

Для подтверждения наличия или отсутствия взаимосвязи между уровнем социального интеллекта и коммуникативной компетентности личности был использован метод корреляционного анализа Спирмена. Был сделан вывод о значимой корреляции. Можно говорить, что связь между данными методиками умеренная и прямая.

Таким образом, анализируя полученные эмпирические данные, можно утверждать, что у студентов преобладают средние уровневые показатели развития жизненной успешности. Данное понятие включает в себя:

1) объективную успешность жизни – это совокупность реальных достижений за какой-то период жизни, значимость которых соизмерима с социальными стандартами успешного человека и может быть оценена и суммирована другими людьми;

2) объективно-субъективную жизненную успешность – это совокупность реальных достижений за какой-то достаточно протяженный период жизни, перечень которых выделяет и значимость которых оценивает и соизмеряет с жизненной успешностью других людей и социальными стандартами успешности сам человек;

3) субъективную жизненную успешность – это интегральная оценка успешности жизни человека без выделения конкретных событий и их оценки с точки зрения социальных стандартов успешности, а соизмеримая только с субъективными представлениями человека об успешности жизни.

Изучение взаимосвязи социального интеллекта и коммуникативной компетентности личности позволяет сделать вывод, что чем выше уровень развития социального интеллекта, тем выше показатели развитости коммуникативной компетентности, что характеризует гибкость в деятельности и установках, развитое чувство эмпатии, жизнерадостность, общительность, смелость, решительность, социальную проницательность.

Литература

1 Михайлова, Е. С. Методика исследования социального интеллекта (Адаптация теста Дж. Гилфорда и М. Салливена): руководство по использованию / Е. С. Михайлова. – Санкт-Петербург : Питер, 1996. – 53 с.

УДК 316.622:616.89-008.441.44

А. В. Родичева

ФАКТОРЫ РИСКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Статья посвящена изучению факторов, влияющих на развитие суицидального риска. Рассмотрено влияние первичных, вторичных, третичных факторов на развитие суицидального риска. Проанализировано поведение, предшествующее надвигающемуся суициду. Изучены факторы, удерживающие от суицида. Также рассмотрена специфика и суть работы при проведении профилактической работы в области суицидального поведения.

Актуальность исследования факторов риска суицидального поведения и разработка методов оценки суицидального риска не вызывает сомнений. Ежегодно около 800 000 человек совершают суицид. Во всем мире за прошедшие 45 лет количество самоубийств увеличилось на 60 %, и с годами число суицидов может возрасти. Возраст молодых людей, совершающих суицид, составляет от 14 до 29 лет [1].

Суицидом называется осознанное лишение себя жизни, заканчивающееся смертельным исходом. Основными причинами самоубийств являются аффективные

реакции, попытки покончить с эмоциональным напряжением и избавиться от крайне тяжелой психологической ситуации. Среди факторов, предшествующих развитию суицидального поведения, можно выделить:

I Первичные (психиатрические, соматические) факторы риска:

– Аффективные расстройства. Риск самоубийства становится на 15 % выше, если у человека депрессия либо биполярное расстройство. Однако часто при лечении антидепрессантами повышается риск самоубийства, так как оно улучшает психомоторное торможение при подавленном настроении. Депрессивные расстройства остаются фактором риска, особенно если они соответствуют следующим характеристикам: суицидальное поведение (угрозы, жесты, суицидальные мысли); хронические нарушения сна; агрессивность; заканчивающаяся депрессивная фаза; хроническое заболевание; алкоголизм; семейные проблемы в детстве и подростковом возрасте; эмоциональные потери; профессиональные или экономические трудности; религиозные убеждения.

– Шизофрения. Уровень суицидов среди людей, страдающих таким расстройством, составляет 10 % и 30 % попыток самоубийства. Это связано с бредовой активностью и депрессией. При шизофрении у взрослых считается, что существует две суицидальные группы: у пациентов усилились галлюцинации, бред, появились чувства разочарования и безнадежности и люди, которые испытывают симптомы тревоги, возбуждения.

– Соматическая патология. По данным исследований, примерно 70 % людей, совершающих самоубийство, страдают острым или хроническим заболеванием на момент смерти. Многие из этой группы имеют сочетание психического расстройства и соматического заболевания.

– Предыдущая попытка самоубийства. Лица совершавшие в прошлом суицидальные попытки склонны к их повторению, риск повторения особенно высок в течении 3-х месяцев после совершенного действия.

– Суицидальное поведение «значимых других». В некоторых случаях большое значение имеет копирование поведения эмоционально значимых лиц (родственников, друзей, кумиров, исторических личностей).

Также к пункту можно отнести расстройства личности (наиболее уязвимыми также являются пограничные расстройства); расстройство пищевого поведения; деменция и болезнь Паркинсона; самоубийство в семейном анамнезе [2].

II Вторичные (психосоциальные) факторы:

– детская травма (разлука, сексуальное или физическое насилие, потеря родителей). Наличие такой травмы может увеличить риск психических расстройств, включая посттравматическое стрессовое расстройство, депрессию и злоупотребление наркотиками;

– постоянные негативные жизненные события (безработица, изоляция);

– острые психосоциальные стрессоры (потеря близкого человека, жестокое обращение, серьезные финансовые или юридические проблемы);

– агрессивные и импульсивные черты личности [2].

Риски также выше, чем у тех, кто находится в социальной изоляции. Разведенные или овдовевшие люди подвергаются более высокому риску. Самый низкий риск у тех, кто состоит в браке.

III Третичные (демографические) факторы риска:

– Мужской пол. Мужчины совершают суицид в 3–6 раз чаще, чем женщины, однако последние склонны к более высокому уровню суицидальных попыток.

– Возраст. Максимальное число суицидальных попыток происходит в возрасте 20–29 лет, максимальное количество уровней суицидов приходится на возрастной период от 45 лет и выше.

– Группы меньшинств (родственники жертв самоубийств или стихийных бедствий, сексуальные меньшинства).

– Уязвимый период (весна / начало лета, юбилей).

Суицидальным случаям часто предшествуют поведенческие изменения (например, депрессия, низкая самооценка, нарушения сна или потеря аппетита, неспособность сосредоточиться, физические жалобы, суицидальные мысли, кардинальные изменения в поведении; замкнутость; снижение интереса к учебе, работе, досугу; человек раздаривает ценные для него вещи; сильные перепады настроения; повышенное употребление алкоголя или наркотиков). Вышеперечисленные факторы риска раннего выявления могут помочь в профилактике попыток суицида [2].

Если речь идет о профилактике и помощи, то непременно следует выделить и защитные факторы. Это факторы, которые делают человека менее склонным к самоубийству. Сильные социальные отношения могут означать силу удержания, будь то семья, друзья. Проанализировав данные, связанные с самоубийством, защитные факторы и факторы риска можно сделать вывод том, что психические расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, выявленные на ранних стадиях, являются одним из наиболее эффективных методов профилактики самоубийств и суицидального поведения.

Таким образом, суицидальное поведение определяется многими факторами. Оно включает как психопатологические, так и психологические механизмы, а также средовые и социальные факторы. Рост аутодеструктивных поведенческих тенденций требует тщательного анализа личности, сферы межличностных отношений, особенностей воспитания и других обстоятельств. Это необходимо для последующего формирования стратегий психосоциальной профилактики и адаптации, а также для выработки форм и способов психологической и социальной поддержки.

Литература

- 1 Всемирная Организация Здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <https://www.who.int/ru/news/item/>. – Дата доступа : 16.04.2022.
- 2 Дементьева, С. П. Профилактика суицидов: от теории к практике : учеб.-метод. пособие / С. П. Дементьева, Т. С. Лукашевич. – Гродно : ГрГУ, 2016. – 40 с.
- 3 Ласый, Е. В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения / Е. В. Ласый, С. В. Давидовский. – Минск : Бел. мед. акад. последиплом. образования, 2009. – 31 с.

УДК 316.362.1-055.62/-055.52:316.624:616.89-008.441.44-053.67

Д. Д. Светогор

ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ И ЮНОШЕЙ

Статья посвящена изучению взаимосвязи разных типов детско-родительских отношений и проявления суицидального поведения у подростков и юношей. Рассмотрены разные понятия и теории проявления суицидального поведения у подростков и юношей, стили детско-родительских отношений и факторы, из-за которых у ребенка может быть сформировано суицидальное поведение.

Современное общество так же рассматривает суицид как отклонение от нормального макета поведения, принятого в нём [1, с. 48]. Суицидальное поведение – термин, особенно