



Психология суицидального поведения

ЦППРиК г.Полевской



Самоубийство, суицид (лат. «себя убивать») -
умышленное лишение себя жизни.

Суицидальное поведение –
осознанные действия,
направляемые
представлениями о лишении
себя жизни.



- По сводкам станции Скорой помощи за неделю, в среднем около 10 подростков пытаются самостоятельно уйти из жизни.

Это, вероятно, связано с увеличением темпа нашей жизни, подростки, впрочем как и их родители, не справляются с кризисными ситуациями.



- “80% людей признают, что они “играли” идеями о суициде”.



- Желание умереть является частым среди детей, а суицидальные фантазии вполне естественны для обычных взрослых людей. Эти желания могут быть выражены по-разному: “Если бы я сейчас умер, мои родители пожалели бы, что относились ко мне так плохо”, “Лучше умереть, чем так дальше жить”, “Я устал от жизни”, “Вам без меня будет лучше”, “Вам не придется слишком долго меня терпеть”.



Именно такие высказывания используются в **пресуицидальных** беседах и записках. Угрозы могут превратиться в действия. Вместо пассивного принятия непреодолимых трудностей возникает активная декларация независимости: смерть от своих рук.

Жертва как будто кричит: “По крайней мере, я сумел сделать хотя бы это”.



- Ни одна группа, национальность или класс людей не свободны от этого “непростительного греха общества”. Хотя человек может ни разу не произнести слово “самоубийство”, означает ли это, что она или он полностью свободны от желания смерти? Люди имеют тенденцию к саморазрушению, которая различается лишь по степени выраженности или интенсивности проявлений от человека к человеку и от одного общества к другому.

- 
- В большинстве случаев мы встречались с недоумением взрослых по поводу суицида их детей и растерянность, так как, чаще всего пусковым моментом была, например, незначительная, по мнению взрослых, обида. А она являлась только вершиной айсберга непонимания, длительной фрустрации ребенка.

- 
- Часто задают вопрос о том, что можно сделать для подростка, который решил уйти из жизни и можно ли его переубедить.
 - Представление о том, что суицидента нельзя отвлечь от принятого им решения, базируется на неверном предположении о неотвратимости суицидального намерения у самоубийцы.



Э. Шнейдмана сам факт суицида трактуется как своеобразный призыв к окружающим, “крик о помощи”. Именно потребность суицидента в живом человеческом участии, готовность принять предлагаемую ему помощь служат основанием для возможности организовать профилактику самоубийств. В этом и состоит гуманистическая сущность суицидологической превенции.

Структура суицидального поведения



В структуре выделяют:

- собственно суицидальные действия (суицидальная попытка, завершённый суицид);
- суицидальные проявления (мысли, намерения, чувства, высказывания, намеки)



Типология суицидов

Истинный суицид

- направляется желанием умереть, не бывает спонтанным, хотя выглядит довольно неожиданным.

Демонстративный суицид

- не связан с желанием умереть, а является способом обратить внимание на свои проблемы, позвать на помощь, вести диалог.

Скрытый суицид (косвенное самоубийство)

- вид суицидального поведения, не отвечающий его признакам в строгом смысле, но имеющий ту же направленность и результат. (не открытый уход из жизни «по собственному желанию», а так называемое суицидально обусловленное поведение)



Виды суицидальных проявлений

- Самоубийства
- Попытки самоубийства (незавершенные суициды)
- Паросуицид (акт намеренного самоповреждения без смертельного исхода)



Период от возникновения
суицидальных мыслей до
попыток реализации называется
пресуицидом. Он может быть
острым и хроническим.



Суицидальное поведение

- Демонстративное
- Аффективное
- Истинное

ПСИХОДИАГНОСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ



- Почти каждый, кто всерьез думает о самоубийстве, так или иначе дает понять окружающим о своем намерении.
- Самоубийства не возникают внезапно, импульсивно, непредсказуемо или неизбежно. Они являются последней каплей в чаше постепенно ухудшающейся адаптации.
- Среди тех, кто намерился совершить суицид, от 70 до 75 % тем или иным образом раскрывают свои стремления. Иногда это будут едва уловимые намеки; часто же угрозы являются легко узнаваемыми.
- Очень важно, что 3/4 тех, кто совершает самоубийства, посещают значимых для них людей, своих врачей и работников социальных служб, до этого по какому-либо поводу в течение ближайших недель и месяцев. Они ищут возможности высказаться и быть выслушанными. Однако очень часто их не слушают.



Суицидальными людьми, в целом, руководят амбивалентные чувства. Они испытывают безнадежность, и в то же самое время надеются на спасение!

Риск суицида высок у людей:



- Фактор прогрессирования заболевания
- Экономические неурядицы, безработица
- Смерть любимого человека
- Развод и семейные конфликты
- Семейные факторы (суицид в семье)
- Эмоциональные нарушения (депрессивные состояния)
- Нарушение поведения
- Психические заболевания

Признаками эмоциональных нарушений являются:



- потеря аппетита или импульсивное обжорство, бессонница или повышенная сонливость в течение, по крайней мере, последних дней;
- частые жалобы на соматические недомогания (на боли в животе, головные боли, постоянную усталость, частую сонливость);
- необычно пренебрежительное отношение к своему внешнему виду;
- постоянное чувство одиночества, бесполезности, вины или грусти;
- ощущение скуки при проведении времени в привычном окружении или выполнении работы, которая раньше приносила удовольствия;
- уход от контактов, изоляция от друзей и семьи, превращение в человека одиночку;
- нарушение внимания со снижением качества выполняемой работы;
- погруженность в размышления о смерти;
- отсутствие планов на будущее;
- внезапные приступы гнева, зачастую возникающие из-за мелочей.



Нарушение поведения

У юношей наиболее явным намеком на суицидальные тенденции являются злоупотребление алкоголем и наркотиками. Около половины перед суицидом принимали лекарства, прописанные их родителям.

В среднем возрасте - это невозможность примириться или контролировать свою жизненную ситуацию, что часто проявляется в каком-либо психосоматическом заболевании. У пожилых людей признаком суицидальных мыслей могут быть разговоры об "отказе" от чего-либо.

Психические заболевания



- депрессия;
- неврозы, характеризующиеся беспричинным страхом, внутренним напряжением и тревогой;
- маниакально-депрессивный психоз;
- шизофрения;
- Каждый 1/4 суицидент - это больные, страдающие психозами, шизофренией и маниакально-депрессивным психозом. Больные, страдающие психотической депрессией, часто совершают суицидальные действия в начале и при затихании психоза.

Более всего восприимчивые к суициду



- предшествующие попытки к суициду;
- суицидальные угрозы, прямые или завуалированные;
- суициды в семье;
- алкоголизм;
- хроническое употребление наркотиков и токсических препаратов;
- аффективные расстройства, особенно тяжелые депрессии;
- хронические или смертельные болезни;
- тяжелые утраты, например, смерть супруга, особенно в течение первого года после потери;
- семейные проблемы: уход из семьи или развод;
- финансовые проблемы - потеря работы, банкротство, утрата фермы;



Суицидально опасная референтная группа

- молодежь: с нарушением межличностных отношений, “одиночки”, злоупотребляющие алкоголем или наркотиками, отличающиеся девиантным или криминальным поведением, включающим физическое насилие;
- гомосексуалисты;
- заключенные в тюрьмах;
- ветераны войн и локальных конфликтов;
- врачи и представители других профессий, находящиеся в расцвете своей карьеры, сверхкритичные к себе, но часто злоупотребляющие наркотиками или страдающие от недавно испытанных унижений или трагических утрат;
- люди зрелого возраста, которые фрустрированы несоответствием между ожидавшимися успехами в жизни и реальными достижениями;
- пожилые люди, страдающие от болезней или покинутые окружением.

ТИПЫ ЛИЧНОСТНОГО СМЫСЛА:



- 1. Протест, месть.
- 2. Призыв.
- 3. Избегание (наказания, страданий).
- 4. Самонаказание.
- 5. Отказ.



Постсуицидальное состояние

По отношению к суициду:

1. Критический.
2. Манипулятивный.
3. Аналитический.
4. Суицидально-фиксированный

1. Критический.



1. Конфликт утратил свою значимость, суицид привел к разрядке напряжения.
2. Суицидального мотива нет.
3. Отношение к совершенной попытке - чувство стыда и страха. Понимание того, что это не изменяет положения, не разрешит ситуации. Вероятность повторения - минимальная.

2. Манипулятивный.



1. Актуальность конфликта уменьшилась из-за благоприятного воздействия на окружающих.
2. Суицидальных тенденций нет.
3. Отношение - легкое чувство стыда и страх перед смертью. Отчетливое закрепление данного поведения для достижения своих целей. Вероятность повторения высока.

3. Аналитический.



1. Конфликт по-прежнему актуален.
2. Суицидальных тенденций нет.
3. Отношение - раскаяние. Поиски иных путей решения. Вероятность повторения возрастает, если другой путь разрешения конфликта не будет найден.



4. Суицидально - фиксированный.

1. Конфликт актуален.
2. Суицидальные тенденции сохраняются.
3. Отношение к суициду положительное.



суицидальное поведение есть
следствие социально-
психологической дезадаптации
личности в условиях
переживаемого
микросоциального конфликта.



Среди суицидентов различаются две категории.

Первую из них составляют лица **с низким уровнем социализации**. Для них характерна не только социально-психологическая дезадаптация, т.е. нарушения в сфере межличностных отношений, но и социальная неприспособленность к требованиям общества, которая проявляется в неумении или нежелании строить свое поведение в соответствии с социальными нормами. Социальный статус их, как правило, невысок. Суицид часто является последним шансом в ряду других форм девиантного поведения, свойственного лицам этой группы.

Психологический кризис, предшествующий суициду, характеризуется ситуационными реакциями *оппозиции* и *дезорганизации*. Человек нередко кончает с собой на высоте злобной агрессивной реакции. Суициденты этой категории и составляют основной контингент лиц, совершающих самоубийства, которые должны быть отнесены к социальным отклонениям агрессивной ориентации.



Вторую группу составляют лица с достаточно **высоким уровнем социализации.**

Многие из них достигли высокого социального статуса, поведение их не выходило за рамки соблюдения конвенциональных норм.

Лишь с момента совершения суицидального поступка такие лица попадают в разряд “девиантов”. В генезе совершаемого ими суицида лежит прежде всего социально-психологическая дезадаптация. Эти лица психологически декомпенсированы и астенизированы, что связано с переживанием ими сложных конфликтов, для решения которых оказалось недостаточно их жизненного опыта. Психологический кризис в пресуицидальном периоде протекает в форме пессимистических ситуационных реакций, а также реакций эмоционального дисбаланса, реакций отрицательного баланса и реакций демобилизации.

Указанная категория совершает суициды, характеризуемые как отклонения социально-пассивного типа.



Профилактика повторных суицидов.

- медицинские учреждения различного типа
- психотерапевтическая помощь



Социально-психологические аспекты диагностики

- Коммуникативная функция

(Под социально-психологической дезадаптацией понимается нарушение механизмов взаимосвязи личности и среды, происходящая как за счет внутриличностных изменений, так и за счет изменений в сфере ближайшего окружения.)

- Социально-психологический тип

- Позиция подростка и степень удовлетворенности этой позицией.



Диагностика социальной дезадаптации и суицидального риска.

Клинические критерии:

- Форма психического расстройства и тип его течения.

Социальные факторы:

- Условия воспитания

Характерологические особенности личности суицидента:

- сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам,
- заниженная, лабильная или завышенная самооценка,
- низкая фрустрационная толерантность.

уровня дисфункции личности:



- Акцентуация характера и крайние варианты нормы.
- Непсихотические расстройства личности.
- Психотические расстройства личности .

ТИПЫ саморазрушающего поведения:



- Угроза для жизни,
- Ущерб для физического здоровья,
- Ущерб для духовного и нравственного развития,
- Ущерб для будущего социального статуса.



СУИЦИДООПАСНЫЕ ДЕПРЕССИИ.

Депрессии характеризуются следующими признаками:

- - пониженное или печальное настроение;
- - утомляемость или снижение активности;
- - чувство вины или низкая самооценка;
- - нарушения сна;
- - трудности при сосредоточении;
- - возбуждение или заторможенность движений или речи;
- - раздражительность;
- - утрата интересов или чувства удовольствия;
- - расстройства аппетита;
- - суицидальные мысли или действия.

Особенности суицидального поведения детей и подростков



- Дошкольникам несвойственны размышления о смерти, хотя эта тема не проходит мимо их внимания (сказки, события жизни).
- В 10-12 лет смерть оценивается как временное явление. Появляется разграничение понятий жизни и смерти, но эмоциональное отношение к смерти абстрагируется от собственной личности.
- Стремление быть свидетелем реакции окружающих на свою смерть или надежда на “второе рождение” характерно для суицидентов детского и подросткового возраста.

Представления о смерти на протяжении детства проходит несколько этапов:

-от полного отсутствия в сознании ребенка представления о смерти до формального знания о ней и знакомства с атрибутами ухода из жизни (понятиями траура, похорон и т. п.).

Знание о смерти не соотносится ребенком ни со своей собственной личностью, ни с личностью кого-либо из близких; не сформировано представление о необратимости смерти, которая понимается как длительное отсутствие или иное существование.

Ребенок признает возможность двойственного бытия: считаться и быть умершим для окружающих и в то же время самому наблюдать их отчаяние, быть свидетелем собственных похорон и раскаяния своих обидчиков.

Отсутствие страха смерти является отличительной чертой психологии детей.



Было бы ошибочно относить попытки детей и подростков к демонстративным действиям. Дети, в силу отсутствия жизненного опыта и осведомленности, не могут использовать метод выбора. Нерасчетливость, отсутствие знаний о способах самоубийства создают повышенную угрозу смерти вне зависимости от формы самовоздействия. Опасность увеличивают также возрастные особенности. У подростков формируется страх смерти, который, однако, еще не базируется на осознанном представлении о ценности жизни. Общая неустойчивость, недостаточность критики, повышенная самооценка и эгоцентризм создают условия для снижения ценности жизни, что негативно окрашивает эмоциональность подростка, а в конфликтной ситуации создает предпосылки для суицидального поведения.



Формирование суицидального поведения в детском и подростковом возрасте во многом зависит также от некоторых особенностей личности суицидента. У всех изученных нами лиц были обнаружены эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, сензитивность, некоторая эксплозивность, импульсивность. Эти черты, выраженные нередко до уровня акцентуации характера, создавали предпосылки для социально-психологической дезадаптации личности в пубертатном периоде.



- Суицидоопасные депрессии протекают у подростков атипично, маскируясь симптомами сомато-вегетативных расстройств, ипохондрическими нарушениями, девиантным поведением, дисморфофобическими симптомами и проявлениями метафизической интоксикации. Нозологическая принадлежность депрессий коррелирует с возрастом; с увеличением возраста суицидентов отмечается уменьшение удельного веса эндогенных депрессий и проявляется тенденция к преобладанию реактивных.

Депрессия проявляется по-разному, в зависимости от психологической акцентуации характера.



- У гипертимного подростка - склонность к риску, пренебрежение опасностью.
- У циклотимного - субдепрессия, аффекты, печать отчаяния, неосознанное желание навредить самому себе.
- У эмоционально-лабильных подростков значимы аффективные реакции интрапунитивного типа. Суицидальное поведение отличается быстрым принятием решения, основывается на малоопределенном стремлении "что-то с собой сделать". Другим фактором может служить желание "забыться". Чаще всего к саморазрушающему поведению толкает эмоциональная холодность близких и значимых лиц.



- Сенситивные подростки - страдают от чувства собственной неполноценности - реактивная депрессия и вызревание суицидальных намерений с неожиданной их реализацией.
- Психастенические подростки в состоянии расстройства адаптации характеризуются нерешительностью, испытывают страх ответственности, страх ущерба социального статуса.
- Для детей с шизоидной акцентуацией характерно применение допингов.



- Подросток с эпилептоидной акцентуацией, на фоне аффекта, может перейти меру осторожности. В состоянии одиночества или в безысходной ситуации агрессия может обернуться на самого себя. Чаще всего наносят порезы, ожоги, порой из мазохистических побуждений. Опьянения, нередко, протекают по дисфорическому типу с утратой контроля над собой. Участники азартных игр. Максимум среди наркоманов и токсикоманов.



- Истероидные подростки предрасположены к демонстративным суицидам.
- Все интересы подростка с неустойчивой акцентуацией направлены на получение удовольствий.
- Конформный подросток может совершить суицид за компанию.



Коррекция



- Обучение социальным навыкам и умениям преодоления стресса.
- Оказание подросткам социальной поддержки с помощью включения семьи, школы, друзей и т.д. может проводиться социально- психологический тренинг проблем -разрешающего поведения, поиска социальной поддержки, ее восприятия и оказания, индивидуальных и групповых психокоррекционных занятий по повышению самооценки, развитию адекватного отношения к собственной личности, эмпатии.
- Овладение навыками практического применения активной стратегии решения проблем, совершенствование поиска социальной поддержки,
- психологическая коррекция пассивной стратегии избегания,
- увеличение уровня самоконтроля,
- замена “значимых других”,
- выработка мотивации на достижение успеха может быть основано на тренинге поведенческих навыков.

Интервенция как помощь при суициде



Слово “интервенция” происходит от латинских *inter* (между) и *venire* (проходить). Суицидальная интервенция, являясь “вхождением между”, представляет собой процесс предотвращения акта саморазрушения.

Она заключается в контакте с лицом к лицу с отчаявшимся человеком и оказании ему эмоциональной поддержки и сочувствия в социальном, психологическом и экзистенциальном кризисе.

первые шаги к суицидальной интервенции:



1. Поиск признаков возможной опасности: суицидальные угрозы, предшествующие попытки к самоубийству, депрессию, значительные изменения поведения или личности человека, а также приготовления к последнему волеизъявлению. Уловите проявления беспомощности и безнадежности и определите, не является ли человек одиноким и изолированным.



2. Допускание, что человек действительно является суицидальной личностью. Не считайте, что он неспособен и не сможет решиться на самоубийство. Если вы полагаете, что кому-либо угрожает опасность самоубийства, действуйте. Опасность, что вы растеряетесь, преувеличив угрозу, - ничто по сравнению с тем, что кто-то может погибнуть из-за вашего невмешательства.



- 3. Установление эмпатических отношений. Вы можете сделать гигантский шаг вперед, если станете на позицию уверенного принятия отчаявшегося человека. В дальнейшем очень многое зависит от качества ваших взаимоотношений. Их следует выражать не только словами, но и невербальной эмпатией; в этих обстоятельствах есть время не для морализирования, а для поддержки. Последующая работа направляется на переход от страдания, самоосуждения и других переживаний, на осознание и принятие своих чувств.



- 4.Эмпатическое слушание. Суициденты особенно страдают от сильного чувства отчуждения. В силу этого они не настроены принимать советы. Гораздо больше они нуждаются в обсуждении своей боли, фрустрации и поиска подтверждения собственной ненужности. Если человек страдает от депрессии, то ему больше самому нужно говорить, чем беседовать с ним. Специалистам работающим с этой категорией клиентов необходимо развивать способность отслеживания и понимания невербального поведения: жесты, мимика, движения и быть готовым к импульсивным поступкам клиента в кризисной или посткризисной ситуации.



- 5.Бесконфликтность. Не спорьте, не проявляете агрессию если вы неспособны управлять ситуацией, старайтесь не выражать потрясения от полученной информации. Не вступайте в дискуссию с подавленным человеком, вы можете не только проиграть спор, но и потерять его самого.
- 6.Поиск ядра конфликта. Задавайте вопросы, следует спокойно и доходчиво спрашивать о тревожащей ситуации и о путях ее появления. Выделение конкретных затруднений в поведении клиента и отделении затруднения от обобщения всей кризисной ситуации. Простройте вместе с клиентом ситуацию приведшую к суициду. Актуальная психотравмирующая ситуации может возникнуть из-за распада взаимоотношений с супругой или детьми. Человек может страдать от неразрешимого горя или какой-либо соматической болезни. Поэтому следует принимать во внимание все чувства и беды клиента.



- 7. Поддержка взрослого отношения к случившемуся. Не предлагайте утешений, это только приведет к перекладыванию ответственности за переживание на вас и пассивности в отношении самого суицидента. Одним из важных механизмов психологической защиты является рационализация, поддерживайте актуальное переживание не позволяя свести представление клиента о суицидальной попытке к набору рациональных ходов.
- 8. Поиск витальных ресурсов. У каждого человека есть что-то важное в его жизни что помогало справляться с предыдущими сложностями, ищите вместе с клиентом эти ресурсы. Что ценно для этого человека, есть ли люди и ситуации которые его еще волнуют. Здесь очень важно отслеживать поведение, любой признак эмоционального оживления поможет найти необходимый ресурс для создания альтернативы смерти. Это может быть: он сам, семья, любимый человек, карьера, воспоминания из прошлого и т.д.
- все что может способствовать поддержке суицидента.



- 9. Поддержка эмоционально. Вселяйте надежду, работа со склонными к саморазрушению депрессивными людьми является серьезной и ответственной. Особо ценным в работе является сосредоточение на том, что специалист работающий с суицидентом говорит и чувствует. Саморазрушение происходит, если люди теряют последние капли оптимизма, а их близкие каким-то образом подтверждают тщетность надежд. Надежды не могут строиться на пустых утешениях, они не возникают из оторванных от реальности фантазий, а из существующей способности желать и достигать. Когда люди полностью теряют надежду на достойное будущее они нуждаются в поддержке и в предложении какой-либо альтернативы. Главный вопрос здесь: “Как изменить существующую ситуацию?”. Поскольку суицидальные лица страдают от внутреннего дискомфорта, все окружающее кажется им мрачным. Им важно открыть, что не имеет смысла застревать на одном полюсе эмоций. Человек может любить, не отрицая, что иногда испытывает откровенную ненависть, смысл жизни не исчезает, даже если она приносит душевную боль. Тьма и свет, радости и печали, счастье и страдание является неразделимо переплетенными нитями в ткани человеческого существования. Таким образом, основания для реалистичной надежды должны быть представлены честно, убедительно и мягко. Очень важно подчеркнуть силы и возможности человека, то, что кризисные проблемы преходящи, а самоубийство бесповоротно.



- 10. Оценка степени риска самоубийства. Постарайтесь определить серьезность возможного самоубийства. Намерения могут различаться, начиная с мимолетных, расплывчатых мыслей и кончая разработанным планом суицида путем отравления, прыжка с высоты, использования огнестрельного оружия или повешения. Необходимо выявить и другие факторы, алкоголизм, употребление наркотиков, степень эмоционального нарушений и дезорганизации поведения, чувства беспомощности и безнадежности. Неоспоримым фактом является то, что чем более разработан метод самоубийства, тем выше его потенциальный риск. Очень мало сомнений в серьезности ситуации остается, если депрессивный подросток, не скрывая, дарит кому-то свой любимый магнитофон, с которым он ни за что бы не расстался.



- 11.Обращение к специалистам. Суициденты имеют суженное поле зрения, своеобразное туннельное сознание. Их разум не в состоянии восстановить полную картину того, как следует разрешить непереносимые проблемы. Первая просьба часто состоит в том, чтобы им была предоставлена помощь. Самым эффективным является обращение к специалистам психологам и психотерапевтам занимающимися экстренными кризисными ситуациями в специализированных центрах. Необходимо объяснить клиенту необходимость обращения к этим специалистам не теряя время на обход врачей в поликлиниках и медицинских стационарах.



12. Позиция специалиста.

“Почему необходимо умение подчинять непосредственные этические реакции профессионально-психологической установке? Потому, что

1. Утешение и жалость не совсем то (а часто и совсем не то), что требуется пациенту для преодоления кризиса.
2. Житейские советы, на которые, падки пациенты большей частью просто бесполезны или даже вредны для них, потакая их бессознательному стремлению снять с себя ответственность за собственную жизнь.
3. Из возможных непосредственных этических реакций на беду другого человека - практическая помощь ему - не может входить в арсенал профессионально психологических действий просто потому, что психолог при всем желании не может улучшить его материальное или социальное положение, исправить внешность или вернуть утраченного близкого человека, т.е. не может воздействовать на внешний, бытийный аспект его проблем.

Цели и задачи психокоррекции



Коррекция отношения к Я : достижение способности к объективной самооценке (коррекция самооценки), способности к осознанию и устранению проявлений психологической защиты. Реставрация, коррекция подавленной или искаженной системы эмоционального выражения себя, а с этим и укрепление адаптивности. Достижение самостоятельности, антиконформности, антивнушаемости . способности отвечать за собственное поведение. Реабилитация "Я" в собственных глазах, достижение уверенности в себе и реставрация чувства достоинства. Коррекция системы ценностей , потребностей их иерархии. Приведение притязаний в соответствие с возможностями. Коррекция поло-ролевого самоощущения и поведения, коррекция поведения. Принятие адекватной роли.



- Коррекция отношения к другим : достижение способности к эмпатии, к пониманию переживания и сопереживанию, состоянию и интересов других, способности к критическому (доброжелательному) восприятию достоинств и недостатков других лиц. Ориентация на альтруистическое и коллективистское отношение к окружающим. Приобретение навыков адекватного и равноправного общения. Способности к предотвращению и разрешению межличностных конфликтов. Приобретение навыков культуры эмоциональной экспрессии, отработка цивилизованной и продуктивной формы проявления подростковой агрессии.



- Приобретение навыков аргументации и ясного, точного изложения своих мыслей, умения устанавливать межличностные отношения, приобретение лидерских и организаторских навыков, навыков выхода из затруднительных и опасных отношений с другими, навыков самозащиты. Достижение уважения со стороны других. Особенно среди сверстников и родителей, завоевание авторитета и как конечный результат адаптация среди других.



- Коррекция отношения к реальности(к жизни).
Приобретения навыков выбора и принятия решения, мобилизации и самоорганизации, особенно в экстремальных ситуациях и обстоятельствах.
Приобретение и укрепление волевых качеств.
Устойчивости к неудачам угрозам, бедам.
Обретение оптимизма в отношении к реальности.
Преодоление трудностей и преград. Преодоление омраченности и невежества в отношении к жизни, коррекция неадекватного образа жизни.
- Как конечная цель имеет место реставрация чувства достоинства, приобретение стрессотолерантности, реабилитация и реадaptация.