решу, что он серьезно оскорбил меня.
103. Я считаю, что уступить в споре – это значит показать свою слабость.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

«Склонность к отклоняющемуся поведению А.Н. Орел»

104. Мне нравится готовить, заниматься домашним хозяйством.

105. Если бы я могла прожить жизнь заново, то я бы хотела стать мужчиной, а не женщиной.

106. В детстве мне хотелось стать актрисой или певицей.

107. В детстве я была всегда равнодушна к игре в куклы.

Мужской вариант

1. Я предпочитаю одежду неярких, приглушенных тонов.

2. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должен сделать сегодня.

3. Я охотно записался бы добровольцем для участия в каких-либо боевых действиях.

4. Бывает, что иногда я ссорюсь с родителями.

5. Тот, кто в детстве не дрался, вырастает «маменькиным сынком» и ничего не может добиться в жизни.

6. Я бы взялся за опасную для жизни работу, если бы за нее хорошо платили.

7. Иногда я ощущаю такое сильное беспокойство, что просто не могу усидеть на месте.

8. Иногда бывает, что я немного хвастаюсь.

9. Если бы мне пришлось стать военным, тоя хотел бы быть летчиком-истребителем.

10. Я ценю в людях осторожность и осмотрительность.

11. Только слабые и трусливые люди выполняют все правила и законы.

12. Я предпочел бы работу, связанную с переменами и путешествиями.

13. Я всегда говорю только правду.

14. Если человек в меру и без вредных последствий употребляет возбуждающие и влияющие на психику вещества - это вполне нормально.

15. Даже если я злюсь, то стараюсь не прибегать к ругательствам.

16. Я думаю, что мне бы понравилось охотиться на львов.

17. Если меня обидели, то я обязательно должен отомстить.

18. Человек должен иметь право выпивать столько, сколько он хочет.

19. Если мой приятель опаздывает к назначенному времени, то я обычно сохраняю спокойствие.

20. Мне обычно затрудняет работу требование сделать ее к определенному сроку.

21. Иногда я перехожу улицу там, где мне удобно, а не там, где положено.

22. Некоторые правила и запреты можно отбросить, если испытываешь сильное сексуальное (половое) влечение.

23. Я иногда не слушаюсь родителей.

24. Если при покупке автомобиля мне придется выбирать между скоростью и безопасностью, то я выберу безопасность.

25. Я думаю, что мне понравилось бы заниматься боксом.

26. Если бы я мог свободно выбирать профессию, то стал бы дегустатором вин.

27. Я часто испытываю потребность в острых ощущениях.

28. Иногда мне так и хочется сделать себе больно.

29. Мое отношение к жизни хорошо описывает пословица: «Семь раз отмерь, один раз отрежь».

30. Я всегда покупаю билеты в общественном транспорте.

31. Среди моих знакомых есть люди, которые пробовали одурманивающие токсические вещества.

32. Я всегда выполняю обещания, даже если мне это невыгодно.

33. Бывает, что мне так и хочется выругаться.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

«Склонность к отклоняющемуся поведению А.Н. Орел»

34. Правы люди, которые в жизни следуют пословиц: «Если нельзя, но очень хочется, то можно».
35. Бывало, что я случайно попадал в драку после употребления спиртных напитков.
36. Мне редко удается заставить себя продолжать работу после ряда обидных неудач.
37. Если бы в наше время проводились бы бои гладиаторов, то бы обязательно в них поучаствовал.
38. Бывает, что иногда я говорю неправду.
39. Терпеть боль назло всем бывает даже приятно.
40. Я лучше соглашусь с человеком, чем стану спорить.
41. Если бы я родился в давние времена, то стал бы благородным разбойником.
42. Если нет другого выхода, то спор можно разрешить и дракой.
43. Бывали случаи, когда мои родители, другие взрослые высказывали беспокойство по поводу того, что я немного выпил.
44. Одежда должна с первого взгляда выделять человека среди других в толпе.
45. Если в кинофильме нет ни одной приличной драки - это плохое кино.
46. Когда люди стремятся к новым необычным ощущениям и переживаниям - это нормально.
47. Иногда я скучаю на уроках.
48. Если меня кто-то случайно задел в толпе, то я обязательно потребую от него извинений.
49. Если человек раздражает меня, то готов высказать ему все, что я о нем думаю.
50. Во время путешествий и поездок я люблю отклоняться от обычных маршрутов.
51. Мне бы понравилась профессия дрессировщика хищных зверей.
52. Если уж ты сел за руль мотоцикла, то стоит ехать только очень быстро.
53. Когда я читаю детектив, то мне часто хочется, чтобы преступник ушел от преследования.
54. Иногда я просто не могу удержаться от смеха, когда слышу неприличную шутку.
55. Я стараюсь избегать в разговоре выражений, которые могут смутить окружающих.
56. Я часто огорчаюсь из-за мелочей.
57. Когда мне возражают, я часто взрываюсь и отвечаю резко.
58. Мне больше нравится читать о приключениях, чем о любовных историях.
59. Чтобы получить удовольствие, стоит нарушить некоторые правила и запреты.
60. Мне нравится бывать в компаниях, где в меру выпивают и веселятся.
61. Меня раздражает, когда девушки курят.
62. Мне нравится состояние, которое наступает, когда в меру и в хорошей компании выпьешь.
63. Бывало, что у меня возникало желание выпить, хотя я понимал, что сейчас не время и не место.
64. Сигарета в трудную минуту меня успокаивает.
65. Мне легко заставить других людей бояться меня, и иногда ради забавы я это делаю.
66. Я смог бы своей рукой казнить преступника, справедливо приговоренного к высшей мере наказания.
67. Удовольствие - это главное, к чему стоит стремиться в жизни.
68. Я хотел бы поучаствовать в автомобильных гонках.
69. Когда у меня плохое настроение, ко мне лучше не подходить.
70. Иногда у меня бывает такое настроение, что я готов первым начать драку.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Б

«Склонность к отклоняющемуся поведению А.Н. Орел»

71. Я могу вспомнить случаи, когда я был таким злым, что хватал первую попавшуюся под руку вещь и ломал ее.
72. Я всегда требую, чтобы окружающие уважали мои права.
73. Мне понравилось бы прыгать с парашютом.
74. Вредное воздействие на человека алкоголя и табака сильно преувеличивают.
75. Я редко даю сдачи, даже если кто-то ударит меня.
76. Я не получаю удовольствия от ощущения риска.
77. Когда человек в пылу спора прибегает к «сильным» выражениям - это нормально.
78. Я часто не могу сдерживать свои чувства.
79. Бывало, что я опаздывал на уроки.
80. Мне нравятся компании, где все подшучивают друг над другом.
81. Секс должен занимать в жизни молодежи одно из главных мест.
82. Часто я не могу удержаться от спора, если кто-то не согласен со мной.
83. Иногда случалось, что я не выполнял домашнее задание.
84. Я часто совершаю поступки под влиянием минутного настроения.
85. Мне кажется, что я не способен ударить человека.
86. Люди справедливо возмущаются, когда узнают, что преступник остался безнаказанным.
87. Бывает, что мне приходится скрывать от взрослых некоторые свои поступки.
88. Наивные простаки сами заслуживают того, чтобы их обманывали.
89. Иногда я бываю так раздражен, что стучу по столу кулаком.
90. Только неожиданные обстоятельства и чувство опасности позволяют мне настоящему проявить себя.
91. Я бы попробовал какое-нибудь одурманивающее вещество, если бы твердо знал, что это не повредит моему здоровью и не повлечет наказания.
92. Когда я стою на мосту, то меня иногда так и тянет прыгнуть вниз.
93. Всякая грязь меня пугает или вызывает сильное отвращение.
94. Когда я злюсь, то мне хочется кого-нибудь ударить.
95. Я считаю, что люди должны полностью отказаться употребления спиртных напитков.
96. Я бы мог на спор влезть на высокую фабричную трубу.
97. Временами я не могу справиться с желанием причинить боль другим людям.
98. Я мог бы после небольших предварительных объяснений управлять вертолетом.

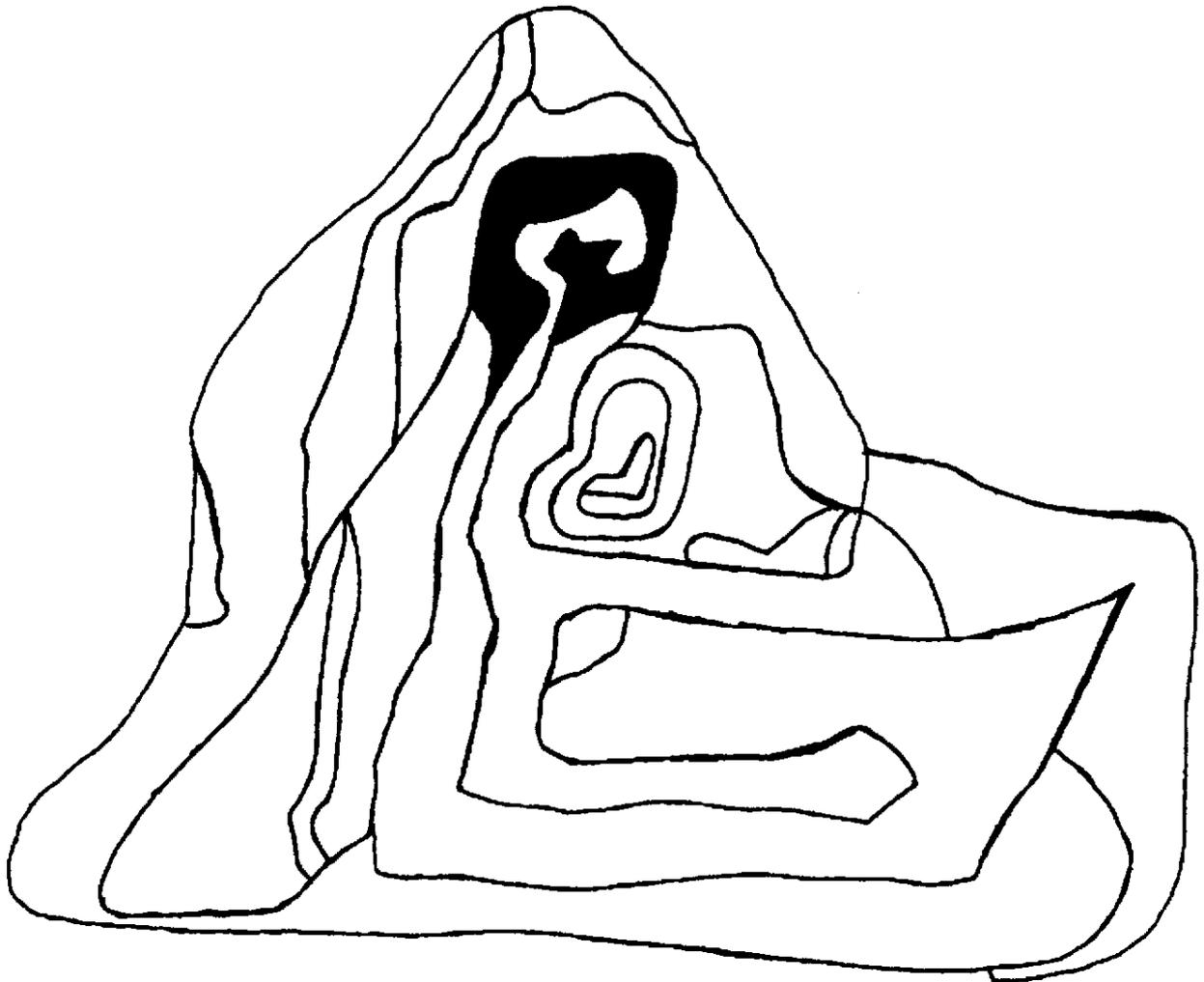
ПРИЛОЖЕНИЕ В

«Выявление суицидальных наклонностей З.В. Королева»

Тест № 4

Инструкция.

Перед вами некая фигура замысловатой формы. Ее сердцевина закрашена черным. Закончите рисунок, придайте фигуре завершенность. Для этого вам нужно закрасить все части фигуры таким образом, чтобы картина вам самим понравилась.



ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Сводные таблицы данных

Таблица Г.1 – Результаты полученных данных по методике «Определение склонности к отклоняющемуся поведению А.Н. Орел»

№ п/п	1	2	3	4
	Склонность к аддиктивному поведению	Склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению	Склонность к агрессии и насилию	Волевой контроль эмоциональных реакций
1.	28 (ср)	40 (ср)	53 (пов)	48 (оч.выс)
2.	44 (ср)	59 (пов)	67 (оч.выс)	62 (пов)
3.	55 (пов)	59 (пов)	62 (оч.выс)	55 (ср)
4.	35 (ср)	43 (ср)	41 (ср)	51 (ср)
5.	46 (ср)	54 (пов)	58 (пов)	55 (ср)
6.	64 (пов)	48 (ср)	60 (оч.выс)	62 (пов)
7.	53 (пов)	62 (пов)	65(пов)	69 (пов)
8.	28 (ср)	29 (ср)	34 (ср)	26 (оч.выс)
9.	44 (ср)	48 (ср)	60 (оч.выс)	62 (пов)
10.	30 (ср)	40 (ср)	46 (ср)	51 (ср)
11.	28(ср)	43 (ср)	51 (пов)	48 (оч.выс)
12.	30 (ср)	40 (ср)	36 (ср)	40 (оч.выс)
13.	33 (ср)	37 (ср)	55 (пов)	48 (оч.выс)
14.	35 (ср)	45 (ср)	34 (ср)	51 (ср)
15.	39 (ср)	56 (пов)	46 (ср)	51 (ср)
16.	35 (ср)	48 (ср)	46 (ср)	40 (оч.выс)
17.	39 (ср)	35 (ср)	39 (ср)	51 (ср)
18.	30 (ср)	45 (ср)	51 (пов)	44 (оч.выс)
19.	30 (ср)	43 (ср)	31 (ср)	40 (оч.выс)
20.	30 (ср)	37 (ср)	46 (ср)	44 (оч.выс)
21.	33 (ср)	35 (ср)	36 (ср)	48 (оч.выс)
22.	30 (ср)	45 (ср)	41 (ср)	65 (пов)
23.	50 (пов)	62 (пов)	72 (оч.выс)	65 (пов)
24.	50 (пов)	51 (пов)	62 (оч.выс)	62 (пов)
25.	44 (ср)	43 (ср)	55 (пов)	62 (пов)
26.	48 (ср)	35 (ср)	53 (пов)	48 (оч.выс)
27.	48 (ср)	43 (ср)	51 (пов)	55 (ср)
28.	30 (ср)	29 (ср)	39 (ср)	37 (оч.выс)
29.	35 (ср)	37 (ср)	48 (ср)	51
30.	28 (ср)	32 (ср)	34 (ср)	33 (оч.выс)
31.	55 (пов)	62 (пов)	60 (оч.выс)	44 (оч.выс)
32.	33 (ср)	40 (ср)	29 (ср)	30 (оч.выс)
33.	37 (ср)	48 (ср)	39 (ср)	37 (оч.выс)
34.	39 (ср)	45 (ср)	60 (оч.выс)	55 (ср)
35.	44 (ср)	43 (ср)	55 (пов)	44 (оч.выс)
36.	30 (ср)	43 (ср)	41 (ср)	37 (оч.выс)
37.	30 (ср)	40 (ср)	36 (ср)	33 (оч.выс)
38.	33 (ср)	44 (ср)	48 (ср)	44 (оч.выс)
39.	33 (ср)	37 (ср)	36 (ср)	33 (оч.выс)
40.	33 (ср)	26 (ср)	51 (пов)	55 (ср)
41.	35 (ср)	29 (ср)	31 (ср)	30 (оч.выс)
42.	42 (ср)	40 (ср)	48 (ср)	48 (оч.выс)
43.	42 (ср)	48 (ср)	39 (ср)	48 (оч.выс)
44.	28 (ср)	32 (ср)	43 (ср)	33 (оч.выс)
45.	26 (ср)	24 (ср)	29 (ср)	30 (оч.выс)

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.1

№ п/п	1	2	3	4
	Склонность к аддиктивному поведению	Склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению	Склонность к агрессии и насилию	Волевой контроль эмоциональных реакций
46.	37 (ср)	35 (ср)	31 (ср)	30 (оч.выс)
47.	53 (пов)	51 (пов)	41 (ср)	51 (ср)
48.	39 (ср)	48 (ср)	41 (ср)	48 (оч.выс)
49.	46 (ср)	51 (пов)	48 (ср)	51 (ср)
50.	42 (ср)	62 (пов)	51 (пов)	50 (ср)
51.	28 (ср)	32 (ср)	36 (ср)	37 (оч.выс)
52.	33 (ср)	40 (ср)	39 (ср)	37 (оч.выс)
53.	37 (ср)	56 (пов)	41 (ср)	26 (оч.выс)
54.	30 (ср)	35 (ср)	51 (пов)	37 (оч.выс)
55.	30 (ср)	37 (ср)	39 (ср)	37 (оч.выс)
56.	30 (ср)	58 (пов)	27 (ср)	40 (оч.выс)
57.	28 (ср)	32 (ср)	34 (ср)	30 (оч.выс)
58.	30 (ср)	65 (пов)	34 (ср)	37 (оч.выс)
59.	35 (ср)	43 (ср)	46 (ср)	48 (ср)
60.	48 (ср)	56 (пов)	60 (оч.выс)	62 (пов)
61.	46 (ср)	45 (ср)	55 (пов)	51 (ср)
62.	33 (ср)	40 (ср)	53 (пов)	55 (ср)
63.	35 (ср)	40 (ср)	53 (пов)	55 (ср)
64.	39 (ср)	40 (ср)	51 (пов)	37 (оч.выс)
65.	30 (ср)	26 (ср)	27 (ср)	37 (оч.выс)
66.	37 (ср)	51 (пов)	60 (оч.выс)	58 (ср)
67.	30 (ср)	32 (ср)	43 (ср)	44 (пов)
68.	33 (ср)	48 (ср)	51 (пов)	55 (пов)
69.	37 (ср)	40 (ср)	34 (ср)	37 (оч.выс)
70.	33 (ср)	32 (ср)	36 (ср)	44 (оч.выс)
71.	26 (ср)	43 (ср)	34 (ср)	44 (оч.выс)
72.	37 (ср)	40 (ср)	31 (ср)	51 (ср)
73.	39 (ср)	29 (ср)	29 (ср)	51 (ср)
74.	59 (ср)	48 (ср)	62 (оч.выс)	65 (пов)
75.	42 (ср)	48 (ср)	53 (пов)	51 (ср)
76.	33 (ср)	32 (ср)	43 (ср)	44 (оч.выс)
77.	30 (ср)	32 (ср)	39 (ср)	44 (оч.выс)
78.	33 (ср)	40 (ср)	51 (пов)	37 (оч.выс)
79.	33 (ср)	32 (ср)	36 (ср)	40 (оч.выс)
80.	35 (ср)	35 (ср)	31 (ср)	30 (оч.выс)
81.	33 (ср)	32 (ср)	39 (ср)	44 (оч.выс)
82.	42 (ср)	43 (ср)	41 (ср)	51 (ср)
83.	50 (пов)	45 (ср)	29 (ср)	37 (оч.выс)
84.	53 (пов)	54 (пов)	51 (пов)	51(ср)
85.	35 (ср)	48 (ср)	55 (пов)	37 (оч.выс)
86.	28 (ср)	29 (ср)	31 (ср)	33 (оч.выс)
87.	33 (ср)	37 (ср)	31 (ср)	30 (оч.выс)
88.	28 (ср)	37 (ср)	36 (ср)	40 (оч.выс)
89.	28 (ср)	37 (ср)	43 (ср)	44 (оч.выс)
90.	39 (ср)	54 (пов)	41 (ср)	51 (ср)
91.	30 (ср)	32 (ср)	34 (ср)	37 (оч.выс)
92.	48 (ср)	40 (ср)	55 (пов)	44 (оч.выс)

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.1

№ п/п	1	2	3	4
	Склонность к аддиктивному поведению	Склонность к самоповреждающему и саморазрушающему поведению	Склонность к агрессии и насилию	Волевой контроль эмоциональных реакций
93.	57 (пов)	53 (пов)	53 (пов)	58 (сп)
94.	33 (сп)	40 (сп)	34 (сп)	40 (оч.выс)
95.	26 (сп)	48 (сп)	39 (сп)	30 (оч.выс)
96.	35 (сп)	48 (сп)	36 (сп)	44 (оч.выс)
97.	28 (сп)	32 (сп)	46 (сп)	51 (сп)
98.	33 (сп)	43 (сп)	41 (сп)	37 (оч.выс)
99.	46 (сп)	32 (сп)	39 (сп)	44 (оч.выс)
100.	33 (сп)	43 (сп)	51 (пов)	48 (оч.выс)
101.	37 (сп)	43 (сп)	53 (пов)	48 (оч.выс)
102.	30 (сп)	37 (сп)	46 (сп)	37 (оч.выс)
103.	30 (сп)	24 (сп)	31 (сп)	33 (оч.выс)
104.	64 (пов)	62 (пов)	58 (пов)	62 (пов)
105.	33 (сп)	35 (сп)	53 (пов)	55 (сп)
106.	35 (сп)	40 (сп)	41 (сп)	40 (оч.выс)
107.	37 (сп)	32 (сп)	34 (сп)	30 (оч.выс)

Таблица Г.2 – Результаты полученных данных по опроснику оценки качества жизни «Medical Outcomes Study-Short Form (MOS SF-36)»

№	1	2	3	4	5	6	7	8	Физич. компонент	Псих.ком понент
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH		
1.	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	90 (выс)	100 (выс)	66,67 (сп)	96 (выс)	60,16 (выс)	55,65 (выс)
2.	100 (выс)	100 (выс)	62 (сп)	67 (сп)	30 (н. сп)	0 (низ)	0 (низ)	40 (н. сп)	61,04 (выс)	20,74 (н. сп)
3.	100 (выс)	100 (выс)	72 (сп)	100 (выс)	50 (н. сп)	100 (выс)	100 (выс)	92 (выс)	54,39 (выс)	55,50 (выс)
4.	80 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	77 (выс)	45 (н. сп)	87,5 (выс)	100 (выс)	56 (сп)	56,00 (выс)	44,75 (сп)
5.	100 (выс)	100 (выс)	61 (сп)	100 (выс)	50 (н. сп)	100 (выс)	100 (выс)	88 (выс)	53,40 (выс)	54,87 (выс)
6.	10 (низ)	50 (н. сп)	100 (выс)	80 (выс)	100 (выс)	50 (н. сп)	66,67 (сп)	92 (выс)	36,62 (сп)	60,61 (выс)
7.	80 (выс)	50 (н. сп)	32 (сп)	25 (н. сп)	35 (н. сп)	37,5 (н. сп)	0 (низ)	24 (н. сп)	44,97 (сп)	20,88 (н. сп)
8.	95(выс)	100 (выс)	100(выс)	72 (сп)	60 (сп)	100 (выс)	100(выс)	76 (выс)	55,37(выс)	51,87(выс)
9.	95 (выс)	75 (сп)	100 (выс)	80 (выс)	55 (сп)	87,5 (выс)	100 (выс)	40 (н. сп)	58,65	40,95 (сп)
10.	100 (выс)	75 (сп)	100 (выс)	72 (сп)	55 (сп)	100 (выс)	100 (выс)	76 (выс)	54,13	51,72 (выс)
11.	100 (выс)	100 (выс)	61 (сп)	97 (выс)	50 (н. сп)	100 (выс)	66,67 (сп)	88 (выс)	54,96 (выс)	50,51 (выс)
12.	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	52 (сп)	50 (н. сп)	100 (выс)	66,67 (сп)	56 (сп)	58,57 (выс)	40,62 (сп)
13.	45 (н. сп)	75 (сп)	84 (выс)	52 (сп)	25 (низ)	37,5 (н. сп)	0 (низ)	36 (н. сп)	49,83 (сп)	23,24 (н. сп)

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.2

№	1	2	3	4	5	6	7	8	Физич. компонент	Псих.компонент
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH		
14.	100 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	57 (ср)	50 (н. ср)	75 (ср)	33,33 (н. ср)	68 (ср)	57,59 (выс)	37,10 (ср)
15.	90 (выс)	100 (выс)	74 (ср)	47 (н. ср)	35 (н. ср)	62,5 (ср)	66,67 (ср)	72 (ср)	50,56 (выс)	40,88 (ср)
16.	95 (выс)	75 (ср)	62 (ср)	72 (ср)	70 (ср)	75 (ср)	100 (выс)	80 (выс)	47,88 (ср)	53,56 (выс)
17.	100 (выс)	75 (ср)	52 (ср)	72 (ср)	45 (н. ср)	87,5 (выс)	66,67 (ср)	80 (выс)	43,01 (ср)	47,77 (выс)
18.	85 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	65 (ср)	55 (ср)	62,5 (ср)	66,67 (ср)	32 (н. ср)	60,54 (выс)	31,62 (выс)
19.	95 (выс)	75 (ср)	80	95 (выс)	70 (ср)	87,5 (выс)	33,33 (н. ср)	72 (ср)	57,97 (выс)	43,22 (ср)
20.	95 (выс)	100 (выс)	62 (ср)	77 (выс)	50 (н. ср)	62,5 (ср)	33,33 (н. ср)	76 (выс)	55,23 (выс)	39,01 (ср)
21.	85 (выс)	25 (низ)	51 (ср)	60 (ср)	25 (низ)	50 (н. ср)	100 (выс)	36 (н. ср)	41,72 (ср)	36,99 (ср)
22.	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	67 (ср)	95 (выс)	75 (ср)	100 (выс)	72 (ср)	57,24 (выс)	51,27 (выс)
23.	40 (н. ср)	25 (низ)	40 (н. ср)	70 (ср)	80 (выс)	12,5 (низ)	33,33 (н. ср)	40 (н. ср)	38,42 (ср)	35,90 (ср)
24.	95 (выс)	100 (выс)	80 (выс)	97 (выс)	60 (ср)	75 (ср)	66,67 (ср)	64 (ср)	59,76 (выс)	41,88 (ср)
25.	50 (н. ср)	25 (низ)	41 (ср)	77 (выс)	45 (н. ср)	37,5 (н. ср)	66,67 (ср)	32 (н. ср)	39,74 (ср)	36,08 (ср)
26.	95 (выс)	25 (низ)	32 (н. ср)	35 (н. ср)	40 (н. ср)	37,5 (н. ср)	33,33 (н. ср)	48 (н. ср)	41,58 (ср)	31,63 (ср)
27.	100 (выс)	50 (н. ср)	84 (выс)	100 (выс)	75 (ср)	87,5 (выс)	100 (выс)	80 (выс)	52,67 (выс)	54,91 (выс)
28.	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	80 (выс)	70 (ср)	100 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	56,94 (выс)	54,59 (выс)
29.	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	45 (н. ср)	25 (низ)	100 (выс)	100	52 (ср)	55,92 (выс)	41,16 (ср)
30.	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	97 (выс)	90 (выс)	100 (выс)	66 (ср)	88 (выс)	60,77 (выс)	53,41 (выс)
31.	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	87 (выс)	85 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	58,02 (выс)	56,13 (выс)
32.	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	55 (ср)	100 (выс)	100 (выс)	92 (выс)	58,23 (выс)	54,90 (выс)
33.	85 (выс)	50 (н. ср)	51 (ср)	47 (н. ср)	55 (ср)	62,5 (ср)	100 (выс)	60 (ср)	41,14 (ср)	47,94 (выс)
34.	100 (выс)	75 (ср)	100 (выс)	62 (ср)	50 (н. ср)	87,5 (выс)	100 (выс)	40 (н. ср)	59,88 (выс)	39,11 (ср)
35.	90 (выс)	100(выс)	100 (выс)	82 (выс)	70 (ср)	75 (ср)	100 (выс)	88 (выс)	54,93 (выс)	53,66 (выс)
36.	95 (выс)	75 (ср)	84 (выс)	62 (ср)	50 (н. ср)	75 (ср)	66,67 (ср)	64 (ср)	53,28 (выс)	41,78 (ср)
37.	95 (выс)	75 (ср)	84 (выс)	92 (выс)	70 (ср)	87,5 (выс)	33,33 (н. ср)	76 (выс)	57,65 (выс)	44,15 (ср)
38.	100 (выс)	75 (ср)	61 (ср)	87 (выс)	75 (ср)	100 (выс)	66,67 (ср)	84 (выс)	51,96 (выс)	53,25 (выс)
39.	95 (выс)	75 (ср)	84 (выс)	87 (выс)	80 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	52,27 (выс)	57,74 (выс)
40.	95 (выс)	100 (выс)	51 (ср)	67 (ср)	50 (н. ср)	87,5 (выс)	66,67 (ср)	76 (выс)	50,49 (выс)	46,93 (выс)
41.	90 (выс)	50 (н. ср)	72 (ср)	82 (выс)	70 (ср)	100 (выс)	66,67 (ср)	88 (выс)	47,82 (выс)	55,26 (выс)
42.	95 (выс)	75 (ср)	100 (выс)	67 (ср)	60 (ср)	87,5 (выс)	100 (выс)	72 (ср)	53,19 (выс)	50,24 (выс)

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.2

№	1	2	3	4	5	6	7	8	Физич. компонент	Псих.компонент
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH		
43.	95 (выс)	75 (ср)	80 (выс)	55 (ср)	70 (ср)	87,5 (выс)	66,67 (ср)	84 (выс)	49,61 (выс)	51,15 (выс)
44.	95 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	95 (выс)	85 (выс)	87,5 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	55,97 (выс)	55,83 (выс)
45.	90 (выс)	100 (выс)	74 (ср)	67 (ср)	70 (ср)	87,5 (выс)	100 (выс)	72 (ср)	51,49 (выс)	52,04 (выс)
46.	100 (выс)	100 (выс)	61 (ср)	90 (выс)	95 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	53,27 (выс)	58,95 (выс)
47.	85 (выс)	75 (ср)	52 (ср)	30 (н. ср)	15 (низ)	0 (низ)	0 (низ)	4 (низ)	54,11 (выс)	6,45 (низ)
48.	100 (выс)	50 (н. ср)	100 (выс)	88 (выс)	50,51 (ср)	52,89 (выс)				
49.	95 (выс)	50 (н. ср)	51 (ср)	87 (выс)	55 (ср)	75 (ср)	33,33 (н. ср)	68 (ср)	50,80 (ср)	41,14 (ср)
50.	90 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	67 (ср)	80 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	92 (выс)	52,64 (выс)	58,99 (выс)
51.	90 (выс)	100 (выс)	61 (ср)	45 (н. ср)	45 (н. ср)	50 (н. ср)	100	56 (ср)	48,76 (ср)	41,11 (ср)
52.	100 (выс)	50 (н. ср)	100 (выс)	95 (выс)	55 (ср)	87,5 (выс)	100 (выс)	68 (ср)	55,40 (выс)	48,79 (выс)
53.	100 (выс)	100 (выс)	72 (ср)	87 (выс)	95 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	92 (выс)	53,40 (выс)	60,67 (выс)
54.	100 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	90 (выс)	70 (ср)	100 (выс)	100 (выс)	80 (выс)	56,52 (выс)	54,10 (выс)
55.	100 (выс)	100 (выс)	67,87 (выс)	62,14 (выс)						
56.	95 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	82 (выс)	50 (н. ср)	75 (ср)	33,33 (н. ср)	68 (ср)	59,55 (выс)	35,71 (ср)
57.	95 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	95 (выс)	95 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	92 (выс)	57,24 (выс)	59,96 (выс)
58.	75 (ср)	50 (н. ср)	61 (ср)	67 (ср)	80 (выс)	75 (ср)	66,67 (ср)	80 (выс)	42,90 (ср)	53,31 (выс)
59.	100 (выс)	75 (ср)	51 (ср)	72 (ср)	50 (н. ср)	100 (выс)	100 (выс)	64 (ср)	48,93 (ср)	49,94 (выс)
60.	95 (выс)	100 (выс)	74 (ср)	47 (н. ср)	55 (ср)	62,5 (ср)	33,33 (н. ср)	28 (н. ср)	59,09 (выс)	26,37 (н. ср)
61.	100 (выс)	75 (ср)	61 (ср)	95 (выс)	50 (н. ср)	62,5 (ср)	66,67 (ср)	76 (выс)	53,72 (выс)	43,70 (ср)
62.	100 (выс)	100 (выс)	74 (ср)	77 (выс)	75 (ср)	100 (выс)	66,67 (ср)	76 (ср)	56,06 (выс)	49,70 (выс)
63.	100 (выс)	75 (ср)	40 (н. ср)	87 (выс)	70 (ср)	87,5 (выс)	66,67 (ср)	68 (ср)	51,07 (выс)	47,73 (выс)
64.	100 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	97 (выс)	95 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	80 (выс)	56,90 (выс)	50,10 (выс)
65.	95 (выс)	75 (ср)	100 (выс)	100 (выс)	85 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	54,10 (выс)	61,86 (выс)
66.	100 (выс)	25 (низ)	100 (выс)	100 (выс)	80 (выс)	87,5 (выс)	66,67 (ср)	72 (ср)	55,21 (выс)	49,18 (выс)
67.	95 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	72 (ср)	70 (ср)	100 (выс)	100 (выс)	52 (ср)	56,80 (выс)	47,20 (выс)
68.	90 (выс)	75 (ср)	74 (ср)	100 (выс)	75 (ср)	75 (ср)	66,67 (ср)	68 (ср)	55,52 (выс)	46,24 (ср)
69.	100 (выс)	100 (выс)	74 (ср)	82 (выс)	65 (ср)	100 (выс)	66,67 (ср)	60 (ср)	58,50 (выс)	44,22 (ср)
70.	100 (выс)	100 (выс)	72 (ср)	62 (ср)	55 (ср)	100 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	50,74 (ср)	54,20 (выс)
71.	45 (н. ср)	25 (низ)	100 (выс)	60 (ср)	50 (н. ср)	75 (ср)	0 (низ)	40 (н. ср)	47,51 (ср)	32,74 (ср)

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.2

№	1	2	3	4	5	6	7	8	Физич. компонент	Псих.к компонент
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH		
72.	100 (выс)	50 (н. ср)	61 (ср)	92 (выс)	65 (ср)	87,5 (выс)	33,33 (н. ср)	88 (выс)	51,34 (выс)	48,19 (выс)
73.	95 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	90 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	56,81 (выс)	61,51 (выс)
74.	75 (ср)	50 (н. ср)	30 (н. ср)	75 (ср)	50 (н. ср)	87,5 (выс)	33,33 (н. ср)	80 (выс)	41,20 (ср)	48,26 (выс)
75.	100 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	82 (выс)	15 (низ)	100 (выс)	100 (выс)	20 (низ)	62,12 (выс)	31,78 (ср)
76.	100 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	97 (выс)	90 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	96 (выс)	55,70 (выс)	60,61 (выс)
77.	95 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	40 (н. ср)	80 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	72 (ср)	59,47 (выс)	50,77 (выс)
78.	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	92 (выс)	85 (выс)	100 (выс)	66,67 (ср)	80 (выс)	61,06 (выс)	50,79 (выс)
79.	95 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	72 (ср)	70 (ср)	100 (выс)	100 (выс)	88 (выс)	52,98 (выс)	56,90 (выс)
80.	50 (н. ср)	100 (выс)	100 (выс)	87 (выс)	85 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	92 (выс)	47,78 (ср)	69,41 (выс)
81.	100 (выс)	75 (ср)	72 (ср)	52 (ср)	40 (н. ср)	25 (низ)	66,70 (ср)	48 (н. ср)	55,50 (выс)	30,40 (н. ср)
82.	100 (выс)	100 (выс)	61 (ср)	90 (выс)	60 (ср)	100 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	52,79 (выс)	55,00 (выс)
83.	80 (выс)	100 (выс)	62 (ср)	100 (выс)	60 (ср)	87,5 (выс)	33,33 (н. ср)	92 (выс)	53,39 (выс)	48,78 (выс)
84.	75 (ср)	25 (низ)	10 (низ)	45 (н. ср)	45 (н. ср)	62,5 (ср)	0 (низ)	44 (н. ср)	38,56 (ср)	32,58 (ср)
85.	80 (выс)	100 (выс)	74 (ср)	57 (ср)	75 (ср)	100 (выс)	66,67м	80 (выс)	49,39 (ср)	52,96 (выс)
86.	95 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	60(ср)	50 (н. ср)	87,5 (выс)	66,67 (ср)	60 (ср)	58,19 (выс)	40,64 (ср)
87.	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	85 (выс)	85 (выс)	100 (выс)	66,67 (ср)	84 (выс)	59,71 (выс)	51,87 (выс)
88.	95 (выс)	100 (выс)	72 (ср)	67 (ср)	85 (выс)	100 (выс)	66,67(ср)	84 (выс)	52,78(выс)	53,66 (выс)
89.	95 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	72 (ср)	60 (ср)	100 (выс)	100 (выс)	72 (ср)	54,20 (выс)	51,46 (выс)
90.	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	62 (ср)	55 (ср)	87,5 (выс)	100 (выс)	80 (выс)	55,04 (выс)	50,46 (выс)
91.	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	90 (выс)	80 (выс)	87,5 (выс)	66,67 (ср)	68 (ср)	62,26 (выс)	45,45 (ср)
92.	5 (низ)	50 (н. ср)	84 (выс)	67 (ср)	65 (ср)	75 (ср)	33,33 (н. ср)	72 (ср)	35,75 (ср)	51,16 (выс)
93.	100 (выс)	25 (низ)	100 (выс)	90 (выс)	45 (н. ср)	87,5 (выс)	100 (выс)	72 (ср)	51,56 (выс)	49,69 (выс)
94.	100 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	92 (выс)	80 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	88 (выс)	55,92 (выс)	57,37 (выс)
95.	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	80 (выс)	75 (ср)	100 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	57,01 (выс)	55,16 (выс)
96.	100 (выс)	50 (н. ср)	100 (выс)	92 (выс)	75 (ср)	100 (выс)	100 (выс)	80 (выс)	53,79 (выс)	55,81 (выс)
97.	100 (выс)	100 (выс)	62 (ср)	52 (ср)	60 (ср)	75 (ср)	100 (выс)	60 (ср)	51,25 (выс)	45,78 (ср)
98.	100 (выс)	50 (н. ср)	100 (выс)	92 (выс)	75 (ср)	100 (выс)	66,67 (ср)	52 (ср)	59,16 (ср)	43,88 (ср)
99.	95 (выс)	25 (низ)	52 (ср)	62 (ср)	50 (н. ср)	37,5 (н. ср)	0 (низ)	16 (низ)	53,61 (выс)	18,71 (н. ср)
100	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	77 (выс)	55 (ср)	100 (выс)	100 (выс)	52 (ср)	60,29 (выс)	44,29 (ср)

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.2

№	1	2	3	4	5	6	7	8	Физич. компонент	Псих. компонент
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH		
101	95 (выс)	50 (н. ср)	52 (ср)	90 (выс)	60 (ср)	75 (ср)	33,33 (н. ср)	64 (ср)	51,86 (выс)	40,54 (ср)
102	100 (выс)	75 (ср)	100 (выс)	72 (ср)	95 (выс)	100 (выс)	0 (низ)	92 (выс)	58,54 (выс)	47,40 (выс)
103	80 (выс)	50 (н. ср)	84 (выс)	95 (выс)	75 (ср)	100 (выс)	66,67 (ср)	80 (выс)	50,24 (ср)	54,07 (выс)
104	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	100 (выс)	80 (выс)	87,5 (выс)	100 (выс)	68 (ср)	61,56 (выс)	49,75 (выс)
105	100 (выс)	100 (выс) (выс)	100 (выс) (выс)	72 (ср)	90 (выс) (выс)	75 (ср)	100 (выс)	60 (ср)	59,26 (выс)	47,44 (выс)
106	100 (выс)	100 (выс)	80 (выс)	75 (ср)	70 (ср)	87,5 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	53,67 (выс)	53,96 (выс)
107	85 (выс)	100 (выс)	84 (выс)	75 (ср)	65 (ср)	75 (ср)	100 (выс)	76 (выс)	52,39 (выс)	51,08 (выс)

Таблица Г.3 – Расчет корреляционной связи общего компонента физического здоровья и склонности к аддиктивному поведению

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
1	60.16	98	28	9	89	7921
2	61.04	102	44	85.5	16.5	272.25
3	54.39	56	55	102.5	-46.5	2162.25
4	56.00	70	35	58	12	144
5	53.40	46.5	46	89.5	-43	1849
6	36.62	2	64	106.5	-104.5	10920.25
7	44.97	12	53	100	-88	7744
8	55.37	62	28	9	53	2809
9	58.65	89	44	85.5	3.5	12.25
10	54.13	54	30	24	30	900
11	54.96	99	28	43	56	3136
12	58.57	33	30	67.5	-34.5	1190.25
13	49.83	87	33	24	63	3969
14	57.59	22	35	24	-2	4
15	50.56	104	39	106.5	-2.5	6.25
16	47.88	92	35	43	49	2401
17	43.01	49	39	58	-9	81
18	60.54	36	30	67.5	-31.5	992.25
19	57.97	58	30	9	49	2401
20	55.23	88	30	24	64	4096
21	41.72	21	33	43	-22	484
22	57.24	80	30	58	22	484
23	38.42	25	50	75	-50	2500
24	59.76	16	50	58	-42	1764
25	39.74	11	44	75	-64	4096
26	41.58	100	48	24	76	5776

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.3

27	52.67	82	48	24	58	3364
28	56.94	61	30	24	37	1369
29	55.92	9	35	43	-34	1156
30	60.77	78.5	28	24	54.5	2970.25
31	58.02	3	55	97	-94	8836
32	58.23	96	33	97	-1	1
33	41.14	5	37	85.5	-80.5	6480.25
34	59.88	8	39	93.5	-85.5	7310.25
35	54.93	38	44	93.5	-55.5	3080.25
36	53.28	76	30	24	52	2704
37	57.65	67.5	30	58	9.5	90.25
38	51.96	101	33	9	92	8464
39	52.27	83	33	102.5	-19.5	380.25
40	50.49	85	33	43	42	1764
41	47.82	6	35	67.5	-61.5	3782.25
42	53.19	97	42	75	22	484
43	49.61	57	42	85.5	-28.5	812.25
44	55.97	44	28	24	20	400
45	51.49	81	26	24	57	3249
46	53.27	34	37	43	-9	81
47	54.11	35	53	43	-8	64
48	50.51	23	39	43	-20	400
49	50.80	15	46	58	-43	1849
50	52.64	42	42	81	-39	1521
51	48.76	20	28	81	-61	3721
52	55.40	69	33	9	60	3600
53	53.40	31	37	2	29	841
54	56.52	43	30	67.5	-24.5	600.25
55	67.87	53	30	100	-47	2209
56	59.55	24	30	75	-51	2601
57	57.24	27	28	89.5	-62.5	3906.25
58	42.90	37	30	81	-44	1936
59	48.93	17	35	9	8	64
60	59.09	63	48	43	20	400
61	53.72	46.5	46	67.5	-21	441
62	56.06	72	33	24	48	2304
63	51.07	107	35	24	83	6889
64	56.90	94	39	24	70	4900
65	54.10	78.5	30	9	69.5	4830.25
66	55.21	10	37	24	-14	196
67	56.80	18	30	58	-40	1600
68	55.52	90	33	93.5	-3.5	12.25
69	58.50	50	37	89.5	-39.5	1560.25
70	50.74	71	33	43	28	784
71	47.51	28	26	58	-30	900
72	51.34	75	37	75	0	0

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.3

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
73	56.81	52	39	24	28	784
74	41.20	60	59	67.5	-7.5	56.25
75	62.12	73	42	24	49	2401
76	55.70	65	33	43	22	484
77	59.47	86	30	67.5	18.5	342.25
78	61.06	26	33	43	-17	289
79	52.98	13	33	2	11	121
80	47.78	30	35	67.5	-37.5	1406.25
81	55.50	74	33	75	-1	1
82	52.79	7	42	105	-98	9604
83	53.39	105	50	81	24	576
84	38.56	66	53	43	23	529
85	49.39	93	35	24	69	4761
86	58.19	103	28	43	60	3600
87	59.71	41	33	43	-2	4
88	52.78	14	28	58	-44	1936
89	54.20	64	28	43	21	441
90	55.04	40	39	81	-41	1681
91	62.26	45	30	97	-52	2704
92	35.75	4	48	100	-96	9216
93	51.56	19	57	58	-39	1521
94	55.92	84	33	9	75	5625
95	57.01	95	26	43	52	2704
96	53.79	39	35	9	30	900
97	51.25	55	28	9	46	2116
98	59.16	59	33	75	-16	256
99	53.61	106	46	24	82	6724
100	60.29	1	33	93.5	-92.5	8556.25
101	51.86	32	37	104	-72	5184
102	58.54	67.5	30	43	24.5	600.25
103	50.24	77	30	2	75	5625
104	61.56	51	64	58	-7	49
105	59.26	29	33	9	20	400
106	53.67	91	35	43	48	2304
107	52.39	48	37	89.5	-41.5	1722.25
Суммы		5778		5778	0	258245.5

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Таблица Г.4 – Расчет корреляционной связи общего компонента психологического здоровья и склонности к агрессии и насилию

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
1	55.65	91	53	83.5	7.5	56.25
2	20.74	3	67	106	-103	10609
3	55.50	90	62	103	-13	169
4	44.75	36	41	48.5	-12.5	156.25
5	54.87	84	58	94.5	-10.5	110.25
6	60.61	101.5	60	98.5	3	9
7	20.88	4	65	105	-101	10201
8	51.87	68.5	34	19.5	49	2401
9	40.95	24	60	98.5	-74.5	5550.25
10	51.72	67	46	61	6	36
11	50.51	35	51	74	-39	1521
12	40.62	20	36	83.5	-63.5	4032.25
13	23.24	42	55	61	-19	361
14	37.10	80	34	10.5	69.5	4830.25
15	40.88	54	46	94.5	-40.5	1640.25
16	53.56	43	46	83.5	-40.5	1640.25
17	47.77	79	39	48.5	30.5	930.25
18	31.62	62	51	19.5	42.5	1806.25
19	43.22	59	31	74	-15	225
20	39.01	21	46	29	-8	64
21	36.99	5	36	90.5	-85.5	7310.25
22	51.27	17	41	19.5	-2.5	6.25
23	35.90	23	72	61	-38	1444
24	41.88	76	62	61	15	225
25	36.08	45	55	38.5	6.5	42.25
26	31.63	8	53	74	-66	4356
27	54.91	30	51	10.5	19.5	380.25
28	54.59	18	39	61	-43	1849
29	41.16	16	48	29	-13	169
30	53.41	65	34	48.5	16.5	272.25
31	56.13	14	60	107	-93	8649
32	54.90	29	29	103	-74	5476
33	47.94	15	39	90.5	-75.5	5700.25
34	39.11	9	60	83.5	-74.5	5550.25
35	53.66	86	55	74	12	144
36	41.78	83	41	38.5	44.5	1980.25
37	44.15	27	36	66.5	-39.5	1560.25
38	53.25	75	48	19.5	55.5	3080.25
39	57.74	94	36	98.5	-4.5	20.25
40	46.93	85	51	4.5	80.5	6480.25
41	55.26	46	31	38.5	7.5	56.25

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.4

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
42	50.24	19	48	98.5	-79.5	6320.25
43	51.15	77.5	39	90.5	-13	169
44	55.83	28	43	48.5	-20.5	420.25
45	52.04	33	29	29	4	16
46	58.95	73	31	66.5	6.5	42.25
47	6.45	97	41	29	68	4624
48	52.89	40	41	74	-34	1156
49	41.14	89	48	10.5	78.5	6162.25
50	58.99	57	51	66.5	-9.5	90.25
51	41.11	63	36	38.5	24.5	600.25
52	48.79	93	39	55.5	37.5	1406.25
53	60.67	70	41	4.5	65.5	4290.25
54	54.10	98	51	10.5	87.5	7656.25
55	62.14	1	39	48.5	-47.5	2256.25
56	35.71	71	27	48.5	22.5	506.25
57	59.96	26	34	66.5	-40.5	1640.25
58	53.31	99	34	74	25	625
59	49.94	25	46	29	-4	16
60	26.37	50	60	38.5	11.5	132.25
61	43.70	103	55	48.5	54.5	
62	49.70	81	53	74	7	49
63	47.73	106	53	38.5	67.5	4556.25
64	50.10	13	51	1.5	11.5	132.25
65	61.86	100	27	19.5	80.5	6480.25
66	49.18	74	60	19.5	54.5	2970.25
67	47.20	55	43	61	-6	36
68	46.24	6	51	98.5	-92.5	8556.25
69	44.22	31	34	90.5	-59.5	3540.25
70	54.20	53	36	83.5	-30.5	930.25
71	32.74	44	34	83.5	-39.5	1560.25
72	48.19	56	31	74	-18	324
73	61.51	105	29	1.5	103.5	10712.25
74	48.26	51	62	98.5	-47.5	2256.25
75	31.78	41	53	55.5	-14.5	210.25
76	60.61	39	43	74	-35	1225
77	50.77	34	39	19.5	14.5	210.25
78	50.79	82	51	29	53	2809
79	56.90	12	36	19.5	-7.5	56.25
80	69.41	47	31	10.5	36.5	1332.25
81	30.40	104	39	4.5	99.5	9900.25
82	55.00	48	41	103	-55	3025
83	48.78	10	29	83.5	-73.5	5402.25
84	32.58	101.5	51	55.5	46	2116
85	52.96	60	55	38.5	21.5	462.25

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.4

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
86	40.64	61	31	74	-13	169
87	51.87	95	31	29	66	4356
88	53.66	107	36	10.5	96.5	9312.25
89	51.46	7	43	38.5	-31.5	992.25
90	50.46	87	41	48.5	38.5	1482.25
91	45.45	49	34	4.5	44.5	1980.25
92	51.16	11	55	74	-63	3969
93	49.69	72	53	90.5	-18.5	342.25
94	57.37	22	34	10.5	11.5	132.25
95	55.16	68.5	39	10.5	58	3364
96	55.81	77.5	36	29	48.5	2352.25
97	45.78	66	46	55.5	10.5	110.25
98	43.88	58	41	48.5	9.5	90.25
99	18.71	37	39	19.5	17.5	306.25
100	44.29	64	51	90.5	-26.5	702.25
101	40.54	52	53	83.5	-31.5	992.25
102	47.40	96	46	19.5	76.5	5852.25
103	54.07	88	31	38.5	49.5	2450.25
104	49.75	92	58	29	63	3969
105	47.44	38	53	61	-23	529
106	53.96	32	41	48.5	-16.5	272.25
107	51.08	2	34	38.5	-36.5	1332.25
Сум мы		5778		5778	0	256109.5

Таблица Г.5 – Расчет корреляционной связи телесной боли и склонности к ад-диктивному поведению

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
1	100	87	28	9	78	6084
2	62	28	44	85.5	-57.5	3306.25
3	72	33.5	55	102.5	-69	4761
4	100	87	35	58	29	841
5	61	21	46	89.5	-68.5	4692.25
6	100	87	64	106.5	-19.5	380.25
7	32	3.5	53	100	-96.5	9312.25
8	100	87	28	9	78	6084
9	100	87	44	85.5	1.5	2.25
10	100	87	30	24	63	3969
11	61	87	28	43	44	1936
12	100	14.5	30	67.5	-53	2809
13	84	87	33	24	63	3969

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.5

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
14	84	57	35	24	33	1089
15	74	87	39	106.5	-19.5	380.25
16	62	87	35	43	44	1936
17	52	45.5	39	58	-12.5	156.25
18	100	57	30	67.5	-10.5	110.25
19	80	21	30	9	12	144
20	62	87	30	24	63	3969
21	51	57	33	43	14	196
22	100	57	30	58	-1	1
23	40	40	50	75	-35	1225
24	80	28	50	58	-30	900
25	41	14.5	44	75	-60.5	3660.25
26	32	87	48	24	63	3969
27	84	45.5	48	24	21.5	462.25
28	100	28	30	24	4	16
29	100	10	35	43	-33	1089
30	100	87	28	24	63	3969
31	100	5.5	55	97	-91.5	8372.25
32	100	45.5	33	97	-51.5	2652.25
33	51	7	37	85.5	-78.5	6162.25
34	100	3.5	39	93.5	-90	8100
35	100	57	44	93.5	-36.5	1332.25
36	84	87	30	24	63	3969
37	84	87	30	58	29	841
38	61	87	33	9	78	6084
39	84	87	33	102.5	-15.5	240.25
40	51	87	33	43	44	1936
41	72	10	35	67.5	-57.5	3306.25
42	100	87	42	75	12	144
43	80	87	42	85.5	1.5	2.25
44	84	57	28	24	33	1089
45	74	57	26	24	33	1089
46	61	21	37	43	-22	484
47	52	57	53	43	14	196
48	100	10	39	43	-33	1089
49	51	33.5	46	58	-24.5	600.25
50	100	87	42	81	6	36
51	61	45.5	28	81	-35.5	1260.25
52	100	57	33	9	48	2304
53	72	40	37	2	38	1444
54	84	21	30	67.5	-46.5	2162.25
55	100	14.5	30	100	-85.5	7310.25
56	84	87	30	75	12	144

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.5

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
57	100	10	28	89.5	-79.5	6320.25
58	61	87	30	81	6	36
59	51	21	35	9	12	144
60	74	87	48	43	44	1936
61	61	33.5	46	67.5	-34	1156
62	74	57	33	24	33	1089
63	40	87	35	24	63	3969
64	84	57	39	24	33	1089
65	100	87	30	9	78	6084
66	100	21	37	24	-3	9
67	84	10	30	58	-48	2304
69	74	21	37	89.5	-68.5	4692.25
70	72	40	33	43	-3	9
71	100	5.5	26	58	-52.5	2756.25
72	61	57	37	75	-18	324
73	100	87	39	24	63	3969
74	30	87	59	67.5	19.5	380.25
75	84	57	42	24	33	1089
76	84	40	33	43	-3	9
77	100	40	30	67.5	-27.5	756.25
78	100	33.5	33	43	-9.5	90.25
79	84	87	33	2	85	7225
80	100	21	35	67.5	-46.5	2162.25
81	72	87	33	75	12	144
82	61	2	42	105	-103	10609
83	62	57	50	81	-24	576
84	10	57	53	43	14	196
85	74	87	35	24	63	3969
86	100	87	28	43	44	1936
87	100	57	33	43	14	196
88	72	87	28	58	29	841
89	84	33.5	28	43	-9.5	90.25
90	100	21	39	81	-60	3600
91	100	28	30	97	-69	4761
92	84	1	48	100	-99	9801
93	100	40	57	58	-18	324
94	84	87	33	9	78	6084
95	100	87	26	43	44	1936
96	100	33.5	35	9	24.5	600.25
97	62	57	28	9	48	2304
98	100	87	33	75	12	144
99	52	87	46	24	63	3969
100	100	57	33	93.5	-36.5	1332.25

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.5

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
101	52	87	37	104	-17	289
102	100	57	30	43	14	196
103	84	87	30	2	85	7225
104	100	87	64	58	29	841
105	100	28	33	9	19	361
106	80	87	35	43	44	1936
107	84	14.5	37	89.5	-75	5625
Суммы		5778		5778	0	254115

Таблица Г.6 – Корреляционный расчет взаимосвязи социальной активности и склонности к аддиктивному поведению

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
1	100	84.5	28	9	75.5	5700.25
2	0	1.5	44	85.5	-84	7056
3	100	84.5	55	102.5	-18	324
4	87.5	48.5	35	58	-9.5	90.25
5	100	84.5	46	89.5	-5	25
6	50	11.5	64	106.5	-95	9025
7	37.5	7	53	100	-93	8649
8	100	84.5	28	9	75.5	5700.25
9	87.5	48.5	44	85.5	-37	1369
10	100	84.5	30	24	60.5	3660.25
11	100	84.5	28	43	41.5	1722.25
12	100	28.5	30	67.5	-39	1521
13	37.5	84.5	33	24	60.5	3660.25
14	75	84.5	35	24	60.5	3660.25
15	62.5	48.5	39	106.5	-58	3364
16	75	28.5	35	43	-14.5	210.25
17	87.5	48.5	39	58	-9.5	90.25
18	62.5	28.5	30	67.5	-39	1521
19	87.5	84.5	30	9	75.5	5700.25
20	62.5	84.5	30	24	60.5	3660.25
21	50	7	33	43	-36	1296
22	75	28.5	30	58	-29.5	870.25
23	12.5	17	50	75	-58	3364
24	75	28.5	50	58	-29.5	870.25
25	37.5	48.5	44	75	-26.5	702.25
26	37.5	17	48	24	-7	49
27	87.5	48.5	48	24	24.5	600.25
28	100	17	30	24	-7	49
29	100	11.5	35	43	-31.5	992.25

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.6

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
30	100	28.5	28	24	4.5	20.25
31	100	3	55	97	-94	8836
32	100	28.5	33	97	-68.5	4692.25
33	62.5	7	37	85.5	-78.5	6162.25
34	87.5	7	39	93.5	-86.5	7482.25
35	75	48.5	44	93.5	-45	2025
36	75	84.5	30	24	60.5	3660.25
37	87.5	84.5	30	58	26.5	702.25
38	100	84.5	33	9	75.5	5700.25
39	100	84.5	33	102.5	-18	324
40	87.5	84.5	33	43	41.5	1722.25
41	100	17	35	67.5	-50.5	2550.25
42	87.5	48.5	42	75	-26.5	702.25
43	87.5	28.5	42	85.5	-57	3249
44	87.5	28.5	28	24	4.5	20.25
45	87.5	48.5	26	24	24.5	600.25
46	100	84.5	37	43	41.5	1722.25
47	0	84.5	53	43	41.5	1722.25
48	50	48.5	39	43	5.5	30.25
49	75	84.5	46	58	26.5	702.25
50	100	48.5	42	81	-32.5	1056.25
51	50	48.5	28	81	-32.5	1056.25
52	87.5	48.5	33	9	39.5	1560.25
53	100	48.5	37	2	46.5	2162.25
54	100	84.5	30	67.5	17	289
55	100	1.5	30	100	-98.5	9702.25
56	75	11.5	30	75	-63.5	4032.25
57	100	28.5	28	89.5	-61	3721
58	75	84.5	30	81	3.5	12.25
59	100	11.5	35	9	2.5	6.25
60	62.5	48.5	48	43	5.5	30.25
61	62.5	84.5	46	67.5	17	289
62	100	84.5	33	24	60.5	3660.25
63	87.5	84.5	35	24	60.5	3660.25
64	100	28.5	39	24	4.5	20.25
65	100	84.5	30	9	75.5	5700.25
66	87.5	28.5	37	24	4.5	20.25
67	100	84.5	30	58	26.5	702.25
68	75	17	33	93.5	-76.5	5852.25
69	100	17	37	89.5	-72.5	5256.25
70	100	84.5	33	43	41.5	1722.25
71	75	48.5	26	58	-9.5	90.25
72	87.5	84.5	37	75	9.5	90.25

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.6

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
73	90	84.5	39	24	60.5	3660.25
74	87.5	48.5	59	67.5	-19	361
75	100	84.5	42	24	60.5	3660.25
76	100	28.5	33	43	-14.5	210.25
77	100	84.5	30	67.5	17	289
78	100	84.5	33	43	41.5	1722.25
79	100	28.5	33	2	26.5	702.25
80	100	48.5	35	67.5	-19	361
81	25	61	33	75	-14	196
82	100	48.5	42	105	-56.5	3192.25
83	87.5	84.5	50	81	3.5	12.25
84	62.5	84.5	53	43	41.5	1722.25
85	100	84.5	35	24	60.5	3660.25
86	87.5	84.5	28	43	41.5	1722.25
87	100	84.5	33	43	41.5	1722.25
88	100	84.5	28	58	26.5	702.25
89	100	4	28	43	-39	1521
90	87.5	84.5	39	81	3.5	12.25
91	87.5	48.5	30	97	-48.5	2352.25
92	75	17	48	100	-83	6889
93	87.5	84.5	57	58	26.5	702.25
94	100	48.5	33	9	39.5	1560.25
95	100	84.5	26	43	41.5	1722.25
96	100	84.5	35	9	75.5	5700.25
97	75	84.5	28	9	75.5	5700.25
98	100	48.5	33	75	-26.5	702.25
99	37.5	48.5	46	24	24.5	600.25
100	100	28.5	33	93.5	-65	4225
101	75	48.5	37	104	-55.5	3080.25
102	100	84.5	30	43	41.5	1722.25
103	100	84.5	30	2	82.5	6806.25
104	87.5	84.5	64	58	26.5	702.25
105	75	28.5	33	9	19.5	380.25
106	87.5	84.5	35	43	41.5	1722.25
107	75	7	37	89.5	-82.5	6806.25
Суммы		5778		5778	0	255623

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Таблица Г.7 – Корреляционный расчет взаимосвязи социальной активности и склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
1	100	84.5	40	47.5	37	1369
2	0	1.5	59	100.5	-99	9801
3	100	84.5	59	100.5	-16	256
4	87.5	48.5	43	62	-13.5	182.25
5	100	84.5	54	94	-9.5	90.25
6	50	11.5	48	81.5	-70	4900
7	37.5	7	62	104	-97	9409
8	100	84.5	29	7	77.5	6006.25
9	87.5	48.5	48	81.5	-33	1089
10	100	84.5	40	47.5	37	1369
52	87.5	48.5	40	16.5	32	1024
53	100	48.5	56	1.5	47	2209
54	100	84.5	35	27	57.5	3306.25
55	100	1.5	37	89.5	-88	7744
56	75	11.5	58	81.5	-70	4900
57	100	28.5	32	89.5	-61	3721
58	75	84.5	65	104	-19.5	380.25
59	100	11.5	43	16.5	-5	25
60	62.5	48.5	56	47.5	1	1
61	62.5	84.5	45	97	-12.5	156.25
62	100	84.5	40	27	57.5	3306.25
63	87.5	84.5	40	35	49.5	2450.25
64	100	28.5	40	99	-70.5	4970.25
65	100	84.5	26	16.5	68	4624
66	87.5	28.5	51	107	-78.5	6162.25
67	100	84.5	32	62	22.5	506.25
68	75	17	48	97	-80	6400
69	100	17	40	72.5	-55.5	3080.25
70	100	84.5	32	47.5	37	1369
71	75	48.5	43	47.5	1	1
72	87.5	84.5	40	47.5	37	1369
73	90	84.5	29	3.5	81	6561
74	87.5	48.5	48	89.5	-41	1681
75	100	84.5	48	16.5	68	4624
76	100	28.5	32	81.5	-53	2809
77	100	84.5	32	47.5	37	1369
78	100	84.5	40	16.5	68	4624
79	100	28.5	32	62	-33.5	1122.25

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.7

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
80	100	48.5	35	47.5	1	1
81	25	61	32	7	54	2916
82	100	48.5	43	81.5	-33	1089
83	87.5	84.5	45	81.5	3	9
84	62.5	84.5	54	16.5	68	4624
85	100	84.5	48	16.5	68	4624
86	87.5	84.5	29	47.5	37	1369
87	100	84.5	37	16.5	68	4624
88	100	84.5	37	27	57.5	3306.25
89	100	4	37	16.5	-12.5	156.25
90	87.5	84.5	54	62	22.5	506.25
91	87.5	48.5	32	72.5	-24	576
92	75	17	40	94	-77	5929
93	87.5	84.5	53	81.5	3	9
94	100	48.5	40	7	41.5	1722.25
95	100	84.5	48	35	49.5	2450.25
96	100	84.5	48	35	49.5	2450.25
97	75	84.5	32	35	49.5	2450.25
98	100	48.5	43	94	-45.5	2070.25
99	37.5	48.5	32	16.5	32	1024
100	100	28.5	43	47.5	-19	361
101	75	48.5	43	92	-43.5	1892.25
102	100	84.5	37	47.5	37	1369
103	100	84.5	24	81.5	3	9
104	87.5	84.5	62	81.5	3	9
105	75	28.5	35	16.5	12	144
106	87.5	84.5	40	62	22.5	506.25
107	75	7	32	16.5	-9.5	90.25
Суммы		5778		5778	0	246631

Таблица Г.8 – Корреляционный расчет взаимосвязи психического здоровья и склонности к агрессии и насилию

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
1	96	103.5	53	83.5	20	400
2	40	12	67	106	-94	8836
3	92	98	62	103	-5	25
4	56	23	41	48.5	-25.5	650.25
5	88	89	58	94.5	-5.5	30.25
6	92	98	60	98.5	-0.5	0.25
7	24	4	65	105	-101	10201
8	76	55.5	34	19.5	36	1296

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.8

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
9	40	12	60	98.5	-86.5	7482.25
10	76	55.5	46	61	-5.5	30.25
11	88	19.5	51	74	-54.5	2970.25
12	56	31.5	36	83.5	-52	2704
13	36	98	55	61	37	1369
14	68	65.5	34	10.5	55	3025
15	72	37.5	46	94.5	-57	3249
16	80	27	46	83.5	-56.5	3192.25
17	80	78	39	48.5	29.5	870.25
18	32	55.5	51	19.5	36	1296
19	72	89	31	74	15	225
20	76	23	46	29	-6	36
21	36	8.5	36	90.5	-82	6724
22	72	37.5	41	19.5	18	324
23	40	46.5	72	61	-14.5	210.25
24	64	65.5	62	61	4.5	20.25
25	32	65.5	55	38.5	27	729
26	48	6.5	53	74	-67.5	4556.25
27	80	46.5	51	10.5	36	1296
28	84	55.5	39	61	-5.5	30.25
29	52	8.5	48	29	-20.5	420.25
30	88	46.5	34	48.5	-2	4
31	84	12	60	107	-95	9025
32	92	31.5	29	103	-71.5	5112.25
33	60	6.5	39	90.5	-84	7056
34	40	16.5	60	83.5	-67	4489
35	88	65.5	55	74	-8.5	72.25
36	64	78	41	38.5	39.5	1560.25
37	76	19.5	36	66.5	-47	2209
38	84	89	48	19.5	69.5	4830.25
39	84	78	36	98.5	-20.5	420.25
40	76	98	51	4.5	93.5	8742.25
41	88	27	31	38.5	-11.5	132.25
42	72	12	48	98.5	-86.5	7482.25
43	84	89	39	90.5	-1.5	2.25
44	84	31.5	43	48.5	-17	289
45	72	55.5	29	29	26.5	702.25
46	84	78	31	66.5	11.5	132.25
47	4	78	41	29	49	2401
48	88	55.5	41	74	-18.5	342.25
49	68	89	48	10.5	78.5	6162.25
50	92	46.5	51	66.5	-20	400
51	56	78	36	38.5	39.5	1560.25

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.8

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
52	68	78	39	55.5	22.5	506.25
53	92	46.5	41	4.5	42	1764
54	80	78	51	10.5	67.5	4556.25
55	100	1	39	48.5	-47.5	2256.25
56	68	89	27	48.5	40.5	1640.25
57	92	37.5	34	66.5	-29	841
58	80	98	34	74	24	576
45	72	55.5	29	29	26.5	702.25
60	28	37.5	60	38.5	-1	1
61	76	98	55	48.5	49.5	2450.25
62	76	65.5	53	74	-8.5	72.25
63	68	106	53	38.5	67.5	4556.25
64	80	37.5	51	1.5	36	1296
65	100	98	27	19.5	78.5	6162.25
66	72	65.5	60	19.5	46	2116
67	52	31.5	43	61	-29.5	870.25
68	68	5	51	98.5	-93.5	8742.25
69	60	55.5	34	90.5	-35	1225
70	84	55.5	36	83.5	-28	784
71	40	37.5	34	83.5	-46	2116
72	88	65.5	31	74	-8.5	72.25
73	100	106	29	1.5	104.5	10920.25
74	80	46.5	62	98.5	-52	2704
75	20	19.5	53	55.5	-36	1296
76	96	37.5	43	74	-36.5	1332.25
77	72	27	39	19.5	7.5	56.25
78	80	78	51	29	49	2401
79	88	12	36	19.5	-7.5	56.25
80	92	89	31	10.5	78.5	6162.25
81	48	106	39	4.5	101.5	10302.25
82	84	65.5	41	103	-37.5	1406.25
83	92	3	29	83.5	-80.5	6480.25
84	44	103.5	51	55.5	48	2304
85	80	46.5	55	38.5	8	64
86	60	65.5	31	74	-8.5	72.25
87	84	89	31	29	60	3600
88	84	98	36	10.5	87.5	7656.25
89	72	16.5	43	38.5	-22	484
90	80	78	41	48.5	29.5	870.25
91	68	98	34	4.5	93.5	8742.25
92	72	15	55	74	-59	3481
93	72	65.5	53	90.5	-25	625
94	88	27	34	10.5	16.5	272.25

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Г

Сводные таблицы данных

Продолжение таблицы Г.8

N	Значения А	Ранг А	Значения В	Ранг В	d (ранг А - ранг В)	d ²
95	84	78	39	10.5	67.5	4556.25
96	80	78	36	29	49	2401
97	60	46.5	46	55.5	-9	81
98	52	65.5	41	48.5	17	289
99	16	37.5	39	19.5	18	324
100	52	46.5	51	90.5	-44	1936
101	64	46.5	53	83.5	-37	1369
102	92	89	46	19.5	69.5	4830.25
103	80	78	31	38.5	39.5	1560.25
104	68	65.5	58	29	36.5	1332.25
105	60	27	53	61	-34	1156
106	84	19.5	41	48.5	-29	841
107	76	2	34	38.5	-36.5	1332.25
Сум- мы		5778		5778	0	261261

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Результаты расчета ранговой корреляции Ч. Спирмена

Определение порядковых номеров – рангов (R) сначала для одного ряда показателей x , затем в соответствии с проведенной ранжировкой R_x ранговых мест (R_y) для второго показателя y и вычисление разности d между рангами для каждой пары сравниваемых данных ($d = R_x - R_y$), возведение в квадрат каждой разницы d между рангами и определение суммы найденных значений по формуле: $\sum (R_x - R_y)^2 = \sum d^2$ представлены в приложении Б.

Расчет коэффициента ранговой корреляции по формуле (Д.1):

$$\rho = 1 - \frac{6\sum^2}{n(n^2 - 1)} \quad (\text{Д.1})$$

где ρ – коэффициент ранговой корреляции,

n – число пар коррелируемых рядов,

$\sum d^2$ – сумма квадратов разностей между рангами двух коррелируемых рядов,

6 – постоянный коэффициент.

По данной схеме был произведен расчет по каждому показателю качества жизни и отклоняющемуся поведению. Ниже представлены расчеты R_s только те, которые попали в зону статистической значимости.

Выявление взаимосвязи общего компонента физического здоровья и склонности к аддиктивному поведению (таблица Г. 3), выдвинуты следующие гипотезы:

H_0 : Корреляция между переменными А и Б не отличается от нуля.

H_1 : Корреляция между переменными А и Б достоверно отличается от нуля, где: переменная А – показатели общего компонента физического здоровья.

переменная Б – показатели склонности к аддиктивному поведению

Расчет коэффициента ранговой корреляции по формуле: $\rho = 1 - \frac{6\sum^2}{n(n^2 - 1)}$ выявил следующее:

Результат: $r_s = -0.265$

Критические значения для $N = 107$

N	p	
	0.05	0.01
107	0.2	0.25

Ответ: H_0 отвергается. Корреляция между А и В статистически значима и имеет обратную корреляцию.

Выявление корреляционной связи общего компонента психологического здоровья и склонности к агрессии и насилию (таблица Г. 4), выдвинуты следующие гипотезы:

H_0 : Корреляция между переменными А и Б не отличается от нуля.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

Результаты расчета ранговой корреляции Ч. Спирмена

H_1 : Корреляция между переменными А и Б достоверно отличается от нуля, где:
переменная А – показатели общего компонента физического здоровья.
переменная Б – показатели склонности к склонности к агрессии и насилию.

Расчет коэффициента ранговой корреляции по формуле: $\rho = 1 - \frac{6\sum^2}{n(n^2-1)}$ выявил следующее:

Результат: $r_s = -0.254$

Критические значения для $N = 107$

N	p	
	0.05	0.01
107	0.2	0.25

Ответ: H_0 отвергается. Корреляция между А и В статистически значима и имеет обратную корреляцию.

Выявление взаимосвязи телесной боли и склонности к аддиктивному поведению (таблица Г. 5), выдвинуты следующие гипотезы:

H_0 : Корреляция между переменными А и Б не отличается от нуля.

H_1 : Корреляция между переменными А и Б достоверно отличается от нуля, где:
переменная А – показатели телесной боли,
переменная Б – показатели склонности к аддиктивному поведению

Расчет коэффициента ранговой корреляции по формуле: $\rho = 1 - \frac{6\sum^2}{n(n^2-1)}$ выявил следующее:

Результат: $r_s = -0.245$

Критические значения для $N = 107$

N	p	
	0.05	0.01
107	0.2	0.25

Ответ: H_0 отвергается. Корреляция между А и В статистически значима и имеет обратную корреляцию.

Выявление корреляционной взаимосвязи социальной активности и склонности к аддиктивному поведению (таблица Г. 6), выдвинуты следующие гипотезы:

H_0 : Корреляция между переменными А и Б не отличается от нуля.

H_1 : Корреляция между переменными А и Б достоверно отличается от нуля, где:
переменная А – показатели социальной активности.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

Результаты расчета ранговой корреляции Ч. Спирмена

переменная Б – показатели склонности к склонности к агрессии и насилию.

Расчет коэффициента ранговой корреляции по формуле: $\rho = 1 - \frac{6\sum^2}{n(n^2-1)}$ выявил следующее:

Результат: $r_s = -0.252$

Критические значения для $N = 107$

N	p	
	0.05	0.01
107	0.2	0.25

Ответ: H_0 отвергается. Корреляция между А и В статистически значима и имеет обратную корреляцию.

Выявление взаимосвязи социальной активности и склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению (таблица Г. 7), выдвинуты следующие гипотезы:

H_0 : Корреляция между переменными А и Б не отличается от нуля.

H_1 : Корреляция между переменными А и Б достоверно отличается от нуля, где:
переменная А – показатели социальной активности,
переменная Б – показатели склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению.

Расчет коэффициента ранговой корреляции по формуле: $\rho = 1 - \frac{6\sum^2}{n(n^2-1)}$ выявил следующее:

Результат: $r_s = -0.208$

Критические значения для $N = 107$

N	p	
	0.05	0.01
107	0.2	0.25

Ответ: H_0 отвергается. Корреляция между А и В статистически значима, имеет обратную корреляцию.

Выявление корреляции психического здоровья и склонности к агрессии и насилию (таблица Г. 8), выдвинуты следующие гипотезы:

H_0 : Корреляция между переменными А и Б не отличается от нуля.

H_1 : Корреляция между переменными А и Б достоверно отличается от нуля, где:
переменная А – показатели психического здоровья,
переменная Б – показатели склонности к агрессии и насилию

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Д

Результаты расчета ранговой корреляции Ч. Спирмена

Расчет коэффициента ранговой корреляции по формуле: $\rho = 1 - \frac{6\Sigma^2}{n(n^2-1)}$ выявил следующее:

Результат: $r_s = -0.28$

Критические значения для $N = 107$

N	p	
	0.05	0.01
107	0.2	0.25

Ответ: H_0 отвергается. Корреляция между А и В статистически значима, имеет обратную корреляцию.

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Программа первичной профилактики авитальной активности подростков

Цель программы: предупреждение развития авитальной активности подростков.

Целевая аудитория: лица подросткового возраста, 12-16 лет, имеющие субъективные и объективные показатели снижения витальной активности.

Задачи:

1. формирование ценности жизни и здоровья;
2. поддержание и развитие физического здоровья.
3. развитие жизнеспособности;
4. развитие социального функционирования подростка в обществе: обучение навыкам эффективного общения, критического мышления, принятия ответственных решений; повышение самооценки.
5. развитие жизнестойкости.

БЛОК 1. Формирование ценности жизни и здоровья

Ценностные ориентации имеют особое значение, так как они выполняют роль внутренних стимулов и одновременно являются критериями, по которым личность сверяет свое поведение и деятельность. Сформированные жизненные цели обучающихся и черты совершенствующейся социально адаптированной личности способствуют усилению защитных механизмов и ослабляют механизмы, провоцирующие авитальную активность. Формирование ценности жизни и здоровья несут в себе основу в формировании личности подростка. Чем сильнее установка подростка на собственное здоровье и жизнь в целом, тем вероятнее развитие у него витальной (жизненной) активности и форм поведения, которые являются противоположностью асоциального поведения.

Достигнуть формирования ценности жизни и здоровья у подростка возможно пропагандой положительных сторон жизненной активности в жизни человека: на уровне семьи, общества (школы):

- информирование о возможностях получения удовольствий в жизни (путешествия, занятия хобби);
- информирование о личных возможностях и перспективах развития подростка (чем можно заняться в качестве хобби, какие таланты у подростка и где можно их применить, в какие учебные заведения можно поступить);
- информирование и предоставление возможности развития интеллектуальной и физической сферы (спортивные секции, кружки и консультации в школе);
- распространение информации различного характера, несущей в себе положительный эмоциональный отклик (изображения красивых мест, людей с положительными эмоциями, привитие эстетического вкуса);
- предоставление положительного опыта (в сферах семьи, вида деятельности, здоровья и тому подобное).

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Программа первичной профилактики авитальной активности подростков

На уровне профилактики, включающей психологическую интервенцию можно взять за основу следующие упражнения, выполняемые в группе.

1) «Что было главным в жизни?»

Цель: способствовать осмыслению учащимся главных ценностей жизни.

Инструкция: На листе бумаги напиши: "Что было главным в жизни?" При этом представьте, что спрашивает человек очень пожилого возраста, но, несмотря на это, он абсолютно правильно мыслит. Он хочет изучить жизненные достижения и свершения этого человека».

Комментарий. После задания делается анализ, выстраивается иерархия ценностей.

2) «Карта здоровья»

Цель: способствовать осознанию зависимости здоровья от собственного поведения и действий.

Инструкция: - Сначала начертите в тетради таблицу, состоящую из 3 граф: «Мои болезни, недостатки внешности, вредные привычки»; «Рекомендации врачей, специалистов, родителей»; «Мои действия».

В графу «Мои действия» могут входить, например, регулярное посещение врача, соблюдение режима дня, советов врача и родителей, занятия спортом, диета и другие действия.

Комментарий: это задание выполняется как домашнее; таблица заполняется дома.

3) «Что я знаю и чего я не знаю»

Цель: способствовать осознанию ценности здорового образа жизни.

Инструкция: Психолог - Употребление алкоголя, наркотиков, курение имеют для человека, как правило, немало отрицательных последствий. Можно сказать, целый букет. Остановимся на отдельных его «цветочках».

1. Эти вредные привычки делают человека нездоровым (например, курение ослабляет возможности дыхания) и непривлекательным (желтые зубы при курении, затуманенный взгляд при приеме алкоголя).

2. Эти привычки стоят немалых денег.

3. Алкоголь и наркотики могут привести к нарушению закона (вождение автомобиля в нетрезвом состоянии, хулиганство и т.д.).

4. Эти привычки подрывают доверие к человеку со стороны окружающих (например, из-за того, что такой человек постоянно забывает что-то важное).

5. Они могут просто погубить того, кто им подвержен (например, смерть от болезни сердца, рака легких, автокатастрофы в состоянии опьянения).

Запишите в своей тетради название теста «Что я знаю и чего я не знаю» и проставьте по вертикали числа от 1 до 19. Сейчас я буду зачитывать вслух некоторые суждения, касающиеся наркотических веществ.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Программа первичной профилактики авитальной активности подростков

Если Вы считаете утверждение истинным, то рядом с его порядковым номером пишете слово «верно», если ложным – «неверно».

Тест

- 1 Выписываемые врачами наркотические лекарства безопасны.
- 2 Ничего страшного нет в том, чтобы смешивать лекарства друг с другом.
- 3 Табак в сигаретах не является наркотиком.
- 4 Однажды употребивший наркотики – навсегда наркоман!
- 5 Кофе – наркотик!
- 6 Наркотики не влияют на течение беременности.
- 7 Алкоголь является нарковеществом.
- 8 Люди, которые злоупотребляют наркотиками, вредят лишь себе.
- 9 Большинство алкоголиков – пропавшие люди и лентяи.
- 10 Можно стать алкоголиком, употребляя только одно пиво.
- 11 Черный кофе и холодный душ очень хорошо отрезвляют человека.
- 12 На равное количество какого-либо наркотика все люди реагируют одинаково.
- 13 Алкоголики пьют ежедневно.
- 14 Если родители не пьют, их дети тоже не будут пить.
- 15 Алкоголь не повышает температуру тела.
- 16 Алкоголь - это стимулирующее, возбуждающее средство.
- 17 Большинство лекарств безопасны, например аспирин.
- 18 Пока человек не «колется», он не наркоман.
- 19 Наркотики разрешают личные проблемы.

Комментарий: психолог зачитывает правильные ответы и просит их сравнить со своими.

1 – неверно. Выписываемые наркотические вещества – это наркотики, которые назначаются конкретному лицу при конкретной болезни в конкретное время. Эти наркотики, употребляемые другим лицом в другое время или в сочетании с другими наркотиками, такими как алкоголь, опасны.

2 – неверно. Употребление более чем одного лекарства за один прием может быть крайне рискованным. Это может дать непредсказуемый результат. Нередко смерть человека наступает из-за смешивания разных нарковеществ, включая алкоголь.

3– неверно. Табак содержит никотин и является наркотиком, который вызывает зависимость. Табак учащает пульс, сужает кровеносные сосуды, уменьшает аппетит и изменяет нормальные функции организма.

4 – неверно. Люди, которые пристрастились к наркотикам или контролируют употребление алкоголя, могут изменить свое поведение при условии специального лечения и воспитания.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Программа первичной профилактики авитальной активности подростков

5 – верно. Кофе содержит наркотик – кофеин, который является стимулятором для нервной системы и мозга.

6 – неверно. Все наркотики, включая алкоголь, сигареты, барбитураты и многие др., имеют опасное воздействие на беременность.

7 – верно. Систематическое употребление алкоголя приводит к физической и психической зависимости от него.

8 – неверно. Кроме себя они причиняют боль и вред своим семьям и друзьям, коллегам по работе и многим другим.

9 – неверно. Около 95-98% алкоголиков – обычные люди, которые работают, имеют семьи.

10 – верно. Не имеет значения, какой тип алкоголя употребляет человек. Предрасположенность к тому, чтобы стать алкоголиком, зависит от особенностей личности. Пиво содержит этиловый спирт, но в меньшем количестве, чем вино или водка. Поэтому люди, пьющие пиво, должны больше его выпить, чтобы опьянеть.

11 – неверно. Единственное, что может отрезвить человека, – это время. Избавление организма от 30 г алкоголя занимает у печени примерно один час работы.

12 – неверно. Реакция на наркотик очень индивидуальна. Она зависит от многих факторов, включая общее состояние здоровья, вес тела, возраст, толерантность (переносимость), способ приема наркотика и даже мировоззрение. Большинство доз наркотиков рассчитано, как правило, на мужчин 20-30 летнего возраста, поэтому взрослая доза будет слишком сильной (а потому и опасной для жизни) для детей или старшекласников.

13 – неверно. Некоторые алкоголики выпивают только по выходным дням, некоторые - не пьют (воздерживаются) месяцами. Но нередко бывает так, что, как только алкоголик выпьет, он уже не может остановиться.

14 – неверно. Молодые люди принимают собственные решения, исходя из того, чему они научились в семье, на улице и в школе.

15 – верно. Алкоголь понижает температуру тела, он вызывает у пьющих ощущение тепла, поскольку кровь приливает к поверхности кожи. Когда это происходит, температура тела понижается, поскольку тепло поверхности тела легко утрачивается.

16 – неверно. Алкоголь- это депрессант. Он отрицательно влияет на рассудительность и самоконтроль.

17 – неверно. Даже общеупотребляемые лекарства типа аспирина могут быть вредными для здоровья. Любое лекарство, если оно употребляется неправильно или не по назначению, может быть опасным.

18 – неверно. Люди принимают наркотики разными способами.

Зависимость возникает не от способа принятия наркотика, а от него самого.

19 – неверно. У людей всегда имеются проблемы, и обращение к наркотикам их не разрешает, а скорее порождает новые. Не наркотики разрешают проблемы, а люди.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Программа первичной профилактики авитальной активности подростков

БЛОК 2. Поддержание и развитие физического здоровья

Физическое здоровье человека – это естественное состояние организма, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. Основным фактором физического здоровья человека является его образ жизни. Здоровый образ жизни – это разумное поведение человека, включающее: оптимальный режим сна и бодрствования; оптимальное соотношение труда и отдыха; правильно рассчитанная физическая активность; отказ от вредных привычек; сбалансированное питание; позитивное мышление.

Для оптимального режима сна и бодрствования необходимо соблюдать восьми часовой сон, восьми часовую работу (учеба), и восемь часов на занятия личными делами, хобби и так далее.

Правильно рассчитанная физическая активность включает в себя занятия физической культурой. Важно соотносить физические возможности подростка и уровень сложности выполняемых упражнений. Существует несколько типов физкультуры:

- базовая – направлена на приобретение основных жизненно важных физических качеств;
- спорт – соревновательная деятельность, основанная на использовании физических упражнений;
- оздоровительно-реабилитационная – это использование физических упражнений в качестве лечения и восстановления функций организма (лечебная и адаптивная физкультура);
- гигиеническая – различные формы физкультуры в бытовых рамках (утренняя гимнастика, прогулки и другие упражнения, не связанные со значительными нагрузками);
- рекреативная – туризм, походы выходного дня, физкультурно-спортивные развлечения.

Для их профилактики необходимо вести здоровый образ жизни, основу которого составляет физическое развитие. Регулярные занятия фитнесом, йогой, бегом, плаванием, катанием на коньках и другими видами физической культуры помогают поддерживать тело в хорошей форме и способствуют поддержанию позитивного настроения. Здоровый образ жизни отражает определенную жизненную позицию, направленную на развитие культуры и гигиенических навыков, сохранение и укрепление здоровья, поддержание оптимального качества жизни.

БЛОК 3. Развитие жизнеспособности

Жизнеспособность – это индивидуальная способность человека управлять собственными ресурсами: здоровьем, эмоциональной, мотивационно-волевой, когнитивной сферами, в контексте социальных культурных норм и средовых условий.

На уровне профилактики, включающей психологическую интервенцию можно взять за основу следующие упражнения, выполняемые в группе.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Программа первичной профилактики авитальной активности подростков

1) «Линия жизни»

Цель: способствовать сознательному осмыслению пройденного жизненного пути, диалектическому анализу прошлого, настоящего и будущего.

Инструкция: «Нарисуйте линию своей жизни, включая прошлое, от рождения до сегодняшнего дня, и будущее, как Вы представляете его себе. Разделите ее на три части, соответствующие Вашему прошлому, настоящему и будущему. Поставьте значок, где Вы находитесь сейчас.

Какая часть жизни уже пройдена, какая - впереди? Поделитесь своими мыслями о прошлом (запишите их под отрезком «Прошное»).

Где Ваши истоки, что происходило в детстве, в ранние годы? Что происходит в настоящем? Что Вас занимает, увлекает сейчас? (Запишите это под отрезком «Настоящее»).

Что будет в Вашем будущем? Ваши цели и мечты? (Запишите их под отрезком «Будущее»).

На отдельном листе, разделенном пунктиром посередине на верхнюю и нижнюю половины, отметьте точку сегодняшнего дня».

Комментарий. Если линия заходит за пунктир на верхнюю половину, это связано с позитивными событиями жизни, с успехи и радостями. Если линия ниже пунктира, это отражает неудачи, горе, негативный опыт. При обсуждении обращается внимание, на что ориентируется человек - линия находится больше в верхней или нижней части листа; насколько много перепадов линии; диапазон отклонений от горизонта – это трудности и радости, но это и богатый опыт, который можно учесть, чтобы двигаться вперед более успешно.

2) «Зажим»

Цель: снятие психофизиологических «зажимов» и формирование приемов релаксации.

Инструкция: Участники садятся в заведомо неудобную позу. При этом в определенных мышцах или суставах возникает локальное напряжение, «зажим». Необходимо в течение нескольких минут точно выделить область зажима и снять его, расслабиться.

Комментарий. Итоги обсуждаются: участники делятся своими впечатлениями и ощущениями.

Считаем не допустимым использование данного упражнения. Упражнения по телесно-ориентированной психотерапии имеют право проводить только специалисты, имеющие сертификат соответствующего.

3) «Прощание со страхами»

Цель: формирование способности осознавать свои страхи; поиск внутренних и внешних ресурсов.

Инструкция:

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Программа первичной профилактики авитальной активности подростков

«Возьмите отдельные листочки бумаги и запишите свои основные страхи – то, чего вы больше всего боитесь в жизни. Соберемся все в большой круг и устроим костер из записок со страхами! После этого надо развеять пепел страхов по Вселенной».

Комментарий. «Ритуал» прощания со страхами должен быть торжественным. Необходимо подготовить железный таз либо выйти на улицу (второй вариант предпочтительнее).

БЛОК 4. Развитие социального функционирования подростка в обществе: обучение навыкам эффективного общения, критического мышления, принятия ответственных решений

В старшем подростковом и юношеском возрасте продолжает формироваться отношение к себе. Это специфическая образующая самосознания, важный внутренний фактор формирования личности, обеспечивающий её целостность и единство. Активное формирование самосознания и рефлексии рождает массу вопросов о жизни и о себе. Принятие себя очень важно, поскольку это основа того, что человек уверен в себе, готов к новым достижениям, устремлен к новым целям.

Принятие окружающих необходимо для успешной социализации, вхождении в общество, успешного общения. В процессе общения возникают конфликты, происходит переоценка ценностей, удовлетворяется потребность в признании и формируется стремление к самоутверждению. В целом, можно говорить о том, что признание других происходит через признание себя, уважение к себе является основой для уважения других людей. Познание себя происходит через познание других подростков.

На уровне профилактики, включающей психологическую интервенцию можно взять за основу следующие упражнения, выполняемые в группе.

1) «Конфликтная ли Вы личность?»

Цель: способствовать определению качеств, необходимых для продуктивного общения.

Инструкция: «Чтобы узнать, конфликтная ли Вы личность, воспользуйтесь тестом, выбрав по одному ответу на каждый его вопрос».

Тест

1 В общественном транспорте начался спор на повышенных тонах. Ваша реакция:

- а) не принимаю участия;
- б) кратко высказываюсь в защиту стороны, которую считаю правой;
- в) активно вмешиваюсь, чем «вызываю огонь на себя».

2 Выступаете ли Вы на классных часах (или в компании друзей) с критикой учителей или других учеников:

- а) нет;
- б) только если имею для этого веские основания;
- в) критикую по любому поводу не только учителей, но и тех, кто их защищает.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Программа первичной профилактики авитальной активности подростков

3 Часто ли спорите с друзьями:

- а) только если это люди необидчивые;
- б) лишь по принципиальным вопросам;
- в) споры – моя стихия.

4 Иногда приходится стоять в очереди. Как Вы реагируете, если кто-то пытается обойти тех, кто стоит впереди:

- а) возмущаюсь в душе, но молчу - себе дороже;
- б) делаю замечание;
- в) прохожу вперед и начинаю наблюдать за порядком.

5 Дома на обед подали недосоленное блюдо. Ваша реакция:

- а) не буду поднимать бучу из-за пустяков;
- б) молча возьму солонку;
- в) не удержусь от едких замечаний и, быть может, демонстративно откажусь от еды.

6 Если на улице, в транспорте Вам наступили на ногу:

- а) с возмущением посмотрю на обидчика;
- б) сухо сделаю замечание;
- в) выскажусь, не стесняясь в выражениях.

7 Если кто-то из близких купил вещь, которая Вам не понравилась:

- а) промолчу;
- б) ограничусь коротким тактичным комментарием;
- в) устрою скандал.

8 Не повезло в лотерее. Как Вы к этому отнесетесь:

- а) постараюсь казаться равнодушным, но в душе дам себе слово никогда больше не участвовать в ней;
- б) не скрою досаду, но отнесусь к происшедшему с юмором, пообещав взять реванш;
- в) проигрыш надолго испортит настроение.

Инструкция. Подсчитайте сумму очков, исходя из того, что ответ на каждый пункт «а» – 4 очка, «б» – 2 очка, «в» – 0 очков.

От 22 до 32 очков: Вы тактичны и миролюбивы, ловко уходите от споров и конфликтов, избегаете критических ситуаций в школе и дома.

От 12 до 20 очков: Вы слывете человеком конфликтным. Но самом деле Вы конфликтуете, если нет иного выхода и другие средства исчерпаны. Вы твёрдо отстаиваете свое мнение, не думая о том, как это отразится на Вашем положении или приятельски отношениях. Всё это вызывает к Вам уважение.

До 10 очков: споры и конфликты – это воздух, без которого Вы не можете жить. Вы любите критиковать других, но если услышите замечание в свой адрес, становитесь неуправляемым. Ваша критика ради критики, а не для пользы дела.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Программа первичной профилактики авитальной активности подростков

Этот тест имеет научно-популярный характер. Не стоит на 100% доверять его результатам. Но задуматься о том, какого человека мы называем конфликтным, наверное, стоит.

1) «Эмиграция»

Цель: способствовать открытию в себе сильных сторон, т.е. таких качеств, навыков, умений, которые человек принимает и ценит, которые дают ему чувство внутренней устойчивости и доверия к самому себе.

Инструкция: «Предположим, что Вам по каким-либо причинам необходимо переехать в другую страну. Подумайте и письменно ответьте на следующие вопросы:

1 сколько человек и кто конкретно пожалеет об этом? Почему? Что связывает Вас с этими людьми?

2 кого, может быть, обрадует ваш переезд в другую страну? Почему? В чем причина такого отношения к вам? Пытались ли Вы что-либо изменить в Ваших отношениях с этими людьми, а может быть, в себе?

Составьте два перечня имен доброжелателей и недругов .

Комментарий. После окончания работы можно предложить прокомментировать свои записи.

2) «Кино»

Цель: способствовать осмыслению собственного образа будущего, ценностей жизни.

Инструкция: «Представьте, что о вас, когда вам исполнилось 20 лет, сняли фильм. И сейчас каким – то чудом вам удалось его посмотреть. Расскажите, как вы - главный герой фильма - выглядите, чем занимаетесь и т.п. Нарисуйте кадры из фильма».

Комментарий. Обсуждение может быть организовано по предложенным ведущим примерным вопросам: «Довольны ли вы этим фильмом?»; «Что вам там понравилось больше всего?»; «Есть там что-то, что вам не понравилось?»; «Если вы не совсем довольны, то что бы вы хотели изменить в своем образе будущего?»; «Что вам нужно для этого сделать?» И т.д.

К составляющим феномена жизнестойкости относятся: волевые качества, социальная и витальная компетентность, стремление к саморазвитию, высокий уровень самоконтроля, коммуникативные способности. Основная задача педагогической профилактики авитальной активности – разработка методов формирования жизнестойкости.

БЛОК 5. Формирование жизнестойкости.

Жизнестойкость – это система убеждений о себе, мире, отношениях с ним, которые позволяют человеку выдерживать и эффективно преодолевать стрессовые ситуации.

Методы формирования жизнестойкости:

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Программа первичной профилактики авитальной активности подростков

- целенаправленное включение несовершеннолетних в такие виды деятельности, которые требуют преодоления трудностей (трудовая, спортивная, игровая) и развивают волевое начало;

- формирование опыта рефлексии собственного поведения в стрессовых ситуациях, развитие коммуникативных способностей на основе тренингов, деловых и ролевых игр;

- обучение способам релаксации, психической и физиологической саморегуляции;

- освоение подростками опыта принятия решений в экстремальных ситуациях;

- снижение конфликтности личности через проигрывание противоречивых ситуаций с их последующим конструктивным разрешением;

- развитие социальной и витальной компетентности, навыков целеполагания и целедостижения.

Одно из необходимых требований работы с подростком – неупоминание терминов «суицид», «самоубийство», «лишение себя жизни», «авитальная активность», поскольку это может подтолкнуть юношу или девушку, находящихся в острой психотравмирующей ситуации, к роковому решению.

На уровне профилактики, включающей психологическую интервенцию можно взять за основу следующие упражнения, выполняемые в группе.

1) «Искусство достойного отказа»

Цель: информирование о возможностях бесконфликтного общения, развитие коммуникативных способностей.

У участников спрашивают, часто ли и при каких обстоятельствах в повседневной жизни им приходится говорить «нет» и всегда ли это легко. При каких обстоятельствах, в каком окружении это сделать труднее? Затем на темы, предложенные самими участниками (ситуации отказа, которые вызывают трудности) разыгрываются сценки.

Обсуждение: Совместно с группой вырабатываются приемлемые правила достойного отказа:

- твердо, но доброжелательно и спокойно говорить «нет», не вступая в препирательства, споры;

- соглашаться с доводами, но при этом стоять на своем;

- мягко прекратить разговор;

- привести собеседнику свои аргументы;

- предложить компромисс.

Правила хорошего слушания:

- полностью сконцентрируй свое внимание на собеседнике, обращай внимание не только на слова, но и на позу, мимику, жестикуляцию;

- проверяй, правильно ли ты понял слова собеседника;

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Программа первичной профилактики авитальной активности подростков

- не давай советов;
- не давай оценок.

2) «Просьба»

Цель: развитие коммуникативных способностей, приобретение навыка социальной компетентности.

Инструкция: «Как много зависит от того, как попросить человека о каком-то одолжении, каким тоном, в какой обстановке, с каким настроением вы изложите свою просьбу. От этого по существу зависит – «быть или не быть». А между тем, существует совсем небольшое количество приемов, которые могут значительно повысить вероятность выполнения вашей просьбы. Ну, давайте попробуем.

Выберите себе партнера и пока, в порядке шутки, попросите его о чем-нибудь. Попросите у него на время, например, очки, авторучку. Можно что-то более существенное, можно попросить о каком-то одолжении с его стороны, но все зависит от той формы, в которой вы изложите свою просьбу. Собеседники всегда ценят тактичность, дипломатичность, а также оригинальность и находчивость. Трудно отказать в просьбе, если она исходит от друга, а ведь можно создать дружеское расположение к себе и у совсем незнакомого человека. Если ваша просьба будет начинаться с комплимента, упоминания заслуг того, к кому вы обращаетесь, его авторитета и значимости, ваши шансы повышаются. Это, конечно, размягчит сердце партнера. Известно, что когда к мужчине обращается с просьбой женщина, можно ожидать большего успеха. Если за просьбой следует тут же, еще до получения ответа, косвенная признательность, благодарность за предстоящую услугу, уже трудно отказать. Итак, давайте попробуем. Выберите себе партнера, подойдите к нему, присядьте рядом и попробуйте, может быть, начиная издали, попросить у него что-нибудь. Пожалуйста, начали. Теперь просьба каждому - подойти к ведущему со своими трофеями. Разумеется, их придется вернуть, но первенство все равно сохранится за тем, кто набрал больше всего трофеев».

3) «Ладонка» (Грецов)

Описание упражнения: каждый участник кладет на лист бумаги свою ладонь с разведенными в стороны пальцами и обводит ее контур. После этого предлагается в контуре, изображающем каждый из пальцев, написать какую-либо собственную цель, которую хотелось бы достигнуть в ближайшие три года («ваши пальцы показывают на то, чего вам хочется достигнуть»). А на самой ладонке – то, на кого или на что можно опереться при достижении этой цели, кто или что поможет на пути к ней («за что можно ухватиться ладошкой, продвигаясь к своим целям»).

Психологический смысл упражнения. Одна из техник уточнения целей и осознания ресурсов, которые могут помочь в достижении задуманного.

Обсуждение. Каждый из участников говорит, что нового он понял о себе в процессе выполнения этого упражнения.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Программа первичной профилактики авитальной активности подростков

По желанию участники также могут продемонстрировать свои рисунки группе и более подробно рассказать, какие именно цели они поставили и на что могут опереться при их достижении. Далее можно поговорить о барьерах личностного роста.

4) «Счастливое место».

Перед выполнением: упражнение пригодится, когда нужно привести себя в порядок – успокоить дыхание, расслабиться, настроиться на позитивный лад.

Выполнение: выберите спокойное, тихое место. Сядьте поудобнее. Закройте глаза и вспомните или представьте место, в котором вам хорошо. Это может быть конкретное место (любимый уголок города, кафе, парк, место в доме, какая-то улица) или же абстрактное – лес, море, горы, озеро, пляж. Постарайтесь представить счастливое место как можно более конкретно, осязаемо, детально. Мысленно перенеситесь туда.

Какая там стоит погода? Светит ли там солнце, лаская кожу? Или идет теплый дождик, распространяя запах свежести? Может быть, неподалеку работает булочная, где выпекают хлеб, или бармен варит ароматный кофе? Постарайтесь почувствовать запахи счастливого места.

Какие цвета есть в счастливом месте? Какого цвета фасады, небо, деревья, земля под ногами?

Кто или что вас там окружает? Какие звуки вы слышите?

Изучите счастливое место как следует. Побудьте там. Постепенно ощутите себя полноправным жителем счастливого места. Наслаждайтесь спокойствием, уютом и свободой.

Когда безмятежность окутает вас с ног до головы, сделайте несколько глубоких вдохов-выдохов. Откройте глаза, но еще на несколько минут останьтесь «там». Не спешите удирать из счастливого места. Посмакуйте то, что вам нравится в счастливом месте больше всего. Поблагодарите его за то, что оно вообще есть – хоть вправду, хоть только в вашем воображении.

Неторопливо вернитесь в реальность.

После выполнения: упражнение рекомендуется выполнять регулярно, особенно когда вы чувствуете усталость, когда забегались и «сбили» дыхание, когда вы в стрессе и в голову лезут навязчивые мысли.

5) «Замечая любовь» (домашнее задание).

Цель: развитие самопринятия, повышение эмоционального фона.

Перед выполнением: это упражнение не предполагает жестких инструкций, четкого времени выполнения и, больше того, не обещают конкретных результатов. Это, скорее, упражнения-наблюдения, направленные на принятие себя и на пробуждение любви.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Программа первичной профилактики авитальной активности подростков

Выполнение: цель упражнения – заметить и сказать «спасибо» всем проявлениям и знакам любви, которые есть в вашей жизни. Что для этого требуется? Только наблюдательность и открытое сердце.

Попробуйте в течение одного дня обращать внимание на все знаки любви, которые посылает вам Вселенная. Они могут приходиться в виде улыбки прохожего, неожиданного приятного звонка, минут удовольствия в теплой ванне, за разговором с другом или в объятиях любимого человека, случайной встречи, удачного завершения какого-то дела, вкусной еды или солнечного луча. Знаки любви могут быть явными и совсем крошечными, но открытое сердце заметит и их.

Всякий раз, как промелькнет хоть капелька любви, мысленно скажите «спасибо» Вселенной, жизни и человеку, нечаянно или намеренно подарившему ее.

Пусть ваша благодарность будет искренней.

Постарайтесь поверить в то, что через такие любовные «послания» Вселенная дает вам знать: вы уникальны, ваша жизнь имеет ценность, вы любимы.

В конце дня, перед сном, вспомните все знаки любви, которые вы заметили. Вы удивитесь, как много их на самом деле было! Как щедра Вселенная на проявления любви и нежности!

Не забудьте поблагодарить себя самого за то, что вы были так наблюдательны и открыты, что вы прожили хороший день, что вы у себя есть.

После выполнения: повторяйте эту практику время от времени, в хорошем настроении, в неторопливые дни, пока жить с принятием любви и с открытым сердцем не войдет у вас в привычку. У одного человека это займет больше времени, у другого меньше, но дар видеть и принимать любовь обязательно проявится у каждого, кто хочет этого. Открыв в себе этот дар, вы постепенно нащупаете в себе и другой талант – давать любовь.

Диагностические признаки авитальной активности:

1 Уход в себя. Стремление побыть наедине с собой естественно и нормально для каждого человека. Но будьте начеку, когда замкнутость, обособление становятся глубокими и длительными, когда человек уходит в себя, сторонится вчерашних друзей и товарищей. Авитальные подростки часто уходят в себя, сторонятся окружающих, замыкаются, подолгу не выходят из своих комнат. Они включают музыку и выключаются из жизни.

2 Капризность, привередливость. Каждый из нас время от времени капризничает, хандрит. Это состояние может быть вызвано погодой, самочувствием, усталостью, служебными или семейными неурядицами и т.п. Но когда настроение человека чуть ли не ежедневно колеблется между возбуждением и упадком, налицо причины для тревоги. Существуют веские свидетельства, что подобные эмоциональные колебания являются предвестниками смерти.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Программа первичной профилактики авитальной активности подростков

3 Депрессия. Это глубокий эмоциональный упадок, который у каждого человека проявляется по-своему. Некоторые люди становятся замкнутыми, уходят в себя, но при этом маскируют свои чувства настолько хорошо, что окружающие долго не замечают перемен в их поведении. Единственный путь в таких случаях – прямой и открытый разговор с человеком

4 Агрессивность. Многим актам самоубийства предшествуют вспышки раздражения, гнева, ярости, жестокости и окружающим. Нередко подобные явления оказываются призывом подростка обратить на него внимание, помочь ему. Однако подобный призыв обычно дает противоположный результат – неприязнь окружающих, их отчуждение от подростка. Вместо понимания человек добивается осуждения со стороны товарищей.

5 Саморазрушающее и рискованное поведение. Некоторые авитальные подростки постоянно стремятся причинить себе вред, ведут себя «на грани риска». Где бы они ни находились – на оживленных перекрестках, на извивающейся горной дороге, на узком мосту или на железнодорожных путях – они везде едут на пределе скорости и риска.

6 Потеря самоуважения. Молодые люди с заниженной самооценкой или же относящиеся к себе и вовсе без всякого уважения считают себя никчемными, ненужными и нелюбимыми. Им кажется, что они аутсайдеры и неудачники, что у них ничего не получается и что никто их не любит. В этом случае у них может возникнуть мысль, что будет лучше, если они умрут.

7 Изменение аппетита. Отсутствие его или, наоборот, ненормально повышенный аппетит тесно связаны с саморазрушающими мыслями и должны всегда рассматриваться как критерий потенциальной опасности. Подростки с хорошим аппетитом становятся разборчивы, те же, у кого аппетит всегда был плохой или неважный, едят «в три горла». Соответственно, худые подростки толстеют, а упитанные, наоборот, худеют.

Изменение режима сна. В большинстве своем подростки спят целыми днями; некоторые же, напротив, теряют сон и превращаются в «сов»: допоздна они ходят взад-вперед по своей комнате, некоторые ложатся только под утро, бодрствуя без всякой видимой причины.

8 Изменение успеваемости. Многие учащиеся, которые раньше учились на «хорошо» и «отлично», начинают прогуливать, их успеваемость резко падает. Тех же, кто и раньше ходил в отстающих, теперь нередко исключают из школы.

9 Внешний вид. Известны случаи, когда подростки перестают следить за своим внешним видом. Подростки, оказавшиеся в кризисной ситуации, неопрятны, похоже, им совершенно безразлично, какое впечатление они производят.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Программа первичной профилактики авитальной активности подростков

10 Раздача подарков окружающим. Некоторые люди, планирующие суицид или суицидальную попытку предварительно раздают близким, друзьям свои вещи. Как показывает опыт, эта зловещая акция – прямой предвестник грядущего несчастья. В каждом таком случае рекомендуется серьезная и откровенная беседа для выяснения намерений потенциального суицидента.

11 Приведение дел в порядок. Одни подростки будут раздавать свои любимые вещи, другие сочтут необходимым перед смертью «привести свои дела в порядок».

12 Психологическая травма. Каждый человек имеет свой индивидуальный эмоциональный порог. К его слому может привести крупное эмоциональное потрясение или цепь мелких травмирующих переживаний, которые постепенно накапливаются. Расставание с родными, домом, привычным укладом жизни, столкновение со значительными физическими и моральными нагрузками, незнакомая обстановка и атмосфера могут показаться человеку трагедией его жизни. Если к этому добавляется развод родителей, смерть или несчастье с кем-либо из близких, личные невзгоды, у него могут возникнуть мысли и настроения, чреватые суицидом.

13 Перемены в поведении. Внезапные, неожиданные изменения в поведении человека должны стать предметом внимательного наблюдения. Когда сдержанный, немногословный, замкнутый человек неожиданно начинает много шутить смеяться, болтать, стоит присмотреться к нему. Такая перемена иногда свидетельствует о глубоко переживаемом одиночестве, которое человек стремится скрыть под маской веселья и беззаботности. Другим тревожным симптомом является снижение энергетического уровня, усиление пассивности, безразличие к общению, к жизни. Подростки, которые переживают кризис, теряют интерес ко всему, что раньше любили. Спортсмены покидают свои команды, музыканты перестают играть на своих музыкальных инструментах, те же, кто каждое утро делал пробежку, к этому занятию остывают. Многие перестают встречаться с друзьями, избегают старых компаний, держатся обособленно.

14 Угроза. Как правило, подростки прямо или косвенно дают своим друзьям и близким понять, что собираются уйти из жизни. Прямую угрозу не переосмыслить, различным толкованиям она не поддается. «Я собираюсь покончить с собой», «В следующий понедельник меня уже не будет в живых». Косвенные угрозы, многозначительные намеки уловить труднее. Косвенные угрозы нелегко вычислить из разговора, иногда их можно принять за самые обыкновенные «жалобы на жизнь», которые свойственны всем нам, когда мы раздражены, устали или подавлены.

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Е

Программа первичной профилактики авитальной активности подростков

15 Любое высказанное стремление уйти из жизни должно восприниматься серьезно. Эти заявления можно интерпретировать как прямое предупреждение о готовящемся самоубийстве. В таких случаях нельзя допускать черствости, агрессивности к подростку, которые только подтолкнут его к исполнению угрозы. Напротив, необходимо проявить выдержку, спокойствие, предложить ему помощь, консультацию у специалистов.

16) Словесные предупреждения. Не исключено, что ваш родственник или знакомый задумал совершить самоубийство, если он произносит фразы типа: «Я решил покончить с собой». – «Надоело. Сколько можно! Сыт по горло!», «Лучше умереть», – «Пожил и хватит», – «Ненавижу всех и всё!», «Ненавижу свою жизнь!», – «Единственный выход умереть!», – «Больше не могу!», – «Больше ты меня не увидишь!», – «Ты веришь в переселение душ? Когда-нибудь, может, и я вернусь в этот мир!», – «Если мы больше не увидимся, спасибо за всё!», – «Выхожу из игры, надоело!».

17) Активная предварительная подготовка: собирание отравляющих веществ и лекарств, боевых патронов, рисунки с гробами и крестами, разговоры о суициде как о легкой смерти, посещение кладбищ и красочные о них рассказы, частые разговоры о загробной жизни.