

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЦИВІЛЬНОГО ЗАХИСТУ УКРАЇНИ

Кришталь А.О.

СУЇЦИДОЛОГІЯ: курс лекцій

для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
галузі знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»
спеціальності 053 «Психологія»
за освітньо-професійною програмою «Екстремальна та кризова
психологія»

Черкаси – 2024

УДК 59.98:331
ББК 88.4

Розглянуто та схвалено на засіданні кафедри соціально-гуманітарних дисциплін Черкаського інституту пожежної безпеки імені Героїв Чорнобиля НУЦЗ України (протокол № 2 від 03.08.2024).

Упорядник: доцент кафедри соціально-гуманітарних дисциплін
к.пед.н., доцент Кришталь Аліна Олександрівна

Кришталь А. О. Суїцидологія: курс лекцій для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія». Черкаси: ЧІПБ імені Героїв Чорнобиля НУЦЗ України, 2024. 182 с.

© Черкаський інститут пожежної
безпеки імені Героїв Чорнобиля,
2024

ЗМІСТ

Модуль 1. «Суїцидологія і профілактика аутоагресивної поведінки»

Змістовий модуль 1.

Соціально-психологічні аспекти аутоагресивної поведінки

Тема 1. Теоретичні засади суїцидології. Феномен самогубства: історичний і сучасний стан проблеми.

Тема 2. Психолого-педагогічні та медико-біологічні аспекти вивчення аутоагресивної (суїцидальної) поведінки.

Тема 3. Основні соціально-психологічні детермінанти суїцидальної поведінки. Морально-правовий підхід до проблеми суїциду.

Змістовий модуль 2.

Психологічні засади профілактики суїцидальної поведінки

Тема 4. Динаміка та особистісний сенс суїцидальної поведінки.

Тема 5. Соціоепідеміологічний аналіз причин нещасних випадків і самогубств.

Тема 6. Вікові та психопатологічні аспекти суїциду

Тема 7. Соціально-психологічні, індивідуально-психологічні та особистісні чинники виникнення та перебігу суїцидальної поведінки у молоді.

Тема 8. Психодіагностика аутоагресивної (суїцидальної) поведінки.

Тема 9. Основні напрями профілактики суїцидальної поведінки. Діагностичні шкали, що використовують при роботі з суїцидентами.

Тема 10. Підготовка до надання першої психологічної допомоги. Робота «телефону довіри» з суїцидентами.

Список рекомендованої літератури

ЛЕКЦІЯ № 1

«ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СУЇЦИДОЛОГІЇ. ФЕНОМЕН САМОГУБСТВА: ІСТОРИЧНИЙ І СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ»

План

1. Феномен самогубства: історія і сучасний стан проблеми.
2. Ставлення до самогубства в давнину, в античному світі, в Стародавніх Греції і Римі, у ранньому християнстві.
3. Концептуальні моделі суїцидів.
4. Ставлення до самогубства як до різновиду душевних розладів (Е. Ескіроль) та породження «хвороб» суспільства.
5. Класифікація самогубств Е. Дюркгейма.
6. Етапи розвитку суїцидології як науки: донауковий, галузевий, науковий, міждисциплінарний.

Література

1. Федоренко Р.П. Психологія суїциду: навч. посіб. Вид. 2-ге, змін. та доп. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 492 с.
2. Кришталь А.О. Психологія суїцидальної поведінки: методичні вказівки до виконання контрольної роботи для слухачів заочної форми навчання за першим (бакалаврським) рівнем вищої освіти, спеціальності 053 «Психологія». Черкаси: ЧПБ імені Героїв Чорнобиля НУЦЗУ, 2021. 14 с.
3. Примуш В.М. Загальна соціологія: навч. посібник. Київ: Професіонал, 2004. 590 с.
4. Психологія суїцидальної поведінки: навч. посіб. / Лебедев Д.В., Назаров О.О., Тімченко О.В., Христенко В.С., Шевченко; за заг. ред. проф. О.В. Тімченка. Харків, 2007. 129 с.
5. Саржевський С.Н. Суїцидологія: навчальний посібник для лікарів інтернів з спеціалізації «Психіатрія». Запоріжжя, 2020. 87 с.
6. Фомич М.В. Психологія діяльності в особливих умовах: навч. посіб. / М.В. Фомич, С.І. Головченко, Г.С. Грибенюк, О.М. Дячкова та ін.; за заг. ред. проф. М.А. Кришталю. Черкаси: видавець Третяков О.М., 2021. 120 с.

Основні терміни

Суїцидологія – система міждисциплінарних знань про самогубство.

Предмет суїцидології – психічна діяльність людини, яка добровільно позбавляє себе життя.

Суб'єкт вивчення – особистість, яка схильна до самодеструктивної поведінки.

Суїцид (самогубство) – умисне позбавлення себе життя або відмова від заходів по його збереженню, що детермінується однією або декількома причинами; це умисне самоушкодження зі смертельним фіналом.

Автоагресивна поведінка – специфічна форма особистісної активності, спрямована на завдання шкоди своєму соматичному або психічному здоров'ю.

1. Феномен самогубства: історія і сучасний стан проблеми.

Феномен самогубства відомий людству з глибокої давнини. Згадки про самогубства зустрічаються в міфах і легендах, літературних пам'ятниках усіх народів, на всіх континентах Землі. Термін «суїцид» (від латинського «sui»-сам, «caedere»-вбивати) був введений ще у 1635 році британським лікарем та філософом Томасом Брайоном, але майже до 18 сторіччя цей термін не використовували

Людство зберігає пам'ять про самогубства відомих, видатних діячів різних часів і народів. А скільки людей безвісно пішло з життя «з власного бажання», добровільно – історії достовірно не відомо, але безсумнівно, що їх число вимірюється мільйонами. Так, за даними ВООЗ, у кінці 70-х років ХХ ст. на Землі щодня вчиняли самогубства не менше 1300 осіб; за 1982-1989 рр. на території СНД покінчили життя самогубством понад 500 тисяч осіб. При цьому на 1 завершене (за різними джерелами) припадає 7-10 незавершених спроб самогубства.

В одних випадках причини самогубств є очевидними і певним чином зрозумілими, в інших – загадковими і нез'ясовними, але в будь-якому випадку передчасна смерть завжди трагічна і непоправна для людства.

2. Ставлення до самогубства в давнину, в античному світі, в Стародавніх Греції і Римі, у ранньому християнстві.

У глибокій давнині випадки самогубств сприймалися оточуючими як приватна справа кожної людини, а часом і як акт особистої мужності й героїзму, гідні якщо не наслідування, то схвалення. У античному світі людина, що віддала перевагу смерті над рабством, ганьбою, безглуздими стражданнями або беспорядною старістю, не зазнавала осуду. У *Древніх Афінах* навіть були громадські сховища отрут, які видавалися бажаним покінчити з собою, якщо причини самогубства Сенат визнавав досить вагомим. Але «несанкціоноване» самогубство засуджувалося як негідна форма ухилення від виконання громадського обов'язку. У *Древньому Римі* самогубства також були поширеним явищем, а часом вони навіть заохочувалися владою, замінюючи смертну кару «неугодних» (наприклад, філософа Сенеки). Разом з тим, «самовільне» самогубство засуджувалося, а тіла людей, що вчинили його, зазнавали глуму, не ховалися, а майно конфісковувалося.

Варто сказати, що на ставлення соціуму до людей, що покінчили життя самогубством дуже впливають *релігійні погляди та культура*. Греко-римська культура ставилася до суїциду неоднозначно. Він тісно пов'язувався у греків і

римлян із розумінням свободи, яка була однією з головних ідей їхньої філософії. З одного боку, самознищення засуджувалося. Наприклад, Сократ вважав, що самогубство неприпустиме, тому що життя людини належить богам; Платон зауважував, що розум дається людині для того, щоб мати мужність жити навіть життям, сповненим страждань; Аристотель стверджував, що, вбиваючи себе, людина переступає закон і тому винна перед собою як перед громадянином і перед державою.

В **Афінах** руку самогубці відрубували і хоронили окремо. З іншого боку, Епікур та його учні вважали суїцид можливим і у певних випадках бажаним. За переказами, Діоген Синопський закінчив життя самогубством, затримавши і зупинивши дихання.

У **Римі** самогубство застосовувалося як міра покарання за певні злочини. Так, засуджений імператором Нероном до самогубства Сенека перерізав собі судини на голіках. Поки точилася кров, він диктував писарям те, що не встиг записати сам. Між іншим, сам Сенека так розмірковував про самогубство у «Листах до Люцилія»: «Мудрець повинен жити стільки, скільки належить, а не стільки, скільки він може. В житті ми повинні дослухатися до думки інших людей; в смерті – лише до своєї власної. Живий перебуває під владою долі, той, хто не боїться смерті, – уникнув її влади. Великий той, хто не лише вирішив покінчити з життям, але й зумів знайти смерть».

Японський ритуал, що дуже часто демонструють у кінострічках. Він має назву «**харакірі**» або «**сенюку**» – самогубство, при якому самурай, у разі власної провини, розтинав собі живота як знак самовиправдання та вірності своєму господарю.

Самураї здійснювали обряд харакірі у разі образи їх честі, власного недостойного вчинку, смерті свого сюзерена (феодала), за вироком як покарання за здійснений злочин. Поняттю “хара” в японській мові відповідають слова “живіт”, “душа”, “таємні наміри”. Живіт японці розглядають як внутрішнє джерело емоційного існування, і розтин його через харакірі означає відкриття своїх таємних намірів, доводить чистоту помислів і прагнень. Тобто харакірі є крайнім виправданням себе перед небом і людьми.

Мистецтву харакірі навчали з дитячого віку хлопчиків і дівчаток. Коли дівчина одружувалася з самураєм, мати дарувала їй на весілля ніж для харакірі, оскільки дружина мала підтримати чоловіка у вирішальний момент і здійснити харакірі разом з ним. Естетичній стороні ритуалу харакірі надавалося велике значення, тому самій процедурі передувало ретельне приготування і вона супроводжувалася виконанням численних умовностей. Самурай повинен уміти здійснити харакірі не лише якісно – справді завдати собі смертельних ран, певним способом перерізавши живіт і внутрішні органи, а й красиво. Одним із найважливіших моментів у поведінці самурая, який здійснює харакірі, є збереження аж до смерті естетичного виразу обличчя, не спотвореного гримасою болю і страждання.

Для японської культури, як, напевне, ні для якої іншої, характерне оточення явища самогубства ореолом святості. Тут існують своєрідні звичаї, які чітко визначають ситуації, коли суїциду немає альтернативи.

Відомий український психолог О. Моховиков, який багато років займається дослідженням проблеми самогубства, пояснює таке ставлення японців до цього явища тим, що менталітет цього народу зумовлює майже повне злиття особистого і соціального "Я" японця: будучи насамперед членом певної соціальної групи, він повинен відповідати за все, що у ній відбувається. Крім того, самогубству сприяють стриманість, мовчазність, невираженість почуттів, схильність до інтровертованої агресії японців.

Тому, крім сепуку, існують й інші види самознищення. Наприклад, **ояко-сіндзю** – парний суїцид молодих людей, які не мають можливості отримати щастя у цьому житті, або матері і дітей. Суспільство ставиться до такого вчинку зі співчуттям. **Дзюнсї** – самогубство, яке здійснюється, щоб супроводжувати свого імператора чи феодала після його смерті й служити йому вічно. **Інсекі-джісатцу** – суїцид, який здійснюється тоді, коли хтось, з ким людина так чи інакше пов'язана, порушує закон. Цим кроком суїцидент бере на себе відповідальність за ганебний вчинок іншої людини. Літні сімейні пари у випадку смертельної хвороби хоча б одного з подружжя також здійснювали парний суїцид.

У **Стародавній Індії** суїцид сприймався як спосіб «звільнення» від ланцюга народжень (карми) і злиття зі світом Брахми (основою світобудови). Оптимальним варіантом суїциду була повільна і поступова смерть, яка очищає від гріхів. Поряд з цим відомо багато трактатів і законів, де засуджувалася аутоагресія і рекомендувалися способи боротьби з нею.

Тільки на початку 80-х років ХХ ст. в Індії державним законом було заборонено здійснення традиційного ритуального самогубства «**sati**». Мовою хінді це означає «віддана дружина». Це обряд самоспалювання дружини на кремаційному вогнищі чоловіка для задоволення його чуттєвих потреб у потойбічному світі. Часто перед самоспалюванням вдова приймає особливий наркотичний напій, який полегшує страждання. Вона прощається з дітьми та рідними, і її приковують біля покійника на погрібальному вогнищі, після чого його підпалюють. Якщо в день, на який призначено кремацію чоловіка, у дружини місячні, то її сати відкладають. Між іншим, цей обряд виконували й слов'янські жінки за часів язичництва. Однак в Індії дружина, яка залишалася жити після смерті чоловіка, ганьбила весь рід, а українки вибирали такий шлях цілком добровільно.

Ще один вид ритуального самогубства, яке відбувається в Індії ще й сьогодні, – «**дікша**». Здійснювалося воно на релігійному ґрунті і розцінювалося як подвиг, самопожертва богу і спокутування гріхів. Найчастіше використовувалися способи самоспалення чи самовтоплення. Траплялися і криваві жертвоприношення у храмі богині Калі. Особливо масовими були самовтоплення під час паломництва до священних рік: здійснивши тут дікшу,

людина досягає мокші (повного звільнення від страждань). Найкраще місце для самовтоплення з метою спокутування гріхів – місце злиття рік Ганг і Джамна; найкращий спосіб – зіскоčiti з гілок священного баньяна. «Популярною» була також смерть під колесами важких колісниць, на яких перевозять статуї богів із храму Джаганнатха в інший кінець міста.

В **ісламі** самогубство оцінюється як найбільший гріх і забороняється Кораном, однак самогубства в ім'я вітчизни й Алаха часто визнаються за героїчні вчинки.

Стародавні іудеї – маленький кочівний народ – не могли дозволити 10 собі розкоші втрачати людей. Уже перші рядки Книги Буття говорять про те, що життя є благо, людина повинна цінувати його і ніколи не впадати у відчай, оскільки за всім стоїть Бог. Людина ж – не суперник, а партнер Бога у процесі життєтворення. У такому контексті самогубство виглядає як перепона, як відмова від можливості творення життя. Священні книги іудеїв містять лише декілька спогадів про самогубство: у випадку полону ворогом чи мучеництва.

Сучасний іудаїзм із розумінням і співчуттям ставиться до тих, хто позбавляє себе життя. Суїцидентам надаються всі права і здійснюються всі обряди, які зазвичай передбачені для вшанування померлих. Завдяки цьому родичів позбавляють подальшого безчестя. Ті, хто здійснив самогубство, вважаються емоційно пригніченими людьми, які не можуть відповідати за свої вчинки.

На **Русі** самогубців хоронили за старим язичницьким обрядом окремо від інших, нерідко пробивши груди осиковим колом для профілактики від «нечисті». Цей звичай зберігся і після прийняття християнства у деяких українських селах і сьогодні.

Абсолютну протилежність поглядів на самогубство мали люди, що жили у Західних країнах. Наприклад, у **християнстві** самогубство є важким та страшним гріхом, таких людей заборонялося хоронити на кладовищі та проводити літургійні обряди, а тих що вижили після спроби самогубства, засуджували до важкої каторги. Згідно з християнським вченням, людина не належить сама собі, а тому і не може вирішувати про позбавлення себе життя.

Свідоме самогубство є гріхом не лише проти Бога та його промислу про тривалість життя кожної людини. Самогубство є також гріхом проти себе самого та проти суспільства. Щодо морального зла, завданого самому собі, це зрозуміло, адже вбиваючи тіло, людина перестає існувати аж до часу воскресіння мертвих (продовжує існування лише безсмертна людська душа, але людина як цілість духовно-тілесна помирає). Чинячи самогубство, людина діє супроти власної природи, в якій закладене

прагнення до життя, тож цим завдає собі непоправне зло. Водночас позбавлення себе життя є моральною провиною супроти суспільства.

Найперше суспільна провина самогубця є перед його рідними та близькими – тими, які його щиро любили у житті і перенесуть через довгий час, а можливо, і через ціле життя біль від факту його неприродної та добровільної смерті. Близькі самогубця не раз тривалий період картаються сумнівами, чи не було їхньої вини у тому, що трапилось, чи не могли вони якось протидіяти цьому злу. Часто такі сумніви безпідставні, однак справді болючі. Страждання в результаті самогубства людини, хоч і в меншій мірі, але проймають також і широке коло знайомих цієї людини. У випадках, коли людина, яка наважилась на самогубство, не має близьких родичів, а навіть не має друзів, щодо яких певна, що вони її люблять, все ж не залишається без вини супроти суспільства. Адже в той чи інший час хтось таки виявить правду про цю неприродну смерть, і це виявлення буде зазвичай болісним навіть для випадкової перехожої людини.

Влада перших полісів (міст-держав) прагнула взяти приватне життя своїх громадян під контроль, не дозволяючи їм вільно розпоряджатися не тільки власним життям, але й власною смертю. У цьому плані зусилля світської і релігійної влади збігалися. Такі світові релігії, як християнство й іслам розглядають самогубство як тяжкий гріх, протиставлення людської гордині Божественному промислу. У європейській міфології описані випадки перетворення самовбивці на вампірів, темних та кровожерливих істот. У Франції, наприклад, ставлення до самогубств було дуже агресивним та навіть лякаючим – тіла самогубців носили на носилках обличчям донизу, потім вішали, а через деякий час згодовували тваринам.

В V ст. Арльський (або Арелатський) собор визначив самогубство як вияв диявольської злоби, злочин перед Богом і людством, а з VI ст. воно тягнуло за собою кару як з боку церкви, так і держави. Проте в кінці XVIII ст. кримінальне переслідування за такими обставинами було припинене в більшості країн світу, але до цього часу зберігається кримінальна відповідальність за доведення до самогубства або сприяння йому. В Англії кримінальна відповідальність за спробу покінчити життя самогубством була відмінена тільки у 1961 році.

Що стосується релігійного і морального засудження самогубств, то воно зберігається і в наш час, хоч, у міру визнання верховенства прав особистості, ставлення до самогубств стає більш терпимим. У XX ст. отримали визнання не тільки право людини на гідне життя, але і на гідну смерть; розпочали діяти *хосписи* (притулки для безнадійно хворих,

вмираючих людей); активно дискутується можливість і допустимість *евтаназії* (безболісного умиртвіння безнадійних хворих людей на їх прохання), а в ряді випадків вона здійснюється практично, викликаючи великий суспільний резонанс. Разом із тим, розробляються науково обгрунтовані заходи, спрямовані на мінімізацію рівня самогубств.

Протягом часу ставлення до суїциду дуже змінилося, майже неможливо точно сказати яким саме воно стало. Із збільшенням частоти смертей, внаслідок самогубства, збільшувався і науковий інтерес до цього феномену.

У 70-х роках минулого сторіччя соціологи довели існування цілих **епідемій самогубств**, випадки ці були східні за своїми мотивами. Перша така епідемія сталася у Європі, після виходу у світ роману Іоганна Вольфганга фон Гете *«Страждання юного Вертера»*, ще у вісімнадцятому сторіччі. Ніхто не підозрював, що роман, що приніс багато слави та популярності автору, призведе до масових самогубств серед тогочасної молоді. Справа в тому, що на останніх сторінках роману головний герой вистрілює собі у голову, через любовну трагедію та сильний душевний біль. Соціологи стверджують, що через високу емоційну напругу та співчуття читачів до герою роману, у багатьох з них підвищився інтерес, навіть почуття пристрасті до смерті.

Через це у багатьох країнах цю книгу заборонили. Цей феномен назвали, на честь головного герою роману: **«ефект» або «синдром Вертера»** (у англійській літературі можна зустріти назву «сорусат suicides»). Якщо раніше ключову роль у існуванні самогубств відігравали релігія та культура, то сьогодні це інтернет та засоби масової інформації (сюди також відносяться кінематограф та література). Американськими соціологами був встановлений прямий зв'язок між оголошенням на широку публіку про випадок самогубства у ЗМІ та почастищенням частоти самогубств. Є також зв'язок між першим випадком суїциду та послідовними смертями: вік, професія, соціальний статус, час та шлях покінчення власного життя – усе перелічене у багатьох випадках збігається або дуже схоже.

Ще декілька прикладів *ефекту Вертера*: Мерлін Монро, Курт Кобейн (співак), Хіт Леджер (актор), Честер Беннінгтон (співак), Роббін Уільямс (комедійний актор) – легендарні особистості, найпопулярніші та найбагатші зірки свого часу, улюбленці мільйонів, але самогубці. Кожна з цих смертей призвела до тисяч подібних смертей серед фанатів та прихильників цих зірок.

На сьогодні є дуже багато наукових досліджень та праць, що доводять важливість впливу новин про самогубство на психоемоційний стан людей, і через це у багатьох країнах були введені заборони на публікацію подібних статей або випуски на телебаченні.

Отже, наукове опрацювання проблеми самогубств має давні традиції, але лише в Новий час, завдяки зусиллям медиків, соціологів і психологів, стали з'являтися роботи, що мають на меті не тільки пояснити феномен самогубств, але й знайти способи їх профілактики.

Концептуальні моделі суїцидів

Через високу розповсюдженість та важливість вивчення суїцидології тисячі вчених намагаються виділити та встановити основну причину самогубств. Та й сьогодні єдиної теорії скоєння суїцидів все ще не існує. Пропонуємо розглянути основні з концептуальних моделей, що знайшли найбільшу кількість відгуків серед вчених.

1. Нейрохімічна гіпотеза – найбільш розповсюдженою біохімічною теорією є серотонінова. Багато досліджень, що доводять наявність зниження метаболізму 5-НІАА у спинномозковій рідині пацієнтів з самогубствами. При цьому, що нижчим був рівень *серотоніну*, то жорстокішим був шлях скоєння самого суїциду. Також вчені встановили взаємозв'язок між агресивністю, самогубством із рівнем метаболітів серотоніну у спинно-мозковій рідині.

При дослідженні моноамінооксидази у тромбоцитах плазми здорових людей було виявлено, що у людей з найнижчим рівнем цього ферменту кількість суїцидів у родинному анамнезі у 8 раз вище, ніж у людей із нормальною його кількістю.

2. Анатоми-антропологічна модель є найбільш старою та багатшою теоріями. Ще у дев'ятнадцятому сторіччі англійський лікар *Ф. Вінслоу* писав у своїй книжці «Анатомія самогубства», що схильність людини до суїциду обумовлена патологічним процесом у *головному мозку, кістках черепа та шлунково-кишковому тракті*. Після Вінслоу є багато самих різних робіт анатомів та лікарів, що пояснювали самогубство звуженням яремного отвору, наявністю кісткових відкладень на серпоподібному відростку твердої оболонки мозку.

Надалі вчені поглибилися у вивчення структури головного мозку та активно шукали ділянку, що є «центром самогубства». Ці багаточисленні пошуки так і залишилися безрезультатними.

3. Генетична гіпотеза скоєння суїцидів відрізняється своєю суперечливістю. У ході генетичних досліджень було встановлено, що якщо один *монозиготний близнюк* скоїв суїцид, то вірогідність самогубства другого близнюка збільшується в рази. Також американські генетики встановили, що у 6% суїцидентів один із батьків скоїв суїцид, це у 88 разів перевищує показники у популяції. При проведенні лонгітудіального дослідження одної спільноти у Пенсильванії було виявлено, що майже три чверті самогубств, скоєних за 100 років сталися тільки у чотирьох родинах.

4. Психодинамічна модель особистості та суїцидів (*З. Фрейд*) – психоаналіз передбачає існування у людини балансу двох інстинктів:

інстинкт життя (Ерос або Лібідо – потяг та цікавість до життя, забезпечення продовження роду) та *інстинкт смерті* (Танатос – символ агресії, жорстокості, вбивства та самогубства). Фрейд стверджував, що скоєння суїциду є наслідком руйнівної та імпульсивної дії Танатоса та самогубство – є переадресована злість с зовнішнього світу на себе.

5. Медична модель розглядає самогубство, як прояв захворювання, що є комплексом впливу багатьох факторів (біологічних, генетичних). З боку медицини необхідними є вивчення етіології, патогенезу, методів діагностики, профілактики та лікування хвороб, що призводять до самогубства. Вважається, що найбільш розповсюдженим етіологічним фактором суїцидів є психічні та поведінкові розлади. Тому основний вектор дослідження проблематики суїцидології направлений на лікування психічних хвороб.

Ставлення до самогубства як до різновиду душевних розладів (Е. Ескіроль) та породження «хвороб» суспільства.

Спочатку феномен самогубства інтерпретувався як одиничне явище і пояснювався впливом нестерпних, «важких» життєвих обставин або психічною хворобою, «запамороченням» (Esquirol). У рамках цього підходу Josset і Moreau de Tours запропонували класифікацію самогубств, засновану на видах душевних розладів:

- маніакальні;
- меланхолійні;
- одержимих нав'язливими ідеями;
- внаслідок імпульсивних дій.

Але подальші дослідження показали, що одним тільки душевним розладом можна пояснити не більше 10-20% самогубств.

4. Класифікація самогубств Е. Дюркгейма.

Вивчення самогубств, як явища суспільного життя, на рубежі XIX-XX ст. дозволило виявити певні загальні закономірності динаміки самогубств, які можна було пояснити дією «зовнішніх», незалежних від особистості чинників, що мають переважно соціальну природу (наслідок «хвороб» суспільства). В обґрунтуванні цього підходу пріоритетна роль належить Е. Дюркгейму (фр. *Émile Durkheim*). Зокрема, він вивів таку класифікацію самогубств.

1. **Альтруїстичні самогубства**, що вчиняються «на благо», в інтересах яких-небудь людей або ідей. До подібних самогубств можна віднести:

а) самогубства осіб похилого віку, важко хворих, тих, хто не бажає обтяжувати собою оточуючих. Вони були поширені серед вікінгів, фракійців, інших войовничих племен, у яких смерть «у ліжку» вважалася жалюгідною, ганебною;

б) самогубства у зв'язку зі смертю коханої людини; були поширені в Античному світі, древній Скіфії і Китаї, в епоху Відродження;

в) масові самогубства осіб із оточення померлих царів, вождів і т. ін., що вчинялися «добровільно» їх соратниками, рідними, рабами; такі «приписані» звичаями самогубства мали місце в Древньому Єгипті, Індії, Скіфії та інших країнах. Зазначимо, що згідно з законами в Індії ритуальне самогубство було заборонено тим, хто не мав потомства;

г) самогубство за релігійними та іншими переконаннями. На Сході, особливо в Індії, добровільне позбавлення себе життя під час релігійних церемоній оцінювалося як доцільна дія, що дозволяє успішно перейти на наступне «коло життя»; в середньовічній Японії характері було останнім доказом доблесті самурая. У Європі XVIII – XIX ст. самогубства були вельми поширені серед дворян, офіцерів; у цьому соціальному середовищі віддавали перевагу смерті від вогнепальної зброї над іншими способами («зашморг», отрута тощо), вважали своїм обов'язком залишити докладне письмове пояснення свого самогубства, щоб воно не тлумачилося неправильно.

Групові самогубства «за ідейними міркуваннями» були вельми характерні для релігійних фанатиків, зокрема, розкольників у Росії, а в наш час – послідовників Муна, що вбивали себе за його вказівкою;

д) серійні наслідувальні самогубства («феномен Вертера»). Так, Е. Дюркгейм наводить приклад самоповішання 15 інвалідів на одному кріюку в інтернаті, що вчинилися протягом 3-х місяців – поки кріюк не був видалений.

2. Аномічне самогубство як реакція на життєву кризу (економічну, політичну, сімейну, міжособисту, внутрішньоособисту тощо), загрозову для благополуччя людини або задоволення значущих потреб. Цей вид самогубства характерний для переломних моментів у житті суспільства і особистості.

Аномічне самогубство – це самогубство, зумовлене дезорієнтацією людини в суспільстві, втратою нею соціальних зв'язків.

Зростання числа такого роду самогубств можна прогнозувати і в нашому суспільстві. Це положення теоретично обґрунтовує Ю. Александровський у своїй концепції соціальних стресових розладів. Її обґрунтованість підтверджується даними інших дослідників, що вивчають динаміку психічного стану населення країн колишнього «табору соціалізму», численні статистичні дані, що свідчать про нездатність значної частини населення пристосуватися до корінної руйнації способу життя, що склався, системи цінностей і критеріїв життєвого успіху, падіння якості життя широких мас, тобто до тих чинників, що особливо гостро набули поширення в умовах воєнного стану в нашій країні.

3. Егоїстичне самогубство характерне для осіб, що не мають сил жити далі, перебувають у стані «меланхолії», депресії, відчують жалість до себе, прагнуть за допомогою смерті позбавити себе «від гіршої долі».

Класифікація самогубств Е. Дюркгейма не відрізняється стрункістю і не є безперечно завершеною, адже знайти єдину основу для класифікації такого багатогранного явища, як самогубство, практично неможливо. Проте такі спроби робилися й робляться іншими дослідниками.

Так, В. А. Тихоненко у 80-х роках виділив 5 основних груп мотивів самогубств:

- протестні;
- закличні (що мають на меті привернути увагу, викликати співчуття, досягнути бажаного);
- уникнення страждання;
- самопокарання;
- капітуляції перед «надмірними» вимогами.

5. Етапи розвитку суїцидології як науки: донауковий, галузевий, науковий, міждисциплінарний.

Загалом можна виділити наступні етапи розвитку суїцидології як науки:

1) донауковий період (із давніх часів до XVIII ст.) – Ф. Аквінський, Аристотель, А. Блаженний, Епікур, Сократ, Тацит, Цицерон та ін.;

2) галузевий період (початок XVIII ст. – середина XIX ст.). – Дж. Донн, Ф. Достоевський, О. Герцен, О. Радищев, Esquirol, Josset de Tours, Moreau de Tours та ін.;

3) науковий період (кінець XIX ст. – початок 30-х років XX ст.: соціологічна школа (Е. Дюркгейм, І. Острогорський, М. Феноменов); філософська школа (М. Бердяєв, М. Драгоманов, Б. Костяківський, О. Потебня та ін.); епідеміологічна школа (Л. Прозль, І. Сікорський); психіатрична школа (В. Бехтерєв, С. Корсаков, Е. Крепелін та ін.); фізіологічна школа (І. Павлов, І. Сеченов); психологічна школа (А. Адлер, Г. Саллівен, З. Фрейд, Е. Фромм); юридична школа (М. Гернет, Г. Гордон, А. Коні, Є. Тарновський);

4) міждисциплінарний період (30-ті роки XX ст. – початок XXI ст.).

ВИСНОВОК. Таким чином, суїцид, або самогубство, є складною формою поведінки, яку зумовлюють психологічні, соціальні, ідейно-філософські, біологічні, геокосмічні чинники.

Ключовими, вирішальними серед них є психологічні, оскільки самогубство – це поведінка, вчинок особистості, тобто психологічне за своєю природою, сутністю явище. Всі інші сприятливі щодо самогубства чинники діють опосередковано через емоційні переживання, мотивацію людини, що є складними процесами її психіки, у яких взаємодіють усі її рівні та утворення – від відчуттів до ідейних переконань.

Завдання на семінарське заняття №1

1. Теоретичні засади суїцидології.
2. Феномен самогубства: історія і сучасний стан проблеми.
3. Самогубство у Стародавній Греції.
4. Самогубство у Стародавньому Римі.
5. Самогубство у східних культурах.
6. Самогубство в індуїзмі.
7. Самогубство у християнстві.
8. Самогубство в ісламі.
9. Самогубство в юдаїзмі.
10. Концептуальні моделі (теорії) суїцидів. Нейрохімічна гіпотеза.
11. Концептуальні моделі (теорії) суїцидів. Анатомо-антропологічна модель.
12. Концептуальні моделі (теорії) суїцидів. Анатомо-антропологічна модель.
13. Концептуальні моделі (теорії) суїцидів. Психодинамічна модель.
14. Концептуальні моделі (теорії) суїцидів. Медична модель.
15. Ставлення до самогубства як до різновиду душевних розладів (Е. Ескіроль) та породження «хвороб» суспільства.
16. Класифікація самогубств Е. Дюркгейма.
17. Типологія суїцидів.

ЛЕКЦІЯ
на тему № 2
«Психолого-педагогічні та медико-біологічні аспекти вивчення
аутоагресивної (суїцидальної) поведінки»

План

1. Сутність ключових понять суїцидології. Психологічні особливості суїциду.
2. Психолого-педагогічні аспекти вивчення аутоагресивної (суїцидальної) поведінки.
3. Медико-біологічні аспекти вивчення аутоагресивної (суїцидальної) поведінки.

1. Сутність ключових понять суїцидології. Психологічні особливості суїциду.

Самогубство є складною формою поведінки, на яку впливають психологічні, соціальні, ідейно-філософські, біологічні, геокосмічні та інші чинники. Сьогодні проблему самогубства досліджують із різних позицій, а саме: загально-психологічної, патопсихологічної, соціально-психологічної, психокорекційної та ін.

Суїцид (від лат. sui – себе і caedere – вбивати) – умисне позбавлення себе життя або відмова від заходів із його збереження, що детермінується однією або декількома причинами; умисне самоушкодження зі смертельним фіналом.

Суїцидом вважають не всі дії людини, які мають наслідком її смерть. Встановити відмінність власне самогубства від аутоагресивних форм поведінки дає змогу аналіз мотивації вчинків індивіда.

Аутоагресивна поведінка (грец. autos – сам і лат. aggressio – напад) – специфічна форма особистісної активності, спрямована на завдання шкоди своєму соматичному або психічному здоров'ю. З огляду на специфіку дій індивіда, спрямованих на нанесення шкоди своєму здоров'ю, розрізняють такі види аутоагресивної поведінки:

- 1) **суїцидальна поведінка** – усвідомлені дії, метою яких є позбавлення себе життя;
- 2) **суїцидальні еквіваленти** – неусвідомлені дії та умисні вчинки, що призводять до фізичного (психічного) саморуйнування або самознищення, хоча на це не розраховані;
- 3) **несуїцидальна аутоагресивна поведінка** – різні форми навмисних самоушкоджень (самоотруєнь), метою яких не є добровільна смерть або реалізація яких не небезпечна для життя.

Отже, суїцид є одним із проявів (крайнім, фатальним) аутоагресивної поведінки.

Ключовими чинниками, що призводять до самогубства, вважають психологічні, оскільки суїцид є явищем психологічним. *Усі інші чинники діють опосередковано* через емоційні переживання, мотивацію людини. Мотивація особистості охоплює складні процеси людської психіки, у яких взаємодіють усі її рівні та утворення – від відчуттів до ідейних переконань.

На суїцид здатна тільки людина. Ця поведінка може бути по-різному вмотивована. **Характерні суїцидальні і несуїцидальні мотиви поведінки суб'єкта покладено в основу класифікації, в якій за різними критеріями виокремлюють такі види суїциду:** неусвідомлюваний суїцид, ризикована гра і ризикована безпечність, психопатологічний і афективно-невропатичний суїцид, а також суїцид психічно здорової людини.

1. Неусвідомлюваний суїцид. Дії суб'єкта можуть бути спричинені неусвідомлюваними потребами, які утворюють основу несвідомої сфери психіки людини. За однією з гіпотез, ризикована поведінка є проявом неусвідомлюваного прагнення до смерті внаслідок посиленої дії Танатосу. Танатос (Мортідо), згідно з психоаналітичною теорією З. Фрейда, – інстинкт смерті, який разом з інстинктом життя (Лібідо) є джерелом психічної енергії. Обидва інстинкти керуються «принципом задоволення» – задоволення потягів, які їх утворюють, зумовлює насолоду. Одним із потягів у структурі інстинкту смерті є потяг до самознищення (*позбавитись тягара життя, отримати нетривале, але сильне задоволення*). Але це настільки неприйнятне для суспільства, що нерідко людина боїться визнавати його наявність у своїй психіці. Вона психологічно захищається від усвідомлення цього несумісного з «нормальністю» потягу, витісняючи його у несвідому сферу психіки, звідки він проявляється у небезпечних для здоров'я і життя ризикованих поведінці, вчинках. Тому бажання власної смерті не постає в свідомості суб'єкта як мотив. Виявити неусвідомлювані суїцидальні мотиви можна лише за допомогою психоаналітичних методів, і тільки тоді, коли ці мотиви виявлені, є підстави трактувати ризиковану, легковажну чи залежну (адиктивну) поведінку як неусвідомлюваний суїцид.

2. Ризикована гра і ризикована безпечність. Окремі суб'єкти схильні до екстремальних розваг із ризиком для життя і здоров'я. Такі ігри можуть завершитися фатально. Особи, які грають зі смертю, усвідомлюючи наслідки, очікують на захоплення, повагу інших людей, нерідко отримують задоволення від страху, який супроводжує їх екстремальну поведінку. Особливості функціонування мозкових центрів «раю» (відчуття насолоди при подразненні) і «пекла» (подразнення зумовлює страждання) таких осіб спричиняють появу задоволення опосередковано через активізацію «пекла».

Ризиковану гру і ризиковану безпечність провокують алкоголь, наркотики та інші психоделічні (грец. *psyche* – психіка і *delos* – видимий; той, який проявляє психіку) речовини. Нерідко, наприклад, під їх дією реалізуються намагання перебраться з балкона на балкон висотного будинку, перевищення швидкості автомобіля на складній для управління трасі, стрибок з високого моста у неглибоку річку, ігри з вибухівкою тощо. Все це здебільшого призводить до нещасних випадків, *хоча за кожним із них може приховуватись і замаскований під нещасний випадок суїцид, і неусвідомлюване прагнення до самогубства.* Але за відсутності достатніх психологічних підстав для суїцидальних версій немає жодних причин для трактування таких вчинків як самогубства.

Маскування суб'єктом власного суїциду може бути спричинене прагненням відвести суспільне неприйняття, несхвалення, осуд, ганьбу від своїх рідних і від пам'яті про себе.

3. Психопатологічний і афективно-невропатичний суїциди. Існує думка, що будь-який суїцид здійснюють у стані психічного запаморочення, а отже, він є психопатологічним явищем.

Гуманістична психологія і психіатрія виходять із того, що людину слід вважати психічно здоровою і здатною усвідомлювати свої дії та керувати ними, доки протилежне не буде доведене. *Неспростовними ознаками психічних розладів є, насамперед, помітні порушення когнітивної сфери, патологічно неадекватні емоційні стани (депресивні чи маніакальні стани).* Під їх впливом трапляється, що суб'єкт, сприйнявши відчинене вікно на висотному поверсі як двері в коридор, «виходить» через них або «вилітає» через вікно, бо уявляє себе істотою, що вміє літати. Такі ситуації психологічно не можна трактувати як самогубства, *вони є нещасними випадками,* оскільки жертви не йдуть до смерті усвідомлено.

*Психічно хворі чинять суїциди і в стані ремісії (лат. *remissio* – зниження; послаблення патологічних симптомів хвороби), будучи адекватними й усвідомлюючи своє становище. Розуміння серйозності свого розладу і страх перед неминучими загостреннями, ускладненнями, психічною деградацією штовхає таких людей на фатальні вчинки, які є намаганням захистити себе і своїх близьких від майбутніх страждань, тягаря своєї хвороби.*

Прихильники психопатологічної концепції суїциду вважають, що людина здатна вкоротити собі життя тільки в стані безумства, отже, всі суїциденти – психічно хворі, охоплені манією самознищення. У багатьох публікаціях поширені твердження, *щодо 90 % самогубців на момент скоєння акту суїциду мали невиявлені психічні захворювання,* хоч про підстави для припущень щодо їх наявності не йдеться. Прихильники протилежної точки зору стверджують, що за певних умов не лише психічно хворі, а й психічно здорові особи незалежно від стану соматичного здоров'я, розумових здібностей, умов життя можуть стати

суїцидентами. За їх спостереженнями, тільки 25–30 % осіб на момент вчинення самогубства страждали від психічних захворювань.

Суїцидогенні життєві умови також спричинюють афектацію, невротизацію, психопатизацію та інші межові розлади. Свідомість особистості, її когнітивна сфера за таких розладів залишаються в межах норми. Людина адекватно відображає навколишню реальність, але у неї змінюється афективне (лат. affectus – пристрасть, хвилювання, почуття) ставлення до реальності й до себе та поведінка, зокрема, самоорганізація, самоконтроль, вольова регуляція. Серед таких розладів особливо поширені *неврастенії*.

Неврастенія (грец. neuron – жила, нерв iastheneia – слабкість) – виснаження, ослаблення нервової системи і всього організму, що розвинулося внаслідок тривалого розумового чи емоційного перенапруження та фізіологічних перевантажень.

Неврастенік зазнає прикрих відчуттів, душевного болю від кожного відносно відчутного враження. Будь-які зусилля для нього психологічно обтяжливі. Е. Дюркгейм порівнював нервову систему неврастеніка з тендітною мембраною, яка болісно здригається від найменшого дотику. Якщо неврастенічній особі не вдається надійно захиститись від чинників, що завдають їй болю, вона шукає виходу в суїцидальному вчинку – скоює афективно-невропатичне самогубство.

Проте не всі особи, які страждають від таких розладів, чинять самогубство, суїцидальні спроби чи замислюються над такою можливістю. Це свідчить про відсутність безпосереднього зв'язку між поширенням неврастенії та суїциду.

Серед самогубств, скоюваних психічно хворими людьми, виокремлюють чотири різновиди:

1. *Маніакальне самогубство* – здійснюють особи, охоплені галюцинаціями або маячними ідеями. Хворий убиває себе, щоб уникнути уявної небезпеки чи ганьби, або діє, підкоряючись наказу «згори». Суїцидальні акти відбуваються швидко і супроводжуються суперечливими думками й почуттями.

2. *Самогубство меланхоліків* – поширене серед осіб, які занепали духом, переживають глибоку скорботу, патологічно гіпертрофовані докори совісті, сум, журбу. У такому стані людина не здатна об'єктивно оцінити своє ставлення до інших, а також оточення до себе. Життя нею сприймається як стомлююче, обтяжливе й безрадісне або безнадійно нудне існування. У хворого, який постійно перебуває у такому стані, з часом з'являється несвідома думка про самогубство як засіб звільнення від страждань.

3. *Самогубство під впливом нав'язливих ідей* –

суїцидальний акт зумовлюється не реальними чи уявними мотивами, а нав'язливою думкою про смерть, яка оволодіває свідомістю хворого. Він одержимий бажанням знищити себе, хоча розуміє безпідставність цього бажання. Ця нав'язлива манія не підпорядковується раціональним розмірковуванням, логіці, здоровому глузду.

4. *Автоматичне (імпульсивне) самогубство* – також раціонально немотивоване. Ні дійсність, ні уявлення хворого не дають для такого вчинку жодних підстав. Не є воно і результатом нав'язливої ідеї, яка довго переслідує хворого і лиш поступово оволодіває його волею. Автоматичне самогубство скоюють наслідок раптового й нездоланного імпульсу, який опановує свідомістю, почуттями, волею (зазвичай, імпульс повертає увагу людини до предметів, за допомогою яких можна здійснити суїцид).

Ця класифікація незмінна з часу її створення (близько століття), хоча зазнавала деяких уточнень, доповнень. *На перший і другий види самогубств припадає 25–30 % від загальної їх кількості.* Припускають, що самогубства охоплених нав'язливими ідеями осіб і автоматичні самогубства є результатом «прориву» з несвідомої сфери психіки особистості витіснених туди гіпертрофованих танатосних потягів. Інші суїцидальні вчинки пов'язані з афективно-невротичними розладами.

Отже, психопатологічне самогубство відрізняється від скоєного психічно здоровою людиною тим, що зумовлене глибокими деформаціями у психіці душевнохворого. Деформації знищують здатність особи до адекватного відображення життєвої ситуації, у якій вона перебуває, і себе в ній, а відтак – до адекватної адаптивної поведінки.

4. Суїцид психічно здорової людини. Суїцид психічно здорової людини реалізується як вибір нею смерті для досягнення мети за адекватної свідомості й афективно-невротичного збудження, яке не досягає патологічного рівня. Відмінність між переживанням у межах норми і психопатологічним визначають після аналізу всіх чинників, що могли зумовити суїцидальну поведінку. Американські дослідники Н. Фарбероу, Р. Літман визначили такі ***типи суїцидальної поведінки психічно здорових людей:***

1) *демонстрація свого дистресу (стан психіки особи, за якого зникає її опірність стресам) іншим без бажання вмерти.* На цей тип припадає приблизно 30 % всіх суїцидальних актів. Для такої поведінки засобом досягнення мети є не смерть, а імітація (свідома чи несвідома) заподіяння собі смерті. Несвідомі імітатори

переконані, що чинять справжнє самогубство, а підсвідомість, яка знає правду, перешкоджає цьому. Мета демонстрації дистресу без бажання справді померти реалізується як прагнення вплинути на інших, повернути увагу до своїх проблем, конфліктів, викликати співчуття до себе, налякати, застерегти. Поведінку називають демонстративно-шантажною лише тоді, коли вона не призвела до смерті і суб'єкт визнав свої справжні наміри. Її не вважають суїцидальною, оскільки смерть суб'єкта не є її мотивом, а відтак демонстративно-шантажну суїцидоподібну поведінку виокремлюють як вид поведінки суб'єкта, загрозової для його життя і здоров'я;

2) *суїцид із вираженням амбівалентним (суперечливим, роздвоєним) ставленням до смерті та сподіванням на шанс чи долю в останньому кроці (смерть із субнаміром)*. Суб'єкт, який скоює такий вчинок, вважає нестерпним свій стан розгублення й відчаю, хоча зберігає слабку надію на інший спосіб реагування. Амбівалентність спричинює підсвідомий вибір «легкого» самогубства, яке можуть помітити й припинити інші. Незавершені суїциди дають рецидиви, здійснюються повторно аж до летального завершення. Серед суїцидентів, які так діють, прагнення до смерті може бути тривалим і сталим; короткочасним, але рецидивним; миттєвим, імпульсивним, рецидивним;

3) *наявність справжнього наміру вбити себе (істинний, справжній суїцид)*. Особи, які готуються до суїциду, виявляють свої наміри відповідними висловлюваннями (відвертими або маскованими), ретельно убезпечуються від того, що могло б завадити здійсненню задуму.

Існують й інші класифікації типів суїцидів: непрямий, напівнавмисний, напівпереднавмисний суїциди, суїцидальний еквівалент, незавершений суїцид, пара-суїцид (Н. Крайтман); можливий суїцид, суїцидна гра, провокація агресії на себе (К. Норрінгер); серйозні та несерйозні суїциди (А. Розен); субсуїцидні феномени (К. Меннінгер) та ін.

Ці та інші суїцидальні феномени відповідають охарактеризованим видам і типам суїцидів і суїцидоподібних вчинків.

У структурі суїцидальної поведінки виокремлюють внутрішню (психічну) і зовнішню (дієву) форми.

Внутрішні форми суїцидальної поведінки містять суїцидальні думки, уявлення, емоційні переживання, задуми, наміри.

Суїцидальні думки – це міркування суб'єкта про відсутність цінності і смислу життя, обґрунтування доцільності власної смерті, обмірковування способів, засобів самогубства.

Суїцидальні задуми – це мисленнєві операції, в яких формується суїцидальний намір, обирається спосіб, визначаються засоби, час скоєння самогубства. Суїцидальні задуми пов'язують уявний суїцид із реальним.

Суїцидальний намір – це мотиваційний феномен, який пов'язує внутрішньо-психічну і зовнішньо-дієву складові вчинку. Суїцидальні наміри утворюються з задумів і вольового рішення, що безпосередньо спонукає до дії.

Всі ці феномени виникають, розгортаються у внутрішній сфері особистості, а тому важко піддаються виявленню без застосування спеціальних методик.

До **зовнішніх форм суїцидальної поведінки** належать суїцидальні спроби і завершені суїциди.

Суїцидальна спроба – це цілеспрямоване оперування засобами самогубства, яке внаслідок певних причин не закінчується смертю.

Особи, яким не вдалося суїцид, здебільшого кажуть, що шкодують про скоєне. Але частота самогубств серед них протягом наступних 12 місяців після спроби приблизно в 100 разів перевищує середню.

Понад дві третини осіб, які скоюють суїцид, повідомляють про свій намір. Переважно це завуальовані або відверті розмови про самогубство, про своє бажання відпочити від «поганого» життя, про свою нікчемність, безпорадність, безнадійне становище; обговорення суїцидальних і некрофільних сюжетів із художніх творів і повідомлень у засобах масової інформації. **Отже, здебільшого самогубство є задалегідь задуманим актом.**

Ми розглядаємо самогубство як непатологічні ситуаційні реакції на суб'єктивно скрутні, нестерпні і безвихідні ситуації, що можуть мати різне психологічне навантаження:

– привернути увагу оточуючих або однієї конкретної особи до себе, своїх проблем, щоб домогтися зміни ситуації; отримати допомогу від тих, до відома кого прямо або непрямо доводять інформацію про суїцидальні наміри – з різною мірою виразності: від млявих скарг на життєві труднощі до прямого шантажу погрозою самогубства. Такі прояви не повинні залишатися без уваги, оскільки при «демонстративному» самогубстві смерть може настати всупереч бажанню суб'єкта.

Зазначимо, що незавершені самогубства в 5 разів частіше зустрічаються у жінок (в порівнянні з чоловіками) через використання ними способів, що дають оточуючим шанс врятувати життя. Це самоотрути, задушення чадним газом, самопорізи тощо;

– «істинні» самогубства мають значення радикального засобу позбавити себе життя і при «невдачі» спроби повторюються неодноразово,

поки не буде досягнутий бажаний результат. Це положення особливо важливо враховувати при наданні допомоги суїцидентам, що вижили.

В найбільш загальному вигляді чинники самогубства можна поділити на **об'єктивні** (темпи індустріалізації, урбанізація, фемінізація, безробіття, міграції населення, забезпеченість житлом, ціни на нафтопродукти та продукти харчування, сонячна активність, зміни клімату та ін.) та **суб'єктивні** (вік, стать, професія, сімейний стан та ін.), в тому числі – певні індивідуально-психологічні властивості. В ХХ ст. були виконані тисячі суїцидологічних досліджень, що виявляють статистичний зв'язок між самогубствами і вказаними чинниками. Вони дозволяють прогнозувати динаміку самогубств, розробляти заходи їх загальної профілактики.

Разом із тим, феномен самогубства на рівні однієї окремо взятої особистості багато в чому залишається явищем загадковим, глибоко інтимним, недоступним для систематичного вивчення. Це, з одного боку, утруднює індивідуальне прогнозування і профілактику самогубств, а з іншого боку, спонукає до систематизації спостережень, пошуку в одиничних суїцидальних актах загального, закономірного.

2. Медико-біологічні аспекти вивчення суїцидальної поведінки

На питання про природу самогубства одними з перших спробували дати відповідь медики. Відомий французький психіатр Етьєн Ескіроль у своїй класичній праці «Про розумові хвороби» (1838) стверджував, що самогубство – це психічна аномалія: «...людина заміряється на своє життя тільки в стані розумового божевілля», а «... всі самогубці – помішані». Проводячи серйозні патологоанатомічні дослідження, Ескіроль намагався знайти причину самогубства в тілі людини, тобто пов'язати душевну діяльність з фізіологічною. Але сенсаційних відкриттів психіатру зробити не вдалося. Розтинаючи тіла самогубців, він зазначив, що зміни, які спостерігаються у тканинах, були досить різноманітними, і це не дозволяло «локалізувати суїцидну патологію в тілі».

Однак, незважаючи на відсутність будь-яких практичних аргументів, теорія Ескіроля мала своїх послідовників. Дж.-П.Фальре пов'язував самогубство з **іпохондрією** (стан людини, клінічний синдром, що проявляється в постійному занепокоєнні з приводу можливості захворіти на одну або декілька хвороб, скаргах або заклопотаності своїм фізичним здоров'ям, сприйнятті своїх звичайних відчуттів як ненормальних і неприємних, припущеннях, що окрім основного захворювання є якесь додаткове. При цьому людина може вважати, що знає, яке у неї «насправді» захворювання, але міра її переконаності зазвичай раз від разу міняється, і вона вважає імовірнішим то одне захворювання, то інше, тобто маніпулює ними.), а С.Е. Бурден у трактаті «Самогубство як хвороба» (1845) назвав аутоагресію «самогубною монотанією».

В Англії прихильником цього ж напряму був доктор *Ф. Вінслоу*. Його робота «Анатомія самогубства» (1840) стала ще однією спробою «пов'язати суїцидні імпульси й інші явища душевного життя зі станом тканин і органів тіла». *Ф. Вінслоу* стверджував, що схильність до самогубства необхідно шукати в патологічних змінах головного мозку, серця, органів травлення. Навіть відсутність позитивних результатів у практичних дослідженнях не похитнула віру англійського медика у фізичну природу суїцидального божевілля.

Про наукові розробки європейських дослідників у сфері вивчення природи самогубства в Росії широка публіка довідалася у 60-х роках ХІХ ст. Одним з перших джерел масового друку був огляд медичних зведень – компіляція *П.М. Ольхіна* «Про самогубство в медичному відношенні» (1859). Ця робота ґрунтувалася на концепції *Ескіроля*, визнаючи суїцид винятково результатом душевної хвороби.

У 1880 році з'явилася робота *М.В. Пономарьова* «Самогубство в Західній Європі і Росії у зв'язку з розвитком божевілля», де автор розглядав «російський матеріал» у порівняльній перспективі, виходячи з даних про Західну Європу. Будучи послідовником *Ескіроля*, *М.В. Пономарьов* відносив самогубство до сфери медицини і вбачав у кожному самогубці психічно хворого чи людину, яка діяла під впливом раптового імпульсу. Подібної думки дотримувався російський лікар *П.Г. Розанов* (1891), який стверджував, що основою самогубства є психічне захворювання.

У 80-х роках ХІХ ст. петербурзький психіатр *І.П. Лебедев* уперше в Росії провів обстеження у стаціонарних умовах групи осіб віком до 20-ти років, які посягали на самогубство. У роботі з пацієнтами вчений застосовував метод клінічного спостереження (названий автором «психолого-аналітичним»). Він вважав, що всебічне вивчення особистості суїцидента протягом тривалого часу допоможе виявити справжню причину аутоагресивної поведінки і намітити шляхи вирішення профілактичних завдань. Однак більшість обстежених *І.П. Лебедев* відносив до недиференційованої у клінічному відношенні категорії таких, що вироджуються, а суїциди у таких осіб дорівнював *розладу свідомості при патологічному афекті*. У цьому плані дослідник поділяв думку деяких своїх сучасників про те, що самогубство є *різновидом психозу*.

Велику увагу проблемі самогубства приділяли представники антропологічної школи *Л.І. Крюков*, *П.М. Мінаков*, *І.І. Нейдінг*. Вони пов'язували схильність до суїцидальної поведінки з певними змінами в будові черепа самогубців, що чинять механічний вплив на мозок. На думку цих авторів, саме такі своєрідні «дефекти будови» впливають на функції мозку, порушуючи його діяльність, що зрештою і призводить до самогубства.

Одним з яскравих представників антропологічної школи був патологоанатом І.М. Гвоздєв. Провівши самостійно понад 1000 судовомедичних розтинів трупів самогубців, дослідник спробував зрозуміти таємницю самогубства на основі вивчення діяльності мозку. Однак результати роботи не дозволили дати позитивної відповіді на питання про наявність патологічних змін у будові і функціонуванні головного мозку суїцидентів. Споконвічна помилковість теоретичних передумов і механістичний підхід до проблеми не дозволили дійти вірних теоретичних і практичних висновків.

Англійський лікар Г.М. Барроус ще у 1828 році скептично висловлювався з приводу прагнення багатьох фахівців встановити причину самогубства у процесі розтину трупів. А у 1909 році віденський лікар *Антон Брош* розітнув 371 тіло і дійшов висновку, що тільки у 7,6% випадків можна говорити про наявність ознак душевної хвороби.

Надалі концепцію патологоанатомів про біологічні аномалії самогубців було відкинуто як помилкову. Праці прихильників ендокринологічної теорії, яка пов'язує виникнення аутоагресивної поведінки з порушеннями діяльності залоз внутрішньої секреції, також було піддано критиці, тому що подальші дослідження в цьому напрямку не підтвердили вихідної гіпотези.

У XIX – I чверті XX ст. не всі вчені поділяли точку зору про соматопсихічну неповноцінність суїцидентів. Багато психіатрів, що вивчали цю проблему, справедливо вважали, що суїцидальні думки можуть виникнути й у психічно здорових людей, а за певних обставин ці особи можуть реалізувати свої наміри. Теорію успішно розвивали С.С. Корсаков, М.І. Баженов, С.Л. Суханов, Ф.В. Рібаков, В.Ф. Чиж. Такий погляд на проблему самогубства відкрив перспективу вивчення цього феномена іншими сферами науки.

3. Психолого-педагогічні аспекти вивчення суїцидальної поведінки

Важливе місце в розглянутий період посідає психологопедагогічний підхід до вивчення суїцидальної поведінки.

Вчені багатьох шкіл і напрямів висували різні гіпотези про природу аутоагресії, специфічні особливості суїцидентів, прагнучи знайти ключ до розуміння механізмів прийняття суїцидального рішення.

У науковій думці XIX – I половини XX ст. самогубство було загадкою, яку потрібно було розгадати.

Представники **психоаналітичної теорії** шукали розгадку в дії *підсвідомих механізмів психіки*.

Австрійський психоаналітик В. *Штекель* одним з перших обґрунтував *теорію про прагнення до власної смерті як відображення*

бажання смерті когось іншого, тобто ворожості, зверненої на себе. Для позначення бажання до знищення життя В. Штекель використовує термін «танатос», що надалі набув більш широкого значення і зараз застосовується у психоаналізі для характеристики будь-яких деструктивних тенденцій.

Ідею інстинкту смерті, незалежно від В. Штекеля було також сформульовано іншим видатним психоаналітиком С. Шпильрейном у 1912 році.

З. Фройд визнавав існування двох рівновеликих сил людської природи – *Еросу і Танатосу*. Інстинкт смерті лежить в основі всіх проявів жорстокості, вбивств і самогубств. У розумінні З. Фрейда, всім живим організмам притаманне компульсивне прагнення повернутися до неорганічного стану, з якого вони вийшли. Йдучи за Шопенгауером, З. Фрейд стверджував: «Метою життя є смерть».

А. Адлер – представник раннього психоаналітичного руху – розглядав проблему самогубства на тлі своєї *теорії про комплекс неповноцінності*. Він вважав, що, приймаючи суїцидальне рішення, особистість переборює дитячі комплекси неповноцінності і самостверджується.

Американський психіатр **К. Меннінгер** – представник психоаналітичного напрямку – у своїх поглядах на роль несвідомого у виникненні саморуйнування людини, як і З. Фрейд, виходив з наявності в ньому Танатосу – інстинкту смерті, що справляє свій руйнівний вплив і манить людину до загибелі. Безсумнівним оригінальним внеском К. Меннінгера в суїцидологію варто вважати виділення ним **трьох основних частин суїцидальної поведінки**. Для того, щоб зробити самогубство необхідним, на думку автора, одночасно повинні бути наявними:

- бажання вбити;
- бажання бути вбитим;
- бажання вмерти.

У цьому випадку суїцид стає практично невідвратною реальністю. У підсумковій роботі К. Меннінгера «Людина проти самої себе» (1938) описуються різні **форми саморуйнівної поведінки**:

- «хронічне самогубство» (аскетизм, мучеництво, невротична інвалідизація, алкоголізм, антигромадська поведінка, психоз);
- «часткове самогубство» (тілесні самоушкодження, симуляція, прагнення піддаватися численним оперативним втручанням, нещасні випадки з психологічним підґрунтям);
- «органічне самогубство» (визначені психологічні фактори соматичних захворювань).

Усі ці прояви скорочують людське життя і, на думку автора, означають часткову смерть.

Розвиваючи психоаналітичну теорію, російський психолог Г.І. **Гордон** вказує на існування в глибині душі людини *двох головних інстинктів – життя і смерті*, змішування яких являє собою життя. І якщо життєвий тонус слабшає, то людина здатна вчинити самогубство. У роботі «Сучасні самогубства» (1912) Г.І. Гордон звертає увагу на те, що причини аутоагресивної поведінки слід шукати не в зовнішніх обставинах, а у внутрішніх переживаннях суб'єкта. На думку автора, деякі люди мають схильність до суїцидальних дій, які неминуче ведуть людину до катастрофи. Людина втрачає смак до життя, сприймаючи його як таке, що втратило будь-який сенс.

Слід зазначити, що Г.І. Гордон вважав необґрунтованим пояснення самогубства психічним розладом. На його думку, *«кандидатів у самогубці» необхідно шукати серед людей, у яких потреби перевищують можливості*. Звідси розчарування і незадоволеність життям; такі особистості, по суті, вже порвали з життям, але продовжують існувати немов «за інерцією». «Ми допускаємо, стало бути, що за певних умов кожний з нас може стати самогубцем, незалежно від стану здоров'я, розумових здібностей, оточуючих умов життя і т.д.». Автор робить спробу пов'язати психологічні основи походження суїцидальної поведінки з деякими характеристиками соціального середовища. Знизити рівень самогубств можливо, на його думку, тільки змінивши ситуацію, що склалася у суспільстві. Однак він не бачив ніяких реальних шляхів для соціальних змін. Це стало причиною формування у автора песимістичного погляду на суїцидальні прогнози.

Глибоке вивчення *морально-психологічних і педагогічних аспектів* суїцидальної поведінки проводили такі представники психологічного напрямку, як В.М. Бехтерев, І.А. Сікорський, Б. Краєвський, Л.М. Дрознес, А.М. Острогорський, В.А. Федоров та інші.

Значний інтерес з цього погляду становить робота **В.М.Бехтерева** «Питання суспільного виховання» (1909). Аналізуючи причини самогубств осіб молодого віку, автор вказує на *недолік морального виховання в суспільстві*. На думку автора, така недостатність веде до дисгармонії і моральної нестійкості особистості, яка тільки формується, і як наслідок – до суїцидальних вчинків.

Виступаючи на I з'їзді Російського союзу психіатрів і невропатологів у 1911 році, В.М. Бехтерев у своїй доповіді «Про причини самогубства і можливу боротьбу з ним» вказував на необхідність реформи старої школи. Поліпшення стану він вбачав у кардинальних *змінах процесу навчання*, недопущенні негуманного і черствого ставлення педагогів до вихованців. Навчання, на думку В.М. Бехтерева, повинно перетворитися із самоцілі на засіб морального і громадянського виховання. У своєму виступі автор також наголошував, що не слід ототожнювати самогубство з душевною хворобою, так само, як і відносити його виключно до вчинків здорової особистості. Щодо

профілактики суїцидальної поведінки доповідач закликав до посилення взаємодопомоги, просвіти народу, боротьби з алкоголізмом, поліпшення медичної допомоги, зростання добродійності. Превентивні заходи повинні, на його думку, містити в собі виховання людини в дусі моральних обов'язків і любові до ближнього, розвиток духу соціального оптимізму.

Ще на початку ХХ ст. В.М. Бехтерев указував на те, що, аналізуючи причини аутоагресивних дій, для розуміння природи самогубства ми повинні використовувати методи різних наукових дисциплін: статистичний, клінічний, судово-медичний, патологоанатомічний, застосовуючи їх у комплексі. Цієї думки дотримувався і І.А. Сікорський у своєму посібнику з психіатрії (1910), зазначаючи, що самогубство є міжгалузеву сферою, що розглядається не тільки психіатрією, але і педагогікою, етикою, кримінальним правом.

У роботі «Психологічні основи виховання і навчання» (1909) І.А. Сікорський звертається до проблеми зростання самогубств серед учнів. Збільшення кількості шкільних суїцидів автор пояснював насамперед впливом морально-етичних факторів і тісно пов'язаних з ними питаннями навчання і виховання. На його думку, профілактичні заходи повинні включати лікувально-оздоровчий і психологічний цикли.

У проведенні цієї програми велика відповідальність покладається на все суспільство, бо саме воно повинно вважати це завдання своїм моральним обов'язком.

Аналогічні настрої звучать і в більш ранній роботі вченого «Психологічний стан перед самогубством» (1896), де він вказує, що «...явища самогубства накладають на представників різних спеціальностей моральний обов'язок – працювати на загальній ниві розробки запобіжних заходів проти зла, що у наші дні стало хворобою століття».

У монографії «Психологічна боротьба із самогубством у юні роки» (1913) І.А. Сікорський підкреслював, що поряд із застосуванням методів лікарської допомоги одним з ефективних засобів проти суїцидальних намірів є дієва любов до людини, співчуття і розуміння. Кожен повинен бути готовий надати ближньому «швидку психологічну допомогу».

Монографія російського вченого цікава ще й тим, що в ній автор пропонує *оригінальну типологічну схему формування суїцидальної поведінки* у вигляді феноменологічного ряду етапів наростаючої *суїцидальної готовності*:

I етап – сумніву і нерішучості;

II етап – виникнення почуття провини;

III етап – стан туги, гніву, страху;

IV етап – фанатизм.

І.А. Сікорський був переконаний, що суїцидальним намірам можна запобігти під впливом засобів морально-етичного впливу, особливо на ранніх етапах формування суїцидального задуму.

Монографію було належно оцінено сучасниками. Так, В.М. Бехтерев у «Віснику психології, кримінальної антропології і педології» опублікував рецензію на працю І.А. Сікорського, в якій підкреслив високе практичне значення цієї роботи.

Педагогічні аспекти профілактики самогубств серед молоді вивчав на початку ХХ ст. *Б. Краєвський*. Дослідник підкреслював, що навіть одиничний факт самогубства повинен привертати увагу і насторожувати, тому що важко «...знайти що-небудь інше, що протестувало б голосніше, розходилося б більш різко з тим, що ми в нашому способі мислення звикли вважати розумним, доцільним, нормальним».

Окреслюючи завдання суспільства щодо профілактики суїциду, автор наголошував, що обов'язком кожного громадянина (насамперед вихователя) є зменшення страждань інших, а особливо осіб, схильних до аутоагресивної поведінки. У своїй роботі «Із приводу самогубств серед учнів. Психологічні розуміння» (1910) Б. Краєвський дає рекомендації молодим людям щодо планування життєвої програми.

Автор стверджує, що у житті не можна обмежуватись якоюсь єдиною метою (кар'єрою, багатством, вдалим шлюбом). Така обмежена спрямованість може призвести до небажаних наслідків, тому що виникнення будь-яких перешкод у досягненні мети чи взагалі неможливість реалізації своїх планів може серйозно вплинути на світосприйняття індивіда і навіть викликати втрату сенсу життя. Щоб уникнути цього, потрібно брати участь у різних сферах діяльності (громадській, науковій, культурній). Тоді, у разі недосягнення основної мети, індивід зможе переключитися на інші значущі види діяльності.

Обговоренню методів і способів боротьби із самогубствами присвячено роботи одеського вченого Л.М. Дрознеса. Дослідник упевнений, що тільки зовнішні обставини не можуть бути причиною прийняття суїцидального рішення. У кожному випадку неминучим є психоемоційний розлад, джерела якого слід шукати в підсвідомій сфері.

Розібратися зі складними душевними переживаннями людини, визначити причини афективного стану – означає надати необхідну психологічну допомогу, втримати від фатального кроку. З метою профілактики і превенції суїцидів, вважав Л.М. Дрознес, конче необхідним є створення спеціального «Амбулансу» з лікарями-фахівцями, де кожна людина могла б знайти співчуття і допомогу у критичну хвилину.

Значний внесок у вивчення феномена самогубства зробив учений *А.М. Острогорський*. У роботі «Самогубство як психологічна проблема» (1893) автор зазначав, що вивчення психології самогубства необхідне насамперед *для розробки профілактичних заходів*. Переглядаючи розповсюджену ідею про взаємозв'язок аутоагресії з душевним розладом, учений справедливо підкреслював неприйнятність кількісних критеріїв, що існували в медицині, для вирішення питань співвідношення норми і

патології для осіб, які вчинили самогубство. Автор пов'язував стан «душевної розгубленості» і втрату інтересу до життя не стільки із психічною хворобою, скільки з певними психосоціальними характеристиками: віком, вихованням, темпераментом, спадковістю і простим наслідуванням. Віддаючи пріоритет у походженні самогубства *соціальним факторам*, А.М. Острогорський, разом з тим вважав, що ці зовнішні фактори «можуть діяти вирішальним чином, коли для цього є дані, що привертають до себе увагу».

Слід зазначити, що А.М. Острогорський одним з перших указав на *амбівалентність переживань потенційного самогубця*: прагненню до смерті протистоять інстинкт самозбереження, прагнення до життя, любов і прихильність до ближніх, почуття обов'язку. У зв'язку з цим автор надавав великого значення *заходам індивідуальної і колективної профілактики*, рекомендуючи в гострі пресуїцидальні періоди проводити психогігієнічні заходи. Увага і турбота близьких повинні вплинути на індивіда й уберегти його від фатального кроку.

У роботі «Хворі люди, хворі діти» (1882) А.М. Острогорський звертається до питань соціальної профілактики, акцентуючи увагу на навчанні і моральному вихованні. Формування «міцної тілом і духом людини» є основою виховання здорового у всіх відношеннях покоління, здатного успішно протистояти життєвим труднощам.

Активна позиція А.М. Острогорського стосовно проблеми самогубства підтверджується особистою його участю у роботі «Комісії з боротьби зі шкільними самогубствами», яка була заснована у 1910 р.

Завдання на семінарське заняття №2

1. Сутність ключових понять суїцидології.
2. Психологічні особливості суїциду.
3. Класифікація суїцидальної поведінки.
4. Мотиви аутоагресивної (суїцидальної) поведінки.
5. Неусвідомлюваний суїцид.
6. Ризикована гра і ризикована безпечність.
7. Психопатологічний і афективно-невропатичний суїциди.
8. Різновиди суїцидів за Е.Д.Ркгеймом.
9. Суїцид психічно здорової людини.
10. Внутрішні форми суїцидальної поведінки.
11. Зовнішні форми суїцидальної поведінки.
12. Медико-біологічні аспекти вивчення аутоагресивної (суїцидальної) поведінки. Внесок Е.Ескіроля.
13. Внесок антропологічна школи у дослідження суїцидальної поведінки.

14. Психолого-педагогічні аспекти вивчення аутоагресивної (суїцидальної) поведінки. Представники психоаналітичної теорії суїцидів. В. Штекель.
15. Представники психоаналітичної теорії суїцидів. З. Фройдю
16. Представники психоаналітичної теорії суїцидів. А. Адлер.
17. Представники психоаналітичної теорії суїцидів. К. Меннінгер.
18. Представники психологічного напрямку дослідження суїцидів.

ЛЕКЦІЯ №3

ОСНОВНІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ. МОРАЛЬНО-ПРАВОВИЙ ПІДХІД ДО ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДУ

План

1. Основні соціально-психологічні детермінанти суїцидальної поведінки.
2. Морально-правовий підхід до проблеми суїциду

Природа самогубства пов'язана із впливом соціологічних (об'єктивних), соціально-психологічних, індивідуально-психологічних та біохімічних чинників, що взаємодіють у психіці суїцидента та стають детермінантами суїцидальної поведінки.

Соціологічні (об'єктивні) чинники. Це економічні, політичні, соціокультурні та інші аспекти суспільства, які формують масові настрої, громадську думку, тобто утворюють фон, на якому відбувається життєдіяльність людей. Самі вони не провокують підвищення суїцидальної активності, а діють трансформовано, через умови існування малих соціальних груп. На кризових етапах розвитку суспільства, коли загострюються соціально-економічні, політичні та інші проблеми, кількість самогубств збільшується, і навпаки. Отже, з соціологічної точки зору суїцид є продовженням і наслідком стану суспільства на конкретному етапі його розвитку.

Соціально-психологічні чинники – найповніше розкриваються через міжособистісну взаємодію і спілкування. Проблеми, ускладнення, які виникають у цій сфері за несприятливих умов, підвищують суїцидальну активність людей. Ці чинники безпосередньо пов'язані з соціально-психологічним складом населення, механізмами впливу людей один на одного. Вони найскладніші й найчисельніші. Джерелом активності людини в будь-яких її виявах є потреби. Тривале незадоволення важливих потреб суб'єкта породжує стан психологічної напруженості, тривожності, який, доповнюючись впливами інших несприятливих умов і чинників, зумовлює деформацію особистості, нерідко провокує суїцид.

Індивідуально-психологічні чинники. Вони є похідними від соціологічних і соціально-психологічних, але первинними при прийнятті рішення про те, жити чи позбавляти себе життя. Таке рішення людина приймає особисто, це її вибір. Ці чинники самогубства пов'язані як зі специфічними станами організму (*психічні потрясіння, втома, виснажливі навантаження, депресія тощо*), так і з психологічною схильністю індивіда до суїциду (*особливості характеру і темпераменту, підвищена чутливість і сугестивність, висока емоційна збудливість, недостатня вольова регуляція поведінки тощо*).

Біохімічні чинники – стосуються особливостей гормональної регуляції, функціонування імунної, серотонінергічної і моноамінергічної

медіаторних систем в організмі людини. Відхилення у цих процесах зумовлюють зміни настрою і поведінки й можуть спричинити самогубство.

Визнаючи важливу роль індивідуально-психологічних якостей суїцидентів, повернемося до думки про значення макросоціальних змін у житті суспільства. Нагадаємо, що відповідно, наприклад, до теорії циклічного розвитку суспільства М. Вебера, в його розвитку виділяються три фази: підйому, стабілізації і занепаду. Їх ознаки представлені в таблиці 1.

Таблиця 1. Ознаки циклічних змін у суспільному житті

Ознаки:	Підйом	Стабілізація	Спад
Політика:			
Довіра до влади	Зростає	Велика	Падає
Соціальне напруження	Падає	незначне	зростає
Вплив «середнього» класу	Зростає	великий	дуже малий
Злочинність	Падає	стабільна	зростає
Економіка:			
Промислове виробництво	Зростає	більше необхідного	Падає
Виробництво продуктів харчування	Зростає	більше необхідного	Падає
Безробіття	Падає	< 5%	зростає
Фінанси:			
Рівень інфляції	Падає	< 10%	гіпервисокий
Витрати на «соціальні цілі»	Зростають	Великі	зменшуються
Кількість «бідних»	Падає	Мала	зростає
Здоров'я:			
Захворюваність	Падає	низька	зростає
Тривалість життя	Зростає	велика	Падає
Смертність	Падає	низька	зростає
Народжуваність	Зростає	низька	Падає
Психічні захворювання	Спад	досить високий рівень	зростання
Алкоголізм і наркоманія	Спад	досить високий	зростання

		рівень	
Самогубства	Спад	досить високий рівень	зростання

За цими ознаками Україна зараз перебуває в ситуації соціальної нестабільності, в якій ознаки занепаду знаходяться в положенні нестійкої рівноваги. Справдовуються прогнози Інституту стратегічних досліджень НАН України (1996 р.) щодо зниження рівня «виживання» більшості населення.

Зростання самогубств може спостерігатися внаслідок погіршення екологічної обстановки, зокрема, при радіаційному забрудненні місцевості. Так, в районі Семіпалатинського ядерного полігону рівень самогубств протягом останніх 30 років складає 87,7 на 100 тис. (60 км від центру), на відстані понад 120 км – тільки 17,3 на 100 тис. населення.

У зв'язку з цими даними потрібно нагадати, що Київ лежить на віддаленні від Чорнобильської АЕС трохи більше, ніж на 100 км; що загальне число постраждалих від Чорнобильської катастрофи складає – за різними оцінками – від 17 до 21 млн. людей, у тому числі біля 8 млн. осіб, що проживають в Україні. Число ліквідаторів наслідків Чорнобильської катастрофи за час, що минув, значно зменшилося (від 1 млн. до 120 тис.), не менше ніж 20% з них складають працівники органів внутрішніх справ. Та й зараз тисячі працівників міліції, пожежної охорони та інших підрозділів виконують свої професійні обов'язки в зоні відчуження.

Відповідно, динаміка захворюваності серед жителів зони радіоактивного забруднення та евакуйованих осіб є несприятливою, причому особливо це стосується нервово-психічних захворювань: їх кількість збільшилася в 15-20 разів (дані НАМН України), в загальній структурі захворюваності вони стійко посідають 2-3 місця.

Соціально-психологічний аспект суїциду доцільно розглядати через призму конфлікту, у зв'язку з чим **важливими є такі аспекти конфліктів:**

1) **конфлікт зовнішній чи внутрішній** (суперечності, які розгортаються між особою і соціальним оточенням, та внутріособистісні конфлікти, що передбачають неузгодженість ціннісно-мотиваційної сфери індивіда з вимогами соціуму);

2) **співвідношення протилежних тенденцій, які спричинили конфлікт.** Йдеться про ступінь напруження конфлікту, яке залежить від співвідношення тенденцій, що призвели до нього: чим більше виражена різниця сил, тим простіше він вирішується. Найтяжчим є конфлікт, представлений рівними за силою тенденціями. Він може викликати сильні переживання, суперечливі думки тощо;

3) **значущість сфери конфлікту і резервів адаптації** (особистісно-сімейні конфлікти, конфлікти у сфері виробництва чи навчання тощо). Чим більш значуща сфера конфлікту, тим вищими є вимоги до адаптивних ресурсів його учасників. Дефіцит, слабкість адаптивних ресурсів (в умовах переддиспозиційної дезадаптації і неможливості змінити конфліктну ситуацію) різко збільшують імовірність суїциду;

4) **значущість ознак, джерел, причин виникнення конфлікту**. Чим більш значущими є складники конфлікту, тим відповідальнішими мають бути рішення. Це збільшує напруження, викликає стрес та ін.;

5) **значущість формальних і неформальних комунікативних зв'язків між учасниками конфлікту**. Йдеться про особливості відносин, їх тривалість, важливість для особи та інших людей. Чим важливіші зв'язки, тим напруженіша ситуація конфлікту.

Найбільш суїцидонебезпечними є внутрішні конфлікти, які породжені протилежними, рівними за силою тенденціями і розгортаються в ціннісно значущих для індивіда сферах. Внутріособистісні конфлікти виникають через те, що вимоги соціуму не узгоджуються з особистісними потребами, цінностями індивіда, а також як реакція на перевантаження, суперечливі вимоги тощо. Сторонами, що конфліктують, є різні компоненти духовної структури людини *одного рівня* (боротьба мотивів або зіткнення двох життєвих принципів) і *різнорівневі*.

Не менш небезпечними є міжособистісні конфлікти. Особливо поширені діадні міжособистісні конфлікти, участь у яких бере дві особи – носії різних цінностей, інтересів і думок. Такий конфлікт емоційно запальний, напружений, розгортається у відкритій формі. Найчастіше виникає на ґрунті особистих симпатій-антипатій, але у групах (сім'ї, трудовому колективі тощо) неформальні відносини між людьми завжди переплетені з професійною діяльністю.

Конфлікти між особистістю й групою також є суїцидально ризикованими. Вони проявляються як протиріччя між очікуваннями або вимогами окремої особистості й сформованими у групі нормами поведінки, взаємодії, праці.

Отже, необхідною умовою суїцидальної поведінки є поєднання соціально-психологічної дезадаптації і конфлікту.

ВИСНОВКИ

Узагальнення літературних джерел дозволяє надати наступний психологічний портрет суїцидента як сукупності притаманних йому **індивідуально-психологічних якостей:**

– егоцентризм, «застрягання» на особистих проблемах при відсутності виражених навчально-виробничих інтересів; «випадання з поля зору» суїцидента значущих для інших людей повсякденних проблем, «забування» про свої зобов'язання, відповідальність перед іншими. Коротко це можна назвати «звуженням свідомості»;

– «надзалежність» від думки, відношення значущих інших, при цьому «погане» ставлення до суїцидента «робить» його життя безглуздом.

– підвищена недовірливість, вибірковість у сфері спілкування, залежність від зовнішніх оцінок на фоні низької самооцінки;

– прагнення «покарати себе», при цьому аутоагресії передують безуспішні спроби чинити «тиск» на близьких, примушуючи їх вирішити проблеми, що є. Коротко – слабкість «Я»;

– песимізм в оцінці перспектив, відсутність позитивної «Я»-концепції і життєвого задуму. Коротко – «спустошеність»;

– параноїдальність, надання своїм проблемам занадто цінної значущості, втрата гнучкості, здатності до адаптації. Коротко – ригідність афекту на фоні звуженої свідомості;

– редукція полімодальної мотивації, «зубожіння» спонукальних сил особистості, при цьому суїцидент «бачить» тільки одну проблему і тільки один спосіб її вирішення – самогубство.

Оцінка виразності і співвідношення об'єктивних і суб'єктивних чинників, що впливають на особистість, дає підстави для прогнозування «суїцидального ризику», дозволяє чітко визначити преіндикатори (передвісники) самогубства.

Особистісний сенс суїцидальної поведінки

Можна констатувати, що самогубства вчинюються повсюдно, але не можна не зазначити, що поширеність цього феномена варіює в досить широких межах. Встановлено, що в країнах Латинської Америки і Африки, де низький рівень урбанізації та індустріалізації, де зберігається віковий уклад патріархального життя, самогубства зустрічаються в 10-15 разів рідше, ніж в розвинених країнах Європи, Північної Америки і Японії. Але і між цими країнами є відмінності, які важко пояснити. Так, рівень самогубств у Франції більше, ніж у 2 рази аналогічного показника в сусідній Англії (ймовірно, тут мають значення етнопсихологічні особливості та більша розповсюдженість побутового вживання слабких алкогольних напоїв серед французів).

Найбільшу стурбованість викликає навіть не стільки абсолютні значення числа самогубств, скільки тенденція зростання їх числа в усьому світі. Особливо яскраво ця тенденція виявилася в Росії. На початку століття рівень самогубств у Росії був найнижчим в Європі – 3 випадки на 100 тисяч населення. У подальші роки цей показник неухильно зростав і

досяг максимуму в 1984 році: 30 самогубств на 100 тис. населення. Починаючи з 1985 року, вірогідно внаслідок боротьби з алкоголізмом і початку «перебудови», що пробудила надії на позитивні зміни в житті, намітилася тенденція до зниження рівня самогубств – переважно, за рахунок зниження «внеску» в нього молодих чоловіків у віці від 20 до 40 років; цей показник протягом 1986-1988 рр. знаходився на рівні 19 випадків на 100 тис. населення, тобто знизився в 1,5 рази у порівнянні з 1984 роком. Але в подальші роки знову намітилося зростання числа самогубств, і вже в 1993 р. зафіксовано 30 випадків на 100 тис.

В динаміці суїцидальної поведінки можна виділити наступні стадії: 1) досуїцидальна – період соціогенезу, що передував вчиненню суїциду; 2) передсуїцидальна – період, впродовж якого сукупність безпосередніх детермінант суїцидальної поведінки призводять до виникнення певного передсуїцидального стану; 3) безпосередня суїцидальна дія; 4) постсуїцидальна – емоційно-вольовий стан особи, котра залишилася живою після спроби суїциду. Кожна з цих стадій, при всій неповторності та індивідуальній своєрідності їх перебігу, має притаманні їй особливості та закономірності.

Перша стадія (досуїцидальна) становить собою своєрідний загальний радикал психічного життя особи і позначається в спеціальній літературі терміном «ангедонія» – втрата здатності переживання радості, щастя. Ангедонія у людини, яка в подальшому здійснила спробу самогубства, представлена особливою забарвленістю психічних актів, що залишаються в межах психічного здоров'я, на відміну від проявів маніфестаційного періоду психічних розладів (депресії, шизофренії тощо).

Ангедонія досуїцидальної стадії жодним чином не є безпосередньою детермінантою суїциду.

Це зрушення в психічному житті людини, що характеризується досить стійким зниженням настрою і певним обмеженням можливого діапазону емоційного реагування. Ангедонія - характеристика психічної життя людини, дуже часто виникає у відповідь на констеляцію несприятливих факторів (далеко не завжди є Суїцидогенна і приводять до виникнення суїцидальних тенденцій).

Ангедонія може бути істотним компонентом або депресивного розладу, або стану, пов'язаного зі стійким зниженням настрою. Останнє зустрічається у багато разів частіше, ніж клінічна депресія, і являє собою своєрідний перехідний стан в загальному континуумі депресивних

переживань від нормальних коливань настрою до симптомокомплексу, що визначається поняттям «депресивний епізод».

Як писав А. Ф. Коні (1923), «життєві драми підточують життя поступово, збуджуючи зміною марних надій і реальних розчарувань спочатку гіркоту в душі, потім смуток і, нарешті, приховане відчай, під впливом якого людина опускає руки і потім піднімає їх на себе».

Втім, сама по Собі ангедонія зовсім не визначає виникнення будь-якого роду думок і дій, пов'язаних із замахом на самогубство. Це тільки фон, на якому формується суїцидальна ідеяція; однозначною і прямого взаємозв'язку тут може і не простежуватися. Існуюча на протязі багатьох років ангедонія може і не приводити до суїцидальних тенденцій.

Тим цінніше представляються різного роду «людські документи» (листи, записки та ін.), Написані в досуїцидальний період, коли думки і наміри покінчити життя самогубством ще були відсутні і з'явилися тільки через деякий час. Як приклад можна навести опублікованій посмертно роман одного з видатних письменників ХХ ст. Акутагави Рюноске. Ессе «Життя ідіота» завершення в червні +1927 р., А на Схід сонця 4 липня автор Пішов з життя у віці 36 років, прийняв смертельну дозу вероналу.

«Життя ідіота» - це дуже своєрідний твір, який включає 51 фрагмент ремінісценцій з життя письменника об'ємом від двох рядків до третини сторінки. Ці своєрідні спогади зовні не пов'язані між собою і стосуються всіляких сторін життя і творчості автора, який пише про себе в третій особі. Тимчасові або логічні переходи відсутні, зовні створюється враження, що у автора «розпалася зв'язок часів».

Фрагмент, названий «Форма», включає два рядки: «Це був залізний глечик. Цей глечик з дрібною насічкою відкрив йому красу форми». Подібного роду короткі і емоційно нейтральні ремінісценції можуть змінюватися епізодами спогадів про взаємини з жінкою, названої автором «дочкою божевільного», і безліччю інших, логіку появи яких і їх взаємозв'язок зрозуміти досить складно.

Однак є щось об'єднуюче ці зовні нескладні фрагменти-ремінісценції. І це щось створюється загальним емоційним фоном, характерним для абсолютної більшості фрагментів твору.

Наведені нижче цитати з окремих фрагментів «Життя ідіота» досить наочно передають загальний фон настрою, на якому формуються психічні переживання, пов'язані зі спогадами з минулого життя. Цей фон виявляється, починаючи з перших ремінісценцій, що характеризують мати

(хвору психічно, коли Акутагава було 9 місяців), сім'ю, в якій він ріс і виховувався, місто, в якому він жив.

Фрагмент «Мати»:

«Божевільні були одягнені в однакові халати мишачого кольору. Велика кімната з-за цього здавалася ще похмурішим. Одна божевільна старанно грала на фісгармонії гімни. Інша посередині кімнати танцювала або, скоріше, стрибала. Він стояв поруч з рум'яним лікарем і дивився на цю картину. Його мати десять років тому нітрохи не відрізнялася від них. Нітрохи ... Справді, їх запах нагадав йому запах матері ... »

«Токіо»:

«Над річкою Сумідагава навис похмурий туман. З вікна біжить пароплава він дивився на вишні острова Мукодзіма. Вишні в повному кольорі здавалися йому похмурими, як розвішані на мотузці лахміття. Але в цих вишнях ... він колись відкрив самого себе ». Цей фрагмент дуже Показове: Він написаний японцем, що живуть в країні, де цвітіння вишні - майже національне свято.

Однак в «Життя ідіота» фрагменти з «іншими» думками і емоційно нейтральними ремінісценціями поодинокі. Абсолютна більшість з'являються в свідомості спогадів свідчить тільки про негативні емоції, що забарвлюють минулої і справжнє життя людини.

Фрагмент «Шлюб»:

«На другий день після весілля він вимовляв дружині: « Не слід робити непотрібних витрат! » Але догану виходив не стільки від нього, скільки від тітки, яка веліла: « Скажи їй ». Дружина вибачилася не тільки перед ним - це само собою, але і перед тіткою. Біля купленого для нього вазона з блідо-жовтими нарцисами ... »

«Пологи»:

«Стоячи біля фусума, він дивився, як акушерка в білому халаті мие новонародженого. Кожен раз, коли мило потрапляло в очі, немовля жалібно морщив обличчя і голосно кричав. Відчуваючи запах немовляти, схожий на мишачий, він не міг втриматися від гіркої думки: «Навіщо він народився? На цей світ, повний життєвих страждань? Навіщо доля дала йому в батьки таку людину, як я? »

Друга стадія - передсуїцидальна. Виникнення Предсуїцидальний стану пов'язане з певним зрушенням в психічному функціонуванні людини, яке нерідко настає задовго до виявлення феноменів, що відносяться до поняття «суїцидальну поведінку», т. Е. Періоду підготовки і здійснення акту самогубства.

Як вже зазначалося вище, суїцидальна поведінка - це будь-які внутрішні (включаючи вербальні) і зовнішні форми психічних актів, що направляються уявленнями про позбавлення себе життя. Відповідно до цих положень, внутрішні форми суїцидальної поведінки включають в себе суїцидальні думки, уявлення, переживання і суїцидальні тенденції, які поділяються, в свою чергу, на задуми і наміри. Ці поняття відображають відмінності в структурі, в суб'єктивному оформленні суїцидальних феноменів і являють собою шкалу їх глибини або готовності переходу в зовнішні форми суїцидальної поведінки.

Суїцидальні думки проходять у своєму розвитку певні ступені. Появі суїцидальної ідеації, відповідно до даної схеми розвитку суїцидальних тенденцій, передують особлива недиференційована ґрунт у вигляді антівітальних переживань. В рамках цих переживань формуються роздуми про відсутність цінності життя («хіба це життя?", "Не живеш, а існуєш», «жити не варто», «в цьому житті померти не ново, але і жити, звичайно, не новин» і т. п.). Тут немає уявлень про власну смерть, а є тільки заперечення цінності життя.

Перший етап безпосередньої суїцидальної ідеації - це пасивні суїцидальні думки, які характеризуються уявленнями і фантазіями на тему своєї смерті, але без власної участі в припиненні життя («якби зі мною щось сталося і я помер ...», «добре б закінчити всі разом, заснути і не прокинутися », « якби я загинув в автокатастрофі » і т. д.).

Другий ступінь розвитку внутрішніх форм суїцидальної поведінки - це суїцидальні задуми. З'являються їх активні форми, при яких відбувається розробка способу самогубства і пов'язаних з цим обставин. Виразність тенденції до самогубства наростає в міру розробки планів конкретних дій, спрямованих на припинення життя.

Третій ступінь - суїцидальні наміри - характеризується приєднанням до задуму рішення і вольового компонента, який спонукає до безпосереднього переходу в зовнішні форми суїцидальної поведінки, що включає суїцидальні спроби і завершені суїциди.

У «Житті ідіота» чітко прослідковується зв'язок ангедонії як провідного феномена досуїцидального періоду, який виступає як фон для формування антівітальних переживань, з подальшим формуванням суїцидальної ідеації, що розвивається від індіферентних образів смерті через так звані пасивні суїцидальні думки до конкретних суїцидальних задумів.

Тривалість пресуїцидального періоду (від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізації) може обчислюватися хвилинами (гострий пресуїцид) і місяцями (хронічний пресуїцид). При гострому пресуїциді суїцидальні задуми і наміри з'являються в свідомості відразу, без зазначених вище етапів антівітальних переживань і пасивних суїцидальних думок. З точки зору прогнозу і оцінки того, що сталося, доцільно поділ пресуїцида на афективно-напружений і афективно-редукований типи.

При першому відзначається висока вираженість емоційних переживань, пресуїцидальний період носить гострий характер, відповідні поведінкові реакції чітко виражені. При афективно-редуцированном типі («холодні самогубства») інтенсивність емоцій низька, пресуїцидальний період носить пролонгований характер і скупий в поведінковому відношенні.

В «Життя ідіота» Акутагава Рюноске майстерно представив в образах динаміку психічного життя самогубці, починаючи з переживань досуїцидального періоду і закінчуючи «грою зі смертю» - пробного замаху на самогубство. У цьому «клініко-суїцидологічна» цінність художнього твору, написаного талановитим майстром в до- і пресуїцидальний періодах (безпосередньо перед самогубством).

Фрагменти есе не просто показують ангедонію, відсутність позитивних емоцій, що приводить до вельми специфічного відбору і забарвленням ремінісценцій з минулого життя, але і демонструють почався духовну кризу особистості.

Фрагмент «Брехня»:

«Самогубство чоловіка його сестри завдало йому раптовий удар. Тепер він мав піклуватися про сім'ю сестри. Його майбутнє, принаймні для нього самого, було похмуро як вечір. Відчуваючи щось близьке до холодної посмішці над своїм духовним банкрутством (його вади та слабкості були зрозумілі йому все без залишку), він як і раніше читав різні книги. Але навіть «Сповідь» Руссо була переповнена героїчної брехнею ... Один тільки Франсуа Війон проник йому в душу ... Образ Війона, що чекає шибениці, став з'являтися в його снах. Скільки разів він, подібно Війон, хотів опуститися на саме дно! .. »

В есе, написаному безпосередньо перед суїцидом, Акутагава Рюноске дав не просто картину духовної кризи, але представив в дивовижних по своїй виразності образах практично весь шлях людини до самогубства. Природно, що саме життя і творчість письменника дають можливість

вивчення його самогубства в самих різних аспектах, включаючи психоаналітичні трактування. Душевна хвороба матері і байдужість батька до дитини, життя в будинку прийомних батьків, складне ставлення до справжніх батьків, безумовно, позначилися на формуванні особистості.

Фрагмент «Гра з вогнем»:

«У неї було блискуче обличчя. Як якби промінь ранкового сонця впав на тонкий лід. Він був їй відданий, але не відчував любові. Більше того, він і пальцем не торкався до її тіла.

- Ви мрієте про смерть?

- Так ... ні, я не так мрію про смерть, як мені набридло жити. Після цієї розмови вони змовилися разом померти. Platonic suicide, чи не так? Double platonic suicide.

Він не міг не дивуватися власним спокою ».

Звертає на себе увагу фіксується самим автором «спокій» в обговоренні можливого самогубства з близькою йому людиною. Так зване «зловісне заспокоєння» безпосередньо перед суїцидом - один з найважливіших ознак наявності суїцидальних тенденцій вже в вигляді суїцидальної ідеації. Це «заспокоєння» настає як своєрідне наслідок усвідомлення можливості виходу зі стану кризи через самогубство.

Природно, криза не перестає бути кризою, але знаходження навіть єдиним виходом із нього (через самогубство) істотно змінює характер психічного життя суїцидента. В «Життя ідіота» це зміна представлено дуже чітко.

Фрагмент «Смерть»:

«Він не помер з нею. Він лише відчував якесь задоволення від того, що до сих пір і пальцем не доторкнувся до її тіла. Вона іноді розмовляла з ним так, немов нічого особливого не сталося. Більше того, вона дала йому флакон синильної кислоти, який у неї зберігався, і сказала: «Раз у нас є це, ми будемо сильні».

І дійсно, це влила сили в його душу. Він сидів у плетеному кріслі і, дивлячись на молоде листя дуба, не міг не думати про душевний спокій, який йому принесе смерть ».

Однак у міру розвитку суїцидальних тенденцій «платонічна гра з вогнем» переходить з площини уявних побудов в площину здійснення конкретних дій, пов'язаних з припиненням власного життя. Як ніякий інший відомий з історії самогубець, письменник в своєму передсмертному есе зумів показати нюанси розвитку суїцидальної ідеації і психічних переживань, які безпосередньо передують добровільного відходу з життя.

При цьому виняткове значення має той факт, що «Життя ідіота» написана в той період, коли рішення про суїцид ще не носить характер остаточного і однозначного висновку.

Ще один фрагмент з уже зустрічалися назвою «Смерть»:

«Скориставшись тим, що спав один, він хотів повіситися на своєму поясі на віконній решітці. Однак, сунувши шию в петлю, раптом злякався смерті; але не тому, що боявся передсмертних страждань. Він вирішив зробити це ще раз і у вигляді досвіду перевірити по годинах, коли настане смерть. І ось, після легкого страждання, він став занурюватися в забуття. Якби тільки переступити через нього, він, без сумніву, увійшов би в смерть. Він подивився на стрілку годинника і побачив, що його страждання тривали одну хвилину і двадцять з чимось секунд. За вікном було зовсім темно. Але в цій темряві пролунав крик півня ».

Як видно, тут не просто «гра з вогнем» у вигляді міркувань про «подвійному платонічному самогубство», але гра з життям і смертю, коли рішення про припинення суїцидальних дій приймається вже під час оперування засобами позбавлення себе життя. Переривання самою людиною суїциду під час самого акту самогубства, як уже зазначалося в одній з попередніх глав, може відбуватися під впливом різних, часто незрозумілих для сторонньої людини причин. Важливий саме факт відсутності стороннього втручання. Мимовільне припинення суїциду, з одного боку, може свідчити про недостатню вираженості суїцидальних намірів (інтенції), а з іншого - про своєрідну дезорганізації психічного життя суїцидента під час і безпосередньо перед актом самогубства. Однак в аналізованому есе описаний майбутнім самогубцем експеримент з самоповішення - що не викликає сумніву знак близької трагедії. Занадто чітко представлені всі стадії і феномени суїцидальної поведінки, щоб можна було поставити під сумнів тому, що трапляється через короткий час. Людина впритул підійшов до кордону і вже намагається відкрити двері, щоб зробити крок у небуття.

Наведена вище загальна схема в найбільш повному вигляді визначає стадійність розвитку суїцидальних тенденцій. Стадії безпосередніх суїцидальних феноменів (антівітальні переживання, пасивні суїцидальні думки, суїцидальні задуми і, нарешті, суїцидальні наміри та їх реалізація) передують Предсуїцидальний період, під час якого відбувається зсув психофізіологічного функціонування і зміна змісту психічного життя. Ці зміни виступають як фон і для виникнення антівітальних переживань, і для конкретної суїцидальної ідеації.

Для оцінки вираженості суїцидального наміру важливий не тільки спосіб припинення власного життя, який обирається самогубцем, але і особливості поведінки в пресуїцидальний періоді і безпосередньо перед суїцидом. Про характер суїцидальної інтенції дозволяють судити такі моменти поведінки, як все посилюється ізоляція від оточуючих, передача близьким і знайомим улюблених і необхідних для життя і роботи предметів (електробритва, авторучка, складаний ніж, книга та ін.), Прощання з цими людьми (при відсутності в цьому відкритого або завуальованого повідомлення про підготовлюваний суїцид).

В окремих випадках про наявність недвозначного наміру припинення власного життя свідчать такі факти, як складання заповітів і написання прощальних листів з тими чи іншими розпорядженнями, проханнями і виразами, що включають своєрідну оцінку підсумку свого життя і діяльності. Згадаймо останню фразу Ван Гога з листа братові: «Що ж, я заплатив життям за свою роботу, і вона коштувала мені половини мого розуму, це так. Але що поробиш?!» Важливо, що тут немає прямих вказівок про намір покінчити життя самогубством, але загальний тон цих рядків говорить про своєрідний підведенні підсумків перед смертю. І навіть конкретні слова, на яких обривається це незавершене лист, кажуть про стан людини, вирішального (або вже вирішив для себе) «бути чи не бути».

Третя стадія - безпосередно суїцидальна дія Під час виконання суїцидальної акта спостерігаються дві фази: оборотна, коли суїцидент сам або при втручанні сторонніх припиняє спробу самогубства, і необоротна. Тимчасові параметри цих фаз пов'язані з наміром суїцидента і вибраним способом самогубства.

Цей «крок за грань» у різних людей має різне суб'єктивне значення. Різна і відношення до необхідності і неминучості смерті. Е. Шнейдман виділяв чотири типи суїцидентів: шукачі смерті, ініціатори смерті, заперечники смерті і гравці зі смертю. Шукачі - це люди, які мають під час здійснення суїцидальної спроби твердий намір накласти на себе руки. Ініціатори - самогубці, впевнені в неминучості досить швидкої смерті, а чиниться ними акт самогубства тільки прискорює цей процес (суїциди невиліковно хворих людей). Заперечники смерті керуються під час самогубства складними міркуваннями (релігійного чи іншого характеру), зміст яких визначається можливістю більш щасливого існування в іншому світі або в інших формах життя. Сюди можуть бути віднесені деякі дитячі самогубства, добровільні відходи з життя представників різних релігійних

сект та інших груп суїцидентів. Гравці зі смертю виявляють суперечливість і двоїстість почуттів по відношенню до необхідності власної смерті. Класичний приклад - так звана «російська рулетка» (постріл в себе з револьвера, навмання зарядженого одним патроном).

Безпосередній прояв задумів може відбуватися в трьох варіантах. Один з них може бути названий імпульсивним, інший - розгорнутим, третій - змішаним. При імпульсивному типі формування суїцидальної задуму думка про необхідність здійснення самогубства виникає у людини зовні незалежно від попереднього змісту психіки. Інша справа - активна робота підсвідомості, ангедонія і поява несвідомих образів, пов'язаних з темою смерті і навіть «абстрактними» самогубствами, в сновидіннях, спогадах, мимовільних думках і інших феномени аналогічного характеру.

В окремих випадках формування суїцидальної задуму по імпульсивної типу може призводити до так званого «блискавичного» суїциду. При цьому виді замахів на самогубство до «несподівано» (з точки зору попереднього змісту свідомості) виникли думкам про необхідність припинення власного життя відразу ж приєднується вольовий компонент психічної діяльності, намір. Блискавичний суїцид може бути легко припинено оточуючими, якщо він відбувається на їхніх очах. Виражений афективний заряд, як правило, через короткий час зникає, і цей суїцид досить швидко купірується. Афективний звуження свідомості під час блискавичного суїциду таке, що в цілому стан суїцидента в цей час наближається до патологічного афекту.

Приклад блискавичного суїциду, відомий автору зі слів очевидців. Під час сільської весілля наречена після слів «Гірко!», Коли всі гості дивилися на молодих, голосно випустила газу і, вискочивши з-за столу, відразу ж повісилася на сволюка в сусідній хаті. Врятувати її не вдалося.

Слід зазначити, що в цілому формування суїцидальної задуму по імпульсивної варіанту зустрічається рідше, ніж по вже згаданим «розгорнутому» або «змішаного». Поява суїцидальної задуму в результаті активної роботи свідомості пов'язано з тим, що в більшості випадків сукупність суїцидогенних чинників усвідомлюється (хоча б частково) і переживається як ситуація, яка не має виходу. При цьому усвідомлюватися і ставати домінуючим переживанням може і реально існуюча соціально-психологічна ситуація, і «уявна реальність», яка формулюється наявністю найрізноманітніших феноменів. У будь-якому випадку домінування в психічній життя «нерозв'язною» ситуації супроводжується пошуком її вирішення.

Це визначає активну роботу свідомості, і в цих умовах думка про суїцид виступає як єдино можливе рішення в обставинах, що склалися, в умовах кризи, пов'язаного з психічним розладом або обумовленого тупиком екзистенціального характеру. Природно, що в разі стійкого зниження настрою або сам стан переживається суїцидентом як глухий кут, або реально існуючі соціально-психологічні проблеми сприймаються таким чином, що вихід з них людина бачить тільки в самогубстві.

До речі, самогубство Ван Гога спростовує поширену думку, що сам художник одного разу висловив за кілька років до власної смерті. Це сталося у зв'язку з замахом на самогубство закоханої в нього сусідки Марго Бегеманн, якій батьки не дозволили вийти за нього заміж. «Думаю, що тепер, коли Х. спробувала отруїтися, і їй це не вдалося, вона сильно перелякалася і не так легко вирішиться повторити свою спробу: невдале самогубство - найкращі ліки від самогубства».

Листи Ван Гога, що описують замах на самогубство жінки, з якою він змушений був розлучитися, і його поведінка після власного суїциду показують істотна відмінність ставлення до того, що трапилося у цих двох людей в постсуїцидальному періоді. «Я провів з нею майже день ... Страшенно зворушливо бачити, як ця жінка (така слабка і доведена п'ятьма-шістьма іншими жінками до того, що прийняла отруту) заявляє, немов здобула перемогу над собою і знайшла спокій: « І все-таки я теж любила ». «Набуття спокою», яке бачить улюблений нею раніше людина, тут ніяк не говорить про жалі з приводу того, що суїцид не вдався. Швидше жінка змиралася з думкою її домашніх щодо її долі і підводить підсумок не тільки життя, скільки свою нещасливу любов.

Інше ставлення до замаху на самогубство виявляє сам художник після свого трагічного пострілу. Побачивши брата, він говорить: «Я знову промахнувся» - і додає: «Не плач, так всім буде краще». Чітко звучить співчуття з приводу того, що спроба не вдалася, і своєрідне пояснення безпосередній мотивації самогубства. «Всім буде без мене краще» - вельми поширена формула специфічного підведення підсумків у самовбивць. Хоча не викликає сумнівів, що тут не стільки підведення підсумків життя, скільки прощання і почуття власної провини, і можливе звинувачення оточуючих. Це формулювання (фраза-штамп) нерідко зустрічається в передсмертних записках, написаних безпосередньо перед суїцидом.

Ще одним штампом, нерідко зустрічається в передсмертних записках самогубців, є фраза: «Нікого не винити, я сам ...» (з можливими незначними варіаціями слів). Досить стереотипне вираження показує не стільки відсутність

будь-яких «претензій» на адресу оточуючих, скільки специфічне «примирення» навіть з вкрай несприятливої соціально-психологічної ситуацією, в «діалозі» з якої самовбивця нарешті знайшов «вихід».

Психічна спустошеність або триваюча боротьба суїцидальних і антисуїцидальних тенденцій (звідси виняткова рідкість односторонньої «логіки» самогубства) визначають відносно малу інформативність передсмертних записок, найчастіше відрізняються своєю стереотипністю і явною недостатністю пояснення причин і мотивів самогубства. Е. Шнейдман пояснює цей факт констрикцією свідомості (його афектних звуженням) після формування суїцидальної задуми, що перешкоджає адекватній оцінці того, що відбувається з боку суїцидента.

В цілому, наявність передсмертної записки ще не є доказом вираженості суїцидальної інтенції, як і її відсутність не говорить про недостатність наміри покінчити життя самогубством. Тільки сукупність всіх обставин самогубства може допомогти адекватно оцінити те, що трапилося, зрозуміти мотиви і наміри людини під час здійснення суїциду. Для розуміння суїцидальної поведінки виключно велике значення має вибір суїцидентом місця і часу скоєння самогубства, відсутність сторонніх, запобіжні заходи і ізоляція.

Закрита на ключ двері, відсутність в квартирі інших людей, нічні або ранкові години скоєння самогубства, приготування до смерті (зміна білизни, вказівки на характер одягу після того, що сталося, гоління у чоловіків і т. П. В умовах, що виключають демонстрацію цих заходів і намірів) досить чітко говорять про вираженість суїцидальної інтенції. Природно, що подібного роду заходи, спрямовані на виключення стороннього втручання під час оперування засобами позбавлення себе життя, виникають при розгорнутому або змішаному характері формування суїцидальної задуми і подальшому приєднання, через певний період, боротьби мотивів наміру покінчити життя самогубством. При так званому блискавичному суїциді, в якому час виникнення задуми і наміри практично збігається, зазначені вище приготування до смерті відсутні.

Етнокультуральні і особистісні характеристики суїцидента багато в чому визначають вибір як самих безболісних, так і найжорстокіших, що досягають ступеня бузувірства, і «вигадливих» способів суїциду.

Ось приклад з газетної публікації.

На фермі з розведення крокодилів в столиці Таїланду 40-річна жінка вчинила самогубство, стрибнувши в яму з сотнею рептилій. Ферму щодня відвідують сотні туристів, тому інцидент стався у них на очах. За словами

очевидців, щоб дістатися до крокодилів, жінці довелося перелізти через двометровий паркан. Рептилії зтягли жінку в ставок і розірвали її. У передсмертній записці самовбивця скаржилася на чоловіка і просила вибачення у членів своєї сім'ї.

Зрозуміло, що подібні «екзотичні» способи самогубства в цілому є своєрідною «казуїстикою» в суїцидології. Хоча в окремих випадках ця «казуїстика» може в певній мірі відображати особливості особистості суїцидента або навіть свідчити про наявність психічного захворювання. Набагато частіше для спроб припинення власного життя використовуються добре відомі і перевірені способи і засоби.

Автомобіль і дорога можуть забезпечити один з найбільш надійних способів самогубства, а заходи, що передують «автоциду» (наявність або відсутність передсмертних записок, розпоряджень, прощання з оточуючими та ін.), Дуже легко можуть забезпечити бажану для суїцидента трактування того, що сталося. Ці самогубства, по суті, можуть розглядатися як вчинені з використанням своєрідного професійно-побутового кошти.

Нерідко суїциди представників різних професій, що здійснюються з використанням звичних «засобів виробництва», можуть відрізнитися особливою «жорстокістю», що свідчить про наявність вираженої суїцидальної інтенції.

Короткі приклади подібних суїцидів.

Коваль після «несправедливих», з його точки зору, докорів і загроз звільнення з боку «начальства» підійшов до пресу, на якому він працював, і поклав під нього голову. («Стало дуже прикро, хотілося їм помститися, щоб пам'ятали» - його пояснення в подальшому). Однак при спробі включення пульта тіло кілька зрушила, тому отримав «тільки» струс мозку і часткове скальпування шкіри голови.

Молодий чоловік - кухар за професією - після відходу від нього дружини деякий час домагався її повернення (аж до погрози вбивством), а в подальшому на тлі зниження настрою протягом тижня, з його слів, обдумував, як далі жити. «Вмирати спочатку не хотів, навіть думав, що буду жити з іншою жінкою, хоча думки про самогубство і виникали, але відкидав їх. А потім вже ні про що інше не міг думати. На роботі хотів спочатку кинутися в киплячий котел, але вода ніяк не нагрівається, тоді підійшов до м'ясорубці і став засовувати в неї руку ». Було утримано товаришами по роботі, хоча і отримав важку травму руки.

Безсумнівну роль в появі конкретного наміри припинення власного життя грає наявність алкогольного сп'яніння під час самогубства. Частоту алкогольного сп'яніння під час здійснення суїциду, його «каталізують роль» відзначали дуже багато дослідників цього питання. Автори підкреслюють, що алкоголь часто грає роль своєрідного «спускового гачка» при тривало існуючому емоційній напрузі, а сам суїцид в цих випадках нерідко набуває характеру «блискавичного», в усякому разі несподіваного і малозрозумілої для оточуючих. При цьому алкогольне сп'яніння в одних випадках може передувати появі суїцидальних задумів, в інших - алкоголь приймається для того, щоб полегшити реалізацію намірів («напитися для сміливості»). Зрозуміло, що і при недостатній вираженості суїцидальної інтенції, і навіть при практичній відсутності істинного наміри покінчити життя самогубством (так званому демонстративно-шантажних суїцид) алкогольне сп'яніння може сприяти летального результату і в випадках щодо безпечних (з точки зору можливості настання смерті) аутоагресивних дій.

Незважаючи на залежність вибору способу самогубства від безлічі факторів (в окремих випадках носять ситуаційний і навіть випадковий характер), існує безсумнівна «перевагу» форми суїциду. Багато в чому це визначається як традиційними поглядами на спосіб самогубства, так і конкретними середовищні фактори. Так, в Росії (і в ряді інших країн) найбільш часто самогубство відбувається шляхом самоповішення, на другому місці стоять вогнепальні пошкодження, на третьому - отруєння. Однак в районах великих міст, де багато високих будівель (це відноситься не тільки до Росії, але і до таких регіонів, як Сінгапур, Гонконг і багатьом іншим), серед осіб, що покінчили життя самогубством, друге місце по частоті займає падіння з висоти.

Суїцид шляхом «навмисного стрибка з висоти» (МКБ-10) - не обов'язково доля осіб, які проживають в мегаполісах. Добре відома (вже згадувалася раніше) знаменита «скеля предків», з якою кидалися люди похилого віку у північних народів. Протягом ХІХ ст. і на початку ХХ ст. славою місця самогубців користувався водоспад Іматра в Фінляндії. Деякі гірські вершини, обриви, мости, вежі та інші об'єкти теж оточені відповідним ореолом. Тут безсумнівне значення має імітаційне і суггестірующее вплив того чи іншого об'єкта. Відомо, що водоспад Хогенакала в південній Індії спочатку в силу своєї безсумнівною «кінематографічності» послужив дуже ефектним фоном для зйомок сцени

самогубства у фільмі про долю нещасних закоханих. Однак в подальшому на цьому місці неодноразово повторювалися реальні сцени самогубства.

У деяких регіонах традиційно використовуваний спосіб самогубства серед певного контингенту осіб є основним і, по суті, майже єдиним варіантом добровільного припинення власного життя. Так, в Узбекистані в 1987 р спалили себе 270 жінок. Якщо врахувати, що в колишніх середньоазіатських республіках Союзу (в даний час - державах) загальний показник самогубств для населення в цілому традиційно був невисокий (в межах 8-10 на 100 тис. Населення), цей вельми жорсткий суїцид, хоча і традиційний для країн Сходу, викликав безсумнівний суспільний резонанс. Звертало на себе увагу те, що цей суїцид відбувався в країні з переважаючою мусульманською релігією, а «очисна сила вогню» при здійсненні самогубства більш характерна для регіонів з індуїстської і буддистської культурами.

Дуже багато у виборі способу суїциду визначається доступністю того чи іншого знаряддя самогубства. У цьому плані вельми демонстративними є показники самогубств в США, де вогнепальну зброю в більшості штатів купується досить вільно з метою самооборони. Від загального числа самогубств в цій країні 2 / 3 відбуваються з використанням вогнепальної зброї, і навіть серед жінок-самогубців 40% використовували цей же спосіб суїциду. У штатах, де зброю купують більш вільно, воно набагато частіше використовується для припинення власного життя і рівень самогубств щодо вище, ніж в штатах, в яких придбання зброї обставлено великими формальностями і заборонами.

В інших країнах цей спосіб самогубства характерний для осіб, що мають доступ до вогнепальної зброї в силу своєї професії (армія, поліція, охоронні структури та ін.).

У плані можливого впливу на загальний рівень суїцидів можна послатися на досвід Англії. Після того як в цій країні вдалося знизити токсичність побутового газу, за допомогою якого дуже часто відбувалися самогубства, там різко впав рівень суїцидів. Не випадково експерти ВООЗ посилаються на досвід Англії з проведення кампанії, яка обмежує доступ до пестицидів в Шрі-Ланці, де в даний час спостерігається найвищий рівень частоти суїцидів в світі.

Антисуїцидальних фактори, що перешкоджають формуванню наміри і безпосередньої реалізації суїцидальної задуми, можуть бути пов'язані з дуже багатьма моментами етнокультурального і особистого характеру. Цілком зрозуміло, що віруюча людина, переживає самогубство як один з

найбільш тяжких гріхів (аргументація гріховності суїциду була дана сотні років назад такими авторитетами, як Св. Августин або Фома Аквінський), дуже часто не може уявити собі, що він з'явився на суд Божий незваним, і вважає за необхідне «нести свій хрест», незважаючи на всю його тяжкість. Внутрішній (з боку самого віруючого) і зовнішній (з боку інших віруючих і духовних «пастирів») заборона на самогубство з особистих мотивів характерний для всіх основних світових релігій.

Дуже часто антисуїцидальних фактором виступає емоційне ставлення до батьків або дітей. Незважаючи на складності цих відносин, при «підведенні підсумків» життя і обмірковуванні передсмертних заходів спогади про близьких найчастіше супроводжуються позитивними емоціями, що може зупинити розвиток суїцидальних тенденцій взагалі або, принаймні, затримати їх розвиток. За даними деяких суїцидологів, при наявності такого суїцидогенезі, як самотність, померлі самогубці мали дітей в 2 рази рідше, ніж всі суїциденти.

Нерідко в якості антисуїцидальних фактора виступають естетичні почуття, що зберігаються і при появі досить чітких суїцидальних задумів. Подання про картину смерті і навіть переживання, що виникають безпосередньо під час самого акту самогубства можуть, безсумнівно, затримувати розвиток суїцидальної ідеї, перехід думок, спрямованих на припинення власного життя, в конкретні наміри щодо реалізації задуму. Автор неодноразово стикався в процесі роботи з пацієнтами, що мають суїцидальні тенденції, яких від здійснення задуму насамперед зупиняло уявлення про те, як вони будуть виглядати після смерті. Цікаво, що спеціальне виховання і навчання, спрямоване на презирство до смерті і вибір найбільш жорстоких способів самогубства, у самураїв, які роблять сепуку, включало, зазвичай не афішується специфічний спосіб боротьби з «антиестетичним нюансом» у трупа самогубця: необхідність введення собі безпосередньо перед характері пробки в пряму кишку.

Досить частим антисуїцидальним фактором може виступати страх болю або фізичних страждань, пов'язаних з тим чи іншим способом самогубства, боязнь залишитися інвалідом в разі невдалого суїциду. Ці обставини, з одного боку, безсумнівний антисуїцидальний фактор, а з іншого - певний показник вираженості суїцидального наміру (інтенції). Дійсно, коли людина одночасно із задумом про припинення власного життя допускає думки про можливість захворювання або інвалідності в результаті суїциду, можна з упевненістю говорити, що тут суїцидальна інтенція не носить характер однозначного наміру.

МОРАЛЬНО-ПРАВОВИЙ ПІДХІД ДО ПРОБЛЕМИ САМОГУБСТВА

Починаючи із середніх віків і до XIX ст. в законодавствах усіх країн Західної Європи під впливом канонічного права самогубство розглядалось як серйозний злочин.

Позбавлення християнського поховання, наруга над тілом самогубця і конфіскація майна широко застосовувалися як покарання.

1 січня 1790 року Національна асамблея Франції скасувала судове переслідування за самогубство і всі заходи проти тіла, пам'яті і майна самогубця.

У I половині XIX ст. багато країн континентальної Європи, наслідуючи приклад Франції, декриміналізували самогубство.

Англійське право прирівнювало самогубство до вбивства аж до реформи 1879 року. Кодекс 1879 року не містив у собі такого визначення, однак зберіг статтю, що передбачала покарання за замах на самогубство тюремним ув'язненням на строк до 2-х років.

У 60-ті роки XIX ст. у законодавствах Угорщини, Голландії, деяких областей Італії і Німеччини суїцидальна поведінка була кримінально караним діянням. Винятки становили самогубства, вчинені у стані психічного розладу.

Уявлення про самогубство в західній юридичній думці значно змінилося під впливом позитивістської школи в юриспруденції, що сформувалася в 70-ті роки XIX ст. Голова цієї школи Е. Феррі у трактаті «Убивство-самогубство» (1884) детально проаналізував питання юридичного статусу самогубства.

Автор запропонував розмежувати кримінальне законодавство і морально-етичні норми поведінки, а також привести їх у відповідність до принципів природничих наук та їхніх поглядів на людину як об'єкт соціологічного, психологічного і медичного знання.

Завдання на семінарське заняття

1. Сутність ключових понять суїцидології. Психологічні особливості суїциду.
2. Психолого-педагогічні аспекти вивчення аутоагресивної (суїцидальної) поведінки.
3. Медико-біологічні аспекти вивчення аутоагресивної (суїцидальної) поведінки.

ЛЕКЦІЯ №4

ДИНАМІКА ТА ОСОБИСТІСНИЙ СЕНС СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

План

1. Динаміка розвитку та шляхи самогубств.
2. Суїцидальна поведінка при різних розладах.

1. Динаміка розвитку та шляхи самогубств.

Виділяють декілька ключових періодів у скоєнні суїциду.

Лікарі загального профілю, психіатри, наркологи, клінічні психологи – люди усіх цих спеціальностей повинні чітко знати кожний з етапів, щоб вчасно ідентифікувати суїцидента та встигнути надати необхідну допомогу.

Суїцидальна поведінка – будь-які внутрішні та зовнішні прояви психічних актів, що направлені на позбавлення себе життя.

I період – досуїцидальний період. Характеризується появою відчуттів самотності, туги, аналізом нереалізованих мрій, втрата інтересу до життя, формування *ангедонії* (зворотній стан, коли втрачається здатність отримувати задоволення від життя, втрата мотивації, відсутність почуття насолоди від звичайних активностей).

II період – пресуїцидальний. У цьому періоді відбувається зміна змісту психічного життя, формуються антивітальні переживання та суїцидальна ідеація, що включає: пасивні **суїцидальні думки** (уявлення смерті, але без власної участі - «а що, якщо мене зіб'є машина», «що буде, якщо я помру уві сні?»); **суїцидальні задуми** (обмірковує шляхи та методи самогубства, планує, як лишити себе життя); **суїцидальні наміри** (активний процес здійснення запланованого, тобто приєднання до замислів вольового компоненту).

За тривалістю пресуїцидів їх класифікують на гострий та хронічний.

Гострий пресуїцид триває декілька хвилин – суїцидальні задумки та наміри виникають одразу, без пасивних суїцидальних думок та антивітальних переживань. **Хронічний пресуїцид** може тривати місяцями та включає до себе всі вищезазначені симптоми. Якщо пресуїцидальний період довготривалий, то зростає вірогідність впливу *антисуїцидальних факторів*, що може запобігти суїциду.

Також пресуїциди розподіляють на афективно-напружений та афективно-редукований типи. Для **афективно-напруженого типу** характерна поведінка із виразною емоціональністю, ідеаторно-моторна

розгальмованість, виразна ажитація ((лат. *agitare* - збуджувати) — клінічне порушення. Моторне занепокоєння, потреба в русі. Поведінкове порушення, при якому афективна напруга неконтрольовано переходить в рух. Супутнє явище при багатьох психічних захворюваннях (кататонія, тривожний невроз, ажитативна депресія, інволюційна депресія, сенільний спад).). **Афективно - редукований тип пресуїциду** зустрічається у пацієнтів з астеничними та гіпотимними рисами та характеризується більшою тривалістю, низькою інтенсивністю емоцій. Така модель поведінки визначається як «холодні самогубства негативного балансу».

III період - реалізація суїцидальних задумів. За даними ВОЗ існує безліч способів самогубства, деякі будуть розібрані далі. У цьому періоді виділяють *дві фази: зворотню* (коли людина самостійно або під впливом інших людей припиняє спробу самогубства) та **незворотню**.

IV період - постсуїцидальний. У перші дні після спроби самогубства відбувається переоцінка цінностей та формування відношення до того, що сталося із людиною. Також дуже важливими є емоційні переживання, що стосуються реакції на спробу самогубства та пов'язаних із цим наслідків.

Виділяють **найближчий постсуїцид** (перший тиждень після самогубства), **ранній** (від тижня до місяця після суїциду) та **пізній постсуїцид** (наступні 4-5 місяців). У цей період дуже важливо не пропустити появу депресивної симптоматики або можливої трансформацію психічного стану, під дією сомато-неврологічних наслідків, що пов'язані зі скоєним суїцидом (наприклад розвиток астеничного синдрому або змінення динаміки вже існуючого психічного розладу). Варто встановити чи актуальним є для пацієнта внутрішній конфлікт, що призвів до суїциду та звернути увагу на характер та наявність суїцидальних тенденцій. Виділяють наступні *варіанти постсуїцидального періоду*:

– **Суїцидально-фіксований** – коли конфлікт, що призвів до самогубства залишається актуальним для людини. У бесіді людина висловлює позитивне відношення до своєї спроби самогубства, та ризик повторного суїциду у таких пацієнтів дуже високий;

– **Аналітичний варіант** – пацієнт критично ставиться до спроби самогубства, кається у здійсненому. Але при цьому суїцидогенний конфлікт залишається актуальним, та наявний ризик повторення спроби самогубства;

– **Маніпулятивний варіант** – зустрічається у випадках, коли суїцид виконувався із метою шантажування або провокації. Якщо спроба самогубства призвела до вирішення конфліктної ситуації, то виразність

суїцидальних проявів суттєво зменшується. А якщо мета суїциду не досягнута та відбувається збереження конфліктної ситуації, суїцидальна активність також зберігається. Такі пацієнти потребують психотерапевтичного лікування з подальшою зміною стереотипів поведінки та формуванням негативного відношення до самогубства;

– **Критичний варіант** – повна відсутність суїцидогенного конфлікту та суїцидальних проявів. Ризик повторного скоєння суїциду у таких пацієнтів є мінімальним, лікування полягає у проведенні раціональної психотерапії.

Шляхи самогубства

В більшості випадків людина не є повністю впевненою у своєму рішенні покінчити життя самогубством, деякі суїцидальні дії є лише імпульсивною реакцією людини на гострі психосоціальні стрес-фактори. Статистика, щодо **шляхів та способів скоєння самогубств** є дещо розмитою та має прямий зв'язок з регіоном, де проживає людина. У багатих країнах 50% суїцидів виконуються шляхом *повішення*;

другою за частотою методикою є позбавлення себе життя за допомогою *вогнепальної зброї*.

Наприклад, у Америці, де легко купити зброю, 60% самогубств відбувається таким чином, у Австралії – де заборонена купівля вогнепальної зброї такі суїциди складають лише 4 % від загальної кількості.

В свою чергу, у бідних країнах та у регіонах, де широко розвинений дрібномасштабний сільськогосподарський бізнес превалюють такі методи самогубства, як *отруєння сільськогосподарськими хімікатами*. Від *передозування лікарськими засобами* помирають 15-18%, частіше за всього це медичні працівники, фармацевти та пацієнти, що вживають психотропні засоби. В регіонах із високим ступенем урбанізації (Китай або Конго) звичайний метод самогубства – *падіння з дахів великоповерхових будівель*.

Обирання шляху самогубства залежить від культури та «моди» регіону.

Наприкінці 90-х років минулого сторіччя у Китаї була епідемія самогубств шляхом *отруєння високотоксичним угарним газом з вугілля від барбекю*.

Прикладом можуть бути обряди самоспалення у жінок із Середньої Азії. На сьогодні, популярними місцями самогубств є водоспад Іматра у Фінляндії, золотий міст у Сан-Франциско, міст Мід-Хадсон в Індії.

При незавершених суїцидах найбільш розповсюдженим шляхом суїциду є *отруєння*, на другому місці – *самопорізи*, на третьому – *повішення*.

Самогубство у часі. Існує статистика розподілення суїцидів, в залежності від часу скоєння самогубств. Таким чином, у першій половині дня виконується

32% самогубств, у другій половині дня – 44%, уночі – 24% самогубств.

В залежності від **місця скоєння суїциду** є розподілення, що 36% суїцидентів помирають удома, поза домом – 20% , у гостях – 16%, на роботі або навчанні – 8%.

Передсмертні записки залишають біля 44% суїцидентів, із яких 20% адресовані усім, 12% лише близьким людям, 8% звернення до начальників та 4% ні до кого звернення немає.

Особистісний сенс суїцидів

Для того, щоб зрозуміти, що саме сталося із пацієнтом, необхідно усвідомлювати суб'єктивне значення скоєного суїциду: що саме сталося із людиною? Що призвело до скоєння самогубства? Причини, що є найбільш поширеними серед суїцидентів:

1. **Заклик до допомоги** – найбільш розповсюджена модель поведінки суїцидентів, коли вони прагнуть *знайти допомогу, отримати співчуття* з боку оточуючих. Ще на початкових етапах людина говорить про аутоагресивну поведінку, навіть коли ще не пов'язує аутоагресію із собою. Головною задачею лікаря у даному випадку є правильно та адекватно оцінити ступінь виразності цього наміру, вміти доступно пояснити пацієнту, що саме із ним відбувається. Саме при такій моделі поведінки пацієнт прагне до того, щоб йому допомогли та підтримали.

2. **Відмова від життя** – до цього варіанту відносяться ситуації, коли у самогубстві бачать єдиний вихід у вирішенні своїх проблем. Яскравим прикладом є *дезадаптаційна поведінка* людини, що дізналася про свою смертельну хворобу, або раптово стала інвалідом та прагне позбавити себе життя щоб не бути тягарем для себе та оточуючих. Така поведінка є різновидом **альтруїстичного самогубства**, де суїцидент хоче власною смертю принести *користь* іншим людям, щоб їм можливо стало «легше».

3. **Протест** – самогубства, що скоєні у межах *заклику протесту*, характеризуються імпульсивністю та прагненням змінити якусь конкретну подію на більш правильну. Таким чином пацієнт демонструє свою незгоду та відчуття несправедливості з обставинами, що склалися.

4. **Помста** – цей різновид особистісного сенсу суїциду є активним та найагресивнішим. Поведінка демонструє бажання «покарати» оточуючих, що завдали їй шкоди, показати свою правоту та виразити ступінь образи.

5. **Самопокарання** – самогубство, до якого призводить глибоке відчуття власної провини й почуття пригнічення.

Провідною думкою цієї моделі поведінки є: «я ніколи не пробачу собі цього». У рамках самопокарання розглядаються також суїциди, що трапляються після скоєння вбивства іншої людини. Прикладом може бути випадок, коли чоловік, дізнавшись про зраду своєї дружини жорстоко вбиває її, а потім одразу ж вбиває і себе.

Складові (детермінанти) суїцидальної поведінки

Перелічені вище характеристики є базовими детермінантами суїцидальної поведінки. Найбільш стійкими є **особистісні**, вони індивідуальні для кожного пацієнта та потребують більш детального вивчення. До цих характеристик відносять: *етнокультуральні* (світогляд людини, релігію, традиції, виховання) та *психофізіологічні фактори* (стать, вік). Існують певні психологічні складові, що можуть виступати у якості факторів ризику суїцидальної поведінки. До них відносяться: емоційна лабільність (нестійкість), імпульсивність, залежність людини від оточуючих, емоційна в'язкість, ригідність (закляклість, млявість, нерухливість почуттів).

Необхідно розуміти, що особистісні особливості є детермінантами тільки при наявності певних соціально-психологічних подій, які безпосередньо впливають на людину та визначають модель її поведінки. Тобто, і соціальні, і психологічні складові є провідними у формуванні суїцидальної поведінки.

Деякі автори виділяють **особливості психічного функціонування**, що призводять до формування суїцидальної поведінки, їх також називають суїцидогенні фактори:

- знижена толерантність до емоційних навантажень;
- особливості інтелекту (максималізм, категоричність, незрілість суджень);
- неповноцінність комунікативних систем;

- слабкість психологічних захисних механізмів;
- неадекватна (лабільна, занижена або завищена) самооцінка;
- зниження або втрата цінності життя.

Фактори суїцидального ризику:

1. стать – чоловіча;
2. вік – від 25 до 30 років та старше 45 років;
3. сімейний стан – вдівці, розлучені, не одружені люди;
4. наявність психічних розладів (депресія, стани залежності, розлади особистості, циклотимія, дистимія);
5. наявність хронічних соматичних захворювань;
6. обтяжений сімейний анамнез (суїциди або суїцидальні спроби у батьків, близьких родичів пацієнта);
7. наявність психотравмуючої ситуації (смерть близької людини, зґвалтування);
8. «тунельна поведінка» - стан, коли людина бачить у самогубстві єдине рішення своїх проблем;
9. амбівалентність суджень пацієнта;
10. висловлювання пацієнтом думок про суїцид.

До перелічених факторів ризику можна також додати *класифікацію Е.Шнейдмана*, що виділив **категорії людей, які максимально схильні до формування суїцидальної поведінки:**

- шукачі смерті – люди, що навмисно лишають себе життя, без можливості виживання;
- ініціатори смерті – люди, що наближують до себе смерть – наприклад, люди з онкологічною патологією;
- гравці зі смертю – люди, що випробовують себе у екстремальних ситуаціях, життя виступає нібито ставкою перед смертю;
- люди, що схвалюють смерть – висловлюють своє позитивне відношення до самогубства, але активно цього не прагнуть, прикладом
- є літні люди або емоційно нестабільні підлітки.

2. Суїцидальна поведінка при розладах, що пов'язані зі стресом.

Як ми вже розглядали раніше, *самогубство* – це варіант поведінки людини, що знаходиться в епіцентрі гострих та стресових соціально-

психологічних подій. Ризик суїцидальної поведінки серед людей із невротичними та пов'язаними зі стресом розладом у три рази більший, аніж в популяції.

Серед **розладів**, що призводять до скоєння самогубств та безпосередньо пов'язаних зі *стресом*, найбільш розповсюдженими є:

- 1) посттравматичний стресовий розлад,
- 2) генералізований тривожний та 3) панічний розлади.

Рідше за всіх суїциди зустрічаються у пацієнтів із соціальними фобіями.

Існує ряд *факторів*, що *підвищують суїцидальну активність* у пацієнтів із стресовими розладами. Сюди відносять: коморбідність тривожних розладів із депресивними проявами (*Коморбідність в медицині та психіатрії — наявність одного або декількох захворювань крім первинного захворювання, або ефект від такого додаткового захворювання. Коморбідна хвороба чи розлад може бути спричинене або безпосередньо пов'язане з основним захворюванням*), алкогольна залежність (частіше всього серед пацієнтів із ПТСР), наявність та виразність психотравмуючої події, стан компенсаторних та захисних механізмів психіки людини.

При гострій реакції на стрес клінічна картина є дуже поліморфною (тривога, гнів, депресія, ступор, гіперактивність) та короткочасною. У пацієнтів превалюють відчуття зміни плину часу; здається, що певна життєва ситуація є безвихідною та найбільш страшним для них є переживання втрати на рівні сенсу цінностей. У результаті такою взаємної індукції можливе виникнення аутодеструктивної та аутоагресивної поведінки. Незважаючи на те, що подібний стан є гострим та його прояви із часом зменшуються (протягом однієї доби), дуже важливим є не тільки медикаментозне лікування психопатологічної симптоматики, але й правильне проведення кризової психотерапії, з обов'язковим проведенням профілактики суїциду.

Посттравматичний стресовий розлад(ПТСР) виникає через 3-6 місяців, після психотравмуючої поведінки, що призводить до виникнення стійкого дистресу у психіці людини. Лікарі виділяють **фактори, що потенціюють суїцидальний ризик** серед пацієнтів із ПТСР. До них відносять:

1. фактори, що відомі із анамнезу (суїцидальні дії у минулому, у родині, наявність психотравм у анамнезі, наявність хронічної соматичної патології);

2. клінічні фактори (коморбідність тривожної та депресивної симптоматики, негативне світосприйняття, наявність панічних розладів);

3. фактори, що пов'язані із особистістю (акцентуації, незрілість особистості, низька самооцінка, завищені вимоги до себе, відчуття власної провини);

4. психологічні фактори (середовище, що оточує пацієнта; відсутність підтримки з боку близьких; розпад ідеалів та цінностей людини);

5. психосоціальні фактори (матеріальне становище, наявність релігійних або моральних установ, соціальна ізоляція);

6. етнокультуральні фактори (уявлення, щодо життя та смерті);

7. супутні фактори (період біологічних криз, наявність залежності від психоактивних речовин).

Враховуючи перелічені фактори та визначаючи ступінь вірогідності скоєння суїцидогенної поведінки, у таких пацієнтів *необхідно виробити правильні захисні механізми та стереотипи поведінки*. Для них є необхідним комплексне та негайне лікування. У структуру лікування входять: індивідуальна психотерапія (корекція уявлень, щодо психотравмуючої ситуації; ознайомлення зі структурою та складових стресового розладу), групова психотерапія (група підтримки), сімейна психотерапія, соціальна корекція (для того, щоб ліквідувати переживання та реакції проти суспільного протесту).

Суїцидальна поведінка при розладах особистості

Серед людей, що скоїли самогубства від 24% до 31,4% складають пацієнти з розладами особистості. З них 39% - істеричні, 30% - емоційно-нестабільні та збудливі, 11% - астеничні та афективні (***Астенія**, також астеничний стан, астеничний синдром – патологічний стан, що виявляється підвищеною стомлюваністю і виснаженням із вкрай нестійким настроєм, ослабленням самовладання, нетерплячістю, непосидючістю, порушенням сну, неспроможністю до тривалого розумового і фізичного напруження, непереносимістю гучних звуків, яскравого світла, різких запахів. У хворих також спостерігають дратівливу слабкість, що виражається підвищеною збудливістю і швидко наступаючим за нею виснаженням, афективну лабільність з переважанням зниження настрою з рисами примхливості і невдоволення, а також слізливістю. Цей синдром є проявом різноманітних порушень*).

У пацієнтів з подібними порушеннями суїцидальний ризик обумовлений кореляцією індивідуально-особистісних якостей,

ситуаційних факторів та типом особистості. **Вкрай обтяжливим** може бути загальний потяг до самогубства (суїцидоманія), сексуальні перверсії (*Перверсія або статеве збочення — термін, що описує відхилення від норми сексуальної поведінки у суспільстві*), піроманії (*Піроманія – розлад імпульсивної поведінки, що виражається у нестримному хворобливому потязі до підпалів, а також у сильному захопленні споглядання вогню та горіння*), що зустрічається у клінічній картині цих розладів.

Також доречне диференціювання справжньої суїцидоманії від псевдосуїцидальних тенденцій. **Справжні суїцидальні тенденції** є патологічним розладом потягів, що характеризуються наявністю компульсивного бажання скоїти самогубство через прагнення померти. **Псевдосуїцидальні наміри** є розрядкою афективної напруги, впливом особистості на стресові ситуації.

Виділяють **два варіанти справжньої суїцидальної поведінки:**

1. Швидке формування суїцидальних намірів, рішучість та чіткість у виконанні суїцидальних дій. Зазвичай такі пацієнти не вимовляють ніяких суїцидальних думок та їх зовнішня поведінка ніяк не видає їх намірів через наявність чіткого інтровертованого способу опрацювання психотравмуючої ситуації. Цей варіант поведінки може бути при усіх різновидах розладів особистості.

2. Поступове формування суїцидальної поведінки. Хворий інформує про свої наміри близьких людей, через екстравертований варіант опрацювання внутрішнього конфлікту. Такий різновид реакції більш характерний для пацієнтів з істеричними, обсесивно-компульсивними, тривожними та залежними розладами особистості.

В залежності від динаміки перебігу розладу особистості корелює ступінь суїцидального ризику. На це можуть впливати:

- вікові кризи (підлітковий період або клімактеричний період у жінок);
- періоди декомпенсації психічних розладів;
- розвиток розладу особистості.

Варіанти суїцидальної поведінки при розладах особистості.

Параноїдний розлад особистості зазвичай не відносяться до категорій пацієнтів з високим ступенем ризику суїциду, частіше вони схильні до скоєння антисоціальних дій. У цій групі частіше трапляються

гоміцидні акти, дромоманія, колективні види девіацій, а суїцидальна поведінка лише формується у якості способу впливу на оточуючих.

Виділяють особистісні характеристики, що безпосередньо впливають на

підвищення суїцидального ризику у пацієнтів із параноїдним розладом:

1. схильність до формування надцінних ідей, що мають егоцентричну направленість;

2. підвищена чутливість до відмов або перешкод на своєму життєвому шляху;

3. категорична відмова вибачати людей та схильність до постійного невдоволення;

4. підозріливість;

5. патологічна впевненість у власній правоті;

6. відчуття ревнощів та підозри, щодо близьких людей;

7. егоїзм, завищена самооцінка;

8. конфліктність та неспроможність вислухати іншу думку.

У передсмертних записах при параноїдному розладі особистості провідна думка про почуття ненависті до ворогів, звинувачення людей, що були проти їх «ідей» або близьких людей у зраді.

Шизоїдний розлад особистості призводить до скоєння самогубств пацієнтів у 10% випадків. Аутизм, занурення у себе, відгородженість від оточення, вразливість – усе це призводить до того, що пацієнт завжди знаходиться у стані внутрішнього конфлікту та постійної напруги. Він проявляється у вигляді роздратованості та дисфорії, а вже у якості емоційної розрядки формується суїцидальна поведінка. У хворих з шизотиповим розладом особистості суїцидонебезпечними є сенситивні та астено-депресивні реакції, у передсмертних записах зазвичай відображуються песимістичні погляди на життя, спотворене порозуміння навколишнього світу. Обтяжливими характеристиками у таких випадках є відсутність близьких людей поруч, надмірна схильність до інтроспекції, виразна інтровертованість та недостатня емоційна чуйність.

Емоційно нестійкий розлад особистості є найбільш суїцидально небезпечним. Серед усіх пацієнтів з розладами особистості 30% - з емоційно нестійким розладом. Частіше суїцидальні спроби у таких хворих мають характер демонстративно-шантажних або маніпулятивних, а по темпу розвитку є імпульсивними, тому така реакція на стресову ситуацію

зазвичай не є адекватною. Ці спроби є повторними, і кожна наступна ще більше сенсебілізує особистість. До потенціації суїцидальної поведінки призводить схильність діяти імпульсивно, не враховуючи наслідків, високий ступень конфліктності та схильність до спалахів гніву або агресії. Найбільш ризиковими є періоди декомпенсації. Варто розуміти, що психотравмуючими факторами, по відношенню до таких пацієнтів, є виставлення вимог дисплінарного характеру, наявність заборон, обмеження волі та вибору, ситуації, де під сумнів ставиться їх значущість.

Істеричний розлад особистості. 40% від усіх завершених суїцидів припадає на даний розлад, самогубства носять демонстративно-шантажний характер. Виділяють наступні патологічні риси поведінки, що підвищують ризик самогубств цієї групи пацієнтів, а саме:

- егоїзм та егоцентризм;
- емоціональна лабільність;
- психічний інфантилізм;
- драматизація та театральність;
- бажання знаходитися у центрі уваги;
- схильність до фантазування.

Хворі із істеричним розладом особистості схильні до повторення суїцидальних спроб та при цьому спостерігається зміна шляхів самогубств: з більш тяжких на більш легкі (отруєння або самопорізи). Таку ситуацію можливо пояснити тим, що вони закріплюють таку модель поведінки при вирішенні конфліктних проблем та вчаться таким чином шантажувати оточуючих.

Пацієнти із тривожним розладом особистості рідко закінчують життя самогубством, це пояснюється психоастеничним складом їх особистості та схильності до переживань - роздумів. Але у періоди повної дезадаптації у навколишньому світі, у перебуванні в стресових ситуаціях можливе формування психопатичної реакції, що призведе до думок, що стосуються власної смерті. Подібні думки рідко доходять до самогубства через тривожно-сумнівні думки та переживання.

Також до групи суїцидонебезпечних пацієнтів відносять хворих з **залежним розладом особистості**. Такі особистісні характеристики, як: низька самооцінка, страх залишитися наодинці, неможливість прийняти рішення самостійно, запобігання відповідальності – призводять до повної дезадаптації та постійного відчуття невизначеності.

У передсмертних записках пацієнти із залежним розладом особистості звинувачують себе у неповноцінності, розповідають про повну відсутність інтересу до життя та прохають нікого не звинувачувати у їх смерті.

Ананкастний розлад особистості у своєму перебігу рідко призводить до скоєння суїцидів. Пунктуальність, педантичність та постійна наявність нав'язливих ідей (частіше за все іпохондричного характеру) призводить до формування страху скоїти щось юридично або морально недозволене.

Розвиток суїцидальних думок та намірів можливе тільки при появі нав'язливого бажання чужої або власної смерті.

Суїцидальна поведінка при шизофренії та маячних розладах

Як причина смерті самогубство, у хворих на шизофренію, зустрічається у два рази частіше, ніж в загальній популяції. Але розкид показників дедалі великий: діагноз шизофренії у психічних хворих, що спокусилися на самогубство складає 10-40% випадків.

Дуже важливим є вивчення «виявляючої» ролі суїцидальної поведінки у діагностиці шизофренії та маячних розладів. Вважається, що найбільш суїцидонебезпечним є початок хвороби, а саме перші три роки з моменту її діагностування. Було проведено дослідження, де встановлено, що серед 700

випадків самогубств їх максимум у жінок був на 3-4 та 7-8 рік від початку

захворювання, а серед чоловіків – через рік, 4 та 9 років, а далі кількість їх зменшується.

Характерним для пацієнтів із розладами шизофренічного спектру є те, що формування суїцидальних думок, замислів та намірів є цілком підсвідомим процесом, тобто не освідомлюється пацієнтом. Людина не відмічає ніяких суперечливостей між суїцидальними та антисуїцидальними тенденціями, немає ніякої боротьби мотивів та уся внутрішня «логіка» самогубства проходить без активної участі особистості.

Але без заперечень, існує зв'язок між змістом психічних переживань та

формуванням суїцидальних тенденцій. Дуже важливо враховувати, що стан, який формував самогубство дуже суттєво відрізняється від пресуїцидального синдрому при «блискавичному суїциду» у пацієнтів із невротичною патологією та психічно здорових людей.

Ключовим моментом є те, що в таких пацієнтів немає чіткого зв'язку між психотравмуючою подією та самогубством. У більшості випадків дійсною причиною самогубств є бажання знайти вихід із «внутрішнього куту», що обумовлюється втратою управління психічним життям.

На стадії формування психопатологічної симптоматики суїцидальні тенденції мають свої особливості, а саме: переживання власної змінності, очікування чогось невизначеного, періодичне нерозуміння оточуючого світу, «мерехтливий» характер маячення. Усі перелічені переживання призводять до знаходження єдиного логічного виходу – суїциду. Такі варіанти самогубств у літературі ще називаються первинними або маніфестними.

Первинний варіант ініціального періоду є моментом його розвитку, що переводить суб'єктивні переживання продрому до етапу формування психопатологічних феноменів у площину соціального ефекту психічного розладу. Подібний суїцид, що є способом виходу із глухого куту суттєво відрізняється від самогубств, що пов'язані із несприятливими факторами середовища у хворих в стані ремісії або під час галюцинаторно-маячних переживань.

Виділяють певний перелік факторів, що **посилюють суїцидальний ризик при шизофренії**, до них відносяться:

1. демографічні фактори: чоловіча стать (співставлення суїцидентів чоловіків та жінок, хворих на шизофренію – 3:2), вік від 30 до 33 років;
2. соціально-психологічні фактори: індивідуальні риси характеру, обтяжений анамнез, соціальна ізоляція, відсутність близьких та роботи;
3. клінічні фактори: наявність депресивної симптоматики, імперативних вербальних галюцинацій із суїцидальним змістом, рецидиви психічного захворювання, етап формування ремісії та виходу з психозу, виразна соціальна дезадаптація;
4. супутні прояви: залежність від психоактивних речовин, наявність хронічного соматичного захворювання;

В залежності від психопатологічних проявів стану пацієнта, особливостей особистості та від наявності внутрішніх або зовнішніх психотравмуючих ситуацій виділяють **три типи суїцидальної поведінки у хворих на шизофренію**:

– **психогенний** – мотиви самогубства обумовлені наявністю конфлікту та психотравмуючих подій. Хворі починають освідомлювати

наявність в них захворювання, його наслідки та соціальні обмеження. Такий стан перебігає із формуванням реактивних депресій по типу реакцій відмови. Відчуття власної неспроможності та бажання «піти від реальності» формують появу суїцидальної активності, суїцидальні спроби є освідомленими та чітко зваженими.

– **аутистично-світоглядний тип** частіше спостерігається серед хворих на просту шизофренію із симптомами метафізичної інтоксикації (думки про відсутність сенсу життя) та суїцидоманією.

– **Маячний тип** визначається психопатологічною симптоматикою.

Прикладом такого поєднання може бути суїцидальна поведінка та афективно-маячна симптоматика (наявність маячення самозвинувачення та депресивної симптоматики), що значно підвищує ризик самогубства. У багатьох випадках суїцидальний ризик потенціюється депресивною симптоматикою, що може бути у психопатологічній структурі психозу, провідною у клінічній картині ремісій, домінувати на пізніх етапах перебігу шизофренічного процесу та бути індукованою антипсихотичними засобами.

Симптоматика даного розладу розвивається дуже повільно, а суїцидальна поведінка формується лише на тлі хворобливих переживань. Для подібних самогубств існує термін «маячний суїцид». На особливостях подібної поведінки можуть відбиватися галюцинації та інші психопатологічні симптоми, але домінуюча роль надається маячними переживаннями.

Клінічний випадок. Пропонуємо розглянути **приклад «маячного самогубства».**

Чоловік, 49 років, вперше госпіталізований в психіатричну лікарню, дані про спадкову обтяженість психіатричними захворюваннями відсутні. Надійшов у лікарню після нанесення пошкоджень собі і дружині. Разом з дружиною епізодично вживав алкоголь, але проявів хронічного алкоголізму не сформувалося. За чотири місяці до госпіталізації подружжя продало кімнату чоловіка, та вирішило покласти гроші в ощадну касу. Під час цієї операції хворий помітив, що якийсь чоловік спостерігає за ними. Коли вийшли з ощадкаси, чоловік помітив, що за ними йде ще один чоловік («інший, але теж дуже підозрілий»).

Вдома дещо заспокоївся, але починаючи з того дня, як тільки виходив на вулицю, відчував страх та бачив на вулиці людину, що стежить за ним. Спочатку все це відбувалось тільки на вулиці, потім хворий став

помічати, що і сусіди «перешіптуються». Надалі «відчув», що їх телефон прослуховується, що на роботі про нього «розпускають чутки», натякають, що він «не отримає гроші». Казав дружині про «цькування», але «вона нічого не помічала, відчував я один». Періодично «відчував поколювання в голові, часом щось підкладали в їжу, так що часом нічого не бачив». З телевізору весь час чув, що усюди катують людей і вбивають. З його слів, «для заспокоєння» спільно вживали невеликі дози алкоголю.

Через три місяці після початку «стеження і переслідування» в один з вечорів подружжя випили пляшку горілки і, зі слів хворого, несподівано стали «як роботи, не розуміли нічого, що відбувається навколо». Однак дружина незабаром заснула, а хворий, не бажаючи «так мучитися», вирішив вбити себе і дружину. Як пояснював він сам, через деякий час, під час перебування в психіатричній лікарні, «ця думка весь час крутилася в голові на протязі декількох тижнів, але тут я став, як якийсь робот і ні про що інше вже не міг думати, хоча випив не більш ніж сто грам горілки ». Підійшовши до сплячої дружини, хворий завдав їй кілька ударів молотком по голові, внаслідок чого вона залишилася частково паралізованою на праву половину тіла та повністю втратила мову. Потім чоловік наніс собі ножом кілька самопорізів на руках та поранив себе у живіт з пошкодженням печінки і кишківника («крові не було»). Далі він пішов до сусідів і попросив викликати «швидку допомогу» і міліцію, та сказав, що він «вбив дружину».

Під час перебування у стаціонарі критики до психотичних переживань, що мали місце протягом декількох місяців не було. На питання, пов'язані з цими переживаннями, з плачем розповідав про «стеження і переслідування», що почалися з моменту їх походу в ощадкасу з грошима, отриманими за квартиру. Заперечував намір накласти на себе руки протягом усього періоду перебування в лікарні. Конкретні думки про можливість самогубства в подальшому заперечував, але на питання про можливість самогубства починав плакати і питав, як же йому далі жити. Депресії і суїцидальних тенденцій не виявлено.

Наявність психічного розладу і його безпосередня роль в скоєнні хворим досить жорстоких (по відношенню не тільки до себе, а й до дружини) агресивних дій не викликає в даному випадку ніяких сумнівів. Вже сам характер аутоагресивних дій, як і намір на вбивство дружини, свідчить не просто про наявність у хворого суїцидальних тенденцій, а й про особливий стан свідомості у пацієнта під час виконання цих дій. Сам хворий характеризує свої психічні переживання на той період досить чітко

– «був як робот». Дія алкоголю та стан «роботизації», що виник на висоті афекту, не виключає діагнозу органічного маревного (шизофреноподібного) розладу.

Скоєний хворим, так званий «розширений суїцид» в даному випадку може бути в повній мірі охарактеризований, як маревний. Безсумнівно, його мотиваційна складова впливає з маячних переживань. Про це говорить той факт, що думки про самогубство відзначаються задовго до безпосередньої їх реалізації. Виникнення суїцидальних тенденцій визначається повністю тривожно-маячними переживаннями, але безпосередня реалізація суїцидального задуму відбувається в рамках особливого стану свідомості.

У наведеного хворого цей стан переживається ним як почуття своєрідного оволодіння («стали як роботи»). Однак говорити про те, що тут суїцидальна поведінка визначається тільки наявністю стану зміненої свідомості – невірно.

Саме виникнення цього стану багато в чому визначається наявністю попередніх тривожно-маячних проявів. І хоча практичне розмежування тривоги і марення в даному випадку є штучним, весь комплекс наявної симптоматики можна оцінювати як маячний розлад. Гострота переживань, в тому числі наявність вираженого емоційного компонента у вигляді тривоги, знаходить чітке пояснення в конкретному характері «переслідування», що несе загрозу фізичному існуванню хворого та його дружині. В цілому, представлене вище клінічне спостереження є ілюстрацією маревного варіанту психотичного суїциду, в якому найбільш чітко проявляється безпосередній зв'язок наявної психопатологічної симптоматики і суїцидальної поведінки. З'ясування мотивування скоєних хворим дій, що включають спробу на вбивство дружини та самогубство, тут йде паралельно з визначенням характеру симптоматики і діагностикою психічного розладу.

Існує декілька **рівнів суїцидонебезпечних синдромів**:

До найбільш суїцидонебезпечних синдромів відносяться:

1. афективно-маячний з вираженою депресивною симптоматикою;
2. галюцинаторно-параноїдний з імперативними слуховими галюцинаціями суїцидального походження;
3. постпсихотична депресія;
4. метафізична інтоксикація;

5. атипова депресія;
6. при шизофренії наявність частих імпульсивних, немотивованих суїцидальних спроб:

Менш суїцидонебезпечними є:

1. гострий синдром Кандинського-Клерамбо;
2. психопато - та неврозоподібні стани;
3. гострі паранойяльні і парафренні синдроми.

Не суїцидонебезпечними є:

1. онейроїдний синдром;
2. паранойяльне марення сутяжництва;
3. марення реформаторства та винахідництва;
4. апато-абулічний синдром.

Суїцидальна поведінка при афективних розладах

Афективні розлади є найбільш суїцидонебезпечними серед усіх психічних і поведінкових розладів. Висока небезпека обумовлена тим, що в структурі переважної більшості афективних розладів присутні прояви депресії. А як відомо, в більшості депресивних пацієнтів суїцидальні думки носять пасивний характер, тобто вони «суїцидально латентні».

Виділяють фактори, що підсилюють суїцидальний ризик при депресіях. Їх поділяють на демографічні, амнамнестичні, клінічні, соціальні, фактори, що пов'язані з особистістю людини.

Демографічні фактори:

- стать. Для суїцидальних спроб - жінки, для завершених суїцидів - чоловіки;
- вік. Для суїцидальних спроб - підлітковий і юнацький вік, для завершених суїцидів - літній і старечий.

Анамнестичні фактори:

- суїцидальні дії в минулому;
- суїцидальні спроби у родичів;
- початок депресії в ранньому віці, попередня госпіталізація, часті госпіталізації;
- втрата батьків у віці до 11 років;
- тілесні покарання в дитячому віці;
- передсмертні записки, виявлені після суїцидальної спроби.

Близько 70% депресивних хворих мають суїцидальні думки, а 30-50% - здійснюють суїцидальні спроби. Ризик суїциду у пацієнтів з депресивним епізодом в 30 разів вище, ніж у загальній популяції.

Виділяють наступні *найбільш суїцидонебезпечні варіанти депресивного синдрому*:

1. Тужлива (меланхолійна депресія):

При цьому варіанті депресії ідеї про власну малоцінність, ідеї самозвинувачення, первинне почуття провини, депресивна дереалізація, відчуття що «попереду нічого немає» посилюють суїцидальний ризик. Туга досягає піку в ранкові години. Варто зауважити, що саме в цей час фіксується і максимальна кількість суїцидів. У таких пацієнтів переважають справжні суїцидальні спроби, часто завершені.

2. Тривожна (ажитована) депресія

Потенціюють суїцидальну поведінку ідеї самозвинувачення, відчуття занепокоєння, постійний стан напруги, очікування наближення лиха, безсоння, ангедонія. При виражених ідеаторних порушеннях звучується коло асоціацій, суїцидальні думки набувають характеру нав'язливих. Зазвичай, тривожно-депресивний стан погіршується ввечері, тому саме в цей час велика ймовірність реалізації суїцидальних намірів. Найбільш суїцидонебезпечний меланхолійний раптус, як гострий спалах ажитованої депресії. При такому стані самогубство здійснюється імпульсивно, по типу «суїцидального імперативу». Іноді меланхолійному раптусу передують тривога, що може свідчити про сформоване рішення пацієнта покінчити життя самогубством і є одним з факторів суїцидального ризику.

3. «Усміхнена депресія»:

Суїцидальні спроби вірогідні при домінуванні в клінічній картині захворювання ідей власної неповноцінності, відсутності перспектив, наявністю стійкої інсомнії. Підвищений суїцидальний ризик можливий в період, коли у пацієнта настає стан безнадійності, що супроводжується дисфоричним афектом, поєднується з гіпоманією і імпульсивністю.

Суїцидальна поведінка таких хворих важкопрогнозована і є повною несподіванкою для оточуючих.

4. «Самокатувальна» депресія:

Пацієнти відчують постійний сором і дорікають себе за несправедно

прожите життя. Суїцидальний ризик зростає, якщо ідеї винності і гріховності набувають стійкий характер.

5. Депресія з нав'язливостями («анкастна депресія»):

Суїцидальні дії підвищують нав'язливі ідеї малоцінності і самозвинувачення, а також нав'язливі думки про самогубство.

6. Екзистенційна депресія

Суїцидальна поведінка підсилює песимістичні роздуми про власну «духовну убогість», «фізичне убожество», «моральний кут». Самогубство розглядається як вихід із ситуації, наприклад випадок нерозділеної першої юнацької любові. Суїцидальна поведінка носить аутистично-раціональний характер.

7. Істерична депресія

Для осіб, які страждають істеричної депресією, характерні демонстративна аутодеструктивна поведінка і демонстративно-шантажні суїцидальні спроби.

8. Депресія з маренням

Пацієнти з маячними депресивними розладами в 5 разів частіше скоюють самогубство в порівнянні з іншими афективними розладами. Найбільш суїцидонебезпечними є наступні фабули: марення гріховності, самозвинувачення, «параноя совісті», марення засудження і звинувачення.

9. Астенічна депресія (депресія виснаження).

ЛЕКЦІЯ №5

СОЦІОЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН НЕЩАСНИХ ВИПАДКІВ І САМОГУБСТВ

План

1. Рівні суїцидального ризику.
2. Схема бесіди з суїцидентом. Процедура виявлення у пацієнта суїцидальних тенденцій.
3. Діагностика суїцидальної поведінки.
4. Поведінкові індикатори ризику. Лінгвістичні індикатори ризику.
5. Технології об'єктивної оцінки суїцидального ризику.
6. Рекомендації фахівцю, який обстежує пацієнта з суїцидальними думками.

Рівні суїцидального ризику

1. **Мінімальний.** Пацієнт знаходиться поза зоною суїцидальної активності. Можливий розвиток відносно короткочасних антивітальних переживань, але вони не призводять до формування суїцидальної поведінки.

2. **Нижче середнього рівня.** Вплив суїцидогенних чинників призводить до стійкого зниження настрою і розвитку ангедонії. В переживаннях пацієнта домінує незадоволення власним життям та антивітальні думки. У клінічній картині періодично виникають кошмарні сновидіння, в тому числі з картинами власної смерті пацієнта.

3. **Середній.** Поряд з жахливими сновидіннями, в свідомості також виникають сцени смерті з відомих пацієнтові самогубств. Поява образів смерті і спогадів про самогубство в свідомості не пов'язані з пережитою ситуацією. Ці образи носять своєрідний «відсторонений» характер.

Пацієнт не включає власне «Я» в переживання, що пов'язані зі смертю та самогубствами.

4. **Вище середнього.** Хворий починає все чіткіше усвідомлювати «безвихідність» ситуації. У свідомості все частіше з'являються образи смерті і самогубства. Антивітальні тенденції змінюються бажанням власної смерті, що носять, однак, пасивний характер («заснути б і не прокинутися, хто б убив мене»). Разом з тим, існують й антисуїцидальні тенденції.

5. **Максимальний.** Більш чітко формується бажання власної смерті, приєднуються думки про вбивство самого себе. Зникають антисуїцидальні тенденції. Пацієнт обмірковує способи та шляхи самогубства. До суїцидальних думок приєднується намір припинити власне життя виконанням тих чи інших конкретних дій, спрямованих на самогубство.

Думка про самогубство стає домінуючою, відзначається досить специфічне звуження свідомості.

У наведеній класифікації на перший план виступає *характер суїцидальної ідеації*, що поступово із *несвідомої* переходить у *чітке, усвідомлюване* відчуття. Усвідомлюване переживання «безвихідної» ситуації починає зливатися з викликаними цими ж переживаннями, образами смерті та самогубств. Таким чином, формується *цілісне емоційно-смісловне переживання*, що починає домінувати в психічному житті пацієнта. В міру формування суїцидальної ідеації поведінка починає змінюватися, і це, безумовно, також виступає як ознака, що насувається.

Характеристики суїцидальної ідеаторної активності.

1. Тривалість думок:

- скороминущі;
- досить тривалі;
- невідступні.

2. Частота:

- виникають дуже рідко;
- то виникають, то зникають;
- не відпускають.

3. Ставлення до суїцидальних думок / бажань:

- негативне;
- амбівалентне, індіферентне;
- згода.

4. Контроль над суїцидальною поведінкою:

- упевнений, що може протистояти суїцидальним думкам;
- не впевнений в цьому протистоянні;
- не контролює себе.

Схема бесіди із суїцидентом

Зміст прийомів, спрямованих на поліпшення контакту і отримання необхідної інформації, а також на посилення психотерапевтичного впливу клініко-суїцидологічного інтерв'ю, виділяє наступне: насамперед, необхідне своєрідне *структурування (оформлення) ситуації*, що включає чітке уявлення про характер конфлікту і особливості суїцидальної поведінки.

Необхідність його визначається не тільки важливістю отримання певної інформації лікарем, але і виступає як найважливіша передумова контакту і психотерапевтичного впливу.

Також лікар може (і зобов'язаний) істотно допомогти пацієнту в *уточненні формулювань, вербалізації переживань*, що мають характер заяв, які показують скоріше емоційне ставлення до подій, ніж чітке розуміння причинно-наслідкових зв'язків. Уточнення формулювань, що відображають соціально-психологічну ситуацію і характер реагування на неї пацієнта, допомагає у розумінні ситуації і створює підґрунтя для отримання необхідної інформації про суїцидальну поведінку для подальшої психотерапевтичної роботи.

Поряд з вербалізацією, істотне значення має *встановлення послідовності подій* і вичленення з інформації пацієнта найбільш значущих елементів, підкреслення в них емоційної або смислової складової.

У встановленні необхідного *контакту* допомагає безліч найпростіших і випробуваних психотерапевтичних прийомів. Це повторення окремих висловлювань пацієнта, уточнення деяких моментів його інформації, спеціальні паузи, що дають можливість суїциденту проявляти активність. Ці прийоми показують суїциденту, що лікар не просто відсторонено розуміє те, що трапилося, а й активно співпереживає. Саме перший терапевтичний контакт частіш за все виявляється і найбільш інформативним для суїцидологічного аналізу та несе найбільший психотерапевтичний потенціал.

Певною мірою як інформаційне, так і психотерапевтичне значення першого контакту з суїцидентом пов'язані зі своєрідним *катарсичним впливом факту несподіваного порятунку* після замаху на самогубство, навіть незважаючи на збереження психотравмуючої ситуації.

На жаль, далеко не завжди суїцидент при першому терапевтичному контакті прагне повністю розкрити характер своїх переживань, пов'язаних з суїцидом, в окремих випадках може заперечувати бажання накласти на себе руки (незважаючи на очевидність цього), а іноді просто відмовляється від будь-якого обговорення теми самогубства. Природно, це не тільки право пацієнта на закритість своїх переживань (автономність), але цілком зрозуміла і можлива реакція на подію. В цьому випадку шлях до розкриття суїцидонебезпечних переживань лежить через своєрідні *обхідні зони контакту*.

Ще один шлях до розкриття характеру і обставин суїциду лежить через *виявлення і уточнення характеру психопатологічних переживань*, що виявляються в процесі інтерв'ю. З'ясування часу їх початку і ставлення до них, вплив психопатологічних феноменів на поведінку (включаючи і аутоагресивну) дозволяють поступово підвести пацієнта до розповіді про замах на самогубство. Досить простий і логічний варіант «обхідного шляху» до розкриття суїцидальної поведінки – це *бесіда про соціально-психологічні ситуації*, що передують госпіталізації в стаціонар або консультації фахівця.

Незалежно від того, яким шляхом (безпосередньо починаючи з суїциду або підходячи до нього через так звані «зони контакту») лікар отримує інформацію про суїцидальну поведінку, *головним завданням первинного інтерв'ю є зняття своєрідного табу з обговорення питань про здійснення*.

Замах на самогубство і пов'язані з цим обставини повинні стати предметом не просто можливого або бажаного, а необхідного і обов'язкового обговорення в ситуації, що склалася. Одним з найважливіших *питань*, що з'ясовуються в процесі первинного інтерв'ю з суїцидентом, є **отримання інформації про доступність засобів самогубства та про інші характеристики суїцидальної поведінки**. Одна з частих помилок лікаря, що має контакт перший раз з суїцидентом, є тактика інтерв'ю, відповідно до якої розмова про спробу переноситься на кінець бесіди. Це пов'язано з уявленням про те, що з'ясування питань, пов'язаних з самогубством, може погіршити контакт з пацієнтом і не будуть виявлені якісь психопатологічні симптоми.

Під час бесіди про суїцидальну поведінку важливо виявлення не тільки *суїцидальних*, але і *антисуїцидальних факторів*. Це може бути застосоване для подальшої поглибленої психотерапії, корекції установок, що ускладнюють адаптацію і альтернативні вирішення ситуації. Виявлення тих чи інших обставин, що викликали у суїцидента раніше певні коливання і сумніви, що затримали на певний час виконання конкретних дій, повинні фіксуватися і підкреслюватися під час бесіди. Ці обставини важливі не тільки для лікаря, але для самого пацієнта як відправний пункт для формування альтернативних (несуїцидальних) способів виходу з несприятливої ситуації.

Тому *акцентування уваги пацієнта* може виступати як елемент кристалізації цих альтернативних рішень. Одним з можливих варіантів поведінки хворого, що намагався накласти на себе руки, в найближчому

постсуїцидальному періоді є **дисимуляція** – поведінка, протилежна симуляції: пов'язана з установкою на приховування, затушовування хвороби, її симптомів або окремих проявів. При цьому можливе повне заперечення суїцидальних тенденцій в минулому і сьогодні і інше трактування дій, спрямованих на самогубство («тільки пожартував, випадково передозував, хотів зробити запас ліків»). Природно, що розпізнавання суїцидальних тенденцій і їх дисимуляції насамперед важливі з точки зору запобігання повторних замахів на самогубство в найближчому або пізньому постсуїцидальному періоді.

В. Франкл рекомендує таку **процедуру для виявлення у пацієнта суїцидальних тенденцій**.

На початку у пацієнта (якщо є підстави підозрювати наявність суїцидальних задумів і намірів), запитують, *чи думає він про самогубство*, так як в минулому у нього відзначалися ті або інші форми суїцидальної поведінки.

Пацієнт завжди відповість на це питання негативно, і це заперечення буде то більш наполегливим, що більше виражена тенденція до дисимуляції.

Потім йому задається питання, *відповідь на яке дозволяє судити, зникли чи дійсні зараз суїцидальні тенденції*. Незважаючи на певну жорсткість цього питання, у пацієнта запитують, *чому він не думає* (або вже більше не думає) про самогубство. Особа, яка дійсно позбавилася від суїцидальних думок, відповість без вагань, та розкаже, що повинен думати про сім'ю, дітей, роботу бо це не втратило або знову набуло свою цінність для нього. Але пацієнт, який зберігає думки про самогубство, не знаходить аргументів на підтримку свого «фальшивого» твердження життя. Суїцидальні задуми і наміри в разі їх достатньої вираженості мають характер надцінних утворень і супроводжуються певним звуженням свідомості.

Зважаючи на це, за наявності дійсних суїцидальних намірів сформулювати аргументи на користь життя пацієнт практично не може. Найчастіше основним «аргументом» в цих випадках виступає заява про те, що він або вона «здорові і вимагають виписки». Якщо ж у пацієнта з'являються дійсні аргументи на користь життя, то це безперечний показник реального зникнення мотивів до самогубства.

Після того як встановлено, що обстежуваний пацієнт дійсно виношує плани покінчити життя самогубством, лікар повинен вибрати відповідну

тактику реальної допомоги суїциденту. Ця тактика визначається конкретними умовами, в яких були виявлені суїцидальні тенденції, особливостями останніх, наявністю (відсутністю) психічного розладу. Розглянути всі ці обставини може бути неможливим. Але в будь-якому випадку, перш ніж організувати конкретні заходи, лікарю доводиться досить часто вирішувати і своєрідну *морально-етичну проблему*. Вона пов'язана з необхідністю визначення правомірності кордонів втручання в життя пацієнта і його переживання. Зрозуміло, що при наявності психічного розладу, що супроводжується суїцидальними тенденціями, лікар повинен керуватися «Законом про психіатричну допомогу», яка передбачає госпіталізацію хворого в примусовому порядку.

У питанні про самогубство в контексті психіатрії слід зауважити, що *«краще допустити помилку, рятуючи життя»*. Складність морально-етичних проблем при виявленні у пацієнта суїцидальних тенденцій ніяк не знімає з лікаря (або будь-якого фахівця, який знайшов їх) необхідності організації найелементарніших заходів щодо запобігання самогубства.

Ступінь ризику здійснення спроби самогубства насамперед визначає характер заходів і дії лікаря щодо профілактики суїциду. У будь-якому випадку повинен бути *план заходів організаційного характеру*. Ці заходи передбачають і оформлення відповідної документації, яка, на жаль, в подальшому може стати матеріалом юридичного характеру. У будь-якому випадку важливо *зробити недоступними зняття і засоби самогубства* (в першу чергу ліки і отруйні речовини, зброю).

Необхідно також *довести до відома осіб з найближчого оточення суїцидента про наявність у нього суїцидальних тенденцій і проінструктувати їх про необхідність і методи контролю поведінки та вказати установи або осіб до яких слід звернутися при посиленні суїцидальної активності*. У медичних установах обов'язковим є вилучення у хворого упаковок з самими різними ліками, виключення будь-якого роду домашніх відпусток та інших форм «заохочення і полегшення» реалізації суїцидальних задумів. При наявності зв'язку далеких задумів і намірів пацієнт не повинен залишатися один. Як пише американський судовий психіатр Ph.Resnick (2002): «виявлення у пацієнта суїцидальних намірів перетворює лікаря в противника, тому надії на виконання тих чи інших домовленостей з людиною, що задумав самогубство, досить примарні».

Від однієї третини до половини психіатричних або психотерапевтичних антисуїцидальних контактів надалі супроводжувалися спробами покінчити життя самогубством. Лікар не має

права обманювати пацієнта, заявляючи, що він «нікому не скаже» про наявність суїцидальних тенденцій (такий «договір ні в жодному разі укладати не можна). Більш того, етичним обов'язком і навіть законодавством закріплено, що лікар будь-якого профілю при сумнівах в можливості надання допомоги в повному обсязі суїциденту особисто зобов'язаний звернутися до відповідних служб і більш компетентним фахівцям.

При своєрідному звуженні свідомості у самогубці на стадії формування задумів і намірів значення договору з лікарем змінюється в залежності від ступеня (виразності) суїцидального ризику. Цей ризик, в першу чергу, визначається стадією розвитку суїцидальних тенденцій, швидкістю їх формування і конкретним змістом.

Для більш адекватної оцінки ризику суїциду з точки зору розвитку тенденцій, пов'язаних з самогубством, весь спектр суїцидальної активності представлений у вигляді п'яти рівнів.

Діагностика суїцидальної поведінки

Основний метод оцінки суїцидального потенціалу є **традиційний клінікопсихопатологічний метод та психологічний аналіз.**

Багатоосьова діагностика дозволяє проаналізувати:

1. клінічні характеристики стану пацієнта;
2. етно-культурні характеристики;
3. соціально-економічні характеристики;
4. світогляд;
5. характерологічні особливості пацієнта.

Під час вивчення технологій консультування таких пацієнтів, необхідно знати **мету консультації**, а саме:

1. визначення суїцидального потенціалу та ступеню його виразності;
2. визначення індивідуальних факторів, що потенціюють чи лімітують скоєння самогубства;
3. прийняття рішення про направлення на консультацію до психіатра або госпіталізацію хворого;
4. визначення фармакологічної та психотерапевтичної стратегії ведення даного пацієнта.

Особливості проведення діагностичного інтерв'ю з суїцидентами

По перше, необхідно визначити наявність (або відсутність) *антивітальних переживань*. Це можна зробити, дізнавшись точку зору пацієнта на власне життя та задоволеність від нього.

Якщо у відповіді на ці питання пацієнт:

А) говорить, що його життя нічого не варте – необхідно спитати чи виникали у такої людини думки про самогубство. Якщо відповідь позитивна, то необхідно встановити ступінь суїцидального ризику (дивись у підрозділі «Рівні суїцидального ризику»);

Б) відповідає, що таких думок в нього немає – необхідно запитати як саме він вирішив, що не зміг би здійснити самогубство та які в нього плани на подальше життя;

В) треба бути особливо обережним з тими, хто ухиляється від відповіді.

Схема збору суїцидологічного анамнезу

Основні запитання.

1. Якщо раніше була суїцидальна спроба, то її характеристика (спосіб і вірогідність надання допомоги).

2. Імпульсивність і тривалість суїцидальних думок, у контексті особистісних факторів.

3. Наявність поточних втрат, смертей, суїцидів у соціальному оточенні пацієнта.

4. Поява намірів, що вказують на існування суїцидального плану.

5. Визначення факторів завершення справ, підготовки заповіту.

6. Ступінь ізолюваності від соціального оточення.

7. Наявність суїцидів у сімейному анамнезі.

8. Інформація, щодо попередніх госпіталізацій у психіатричний стаціонар.

9. Наявність симптомів деперсоналізації і дереалізації.

10. Наявність синдромів органічного ураження головного мозку.

11. Наявність хронічного соматичного захворювання, особливо з больовим синдромом.

12. Наявність залежності від психоактивних речовин.

Якщо під час бесіди було виявлено три або більше факторів, це свідчить про помірний або високий ризик суїциду у даного пацієнта.

Засновник *транзактного аналізу Ерік Берн* рекомендував додавати ще наступні запитання:

1. скільки років Ви збираєтеся прожити?;
2. чому саме стільки років?;
3. скільки років Вашим батькам?;
4. хто буде біля Вас, коли ви будете вмирати?;
5. які можуть бути Ваші останні слова?;
6. які були останні слова Ваших батьків (якщо вони померли)?;
7. що Ви залишите після себе?;
8. що буде написано на пам'ятнику після вашої смерті?;
9. що ви б написали на цьому пам'ятнику?;
10. що буде сюрпризом, приємним або неприємним, для Ваших близьких після вашої смерті?;

Більш поглибленого психологічного аналізу потребують особи, чії родичі завершили життя самогубством, тому, що вірогідність повторення суїцидологічного сценарію в них зростає.

У діагностиці суїцидальної поведінки необхідно правильно встановити її поведінкові та лінгвістичні маркери. Це є дуже важливим аспектом у діагностиці, тому що у багатьох випадках люди дисимулюють свій стан, не відверто відповідають на запитання.

Поведінкові індикатори ризику

1. Самоізоляція.
2. Тенденція до зневажливого ставлення до своєї зовнішності та недотримання правил особистої гігієни.
3. Поява невластивих людині реакцій, наприклад втеча з дому.
4. Домінуючими темами для творчості пацієнта стають теми смерті та самогубств.
5. Прослуховування траурної музики.
6. Підвищена тривожність, метушливість, коливання настрою.
7. Приведення справ у порядок (складання заповіту, написання листів близьким).

Лінгвістичні індикатори ризику

1. Прямі висловлювання хворого, а також застереження, що відображають суїцидальні тенденції.
2. Виражений егоцентризм у сприйнятті реальності.

3. Наявність безлічі дієслів директивного характеру в контексті суїцидальних висловлювань.

4. Ослаблення або випадіння лексико-семантичної групи, що описує гедоністичні переживання або уявлення.

5. Наявність паралінгвістичних характеристик афективних порушень: явна сповільненість мови, заповнення мовних пауз глибокими вдихами, монотонність інтонації.

Існують особливості діагностики на кожному з етапів формування суїцидальної поведінки.

Діагностика в пресуїцидальному періоді полягає у виявленні так званої тріади пресуїцидального синдрому, до неї відносять:

– звуження афективної сфери з обмеженням міжособистісних контактів;

– інверсія агресії;

– наявність суїцидальних фантазій.

Також до пресуїцидального періоду суїцидальної поведінки відносять ознаки, що були знайденими під час психодіагностичної бесіди.

1. Інтелектуально-мнестичні порушення, у вигляді різкого звуження інтелектуальних здібностей.

2. Звуження сприйняття, відчуття безглуздості, самотності.

3. Загострені переживання, відчуття стану краху життєвих планів і надій.

4. Виразне відчуття неприязні до себе, самозвинувачення.

5. Посилення агресивності, спрямованої проти себе та на адресу оточуючих людей.

6. Раптове виникнення ідей про можливість припинити власні страждання шляхом самогубства.

7. Втеча в суїцидальні фантазії, у яких переважають сцени переживань і каяття близьких з приводу смерті хворого.

8. Стан у якому пацієнт, що ззовні є спокійним, подумки розробляє детальний план власної смерті.

Показаннями для консультації у психіатра є виявлення наступних факторів суїцидального ризику (по Б. Херперц-Дальманн, 2000).

1. Актуальні суїцидальні задуми з відхиленням альтернативних варіантів рішення проблеми.

2. Наявність ознак психічного розладу і залежності від психоактивних речовин.
3. Попередні суїцидальні спроби, особливо протягом останніх 12 місяців.
4. Суїцидальні спроби у сім'ї або серед найближчого оточення.
5. Сімейні конфлікти, особливо з застосуванням насильства.
6. Соціальна ізоляція.
7. Втрата роботи і працездатності, припинення навчання, конфлікти з законом.

Технології об'єктивної оцінки суїцидального ризику

Опитування для визначення ризику суїциду Б. Любан-Плоцца (2000)
Ризик суїциду тим вище, що більше відповідей «так» на питання 1-11, та «ні» на питання 12-16.

1. Чи доводилося Вам останнім часом думати про самогубство?
2. Якщо так, то чи часто?
3. Чи виникали такі думки мимоволі?
4. Чи є у Вас конкретне уявлення про те, як би ви віддали перевагу позбавити себе життя?
5. Починали Ви підготовку до цього?
6. Чи говорили Ви вже кому-небудь про свої суїцидальні наміри?
7. Чи намагалися Ви вже коли-небудь позбавити себе життя?
8. Чи був у Вашій родині або в колі друзів і знайомих випадок самогубства?
9. Чи вважаєте Ви свою ситуацію безнадійною?
10. Чи важко Вам відволіктися від своїх проблем?
11. Чи зменшилася останнім часом Ваше спілкування з рідними, друзями, знайомими?
12. Зберігається чи є у Вас інтерес до того, що відбувається у Вашій професії і оточенні? Чи залишився ще інтерес до Ваших захоплень?
13. Чи є у Вас хтось, з ким би Ви могли відкрито і довірливо говорити про свої проблеми?
14. Живете Ви зі своєю сім'єю або знайомими?
15. Чи зберігаються у Вас сильні емоційні зв'язки з родиною і / або професійними обов'язками?
16. Чи відчуваєте Ви свою стійку належність до якоїсь релігійної чи іншої світоглядної спільноти?

Відповідно до концепції Н. Пезешкіана, існує **чотири види «втечі»** від

реальності: «*втеча в тіло*», «*втеча в роботу*», «*втеча в контакти або самотність*» і «*втеча у фантазії*». Він розробив опитування для пацієнтів, здійснили суїцидальну спробу.

1. «Я цього більше не витримаю», «Життя – це ілюзія», «Все – гра уяви, химера, уявний світ», «Смерть – це ворота життя». Чи можете Ви пригадати висловлювання, що близькі до цієї проблематики. Яке Ваше ставлення до цього?

2. Який засіб ви використовували, щоб піти з життя?

3. Ваше відчуття самоцінності ґрунтується переважно на вашій професійній діяльності?

4. У Вашій професійній діяльності Ви розчаровані, відчуваєте себе відкинутим?

5. Чи була Ваша спроба самогубства викликом навколишньому світу? З якою метою?

6. Ви розповідали кому небудь про ваші спроби самогубства? Їх реакція?

7. Які розчарування передували вашій спробі самогубства? Чи було за цим бажання любові, близькості, захищеності?

8. Чи долають вас думки про безнадійності життя?

9. Чи знаєте Ви причини, що змушують людей інших культурних традицій свідомо позбавляти себе життя (харакірі в Японії)?

10. Чи хотіли би Ви покінчити із нестерпною для вас ситуацією (якою?) життям взагалі?

11. Чи Ви замислювались про глобальні проблеми майбутнього всього людства?

12. Що для вас є сенсом життя?

13. Які плани Ви маєте у професійній, суспільній діяльності, партнерських, сімейних відносинах?

Рекомендації фахівцю, який обстежує пацієнта з суїцидальними думками

Жоден клініцист не може спрогнозувати, що станеться з пацієнтом, тому **метою** є оцінка конкретного випадку і визначення ризику.

Уникайте кваліфікації суїцидальної поведінки як – «шантажного» або «демонстративного». Усуньте будь-яку безпосередню небезпеку.

Спокійно і з розумінням, використовуючи чіткі команди, потребуйте від пацієнта усунути або відкинути будь яке знаряддя, що використовується в суїцидальному плані. Також потрібно його перевести в інше приміщення, подалі від знарядь самогубства.

Оцініть потребу пацієнта у медикаментозному лікуванні.

Визначте необхідність допомоги зі сторони другої особи.

Визначтесь із тим, наскільки реалістичний суїцидальний план.

1. Оберігаючі чинники (релігійна віра, ганебність самогубства, занепокоєння за сім'ю).
2. З'ясування ситуації пацієнта (фінансова криза, напруга в сім'ї).
3. Ідентифікація місця пацієнта в діапазоні суїцидальності (від абстрактних роздумів про смерть до конкретних планів самогубства).
4. Визначення супутньої психопатології.
5. Не виписуйте пацієнта з інтоксикацією.
6. Якщо є сумніви, краще отримати другу думку.
7. Документуйте рішення і його обґрунтування.

ЛЕКЦІЯ №6

ВІКОВІ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СУЇЦИДУ

План

1. Вікові особливості суїцидів.
2. Чинники виникнення та особливості перебігу суїцидальної поведінки у молоді.

Суїцид – це навмисне самопошкодження зі смертельним фіналом, це є виключно людський акт, який зустрічається в усіх культурах. Серед підлітків частіше трапляються *суїцид-протест* і *суїцид-заклик*, рідше – суїцид-самопокарання і суїцид-відмова.

Протестні форми суїцидальної поведінки мають на меті негативно вплинути на значущих для суїцидента осіб (групи), які вороже, агресивно ставляться до нього. Підліток передбачає, що карою для кривдників будуть каяття, муки совісті, громадські, правові санкції. Цей тип суїцидальної мотивації базується на високій самооцінці її суб'єкта.

Самогубство-заклик покликане активізувати допомогу, втручання з метою радикальної зміни ситуації. Самопокарання є наслідком почуття провини перед ким-небудь, відмова ж проявляється рідко, насамперед у ситуаціях філософсько-песимістичного ставлення до світу в цілому.

Здебільшого підлітковий суїцид зумовлений **віковими психологічними особливостями**, серед яких домінують *егоцентризм, негативізм, емоційна нестійкість, інфантилізм*.

Передумовами до самогубства підлітків виступають:

- невміння підлітка розуміти та проявляти свої почуття, пояснювати свої переживання;
- особливість відчуття свого місця у світі: з одного боку – вже не дитина (переживає дорослі бажання), а з іншого – індивід, який залежить від сім'ї (яка, в свою чергу, стає менш значимою, ніж однолітки);
- нестійкість самооцінки, неадекватне уявлення про власну компетентність;
- максималізм у оцінюванні себе та інших, нездатність прогнозувати наслідки своїх дій.

Особистісно-психологічною основою суїцидальності неповнолітніх є депресивні розлади, насамперед імпульсивність, емоційна незрілість і нестійкість.

Імпульсивність дітей-суїцидентів проявляється в нездатності осмислювати, критично зважувати своє суїцидальне рішення, передбачати наслідки свого вчинку, шукати несуйцидальні можливості ефективно

захистити себе, свої інтереси. Підліток не може тривалий час обмірковувати прийняття рішення.

Емоційна нестійкість, нестриманість провокує різноманітні конфліктні ситуації.

Емоційна незрілість підлітків як нерозвинене співпереживання, співчуття до страждань інших людей, відсутність самовідданої прихильності, любові, емоційний егоцентризм, а також сугестивність (навіювання) є важливою передумовою суїцидальності. Вона проявляється в тому, що неповнолітній некритично переносить у сферу свого «Я» душевні переживання як реальних суїцидентів, так і героїв художніх творів, які справили на нього сильне «привабливе» враження.

У підлітків виражені здібності до *самопереживання та співчуття*, при цьому вони часто залежать від думки оточуючих. Ці особливості обумовлюють певні типи суїцидонебезпечних реакцій підліткового періоду:

Реакція депривації. Спостерігається, як правило, у підлітків молодшого та середнього пубертатного періоду. Характеризується пригніченням емоційної активності, втратою інтересу до захоплень та занять. Підліток усамітнюється, стає мовчазним, залишається наодинці з негативними переживаннями. Основним змістом переживань стає страх покарання за академічну неуспішність чи за порушення дисципліни тощо. Підліток упевнений, що він дійсно винний та чекає публічного покарання. Такі реакції спостерігаються у підлітків з сімей “зовні благополучних”, де є двоє батьків, задовольняються матеріально-побутові потреби, відсутні асоціальні прояви тощо. При цьому в сім’ї панують авторитарний стиль виховання, покарання, відсутні емоційні контакти, тобто фактори, що сприяють тривалій депривації дітей та підлітків в умовах сім’ї. Прагнення до самогубства характеризується стійким, вираженим бажанням померти, спосіб вибирається ретельно, все робиться для того, щоб ніхто не завадив спробі. У постсуїцидальному періоді швидко формується критичне ставлення до самогубства як до способу вирішення конфлікту. Для попередження повторних спроб важливим є емпатійний контакт, довіра до дорослих.

Експлозивна реакція. Спостерігається у підлітків середнього пубертатного віку. Характеризується афективною напругою, агресивністю, ворожістю не тільки до учасників конфлікту, а й до усіх оточуючих. Проявляється різноманітними порушеннями поведінки. Такі реакції формуються у підлітків, що прагнуть до лідерства. Вони виховуються у

сім'ях, де подібні реакції на ситуаційні труднощі традиційні для дорослих членів сім'ї. Конфлікти, сварки із взаємними обвинуваченнями, вживання алкогольних речовин створюють ситуацію напруги, сприяючи формуванню відповідної поведінки і в молодших членів сім'ї. Суїцидальні дії в даному випадку трактуються як прагнення помститися тим, хто ображав, довести свою правоту. Для таких підлітків характерні висловлювання типу: "Навіть ціною свого життя я доведу, що зі мною вчинили несправедливо", "Нехай я помру, але її (наприклад, класного керівника) звільнять з нашого класу". Самогубства в цих випадках здійснюються у стані афекту, у момент найвищого загострення конфліктної ситуації, часто на очах у тих, хто ображав. Суїцидальні дії не плануються завчасно. У постсуїцидальному періоді зберігається відсторонене ставлення до оточуючих, критика до самогубства відразу не формується, особливо якщо підлітку вдалося за допомогою суїцидальної спроби змінити ситуацію на свою користь. Основним завданням реабілітації у таких випадках поряд з соціальнопсихологічною допомогою є педагогічна корекція.

Реакція самоусунення. Спостерігається у підлітків середнього пубертатного віку, а також у підлітків старшого пубертатного віку з рисами соціальної та емоційної незрілості. Усі вони часто хворіли в дитинстві, фізично ослаблені, з ознаками соціальної занедбаності. Реакція характеризується прагненням втекти від проблем у побуті та навчанні, витіснити із свідомості думки про конфлікти з оточуючими, звертає на себе увагу крайня емоційна нестійкість підлітків даної групи. Вони легко впадають у відчай при невдачах і занадто радіють найменшому успіху. Ці підлітки несамостійні у прийнятті рішень, часто знаходяться під впливом однолітків, рано починають палити, вживати алкогольні речовини. Такі порушення у поведінці сприяють виникненню конфліктів з оточуючими, ситуацій загрози покарання. Суїцидальні дії є проявом бажання усунути себе з конфлікту, по можливості вийти з нього, при цьому як вихід передбачається не обов'язково смерть, а можливість хвороби. З аутоагресивною метою підлітки вживають небезпечні для життя засоби і не демонструють імітації самогубства. У тих випадках, коли спроба самогубства викликана бажанням померти, це бажання у період реалізації стає нестійким. При спробі самогубства підлітки активно шукають допомоги. Вони самі викликають "швидку", повідомляють про самогубство дорослим, просять їх врятувати. Критичне ставлення до самогубства формується відразу після спроби, супроводжується почуттям провини та

сорому за свій вчинок. Допомога суїцидентам даної групи включає соціально-психологічну допомогу у подоланні конфлікту та психотерапевтичній корекції поведінки.

Чинники виникнення та особливості перебігу суїцидальної поведінки у молоді

Високий рівень суїциду в Україні та інших країнах світу ставить питання про причини цього явища та способах його попередження. У науковій літературі причини самогубства розглядаються поряд з чинниками суїцидальної поведінки, зокрема нейробіохімічними, соціальними, філософсько-психологічними. Доцільним, на наш погляд, є розгляд вище зазначених чинників для глибшого аналізу причин суїциду.

У науковій літературі виділяють наступні теорії причин суїциду: - біологічна теорія – розглядає генетичний вплив на суїцидальну поведінку; - психологічна – розглядає зв'язок самогубства та аутоагресії, негнучкого мислення, зміни системи цінностей тощо; - соціальна – звертає увагу на фактор самотності та соціальну інтеграцію, нестачу соціальних відносин, конфлікт людини та суспільства при дослідженні такого явища, як самогубство. Зазначені вище теорії причин суїцидальної поведінки тісно пов'язані між собою. Особливо цей взаємозв'язок помітний при аналізі причин самогубства.

Причини суїцидальної поведінки неповнолітніх полягають у:

- 1) нерозумінні, неприйнятті неповнолітнього “значущими іншими”, що викликає переживання образи, самотності, відчуження;
- 2) втраті батьківської любові, нерозділеному коханні;
- 3) смерті, розлученні батьків;
- 4) прикладі суїцидальної поведінки батьків, родичів тощо.

Деякі дослідники визначають **соціально-психологічні чинники**, які можуть сприяти виникненню суїцидальних проявів у підлітків та юнаків:

- серйозні проблеми у сім'ї;
- проблеми у спілкуванні з однолітками;
- смерть улюбленої або значущої людини;
- розрив стосунків з коханою людиною;
- міжособистісні конфлікти або втрата значущих відносин;
- проблеми з дисципліною або із законом;
- тиск, здійснюваний групою однолітків, передусім той, що пов'язаний із наслідуванням самопошкоджуючої поведінки інших;
- тривале перебування у ролі жертви або “цапа відбувайла”;

- розчарування успіхами у навчальному закладі або невдачі у навчанні;

- високі вимоги у навчальному закладі до підсумкових результатів учбової діяльності (іспитів, зовнішнього незалежного оцінювання);

- погане економічне становище, фінансові проблеми;

- небажана вагітність, аборт і його наслідки (у дівчат);

- зараження ВІЛ-інфекцією або хворобами, що передаються статевим шляхом;

- серйозні тілесні хвороби;

- надзвичайні зовнішні ситуації і катастрофи.

Якщо конкретизувати **негативні сімейні чинники**, які впливають на суїцидальність підлітків і юнаків, то до їх числа належать:

- психічні відхилення у батьків, особливо афективні (депресії та інші душевні захворювання);

- зловживання алкоголем, наркоманія або інші види асоціальної поведінки у сім'ї;

- сімейна історія суїцидів або суїцидальних спроб членів сім'ї;

- насилля у сім'ї (особливо фізичне та сексуальне);

- нестача уваги і турботи про дітей у сім'ї, погані стосунки між членами сім'ї і нездатність продуктивного обговорення сімейних проблем;

- часті лайки між батьками, постійне емоційне напруження і високий рівень агресивності у сім'ї;

- розлучення батьків, смерть одного з батьків;

- часті переїзди, зміна місця проживання сім'ї;

- надто низькі або високі очікування з боку батьків щодо дітей;

- зайва авторитарність батьків;

- відсутність у батьків часу і недостатня увага до дітей, нездатність підлітків протистояти дистресу та негативному впливові оточуючої дійсності.

Психологи вважають, що деякі риси особистості підлітка також можуть бути пов'язані із суїцидальною поведінкою, зокрема:

- нестабільність настрою або його надмірна мінливість;

- агресивна поведінка, злість; - антисоціальна поведінка;

- схильність до демонстративної поведінки;

- високий ступінь імпульсивності, схильність до необдуманого ризику;

- дратівливість;

- ригідність мислення;

- погана здатність до подолання проблем і труднощів (у школі, ПТНЗ, ВНЗ, серед однолітків);
- нездатність до реальної оцінки дійсності;
- тенденція “жити у світі ілюзій та фантазій”;
- ідеї переоцінки власної особистості, що змінюються переживаннями нікчемності;
- надмірна пригніченість, особливо при несуттєвих нездужаннях або невдачах;
- надмірна самовпевненість;
- почуття приниження або страху, що приховуються за проявами домінування, відторгнення або демонстративної поведінки щодо друзів, однолітків або дорослих;
- проблеми з визначенням сексуальної орієнтації;
- складні неоднозначні стосунки з дорослими, включаючи батьків тощо. **Мотивами суїцидальної поведінки школяра** можуть бути:
- шкільні проблеми;
- втрата близької, коханої людини;
- ревнощі, любовні невдачі, сексуальний протест, вагітність;
- переживання, образи;
- самотність, відчуженість;
- неможливість бути зрозумілим, почутим;
- почуття провини, сорому, невдоволення собою;
- страх покарання;
- почуття помсти, протесту, загрози;
- бажання привернути до себе увагу, викликати співчуття;
- уникнення наслідків поганого вчинку або складної життєвої ситуації.

Можна підсумувати, що конфлікти, які провокують формування суїцидальності в дітей, виникають найчастіше у дезінтегрованих (у родині відсутня любов; поширена ворожість), дизгармонійних (позбавлені взаєморозуміння, взаємної толерантності) і корпоративних (утворені за егоїстичними розрахунками і зобов'язаннями) сім'ях. У них діти переживають дефіцит теплоти, доброзичливого спілкування, розуміння, підтримки, турботи; жорстокість, неприязнь, холодність, нехтування, відчуження; інколи – сексуальне насильство; свою непотрібність, обтяжливість для батьків, що зумовлює висновок, ніби батьки мріють їх позбутись, чекають їх смерті; перестановку ролей, коли не батьки емоційно, морально підтримують дітей, а діти змушені підтримувати

батьків; авторитарний тиск, спричинений нереально завищеними очікуваннями, вимогами до освіти, поведінки в побуті, досягнень дітей у спорті та ін.

Найчастішими мотивами самогубств у підлітків є невдале кохання, образи оточуючих, особисто-сімейні конфлікти, страх перед кримінальною відповідальністю, покаранням чи ганьбою, складнощі у навчанні.

Е.Шир вважає, що у підлітковому віці найчастіше йде мова не про спробу самогубства, а лише про використання “суїцидальної техніки” для досягнення іншої (не суїцидальної) мети. А серед інших факторів ризику суїцидальної поведінки виділяє психотравмуючі ситуації, пов’язані з навчанням у школі, розлади характеру чи поведінки, психічні патології. У більшості випадків дитина розглядає самогубство як радикальний спосіб уникнення конфлікту, неприємної ситуації або покарання близьких. Суїцидальний афект у таких ситуаціях виникає раптово і триває недовго. Але афективного стану може вистачити, щоб дитина зробила непоправне, скориставшись першою можливістю – шнурком, висотою, зброєю, отрутою. Самі діти при цьому здебільшого виразно не усвідомлюють, що чинять непоправне. У глибині свідомості їх підтримує уявлення, що, задовольнившись стражданнями тих, кому хотіли їх завдати своєю смертю, вони встануть, і всі помиряться. Такі суїциди, як правило, чинить емоційно неврівноважена, збудлива, егоцентрична, примхлива, нетерпляча дитина.

У літературі виділяють і **вікові причини самогубств**. Так, серед причин самогубства у підлітків 14-20 років виявилися наступні **психотравмуючі ситуації**: виховання в неповних сім'ях, випадки сексуального насилля, смерть товаришів та родичів.

У більшості випадків суїцидальні тенденції виникали при наявності у підлітка почуття безнадії, низької самооцінки, конфліктних відносин з батьками та однолітками. Самогубства серед дітей до 14 років частіше пояснюються довготривалими чи постійними сварками та проблемами у сім'ї. Найчастіше змістом самогубств є відсутність любові, ізоляція від членів сім'ї чи смерть когось з родичів чи товаришів. У молодшому пубертатному віці (12-13 років) самогубства частіше скоюють хлопчики. Так як для підлітків суїцидонебезпечними є внутрішньосімейні конфлікти, то вони й “адресують” самогубства найближчим родичам.

Поширеною причиною появи суїцидальної поведінки у дітей є випадки сексуального насилля. Для суїцидентів цієї вікової групи також характерна наявність фізичних чи психічних розладів.

Аналізуючи специфіку суїцидальної поведінки неповнолітніх, необхідно зазначити, що деякі дослідники виділяють наступні **фази суїцидальної поведінки**:

а) фаза обдумування, що визивається свідомими думками щодо здійснення суїциду. Ці думки згодом можуть вийти з-під контролю і стати імпульсивними. При цьому підліток замикається в собі, втрачає інтерес до справ сім'ї, роздає цінні для нього речі, змінює свої стосунки з оточуючими, стає агресивним. Змінюється зовнішній вигляд, підліток перестає слідкувати за собою, може змінитися його вага (що пов'язане із переїданням або анорексією), через зниження концентрації уваги з підлітком може трапитись нещасний випадок;

б) фаза амбівалентності, яка настає за умов появи додаткових стресових факторів - тоді підліток може виказувати конкретні загрози або наміри щодо суїциду комусь із найближчого оточення, але цей "крик про допомогу" не завжди буває почутим. Однак саме в цей час підлітку ще можна допомогти;

в) якщо ж цього не стане, тоді настає фаза суїцидальної спроби. Вона відбувається дуже швидко, адже для підлітків притаманне швидке проходження цієї фази і перехід до третьої.

Більшість суїцидальних підлітків (до 70 %) обмірковують і здійснюють суїцид впродовж 1-2 тижнів. Але підлітковому віку властива імпульсивність дій, тому іноді тривалість усіх трьох фаз може бути дуже короткою, не більше 1 години. Звичайно, що це вимагає від оточуючих, особливо від психологів і лікарів, оперативних дій у наданні адекватної допомоги таким підліткам.

Суїцидальна поведінка включає усі прояви суїцидальної активності - думки, наміри, висловлювання, загрози, спроби самогубства, - і являє собою ланцюг аутоагресивних дій людини, свідомо чи навмисно спрямованих на позбавлення себе життя через зіткнення з нестерпними життєвими обставинами. Така поведінка є динамічним процесом і складається з наступних **етапів**:

1. **Етап суїцидальних тенденцій** - вони є прямими чи непрямими ознаками, що свідчать про зниження цінності власного життя, про втрату сенсу життя, про небажання жити; суїцидальні тенденції виявляються у думках, намірах, почуттях або загрозах.

2. **Етап суїцидальних дій** - він починається, коли відповідні тенденції приходять у дію; під суїцидальною спробою розуміється суїцид, який з незалежних від людини обставин був відвернутий і не привів до

летального наслідку; суїцидальні тенденції можуть трансформуватися у завершений суїцид, результатом якого є смерть людини.

3. Етап постсуїцидальної кризи — він продовжується з моменту здійснення суїцидальної спроби до повного зникнення суїцидальних тенденцій.

У психологічній літературі наводяться наступні **загальні риси, властиві усім самогубствам:**

1. Загальною метою усіх суїцидів виступає пошук рішення, адже суїцид не є випадковою дією - його ніколи не здійснюють без сенсу чи невмотивовано. Він є виходом із утруднень, кризи чи нестерпної ситуації, йому властива своя логіка і доцільність. Щоб зрозуміти причину суїциду, слід дізнатися проблем, для розв'язання яких він був призначений.

2. Загальним завданням усіх суїцидів є припинення свідомості, повне припинення свого потоку свідомості, непереносимого болю - як розв'язання болісних і нагальних проблем. Людині, що зневірилася, приходить в голову думка про можливість припинення свідомості як відповідь або вихід з ситуації за наявності у неї душевного хвилювання, підвищеного рівня тривожності і високого летального потенціалу, які складають три необхідні частини суїцидів.

3. Загальним стимулом при суїциді виступає нестерпний психічний біль. Можна стверджувати, що припинення своєї свідомості - це те, чого прагне суїцидальна людина, а душевний біль - це те, від чого вона намагається втекти, адже ніхто не здійснює суїцид від радості.

4. Загальним стресором при суїциді є незадоволені психологічні потреби, адже суїцид здійснюється передусім саме через нереалізовані або незадоволені потреби. Можна зазначити, що відбувається багато безглузких смертей, але ніколи не буває безглузких і необгрунтованих суїцидів.

5. Загальною суїцидальною емоцією виступає безпорадність-безнадійність - у суїцидальному стані виникає переважно почуття безпорадності-безнадійності. У цьому стані людина начебто констатує: "Я нічого не можу зробити, крім самогубства, і ніхто не може мені допомогти, полегшити біль, який я відчуваю".

6. Загальним внутрішнім ставленням до суїциду є суперечливість, амбівалентність - людина відчуває потребу у здійсненні суїциду і водночас бажає порятунку і втручання інших.

7. Загальним станом психіки є звуження пізнавальної сфери, що відбувається у формі емоційного та інтелектуального "звуження"

свідомості з обмеженням можливостей у виборі варіантів поведінки, що зазвичай доступні свідомості даної людини, коли вона не знаходиться у панічному стані.

8. Загальною дією при суїциді стає втеча, що відображає намір людини покинути зону нещастя. Суїцид вважають тому остаточною втечею. Сенс самогубства полягає у радикальній і остаточній зміні обставин, тих чи інших ситуацій життя.

9. Загальним комунікативним актом при суїциді є повідомлення про свій намір. Люди, що мають намір скоїти самогубство, унаслідок амбівалентного до нього відношення свідомо або несвідомо подають сигнали, скаржаться на безпорадність, шукають можливості порятунку. Загальною комунікативною дією при самогубстві є не ворожнеча, лютя, руйнування і навіть не відхід від інших людей всередину себе, а повідомлення про свої суїцидальні наміри.

10. Загальною закономірністю суїциду виступає відповідність суїцидальної поведінки загальному стилю поведінки впродовж життя. Незважаючи на те, що суїцид є вчинком, який не має аналогів у попередньому житті людини, все ж йому можна знайти відповідність у стилі та характері повсякденної поведінки даної людини. Це і попередні переживання душевного хвилювання, і здатність переносити психічний біль, і наявність тенденцій до обмеженого мислення, і спроби втечі у важких ситуаціях тощо. Необхідно повернутися до попередніх моментів переживання душевного хвилювання, оцінити здатність особи переносити психічний біль, спробувати знайти альтернативи втечі тощо.

ЛЕКЦІЯ №7

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ, ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ОСОБИСТІСНІ ЧИННИКИ ВИНИКНЕННЯ ТА ПЕРЕБІГУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДУ НЕПОВНОЛІТНІХ

1. Виявлення суїцидальних тенденцій неповнолітніх

Для ефективного виявлення суїцидальних тенденцій слід сформуваати адекватне ставлення до цього явища, подолати помилкові думки, стереотипи щодо його розуміння у широких верствах населення. Тому спеціалісти пропонують, передусім, порівняти поширені серед людей забобони, передсуди і перевірені багаторічними науковими спостереженнями факти.

Суїцидологи зазначають, що абиякі несподівані або драматичні зміни, що впливають на поведінку підлітка чи юнака, абиякі зміни в їх поведінці,

словесні й емоційні ознаки слід сприймати всерйоз. До них відносяться:

- втрата інтересу до звичних видів діяльності;
- раптове зниження успішності навчання;
- незвичне зниження активності, нездатність до вольових зусиль;
- погана поведінка у навчальному закладі;
- незрозумілі або такі, що часто повторюються, зникнення з дому і прогули у навчальному закладі;
- збільшення споживання тютюну, алкогольних, наркотичних речовин;
- інциденти із залученням правоохоронних органів, участь у правопорушеннях.

При появі цих явищ слід звернути особливу увагу на підлітка і бути уважними до наступних *поведінкових, словесних, емоційних, депресивних ознак суїцидальної загрози*.

До поведінкових ознак суїцидальної загрози відносять:

- будь-які раптові зміни у поведінці і настрої, особливо ті, що віддаляють від близьких людей;
- схильність до необачних і безрозсудних вчинків;
- надмірне споживання алкоголю чи таблеток;
- відвідування лікаря без очевидної необхідності;
- розлучення з дорогими речами або грошима;

- придбання засобів скоєння суїциду;
- підведення підсумків, приведення справ до порядку, приготування до смерті;
- нехтування зовнішнім виглядом;
- багаторазове звертання до теми смерті в літературі та мистецтві;
- повторне прослуховування сумної музики та пісень;
- нестача життєвої активності;
- самоізоляція від родини та знайомих;
- більше споживання алкогольних та наркотичних речовин;
- зміна добового ритму (активність вночі та сон удень);
- збільшення або втрата апетиту;
- млявість та апатія;
- неможливість сконцентруватися та приймати рішення;
- уникнення звичайної соціальної активності, замкненість, самотність;
- раптове впорядкування своїх справ;
- наявні суїцидальні спроби;
- почуття провини, докори на свою адресу, низька самооцінка;
- втрата інтересу до захоплень, хоббі, спорту, роботи або школи;
- невизначені плани на майбутнє;
- прагнення того, щоб інші залишили у спокої, присутність інших викликає розтратування.

Серед **словесних ознак суїцидальної поведінки** найпоширенішими є:

- впевненість у безпорадності і залежності від інших;
- прощання;
- розмови або жарти щодо бажання померти;
- повідомлення про конкретний план суїциду;
- подвійна оцінка значущих подій;
- повільна, маловиразна мова;
- розпач і плач;
- висловлювання самозвинувачень.
- безпосередні заяви типу “Я думаю про самогубство” або “Було б краще вмерти”, або “Я не хочу більше жити”,
- висловлення типу: “Вам не прийдеться більше про мене турбуватися” або “Мені все набридло”, або “Вони пошкоднують, коли я піду”.

Емоційні прояви суїцидальних тенденцій:

- амбівалентність, подвійність емоцій і почуттів;
- безпорадність, безнадійність;
- переживання горя;
- ознаки депресії;
- почуття провини або відчуття невдачі, поразки;
- надмірні побоювання або страхи;
- почуття власної малозначущості;
- неухважність, розсіяність або розгубленість.

Ситуаційні прояви:

- будь-яка помітна зміна особистого життя, у будь-яку сторону;
- смерть коханої людини, особливо батьків або близьких родичів;
- нещодавня зміна місця проживання;
- конфлікти у сім'ї;
- скоєння правопорушень;
- складнощі у спілкуванні з однолітками;
- проблеми з навчанням у школі;
- соціальна ізоляція, особливо від родини та друзів;
- наявність хронічної, прогресуючої хвороби;
- небажана вагітність, хвороби, що передаються статевим шляхом.

Таким чином, депресивні прояви підлітків із суїцидальною поведінкою можуть виражатися як:

- сумний настрій;
- надмірна самокритичність, неадекватна самооцінка;
- почуття нудьги;
- почуття втоми;
- порушення сну;
- соматичні скарги, порушення апетиту, різка зміна ваги;
- непосидючість, неспокійність;
- фіксація уваги на дрібницях;
- надмірна емоційність;
- замкненість, скупість;
- агресивна поведінка;
- схильність до бунту;
- зловживання алкоголем або наркотиками;
- погана навчальна успішність, зниження інтересу до навчання, прогули уроків.

Важливо звертати увагу на раптову зміну поведінки та висловлювання підлітків, схильних до кризових ситуацій і суїцидальних спроб:

- висловлювання: “Мені усе набридло!”, “Не хочу нікого бачити, не хочу нічим займатися!” “Навіщо мені жити?”, “Який сенс в тому, що я живу?”;

- скарги на дурні передчуття: “Я відчуваю, що скоро помру!”;

- підвищений, стабільний інтерес до питань смерті, загробного життя, до

 - похоронних ритуалів;

- словесні натяки на смерть, що наближується: “Потерпіть, недовго Вам

 - залишилося мучитися!”, “Ви ще пожалієте, але буде пізно!”;

- наведення особливого порядку у своїй кімнаті, серед своїх особистих речей, роздавання деяких речей товаришам, остаточне з'ясування стосунків;

- раптовий, без видимих причин наступ спокою, смиренного стану після

 - стресу або тривалого стану депресії;

- таємні приготування до чогось, що дитина відмовляється пояснювати;

- тривалий стан внутрішньої зосередженості, що не було раніше для дитини характерним, відсутність бажання спілкуватися з друзями, родичами, ходити в гості, грати, вести активний спосіб життя.

Для того, щоб зрозуміти суїцидальну поведінку, необхідно у кожному конкретному випадку дати відповідь на два запитання:

- 1) «чому» підліток здійснив чи намагався здійснити самогубство,

- 2) «навіщо» він хотів це зробити.

Відповідь на перше запитання потребує аналізу соціального середовища, в якому перебуває підліток, тобто його становище у мікросоціальному оточенні, в сім'ї, стан здоров'я, психічний статус тощо. А на друге питання сам неповнолітній дає відповідь, оцінюючи ситуацію, що склалася, та конкретизуючи, що саме він прагнув досягти своїми діями, тобто визначається мета суїцидента, прагнення, психологічне підґрунтя для прийняття рішення про скоєння самогубства. При цьому необхідно враховувати:

- серйозність порушень звичних умов життя підлітка, тобто зовнішні обставини життя чи стан здоров'я,

- інтерпретацію підлітком умов життя, що змінилися (безвихідна ситуація, особиста катастрофа чи конфліктна ситуація),
- бажання чи готовність неповнолітнього проявити зусилля для того, щоб адаптуватися до нових умов життя, тобто “згода продовжувати життя”.

Профілактика суїцидальної поведінки неповнолітніх

При плануванні профілактичної роботи з попередження проявів суїцидальної поведінки слід пам'ятати про те, що існують обставини, що виступають як антисуїцидальні чинники. Вони поділяються на культурні, соціально-демографічні, сімейні й особистісні.

Серед **культурних та соціально-демографічних факторів** виділяють:

- участь у громадській діяльності (спортивні змагання і події, клуби, товариства тощо);
- доброзичливі, врівноважені стосунки з однолітками у навчальному закладі;
- гарні стосунки з вчителями та іншими дорослими;
- підтримка з боку близьких людей.

Як вже зазначалося, сімейні проблеми можуть бути однією з причин самогубства неповнолітніх. Але, з іншого боку, сприятливий клімат в сім'ї може виступати і як антисуїцидальний фактор, коли:

- розвинуті навички спілкування у сім'ї, добрі, сердечні, щирі стосунки між усіма членами сім'ї;
- батьки розуміють потреби та особливості розвитку неповнолітніх;
- є підтримка підлітків сім'єю у всіх сферах.

Особистісні якості неповнолітніх також можуть виступати **захисними факторами** у підлітків та юнаків:

- уміння спілкуватися з однолітками і дорослими;
- впевненість у собі, своїх силах, переконаність у здатності до досягнення життєвих цілей;
- уміння шукати і звертатися за допомогою при виникненні труднощів, наприклад, у навчальному закладі;
- прагнення радитися з дорослими при прийнятті важливих рішень;
- відкритість до думок і досвіду інших людей;

- відкритість до усього нового, здатність засвоювати нові знання.

До числа **антисуїцидальних чинників** належать усі чинники розвитку гармонійної, духовної особистості. Однак серед них слід виділити ті, що протистоять безпосередньо суїцидальним тенденціям, створюють особливий імунітет особистості. Ці чинники необхідно враховувати при проведенні

профілактичної роботи з попередження самогубства серед неповнолітніх:

- формування сенсу життя, життєвої перспективи, міцних зв'язків із близькими, сім'єю, суспільством, природою, адаптованість, інтегрованість із людьми та суспільством;

- наявність таких рис особистості, як щирість, доброзичливість, взаєморозуміння, емпатійність, підтримка, приязнь тощо;

- підвищення значущості особистості у кризових ситуаціях;

- "інтелектуальний опір" смерті в усіх її видах, в тому числі і самогубству;

- піднесення цінності людини як вершини неперервного еволюційногенетичного процесу і носія генетичного і культурного багатства людства і Всесвіту;

- піднесення цінності особистості як уособлення історико-культурного процесу;

- підвищення цінності життєвого шляху людини як невід'ємної складової історико-культурного процесу людства.

У попередженні підліткових суїцидів вирішальну роль відіграє ступінь довіри між підлітком і дорослим. У дитини має бути можливість поділитися з кимось із дорослих чи однолітків своїми проблемами, сумнівами, болями тощо, тоді кризова ситуація не зайде у глухий кут і може бути подолана.

Якщо у підлітка немає довірливих стосунків з батьками, то у його оточенні має бути хоча б одна людина, з котрою можна було б поділитися своїми переживаннями.

Ще однією важливою умовою попередження суїциду є здатність дитини самотійно розв'язувати свої проблеми, а не обходити їх.

Слід наголосити на тому, що основою профілактики суїцидальної поведінки є **суїцидальна превенція** – запобігання суїциду, яке полягає у здатності визначити небезпеку реалізації суїцидальних дій на ранніх стадіях формування суїцидогенезу. Для цього необхідні знання

соціальних і психологічних принципів формування суїцидальних намірів та вміння використовувати їх в інтересах суїцидента.

Превенція на початковому етапі за відсутності аутоагресивних проявів

полягає у профілактичній, просвітницькій роботі, спрямованій на руйнування соціальних міфів і помилкових суджень про самогубство, якими мотивовано чимало суїцидів. Виявлення перших ознак аутоагресивних прагнень вказує на необхідність превентивного психокорекційного втручання. До ознак належать суїцидальні сигнали або суїцидальні комунікації – характерні прояви суїцидальних намірів людини у міжособистісному спілкуванні. Вони є сигналами про наявність аутоагресивних тенденцій і можливість вчинення суїцидальних дій. Найчастіше проявляються такі **суїцидальні комунікації**:

1. За формою – вербальна, зокрема письмова.
2. За характером – пряма (відкрита) або непряма, побічна (замаскована).
3. За змістом – прояв афектів (почуття провини або осуду), спроба пояснити свій вчинок, доручення близьким чи прохання до людей.
4. За об'єктом – особа або група.
5. За метою – крик про допомогу (благання про порятунок), вираження агресії (звинувачення інших, самозвинувачення).

Суїцидальний ризик підвищується, якщо кризовому стану й актуальному суїцидогенному конфлікту передували спроби самогубства, а також за наявності в анамнезі невротичних, особистісних розладів або депресивних станів, проявів безпорадності, безнадійності та соціальної ізоляції.

Під час **суїцидальної інтервенції**, наданні невідкладної суїцидологічної допомоги до уваги беруться різноманітні аспекти аутоагресивних проявів, що є запорукою ефективності профілактичної роботи. До таких аспектів та особливостей належать:

1. Право на смерть. Суїцидент – насамперед особистість, здатна відважитись на самогубство і вчинити суїцидальні дії. Для нього саморуйнування є не етичною проблемою, а результатом нестерпного емоційного стресу.

2. Внутрішня логіка суїцидальної поведінки. Прийняття рішення про самогубство навіть у найгостріший пресуїцидальний період, якому властиві імпульсивні суїцидальні дії, завжди відбувається за внутрішньою

логікою суїцидогенезу, має причинно-наслідковий розвиток. Ефективність суїцидальної інтервенції базується на розумінні соціальним педагогом, практичним психологом і усвідомленні суїцидентом логіки розвитку суїцидальної поведінки як варіанту дезадаптивного реагування в екстремальних умовах.

3. Оцінка ступеня ризику самогубства. Насамперед необхідно з'ясувати серйозність суїцидальних намірів. Від швидкоплинних, неоформлених думок про таку можливість до реалізації плану суїциду за актуального суїцидогенного конфлікту може минути дуже мало часу. Чим більш продуманий, підготовлений метод самогубства, тим вищий потенційний ризик летального фіналу.

4. Оцінка наявності і вираження психопатологічних розладів.

Розпочинаючи роботу з суїцидентом, важливо з'ясувати наявність і ступінь вираження психічних, насамперед афективних порушень (почуття безнадійності, безпорадності), особистісних розладів (ступеня дезорганізації поведінки), алкогольної, наркотичної залежності.

5. Емпатійний контакт. Особливо страждають суїциденти від сильного почуття відчуження, тому потребують уважного вислуховування, співчуття.

Суїциденту потрібне обговорення його болю і фрустрації. Але він може не прийняти прямих порад (ситуативних вказівок) психолога (соціального педагога), оскільки у кризовому втручанні доречніша не раціональна оцінка неадекватності поведінки суїцидента, а підтримка.

Соціальний педагог, практичний психолог мають під час суїцидальної інтервенції відстежувати невербальну інформацію, оскільки за збереження актуальності суїцидогенного конфлікту суїцидент може повторювати імпульсивні вчинки. Хоча основні симптоми самогубства часто завуальовані, вони все ж можуть і повинні бути розпізнані.

6. Відверта розмова про бажання самогубства. Найкращим способом втрутитися в кризу є відверта розмова про наявні суїцидальні прагнення і ступінь їх вираження. Коли людина, обмірковуючи свій суїцидальний намір, знаходить того, хто їй співчуває і згоден поговорити про її переживання, вона часто відчуває полегшення. Таке спілкування допомагає особі зрозуміти свої почуття, відреагувати (виразити) їх і досягти катарсису, тобто якісно зменшити актуальність суїцидальних намірів. Людину, яка переживає відчай, необхідно переконати, що вона може розповідати про почуття не соромлячись, навіть якщо йдеться про ненависть, гіркоту чи бажання помститись. Необхідно при цьому

враховувати, що суїцидент часто боїться осуду, нерозуміння і нехтування іншими людьми.

Відверте обговорення проблеми самогубства часто виводить на конструктивне розв'язання суїцидогенного конфлікту. Якщо кризова ситуація та емоції яскраво виражені, розв'язанню конфлікту може посприяти інформація про те, як людина вирішувала подібні проблеми у минулому.

Підліткам необхідно допомогти ідентифікувати проблему і якомога точніше визначити чинники, які ускладнюють її. Принципово важливо переконати, що смисл життя не зникає, навіть якщо воно завдає душевного болю, кризові проблеми минулі, а рішення про самогубство не є незворотним.

7. Орієнтація на майбутнє. Допомогти підлітку відчутти й усвідомити життєву перспективу.

Емоційні проблеми, що призводять до самогубства, рідко бувають вирішені повністю. Тому не слід обіцяти підлітку цілковиту конфіденційність. У процесі роботи доцільно зосередитись насамперед на невербальній інформації, почуттях, уявленнях, раціональному описі проблем.

Це зумовлено тим, що суїциденти не можуть самостійно адекватно взаємодіяти з реальністю і формувати конструктивну поведінку. Орієнтація на майбутнє, надія на конструктивне розв'язання суїцидогенного конфлікту допомагають дитині позбутися думок про самогубство. Підліток скоює суїцид, втративши надію на вихід із ситуації. Всаляючи надію на майбутнє, слід пам'ятати, що вона повинна бути зумовлена реальністю.

Велике значення у профілактиці суїцидальної поведінки має **злагоджена робота як спеціалістів психологічної служби, так і вчителів.** Роль вчителя – надати допомогу в своєчасному виявленні дітей, схильних до суїцидальної поведінки та первинній профілактиці суїцидальної поведінки.

Допомога педагога у своєчасному виявленні таких дітей полягає в тому, що часто спілкуючись із дитиною, він може побачити ознаки проблемного стану: напругу, агресивність, апатію, аутоагресивну поведінку тощо. Педагог може звернути увагу шкільного лікаря, практичного психолога, соціального педагога, батьків, адміністрації школи на ту чи іншу дитину.

При проявах суїцидальної поведінки старшому підлітку варто запропонувати бесіду, в якій можна вказати на його стан і порадити звернутися до практичного психолога, психотерапевта чи до інших спеціалістів. Доцільним може бути і спільне звернення (педагога та учня) до відповідного спеціаліста, бо підліток самостійно може не звернутися до фахівця.

Зазначена посередницька роль педагога має позитивний вплив, оскільки це вже є актом уваги та участі, який дуже важливий для підлітка у стані стресу, аутоагресивної поведінки тощо. До того ж, підлітки не мають досвіду глибокого самоаналізу та погано уявляють, що з ними відбувається, куди звернутися за допомогою. При цьому сама бесіда може містити *елементи усвідомлення*: що є його страждання, як воно протікає, з ким

трапляється, які дії здійснюють люди у схожих ситуаціях, хто допомагає, у чому проявляється психологічна допомога тощо.

Одним з основних завдань практичного психолога є профілактика суїцидальної поведінки, яка може здійснюватися в таких формах роботи:

- зняття психологічної напруги в психотравмуючій ситуації;
- зменшення емоційної залежності;
- формування компенсаторних механізмів поведінки;
- формування адекватного ставлення до життя та смерті.

Таким чином, можна виділити наступні стратегії роботи соціального педагога, практичного психолога під час суїцидальної інтервенції та наданні суїцидологічної допомоги: визначення логіки суїцидальної поведінки;

з'ясування оцінки ступеня ризику самогубства; оцінки наявності і вираження психопатологічних розладів; налагодження емпатійного контакту;

проведення відкритої бесіди про бажання самогубства; допомога суїциденту в усвідомленні життєвої перспективи тощо.

Профілактична робота з попередження суїцидальної поведінки серед неповнолітніх включає:

1. Виявлення підлітків, які мають складнощі у навчанні, поведінці, ознаки емоційних розладів:

- бесіди з класними керівниками, вчителями-предметниками;
- спостереження у класі;
- тестування, соціометричне дослідження, аналіз анкет;

- бесіди та консультації для батьків.

2. Визначення причин складнощів, проблем дитини, що можливе через:

- індивідуальне обстеження дітей під час бесіди, тестування, інтерв'ю;

- функціональний аналіз проблем дитини, виявлення головних причин, які

зумовлюють її труднощі;

- визначення типу групи суїцидального ризику та рівня небезпеки.

3. Можливості подолання труднощів:

- переадресування до спеціалістів – дитячого психоневролога, психотерапевта, у соціальні служби для дітей, сім'ї та молоді;

- індивідуальна чи групова психолого-педагогічна корекція;

- робота психолога та соціального педагога з сім'єю: рекомендації щодо перебудови сімейних стосунків, зміни стилю виховання тощо;

- рекомендації вчителям про вибір індивідуального педагогічного стилю спілкування з конкретною дитиною;

- тимчасовий перехід на індивідуальну форму навчання;

- зміна дитячого колективу;

- переведення до іншого вчителя;

- заохочення до позашкільної діяльності, створення ситуацій успіху;

- допомога сім'ї від вихователів, фахівців з охорони дитинства тощо.

4. Психологічна просвіта:

- вчителів. Педагогічних працівників знайомлять із поняттям самогубства, які існують зовнішні ознаки суїцидента. Класичне уявлення, що дитина з суїцидальною поведінкою – це дитина з сумними очима, не завжди відповідає дійсності. Суїцидентом може бути і той, хто вживає алкогольні

речовини, палить. Важливим є ознайомлення педагогів з міфами, які існують навколо самогубств, ознаками суїцидальних намірів. Особливу увагу слід приділити формуванню психологічної готовності вчителя до профілактичної роботи з даного напрямку, оскільки більшість педагогів відчуває незручність, говорячи про суїцид, що проявляється в запереченні чи уникненні цієї теми.

Окремим напрямком у роботі з вчителями має бути ознайомлення їх з конструктивними способами взаємодії з учнями. Адже окремі явища шкільного життя можуть спровокувати підлітковий суїцид. Це такі, як часті порушення професійної етики, такту, несприятливий

моральнопсихологічний клімат в школі, прояви неповаги до людської гідності учня, насильство в усіх його формах (семінари «Емоційні розлади у дітей», «Фактори, що впливають на суїцидальну поведінку підлітка», «Як підняти соціальний статус учня в групі», «Цінність особистості у психології, педагогіці та суспільстві»; педагогічні майстерні «Вибір адекватних методів

Педагогічної дії, «Що робити, якщо ми все перепробували?», «Як допомогти вашій дитині?», «Дитина із неблагополучної сім'ї», «Конфлікти між вчителями і підлітками» тощо). Для вчителів можуть проводитися психологопедагогічні семінари з такою тематикою, як: «Особливості суїцидальної поведінки неповнолітніх», «Причини суїцидів підлітків», «Технології профілактики суїцидальних тенденцій та запобігання повторній суїцидальній спробі» «Емоційні розлади у дітей», «Фактори, які впливають на суїцидальну поведінку в дитячому та підлітковому віці», «Як допомогти при загрозі суїциду» тощо.

Слід проводити **психолого-педагогічні консилиуми чи спеціальні педради**, присвячені профілактиці самогубства; під час підготовки до педрадпроводиться вивчення психологічного клімату в учнівських колективах, розподіл ролей, виявлення учнів, які мають статус лідерів чи відторгнутих.

Також організовуються **бесіди та консультації** з педагогами за результатами тестувань, спостережень; формуються рекомендації з вибору адекватних методів педагогічного впливу на окремих учнів і на клас загалом та розробляються заходи з надання допомоги дітям з сімей, які опинилися в складній життєвій ситуації;

- **батьків**. Навіть тоді, коли причина самогубства, на перший погляд, полягає в шкільному конфлікті, вирішальна роль належить сім'ї, а точніше тому стану, в якому знаходяться батьки, і ті стосунки, які виникають всередині сім'ї. Ось чому просвіта має поширюватися і на батьків. Це наuczіння батьків надавати допомогу дитині в гострій психотравмуючій ситуації, регуляції емоційних станів тощо (психологічний клас «У сім'ї – підліток», «Емоційні порушення у дітей», «Депресивні стани у підлітків», «Алкоголізм і наркоманія у підлітковому віці», «Психологія особистісних і міжособистісних конфліктів»; групи зустрічей для батьків проблемних учнів тощо).

Соціальному педагогу, практичному психологу при проведенні профілактичної роботи необхідно також працювати з сім'єю підлітків.

Стратегічними напрямками батьківської допомоги дітям із суїцидальним ризиком є покращення взаємостосунків у сім'ї, підвищення самооцінки, самоповаги дитини, а також заходи з покращення міжособистісного спілкування у сім'ї. Усі ці заходи мають призвести до підвищення самоцінності особистості дитини.

Необхідно виступати **на батьківських зборах**, батьківських університетах, де в узагальненому вигляді повідомляти дані, отримані в результаті психолого-педагогічного дослідження, пропонувати рекомендації для поліпшення емоційного клімату в родині, розглядати шляхи профілактики та корекції дитячих емоційних розладів, профілактики самогубства тощо; на індивідуальні консультації запрошуються батьки дітей з групи суїцидального ризику тощо;

- **учнів**. Проводиться цикл бесід про цінність особистості і сенс життя;

диспут для учнів старших груп; уроки з психології “Я - це Я”, “Я маю право відчувати і виражати свої почуття”; “Невпевненість у собі”, “Конструктивне вирішення конфліктів”, “Підліток і дорослий”; “Спілкування з дорослими”, “Спілкування з однолітками”, “Спілкування з однолітками протилежної статі”, “Підліткові субкультури”, “Основні проблеми підліткового віку”, “Як реагувати у стресових ситуаціях” тощо. Створюються групи психологічної корекції, тренінгові групи для дітей, схильних до емоційних розладів; проводяться групові консультації з учнями тощо.

При проведенні просвітницької роботи з вчителями, класними керівниками, вихователями, необхідно звертати увагу на наступні **фактори ризику появи суїцидальної поведінки у неповнолітніх**:

- висока конфліктність у спілкуванні; прагнення до домінування або орієнтації на залежність;
- ізоляція підлітка у класі чи групі;
- несприятливе сімейне оточення;
- спадковий фактор;
- неадекватна самооцінка;
- переживання конфлікту, психотравмуючої ситуації;
- різка зміна у поведінці; імпульсивність, неадекватність реакцій;
- асоціальний спосіб життя;
- егоцентризм;
- вербальна і фізична агресія;
- неблагополучне сімейне оточення, рання дорослість;

- алкоголізм і наркоманія, асоціальний спосіб життя
- втрата членів сім'ї, погані стосунки з близькими.

Деякі з цих ознак мають “подвійне” значення, тобто можуть свідчити не тільки про суїцидальну загрозу, а і про інші особистісні проблеми, кризи у житті юної людини. Але практичному психологу, педагогу, соціальному педагогу не слід забувати про можливі суїцидальні тенденції при появі цих ознак. Для уточнення висновку про наявність суїцидальної загрози доцільно використовувати спеціальні психодіагностичні засоби - карти, опитувальники, тести.

Форми профілактики підліткової суїцидальності у школі:

- дотримання педагогічної етики;
- засвоєння знань з вікової патопсихології;
- виявлення підлітків, схильних до суїцидальної поведінки;
- патронаж сімей, у яких проживають діти “групи ризику”, використання

прийомів сімейної психотерапії, надання консультативної допомоги батькам;

- нерозголошення фактів суїцидальних випадків у шкільному середовищі;
- привернення уваги батьків до умов зберігання лікарських препаратів;
- формування в учнів таких понять, як “цінність людського життя”, “мета та смисл життя”, а також індивідуальних прийомів психологічного захисту у складних життєвих обставинах.

Таким чином, основним завданням первинної профілактики є поширення інформації щодо ознак та чинників підліткового самогубства.

Це необхідно у роботі з педагогічними працівниками та батьками, які можуть надати допомогу практичному психологу чи соціальному педагогу при виявленні підлітків з суїцидальним ризиком. Профілактична робота з попередження суїциду передбачає створення у навчальному закладі інформаційного куточку з методичною літературою, адресою і телефонами довіри, даних про режими роботи кризових центрів, спеціалізованих відділень лікарень.

Профілактика самогубства у навчальному закладі буде ефективною за умов:

- коли у педагогічному процесі навчального закладу буде організована

психолого-педагогічна робота, спрямована на надання допомоги підліткам в усвідомленні ними життя як головної цінності та на активізацію самопізнання учнів через психологічну просвіту;

- взаємодія структур системи превенції буде спрямована на позитивну зміну зовнішнього середовища підлітків, що сприятиме внутрішнім змінам

особистості (самостабілізація), а також їм буде надаватися системна соціально-психологічна підтримка;

- буде організована робота, спрямована на збагачення спеціальної компетентності педагогів, батьків та спеціалістів соціально-психологічної служби.

І на завершення. Багато з тих, хто вдається до самогубства, зовсім не хочуть помирати. Вони лише втратили здатність спілкуватися зі світом звичним способом. Для них надто велика доза пігулок чи перерізані вени – спосіб повідомити всім про глибину свого відчаю, спосіб отримання уваги, любові.

ЛЕКЦІЯ №8

ПСИХОДІАГНОСТИКА АУТОАГРЕСИВНОЇ (СУЇЦИДАЛЬНОЇ) ПОВЕДІНКИ

1. Карта визначення ризику суїцидальності (В.М.Прийменко)

Мета: визначення ризику скоєння суїциду.

Форма проведення: індивідуальна.

Обладнання: бланк карти ризику суїцидальності.

Час проведення: 30 хвилин.

Вік: з 18 років.

Карта ризику суїцидальності використовується для виявлення ризику скоєння суїциду і ступеня такого ризику для осіб, які опинилися у важкій життєвій ситуації.

Карта має 31 фактор ризику суїциду, наявність кожного з яких потрібно виявити у досліджуваного. Її заповнює психолог, який достатньо знайомий з особистістю клієнта, на основі вільної бесіди з ним. При заповненні карти не слід спиратися на суб'єктивні оцінки клієнта, а тільки на враження, які психолог отримав під час вивчення, анамнезу.

Дані анамнезу.

1. Вік першої суїцидальної спроби - до 18 років.
2. Раніше була скоєна суїцидальна спроба.
3. Суїцидальні спроби у родичів.
4. Розлучення або смерть одного з батьків (до 18 років).
5. Нестача чуйності в сім'ї у дитинстві або в юності.
6. Повна або часткова бездоглядність у дитинстві.
7. Початок статевого життя у 16 років і раніше.
8. Надання великого значення в системі цінностей любовним стосункам.
9. Недостатнє значення виробничої сфери в системі цінностей.
10. Наявність в анамнезі розлучення з батьками.

Актуальна конфліктна ситуація.

11. Ситуація невизначеності, очікування.
12. Конфлікту любовних або подружніх стосунках.
13. Тривалі конфлікти.
14. Подібний конфлікт був раніше.
15. Конфлікт, обтяжений неприємностями в інших сферах життя.
16. Суб'єктивне почуття неподоланності конфліктної ситуації.
17. Почуття образи, жалю до себе.
18. Відчуття втоми, безсилля.
19. Суїцидальні висловлювання, погрози щодо скоєння суїциду.

Характеристики особистості.

20. Емоційна лабільність.
21. Імпульсивність.
22. Емоційна залежність, необхідність надто близьких емоційних контактів.
23. Довірливість.
24. Емоційна в'язкість.
25. Хворобливе самолюбство.
26. Самостійність, незалежність у прийнятті рішень.
27. Напруженість потреб (висока інтенсивність потреби, сильно виражене бажання досягти мети).
28. Наполегливість.
29. Рішучість.
30. Безкомпромісність.
31. Низька здатність до утворення компенсаторних механізмів.

На основі вивчення анамнезу психолог оцінює всі параметри ризику суїциду в балах відповідно до таблиці 1.

Таблиця 1.

Значення чинника ризику суїцидальності залежно від його наявності вираження

Характеристика наявності чинника	Номери чинників		
	8; 9; 11-31	5-7	1-4; 10
Відсутній	-0,5	-0,5	-0,5
Слабко виражений	+0,5	+1,0	+1,5
Наявний	+1,0	+2,0	+3,0
Не виявлений	0	0	0

Інтерпретація.

Після вивчення всіх параметрів кожному з них психолог приписує «умовну вагу», яка зазначена в таблиці 1.

Так, більшість параметрів (8; 9; 11-31) при їх наявності у досліджуваної людини оцінюють балом «1». Деякі найбільш значущі чинники анамнезу оцінюються балами «2» (5-7) і «3» (1-4; 10). У випадку виявлення будь-якої властивості їй приписують «вагу», яка дорівнює половині від «1», «2», «3». При відсутності будь-якого з 31 параметру він оцінюється балом «-0,5». Невиявленими за різними причинами можуть бути 2-3 чинники, їх «вага» дорівнює «0». Нулем оцінюють також характеристики 7 і К) у осіб, які не досягли середнього віку початку

статевого життя (19 років) і вступу в шлюб (21 рік).

Після цього підраховують алгебраїчну суму «ваги» всіх чинників і визначають рівень ризику суїцидальності. Якщо отриманий показник менший, ніж 8, то ризик суїциду незначний. В разі знаходження показника в межах від 8 до 15 - є ризик здійснення суїцидальної спроби. У випадку перевищення суми «ваги» більше 15, ризик суїцидальності досліджуваної особи високий, а за наявності в анамнезі спроби самогубства ризик її повторення значний.

Для правильного визначення ризику суїциду необхідно дотримуватися точно всіх указаних умов проведення діагностики.

4.3.3. Тест на виявлення суїцидальних намірів (Н. Шявровська, О. Гончаренко, І. Мельникова)

***Мета:** виявлення суїцидальних намірів підлітків.*

***Форма проведення:** індивідуальна або групова.*

***Обладнання:** бланк для відповідей, перелік висловлювань.*

***Час проведення:** 40-45 хвилин.*

***Вік:** з 10 до 17 років.*

Інструкція для психолога.

Для того, щоб не акцентувати увагу дитини на тесті, що дає змогу більш об'єктивно оцінити суїцидальні наміри, їй пропонується гра або «тест на визначення інтелекту». Підліткам пропонується розмістити у відповідні стовпчики заздалегідь підготовленої таблиці (таблиця 3) сприймані на слух вирази. При цьому на обміркування теми та змісту слід відводити 5-7 секунд. Якщо дитина не може віднести почуте до якої-небудь теми, то пропускає її.

Інструкція досліджуваному.

«Зараз ми будемо виконувати тест, призначений для визначення рівня інтелекту. Вам зараз будуть зачитані вислови, які необхідно поставити у відповідні стовпчики таблиці за темою, відмічаючи їх знаком «+». Довго не міркуйте. Якщо не можете віднести вислів до якоїсь теми, то пропускайте його».

Перелік висловлювань.

1. Вигодував змію на свою шию.
2. Зібрався жити та взяв і помер.
3. Від долі не втекти.
4. Всякому чоловікові своя жінка миліша.
5. Запалала душа до винного ковша.

6. Тут би помер, а там би встав.
7. Лихо не кличуть, воно само приходить.
8. Коли у чоловіка з дружиною лад, то не потрібен і скарб.
9. Хто п'є, той і горщики б'є.
10. Двох смертей не буває, а одна не минає.
11. Сидять разом, а дивляться у річні боки.
12. Ввечері був молодець, а вранці мертваець.
13. Вино розуму не товариш.
14. Доброю дружиною і ЧОЛОВІК чесний
15. Кого життя ласкає, той і горя не знає.
16. Хто не народився, той і не помре,
17. Дружина не лапоть - з ноги не скинеш.
18. У світі жити - зі світом бути!
19. Чай не горілка, багато не вип'єш.
20. У згуртованому стаді і вовк не страшний.
21. В тісноті, та не в образі.
22. Гора з горою не зідеться, а людина з людиною зіткнуться.
23. Життя надоїло, а до смерті не звикнути.
24. Ранка мала, так хвороба велика.
25. Не жаль вина, так жаль розуму.
26. Вволю наїсися, але вволю не наживешся.
27. Життя прожити - що море переплисти: набарахтаєшся і до дна.
28. Всякий народився, так не всякий в люди згодився.
29. Інших не засуджуй, а на себе подивися.
30. Добре тому жити, кому нема про що судити
31. Живе - не живе, а проживати - проживає.
32. Все пропало, як весняний лід.
33. Без копійки руб щербатий.
34. Без осанки і коняка корова.
35. Не місце красить людину, а людина - місце.
36. Хвороба людину не красить.
37. Злетів орел, а прилетів голубом.
38. Добре тому щиголяти, у кого гроші дзвенять.
39. В уборі і пень гарний.
40. Дохід не живе без клопіт.
41. Найшла коса на камінь.
42. Нелади і сварки гірші за пожежу.
43. Заплати гроша і посади в рож - ось буде добрий.
44. Хто солону купує, а хто і сіно продає.
45. Сивина бобра не псує.
46. Скаженому дитяті ножа в руки не давати.
47. Не роки старять, а життя.
48. В боргах, як у реп'яхах.

49. Сварися, а на мир слово залишай.
50. Зелений сивому не указ.
51. А нам що біс, що батько
52. Моя хата с краю, я нічого не знаю.
53. Лежачого не б'ють.
54. Що в лоб, що по лобу - все одно.
55. Всі люди як люди, а ти як дуля на тарілці.
56. Навчання - світ, а ненавчання - темрява.
57. І ведмідь з запасу лапу смокче.
58. Жирний кіт, коли м'ясо не їсть.
59. Стара шуба не гріє.
60. Порада спати не дає.
61. Вали з хворої голови на здорову.
62. Малий і глупий - за що і б'ють.
63. Не в бороді честь - борода і у козла є.
64. Одне золото не стариться.
65. Наш постріл скрізь поспів.
66. Муху б'ють за настирність,
67. Набрид гірше гіркої редьки.
68. Живе на широку ногу.
69. Легка ноша на чужому плечі.
70. Не в свої сані не сідай.
71. Чужий одяг - не надія.
72. Високо літаєш, так низько сідаєш.
73. Двом господарям не прислуговуй.
74. М'яко стеле, але твердо спати.
75. За одного битого двох небитих дають.
76. За погані діла злетить і голова.
77. Говорити вміє, але не може.
78. Хто до грошей охочий, той не спить усі ночі.
79. Якби не дірка в роті, тоді б у золоті ходив.
80. Красивий у строю, сильний в бою.
81. Гори все синім полум'ям.
82. На пташиних правах високо не злетиш.
83. Якщо весь час міркувати, тоді на що існувати.
84. Барани вміють жити: у них сама погана вівця в караул ходить.
85. Взявся за гуж, не кажи, що не дуж.

Таблиця 3.

Бланк для відповіді

1. Алкоголь, наркотики	2. Нешаслива любов	3. Протиправні дії	4. Гроші і проблеми з ними	5. Добровільний відхід із життя	6. Сімейний безлад	7. Утрата сенсу життя	8. Почуття неповноцінності, потворності	9. Шкільні проблеми, проблеми вибору життєвого шляху	10. Стосунки з оточуючими
Поставте «+» у графу з темою почутого висловлювання									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Інтерпретація.

Після заповнення бланка підрахуйте кількість балів у кожному стовпчику - дістаньте відповідь у інтерпретаційних таблицях (таблиці 4-6).

Аналізуючи результати тестування, доцільно пам'ятати, що наявність суїцидального ризику визначає результат, отриманий у колонці «Добровільний відхід із життя», а результати інших показників подають інформацію про чинник, що сприяє формуванню суїцидальних намірів.

Якщо результат стовпчика «Добровільний відхід із життя» менший від представлених в інтерпретаційних таблицях показників, то це означає, що ризик суїцидальної поведінки невисокий, але при цьому можна говорити про інші чинники, представлені в інших колонках, як про стресогенні проблеми, що впливають на стан психологічного комфорту підлітка.

Таблиця 4.

	Потрібна особлива увага		Потрібне формування антисуїцидальних чинників	
	Хлопчики (5-7 клас)	Дівчатка (5-7 клас)	Хлопчики (5-7 клас)	Дівчатка (5-7 клас)
Алкоголь, наркотики	13-15	10-11	Понад 15	Понад 11
Нешаслива любов	10-12	9-11	Понад 12	Понад 11
Протиправні дії	13-15	12-14	Понад 15	Понад 14
Гроші і проблеми з ними	16-17	15-17	Понад 17	Понад 17
Добровільний відхід із життя	10-11	10-11	Понад 11	Понад 11
Сімейний безлад	12-14	13-14	Понад 14	Понад 14
Утрата сенсу життя	12-13	12-13	Понад 13	Понад 13
Почуття неповноцінності, потворності	12-14	13-14	Понад 14	Понад 14
Шкільні проблеми, проблеми вибору життєвого шляху	11-13	12-14	Понад 13	Понад 14
Стосунки з оточуючими	15-18	16-19	Понад 18	Понад 19

Таблиця 5.

	Потрібна особлива увага		Потрібне формування антисуїцидальних чинників	
	Хлопчики (8-9 клас)	Дівчатка (8-9 клас)	Хлопчики (8-9 клас)	Дівчатка (8-9 клас)
Алкоголь, наркотики	11-12	11-12	Понад 12	Понад 12
Нещаслива любов	11-13	11-12	Понад 13	Понад 12
Протиправні дії	13-15	13-14	Понад 15	Понад 14
Гроші і проблеми з ними	16-18	16-17	Понад 18	Понад 17
Добровільний відхід із життя	10-12	9-11	Понад 12	Понад 11
Сімейний безлад	11-13	11-12	Понад 13	Понад 12
Утрата сенсу життя	11-12	11-13	Понад 12	Понад 13
Почуття неповноцінності, потворності	12-13	11-13	Понад 13	Понад 13
Шкільні проблеми, проблеми вибору життєвого шляху	10-12	11-12	Понад 12	Понад 12
Стосунки з оточуючими	14-16	15-16	Понад 16	Понад 16

Таблиця 6.

	Потрібна особлива увага		Потрібне формування антисуїцидальних чинників	
	Хлопчики (10-11 клас)	Дівчатка (10-11 клас)	Хлопчики (10-11 клас)	Дівчатка (10-11 клас)
Алкоголь, наркотики	10-11	9	Понад 11	Понад 9
Нещаслива любов	8-10	8-10	Понад 10	Понад 10
Протиправні дії	13-15	13-15	Понад 15	Понад 15
Гроші і проблеми з ними	18-20	18-20	Понад 20	Понад 20
Добровільний відхід із життя	7-8	7-8	Понад 8	Понад 8
Сімейний безлад	11-13	12-13	Понад 13	Понад 13
Утрата сенсу життя	11-12	11-13	Понад 12	Понад 13
Почуття неповноцінності, потворності	11-13	12-13	Понад 13	Понад 13
Шкільні проблеми, проблеми вибору життєвого шляху	11-12	11-13	Понад 12	Понад 13
Стосунки з оточуючими	19-23	22-25	Понад 23	Понад 25

4.3.4. Методика вивчення схильності до суїцидальної поведінки (М.В. Горська)

Мета: виявлення схильності індивіда до суїцидальної поведінки.

Форма проведення: індивідуальна чи групова.

Час проведення: 30-45 хвилин.

Вік: з 14 років.

Інструкція досліджуваному.

«Зараз будуть зачитані твердження, проти кожного з них ви ставте оцінку за таким принципом: якщо твердження вам підходить, ставте оцінку 2, якщо не зовсім підходить - ставте оцінку 1, якщо зовсім не підходить - ставте 0».

Бланк опитувальника.

1. Я часто невпевнений у своїх силах.
1. Нерідко мені здається безвихідним становище, з якого можна було б знайти вихід.
2. Я часто залишаю за собою останнє слово.
3. Мені важко змінювати свої звички.
4. Я часто червонію через дрібниці.
5. Неприємності мене часто засмучують, і я падаю духом.
6. Нерідко в розмові я перебиваю співрозмовника.
7. Мені важко переключитися з однієї справи на Іншу.
8. Я часто прокидаюся вночі.
9. При великих неприємностях я беру провину)' на себе.
10. Мене легко роздратувати.
11. Я дуже обережний по відношенню до змін у моєму житті.
12. Я легко впадаю у відчай.
13. Нещастя і невдачі нічому мене не вчать.
14. Мені доводиться часто робити зауваження іншим.
15. У суперечці мене важко переконати.
16. Мене хвилюють навіть уявні неприємності.
17. Я часто відмовляюся від боротьби тому, що вважаю її марною.
18. Я хочу бути авторитетом для оточення.
19. Нерідко у мене не виходять із голови думки, яких слід було б позбутися.
20. Мене лякають труднощі, з якими я буду зустрічатися вжитті.
21. Нерідко я почуваю себе беззахисним.
22. У будь-якій справі я не задовольняюся малим, а хочу досягти максимального успіху.
23. Я легко зближуюся з людьми.
24. Я часто звертаю увагу на свої недоліки.
25. Іноді у мене буває пригнічений настрій.
26. Мені важко стримувати себе, коли я гніваюсь.
27. Я сильно хвилююсь, якщо в моєму житті несподівано щось змінюється.
28. Мене легко переконати.
29. Я відчуваю розгубленість, коли у мене виникають труднощі.
30. Мені більше подобається керувати, а не підкорятися.
31. Нерідко я виявляю упертість.
32. Мене хвилює стан мого здоров'я.
33. У важку хвилину я іноді поводжу себе як дитина.
34. У мене різка жестикуляція.
35. Я неохоче Іду на ризик.
36. Я важко переносю час очікування.
37. Я думаю, що ніколи не зможу виправити свої недоліки.
38. Я мстивий.

39. Мене засмучують навіть незначні порушення моїх планів.

Обробка результатів.

I. Шкала тривожності: 1,5,9, 13, 17,21,25,29,33,37.

II. Шкала фрустрації: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38.

III. Шкала агресії: 3, 7, 11,15,19,23,37,31,35,39.

IV. Шкала ригідності: 4, 8, 12,16, 20, 24, 28, 32, 26, 40.

Інтерпретація.

Для кожної групи можлива кількість балів від 0 до 20, де «0» визначається як не виявлений прояв цієї характеристики.

I. Шкала тривожності - виявляє рівень здатності індивіда до відчуття тривоги.

0-7 балів - низький рівень тривожності,

8-11 балів - середній рівень тривожності;

12-16 балів - високий рівень тривожності;

17 балів і більше - дуже високий рівень тривожності

II. Шкала фрустрації - виявляє показник психічного стану, який виникає через реальні або уявні перешкоди, що заважають досягненню мети.

0-7 балів - низький рівень фрустрації;

8-9 балів - середній рівень фрустрації;

10-15 балів - високий рівень фрустрації;

16 балів і більше - дуже високий рівень фрустрації.

III. Шкала агресії- виявляє підвищену психологічну активність, прагнення до лідерства через застосування сили по відношенню до інших людей. Для суїцидентів допускається зниження агресивності від 10 до 0.

0-10 балів - низький рівень агресивності;

11-12 балів - середній рівень агресивності;

13-16 балів - високий рівень агресивності;

17 і більше - дуже високий рівень агресивності.

IV. Шкала ригідності-утруднення в зміні визначеної суб'єктом діяльності в умовах, які об'єктивно потребують її перебудови. Для осіб із суїцидальною поведінкою -13 балів і вище.

0-10 балів - низький рівень ригідності;

11-12 балів - середній рівень ригідності;

13-16 балів - високий рівень ригідності;

17 балів і більше - дуже високий рівень агресивності.

Психолог складає всі бали за 4-ма шкалами. Після чого отримує показник схильності до суїцидальної поведінки.

0-3 8 балів - рівень схильності до суїцидальної поведінки низький;

39-45 балів - рівень схильності до суїцидальної поведінки знаходяться в нормі;

46 балів і більше - рівень схильності до суїцидальної поведінки високий, потрібна корекційна робота.

СУЧАСНІ НАУКОВІ УЯВЛЕННЯ ПРО ОЦІНКУ СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ

Психодіагностика в психологічній практиці вирішення проблеми попередження суїцидальної поведінки та надання допомоги в реальних умовах, спрямована на розв'язання декількох завдань:

1. Профілактика суїцидального ризику.
2. Виявлення причин суїцидальної поведінки.
3. Перевірка ефективності корекційної діяльності.

В реабілітаційній роботі мова не може йти окремо про діагностику та окремо про корекцію. Вони існують як єдиний вид роботи: діагностично-корекційний. Детально розглянутий у багатьох працях, цей принцип є підґрунтям для всієї корекційної роботи, бо її ефективність на 90% залежить від комплексності, ретельності та глибинності попередньої діагностичної роботи.

Принцип єдності діагностики та корекції визначає їх взаємозв'язок, тим самим відображає цілісність процесу надання психологічної допомоги людям із суїцидальним ризиком, намірами або здійсненою спробою суїциду. Це основний принцип.

З одного боку, завдання соціально-психологічної діагностики суїцидальної поведінки – відповісти на конкретне питання, виявити причину. З іншого боку, психодіагностика – не самоціль, вона підпорядкована головній меті – розробленню рекомендацій щодо профілактики суїцидальної поведінки або її корекції.

Результати психодіагностики з метою профілактики, слугують підґрунтям для подальшої корекційної роботи, а вторинна діагностика є основою для висновку про ефективність корекційної роботи.

Психологічна корекція, у даному випадку, є системою психологічних впливів, спрямованих на зміну, перебудову й усунення в людини суїцидальних намірів.

У корекційній роботі діагностика здійснюється з метою запобігання первинних суїцидальних спроб та реадaptaції по відношенню до вже скоєних суїцидальних спроб.

Таким чином, ефективність корекційної роботи залежить від теоретичного обґрунтування комплексу діагностичного інструментарія та ретельної попередньої діагностики. На підставі діагностики визначаються цілі, завдання корекційної роботи та прогнозується ступінь її ефективності.

Для вирішення будь-якого завдання необхідно мати доступний, надійний інструментарій діагностики та можливість його вибору.

Сьогодні робота з виявлення суїцидального ризику ведеться за відсутності вибору стандартизованого діагностичного інструментарія.

Психологічна діагностика суїцидальної поведінки в соціальнопсихологічній роботі здійснюється за двома напрямками:

профілактики та адаптації-реабілітації. Мета діагностики в профілактиці – раннє попередження суїцидальної поведінки. Мета діагностики в процесі адаптації та реабілітації – відстеження ефективності корекційного впливу в сімейних стосунках, у зниженні кризової напруги, в розв'язанні деструктивних особистісних проблем, у пошуку та визначенні антисуїцидальних факторів (цим напрямком військові психологи практично не займаються). Слід мати на увазі, що “прихований шлях” самогубців багато в чому залишається таємницею навіть для найближчого оточення, й “точку відліку” відстежити досить складно. Якщо ставитися до пресуїцидального періоду як до інтрапсихічного процесу, то варіанти його перебігу можуть відрізнятися рівнем доступності спостереження цих проявів для оточуючих.

Психодіагностична діяльність фахівців реалізується у вигляді вирішення психодіагностичних завдань і включає гностичний, семіотичний, деонтологічний і технічний компоненти:

- 1) розпізнавання психологічної сутності суїцидальної поведінки (вектор діагностичного пошуку);
- 2) репрезентація наявних психологічних знань стосовно вирішення реальних професійних завдань;
- 3) регулювання та рефлексування діагностичних дій у контексті професійного функціонування;
- 4) вибір засобів і технологій реалізації діагностичної діяльності на шляху до кінцевого результату – технічний компонент.

Самогубство є відносно стійким соціальним явищем. Його попередження не можливе без знання причин, ознак-індикаторів, мотивів і умов.

Діагностика суїцидальної поведінки об'єктивно складна.

Діагностика включає виділення (розпізнавання) індивідуально-психологічних особливостей, оцінку й вимір цих характеристик, соціальну діагностику в отриманні достовірних знань про об'єкт і ситуацію.

Розпізнавання – це відповідь на питання: чи мають місце суїцидальні наміри й ризику?

Оцінка – це визначення ступеня вираженості намірів і ризиків суїцидальної поведінки. Кожна оцінка включає в себе:

- перевірку факторів ризику, які мають відношення до суїциду;
- історію проявів суїцидальної поведінки;
- біологічні, психосоціальні, психічні, ситуативні умови, стан здоров'я;
- ступінь прояву поточних суїцидальних симптомів, включаючи рівень відчуття безнадійності;
- раптові сильні чинники стресу;
- рівень імпульсивності та самоконтролю;
- захисні фактори (антисуїцидальні фактори).

Психологічний висновок відображає одночасно і процес, і результат психодіагностичної діяльності, спрямованої на виявлення, розпізнавання та оцінку ознак суїцидальної поведінки.

Психологічний діагноз – це висновок про стан і властивості обстежуваного на підставі комплексного аналізу окремих показників і характеристик.

За Р.В. Овчаровою, **психологічний діагноз повинен:**

1. Розкривати специфічні особливості суїцидальної поведінки, які мають бути впорядковані відповідно до їх питомої ваги у психосоматичному стані обстежуваного.

2. Не обмежуватися констатацією поточного стану, включати причинно-наслідкові зв'язки виникнення симптомів і прогноз.

3. Мати прогностичність.

4. Бути представленим за допомогою пояснюючих понять, які базуються на описовому матеріалі, що характеризує суїцидальну поведінку.

5. Встановлюватися шляхом виявлення як специфічних показників суїцидальної поведінки, так і особливостей особистісної сфери.

Розпізнавання ознак суїцидальної поведінки відноситься до розділу діагностики психічних станів, бо включає емоційні стани (емоційні індикатори) і стани свідомості.

Для діагностики суїцидального переживання необхідно встановити в певний проміжок часу будь-яку пару протилежних елементів ставлення до життя та смерті. Активність емоційного стану та стану свідомості суїцидента пов'язана з напруженістю його домінуючих компонентів. Домінування обумовлено взаємодією з важкими ситуаціями (ситуаційні індикатори) та їх віддзеркаленням (адекватне, неадекватне). Почуття й повнота свідомості звужені, відбувається пасивне зосередження на себе, відчуття безвиході та безглуздості існування.

Відкритими для оцінювання суїцидальної поведінки є *зовнішні симптоми-ознаки*, які відносять до **поведінкових індикаторів**.

І.Г. Малкіна-Пих у суїцидальній поведінці виділила чотири групи індикаторів (особливості ситуації, що склалася, настрою, когнітивної діяльності та висловлювань). Будь-які індикатори (ситуаційні, комунікативні, поведінкові, когнітивні, диспозиційні, мотиваційні, емоційні), в певних умовах можуть стати мотивами.

Напрямок та комплекс методик діагностичного обстеження будуть залежати від того, які мотиви лежать у основі суїцидальної поведінки.

Ці *мотиви* виявляються в процесі психодіагностичної бесіди, психологічного анкетування, методу самозвіту (відомості, що повідомляються про себе, самоопис особливостей особистості в конкретних важких життєвих ситуаціях).

Ознаки суїцидальної поведінки, з урахуванням їх зв'язків, складаються в показники, а сукупність показників становить психодіагностичний висновок – психологічний діагноз.

Усі особистісні особливості суїцидента створюють певний стиль поведінки в подоланні труднощів, який характеризується наполегливим прагненням у досягненні поставленої мети, спробами подолання складної ситуації незалежно від об'єктивних обставин, невмінням і небажанням відступити або знайти компромісне рішення.

На даний час *не існує універсальної психодіагностичної методики* для визначення суїцидального ризику.

Результат розгорнутої, всебічної діагностики фіксується в інтегральній оцінці суїцидального ризику (ймовірності суїцидальних дій), як основної прогностичної категорії, і визначає тактику корекційної роботи та подальші превентивні заходи.

Важливо відзначити, що діагностика суїцидальної поведінки включає в себе *аналіз* не тільки власне суїцидальних проявів (думок, переживань, тенденцій, вчинків та ін.) в їх статичності та динаміці, а й усю сукупність

особистісних, навколишніх, клінічних факторів, що беруть участь у генезі суїциду. Для здійснення ефективної суїцидальної превенції дуже важливо виявити індивідуальну вразливість на ранній стадії, щоб здійснити спроби попередження її загострення. Це не завжди психологічно очевидно, що, відповідно, вимагає спеціальних інструментальних методів оцінки суїцидального ризику.

В рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) приблизну шкалу оцінки **суїцидального ризику** складають **чотири рівні** (ризик відсутній, незначний, помірний, високий).

В основі профілактичного прогнозу рівнів суїцидального ризику лежить інтегральна оцінка, яка складається із суїцидогенних і антисуїцидальних факторів. Антисуїцидальні чинники є особистісним ресурсом у процесі адаптації та реабілітації як в індивідуальній, так і в груповій корекційній роботі фахівців.

Існуючі інструменти скринінгової діагностики спрямовані на виявлення осіб, які належать до групи підвищеного ризику суїциду, побудовані таким чином, що схильні переоцінювати ймовірність суїцидальної поведінки індивіда в майбутньому.

Крім того, скринінгові шкали часто розробляються на основі наукових досліджень, суб'єктами яких є особи, які вчинили спроби самогубства (парасуїцид) або відзначаються суїцидальним мисленням. При цьому профіль факторів ризику в таких осіб може значно відрізнятись від профілю в індивідів, які померли внаслідок суїциду, а кількість проспективних когортних (популяційних) досліджень у цій сфері надзвичайно мала.

Серед **переваг скринінгових шкал** для оцінки ризику суїциду виділяють:

- швидкість, простота та ефективність у використанні;
- можливість отримати доступ до інформації, яку важко отримати шляхом спостереження за поведінкою пацієнта та в процесі інтерв'ю, адже часто буває так, що індивіду легше викласти справжні переживання на папері або комп'ютері, аніж розповісти реальній людині;
- можливість проводити кількісний вимір показників щодо умовної "норми" та моніторити стан пацієнта в динаміці, порівнюючи результати обстеження в різні проміжки часу;
- окремі пункти опитувальників, які свідчать про психологічне неблагополуччя, можуть бути предметом прицільної оцінки та дискусії в процесі психотерапевтичної бесіди з пацієнтом (клієнтом).

На сьогоднішній день ніхто не почув переконливих даних на рахунок того, що питання про суїцидальні думки або плани самі по собі провокують суїцидальну поведінку опитуваного.

До недоліків скринінгових шкал відносять:

- у дослідника має місце спокуса приймати відповіді обстежуваного без їх критичного осмислення;

- можливість того, що терапевт або клієнт буде сприймати діагностичний інструмент як заміну побудови повноцінних терапевтичних відносин;

- ймовірність того, що стан пацієнта та відповідний ризик суїциду буде сприйматися лікарем (або психологом) як щось статичне та незмінне, в той час, як надзвичайно важливо оцінювати зміни в динаміці.

ЛЕКЦІЯ №9

ПІДГОТОВКА ДО НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Вимоги до фахівця, який працює з суїцидентами

Фахівець (психолог, психотерапевт, лікар психіатр) у процесі виконання своїх професійних обов'язків – надання допомоги людині, яка зробила суїцидальну спробу (або її родичам), піддається впливу психотравмуючих факторів. При їх тривалому чи поєднаному впливі може розвинути синдром професійного вигорання, або професійна діяльність не буде ефективною. Обидва варіанти є неприйнятними, оскільки ціна помилки тут – людські життя.

Практика показує, що далеко не кожен може працювати в антикризовій службі. До цього фахівця пред'являється низка специфічних вимог, що обумовлюють його професійну успішність. Нижче наведено основні з них:

1. Соматичне та психічне здоров'я.
2. Наявність вищої психологічної чи медичної освіти та проходження циклів спеціалізації.
3. Сформована система цінностей, де життя і здоров'я людини займають одне з провідних місць.
4. Розвинена здатність до самоконтролю та довільного регулювання своєї поведінки.
5. Висока стійкість до психоемоційних навантажень.
6. Внутрішня культура та такт.
7. Серйозне та поважне ставлення до психічного болю пацієнта.

Конкретні методи психологічної профілактики та корекції суїцидальних тенденцій в учнівській молоді

Бажане попереджувальне поводження батьків та оточуючих із схильними до суїциду дітьми та підлітками

Стратегічними напрямками батьківської допомоги дітям із суїцидальним ризиком спеціалісти вважають покращення взаємостосунків у сім'ї, підвищення самооцінки, самоповаги дитини, а також заходи з покращення міжособистісного спілкування у сім'ї. Всі ці заходи мають призвести до піднесення самоцінності особистості дитини, її життя до такої міри, коли суїцидальні дії втрачають будь-який сенс.

Для підвищення самооцінки доцільно користуватися наступними заходами:

- завжди підкреслюйте все добре й успішне, що властиве вашій дитині. Це підвищує впевненість у собі, зміцнює віру у майбутнє, покращує її стан;

- не чинить тиск на підлітка, не висувайте надмірних вимог у навчанні,

житті тощо;

- демонструйте дитині справжню любов до неї, а не тільки слова, щоб вона відчула, що її дійсно люблять;

- приймайте, любіть своїх дітей такими, якими вони є - не за гарну поведінку та успіхи, а тому, що вони ваші діти, ваша кров, ваші гени, майже ви самі;

- підтримуйте самостійні прагнення своєї дитини, не захоплюйтесь її оцінюванням, не судіть її, знайте, що шлях до підвищення самооцінки проходить через самостійність і власну успішну діяльність дитини;

- слід тактовно і розумно підтримувати усі починання своєї дитини, які ведуть до підвищення самооцінки, особистісного зростання, фізичного розвитку, успішності власної діяльності і життєдіяльності: майте на увазі, що підліток рано чи пізно має стати незалежним від своєї сім'ї й однолітків, налагодити стосунки із протилежною статтю, підготувати себе до самостійного життя і праці, виробити власну життєву позицію.

У випадку, коли ваші діти виявляють суїцидальні тенденції або відчай, слід поводитися наступним чином.

1. Залишайтеся самими собою, щоб дитина сприймали вас як щирю, чесну людину, якій **можна довіряти**.

2. Дитина має відчувати себе **на рівних** з вами, як і другом, що дозволить встановити з донькою або сином довірливі, чесні стосунки, кінець кінцем - довірити вам усю правду, те, що на умі у дитини.

3. Важливо не те, що ви говорите, а як ви це говорите, чи (у вашому голосі **щире переживання**, турбота про дитину).

4. **Майте справу з людиною, а не з «проблемою»**, говоріть з дитиною на рівних, не припускайтеся діяти як вчитель або експерт, чи розв'язувати кризу прямолінійно, що може відштовхнути дитину.

5. Зосередьте свою увагу на **почуттях** дитини, на тому, ідо замовчується нею, дозвольте їй вилити вам душу.

6. Не думайте, що вам слід говорити кожного разу, коли виникає пауза у розмові з дитиною, використовуйте час **мовчання** для того, щоб краще подумати і вам, і дитині.

7. **Виявляйте щирю участь і інтерес** до дитини, не вдавайтесь до допиту з пристрастю, задавайте прості, щирі запитання («Що трапилось?», «Що відбулося?»), які будуть для дитини менше загрозливими, аніж складні, «розслідувальні» запитання.

Якщо маєте справу з дорослими. Якщо ви ставите такі опосередковані питання, як: «Я сподіваюся, що ти не замишляєш самогубства?», то в них мається на увазі відповідь, яку вам хотілося б почути. Якщо співрозмовник відповідає: «Ні», то вам, швидше за все, не вдасться допомогти в вирішення суїцидальної кризи.

Найкращий спосіб втрутитися в кризу, це дбайливо поставити пряме питання: «Ти думаєш про самогубство?». Він не приведе до подібної думки, якщо в людини її не було. Навпаки, коли він думає про самогубство і, нарешті, знаходить когось, кому не байдужі його переживання і хто згоден обговорити цю заборонену тему, він часто відчуває полегшення і йому дається можливість зрозуміти свої почуття та досягти катарсису. Слід спокійно запитати про тривожну ситуацію, наприклад: «З якого часу ви вважаєте своє життя таким безнадійним?», «Як ви думаєте, чому у вас з'явилися ці почуття?», «Чи є у вас конкретні міркування про те, яким чином накласти на себе руки?», «Якщо ви раніше міркували про самогубство, що вас зупиняло? Щоб допомогти суїцидентові розібратися у своїх думках, можна іноді перефразувати, повторити найістотніші його відповіді: «Іншими словами, ви кажете...».

Ваша згода вислухати і обговорити те, чим хочуть поділитися з вами, буде великим полегшенням для зневіреної людини, яка відчуває страх, що ви його засудите, і готовий до того, щоб піти.

*** Не пропонуйте невинуватих втішань.** Одним із важливих механізмами психологічного захисту є раціоналізація. Після того, що ви почули від когось про суїцидальну загрозу, у вас може виникнути бажання сказати: «Ні, ви так насправді не думаєте». Для цих висновків часто немає жодних підстав, за винятком вашої особистої тривоги.

Причина, через яку суїцидент присвячує вас у свої думки, полягає в бажанні викликати стурбованість його ситуацією. Якщо ви не виявите зацікавленість і чуйність, то депресивний хворий може вважати судження типу: «Ви насправді так не думаєте» – як вияв заперечення та недовіри. Якщо вести з ним розмову з любов'ю і турботою, це значно знизить загрозу самогубства. Інакше його можна довести до суїциду банальними втіхами саме тоді, коли він відчайдушно потребує щирої, турботливої та відвертої участі у його долі.

Суїцидальні особи негативно ставляться до зауважень типу:

"Нічого, нічого, у всіх є такі ж проблеми, як у тебе" - і іншим аналогічним кліше, оскільки вони різко контрастують з їх станом. Ці висновки лише мінімізують, принижують почуття потенційних суїцидентів та змушують відчувати себе ще більш непотрібними та самотніми.

8. Спрямуйте розмову **у бік душевного болю**, а не від нього, адже ваш син або донька саме вам, а не чужим людям може повідомити про

інтимні, особистісні, хворобливі речі.

9. Намагайтеся **побачити кризову ситуацію очами своєї дитини**, приймайте її бік, а не бік інших людей, котрі можуть спричинити їй біль, або котрим вона може зробити боляче.

10. Надайте сину або доньці можливість **знайти свої власні відповіді**, навіть тоді, якщо ви вважаєте, що знаєте вихід із кризової ситуації.

11. Ваша роль полягає в тому, щоб надати **дружню підтримку**, вислухати, бути зі своєю дитиною, що страждає, навіть якщо вирішення проблеми начебто не існує. Дитина у стані горя, в ситуації безвихіддя може примусити вас відчувати себе безпорадними і глупими, але вам, на щастя, найчастіше і не слід виробляти будь-які певні рішення, негайно змінити життя, або навіть рятувати її - ваш син або донька врятуються самі і врятують своє життя, слід тільки довіряти їм.

12. І останнє - якщо ви не знаєте, що говорити, не говоріть нічого, але **будьте поруч!**

У випадку, якщо існує реальний суїцидальний ризик, або вже відбулася спроба, то батькам можна порадити наступне:

- першим кроком у запобіганні самогубства завжди буває встановлення довірливого спілкування;

- батькам слід подолати ситуацію, коли необхідність бесіди з дитиною про її суїцидальну спробу загострює їх власні психологічні конфлікти, або виявляє існуючі проблеми. Слід і в цій ситуації віддавати перевагу бажанню поговорити з сином або донькою і водночас - долати страх перед цією бесідою, щоб обов'язково відбулося спілкування й обговорення проблеми;

- діти у стані суїцидальної кризи стають надто чутливими, особливо до того, як говориться те, що говориться дорослими; тому не можна виливати на дитину несвідому чи свідому агресію; іноді корисною стає невербальна комунікація - жести, доторкання тощо;

- якщо батьки відчувають, що дитина начебто відвертає їх допомогу, їм слід пам'ятати, що вона водночас і бажає, і не хоче її; тому для досягнення позитивного результату у діалозі необхідні м'якість і наполегливість, терпіння і максимальний прояв співчуття і любові тощо; слід використовувати всі ті заходи, які наведені на початку цього розділу.

Рекомендації педагогічним працівникам щодо надання превентивної допомоги учневі при потенційному суїциді

Педагогічним працівникам можна рекомендувати у випадку виникнення ознак суїцидальної поведінки в учнів здійснювати наступні види допомоги:

- підбирайте ключі до розгадки суїциду;

- приймайте суїцидента як особистість;
- налагодьте турботливі стосунки;
- не сперечайтесь;
- запитуйте;
- не пропонуйте невиправданих утіх;
- пропонуйте конструктивні підходи; вселяйте надію;
- оцініть міру ризику самогубства;
- не залишайте людину одну у випадку високого суїцидального ризику;
- зверніться за допомогою до спеціалістів;
- важливо якомога довше зберігати турботу і підтримку учня;
- використовуйте засоби піднесення цінності особистості дитини, її життя.

Ці заходи стануть ефективнішими, якщо учні довіряють керівникові навчального закладу, класному керівнику, куратору групи, викладачу, знають, що він ніколи не зраджував дитину і не зрадить її у кризовій ситуації. Особливо це стосується практичного психолога - йому слід чітко дотримуватися «Етичного кодексу психолога», адже саме це забезпечить йому довіру з боку учнів у критичний для них час.

Професійні науково-методичні заходи і підходи у профілактичній та корекційній роботі психологів із суїцидентами

У здійсненні професійної психопрофілактичної роботи із суїцидентами існує декілька підходів - залежно від змісту, послідовності дій, напрямку консультування і психотерапії.

І. Так, за змістом профілактики і корекції суїцидальної поведінки виділяють:

а) спеціалізовані психіатричні терапевтичні (медикаментозні й немедикаментозні) заходи із запобігання формування суїцидальної поведінки та лікування психічних розладів, що сприяють її виникненню;

б) психологічні корекційні заходи для зміни особистісних установок на аутоагресивну активність, на підвищення рівня психологічної захищеності, на формування антисуїцидальних бар'єрів;

в) соціальні заходи, спрямовані на зміну соціального статусу, соціально-економічних умов життя потенційних суїцидентів;

г) інформаційно-навчальні заходи з поширення знань про особливості виникнення і перебігу суїцидальної поведінки, про способи самопомоги при виникненні аутоагресивних проявів, про роботу соціальних служб, про спеціалізовані навчальні програми для спеціалістів у галузі суїцидології, психології суїциду тощо.

II. Відповідно до послідовності здійснення дій з профілактики суїцидальної поведінки вирізняють:

- первинну профілактику, тобто заходи, що мають на меті запобігти спробам скоєння суїциду; до неї також відносять інформаційно-навчальні заходи з питань суїцидології для всього населення;

- вторинну профілактику, яка полягає в роботі з суб'єктами, які здійснювали спробу самогубства, щоб уникнути рецидивів в них суїцидальної поведінки;

- третинну профілактику - з надання допомоги близькому оточенню осіб, які скоїли суїцидальну спробу, щоб уникнути рецидивів суїцидальної поведінки в такому оточенні,

III. Метою невідкладної суїцидальної допомоги є корекція негативних емоцій, зменшення афективного компоненту і посилення самоусвідомлення. При оцінці стану суїцидента і проведенні психоконсультативної, психокорекційної, психотерапевтичної роботи слід враховувати особливості ситуаційної реакції і позицію особистості в суїцидальному конфлікті.

IV. Складовими терапевтичного етапу профілактики суїцидів є кризова підтримка і кризове втручання (інтервенція).

Кризова підтримка передбачає:

а) зняття негативних адаптивних переживань, відреагування почуттів;

б) прояснення конфліктної ситуації і досягнення розуміння проблеми;

в) структурування ситуації, що має допомогти людині побачити цілісну картину проблеми і шляхи її виникнення;

г) активізацію антисуїцидальних установок, допомогу особі у визначенні важливих зв'язків з близьким оточенням, їх значущості у житті, актуальних сенсів розвитку особистості. При цьому необхідна також робота із сім'єю з метою зміцнення чи відновлення міжособистісних зв'язків, з формування почуття поваги до людини, сприйняття її як рівної, визначення її права на власний світогляд, свої ціннісні орієнтації.

Кризове втручання або інтервенція включає:

а) зняття гостроти психотравми;

б) вербалізацію, висловлювання емоційних переживань суїцидента;

в) пошук шляхів конструктивного подолання психотравмуючої ситуації, спираючись на попередній життєвий досвід людини;

г) усвідомлення тієї проблеми, яка знаходиться в основі суїцидального наміру, і спроба знайти більш конструктивний спосіб реалізації цієї потреби;

д) формування в особистості мотивації для особистої психотерапевтичної роботи.

На цьому етапі важлива роль належить вмінню психотерапевта

встановлювати емоційний контакт з людиною, розуміти її проблему, яку слід співчутливо проаналізувати в соціальному й особистісному контексті, маючи на увазі можливу образу, відчай, самотність, брак перспективи, нереалізовані плани тощо. Корисними можуть бути еріксонівські методи психотерапії, приміром, розповіді терапевтичних історій, які сприяють подоланню опору суїцидента.

V. При виборі напряму психокорекційної та психотерапевтичної роботи із суїцидентами слід враховувати професійну кваліфікацію консультантів, ступінь володіння ними тими чи іншими видами психотерапії. Розглянемо ці напрями психотерапевтичної роботи із суїцидентами:

1. Кризова психотерапія полягає передусім у перетворенні кризової ситуації, у виявленні та корекції неадекватних установок суїцидента, у пошуку та тренінгу невикористаних ним способів розв'язання суїцидального конфлікту. Здійснюється в індивідуальній, сімейній, груповій формах.

2. Когнітивна психотерапія спрямована на виявлення й усунення невідповідності об'єктивної реальності та основних ситуаційних установок суїцидента, його сприймання дійсності в умовах суїцидального конфлікту. Цей метод особливо ефективний під час корекції почуття безнадійності, пошуків когнітивних, смислових засад запобігання повторних суїцидальних спроб.

3. Аксіологічна корекція, що базується на вченні про цінності і спрямовує суїцидента на перегляд своїх особистісних цінностей. При цьому слід намагатися не тільки прагнути до домінування в системі цінностей клієнта духовних цінностей, а і підносити цінність самої особистості, людини, її життя різними засобами, передусім - раціональної психотерапії. Може бути корисною і християнська психотерапія. Далі наводиться авторська **психотерапія суїцидента піднесенням цінності його особистості**.

4. Раціональна психотерапія передбачає логічний аналіз стану суїцидента, розв'язання причин психологічної дезадаптації, встановлення зв'язку психологічного розладу із соматичною симптоматикою. Цей вид психотерапії підвищує обізнаність особистості клієнта про свій стан, знижує напруження, тривогу, що супроводжують суїцидологічну кризу. І при цьому слід прагнути не лише зміцнити ставлення суїцидента до чинників психотравмуючої ситуації, а й вплинути на його ціннісно-смислову сферу, в центрі якої має бути цінність самої особистості, людини, її життя, що є неперервним процесом, за цілісність якого кожна людина несе відповідальність перед людством.

5. Гештальттерапія, яка спрямована на корекцію процесів сприйняття, опрацювання та актуалізації інформації і базується на ключових положеннях про:

- відношення фігури і фону; -їх протилежність і єдність;
- усвідомлення та зосередження на теперішньому;
- функцію захисту;
- зрілість і відповідальність.

При роботі за цією психотерапією суїцидент спонукається залишитись у ситуації «тут і тепер», уникати звертання до минулого досвіду, не вибудовувати планів на майбутнє, що нормалізує саморегуляцію особистості, забезпечує покращення її соціальної адаптації.

6. Психодрама використовується як психотерапевтичний груповий процес, у якому здійснюється драматична імпровізація для вивчення внутрішнього світу особистості суїцидента, для виводу назовні його внутрішніх переживань, зміна внутрішнього образу психотравмуючої ситуації, ракурсу її бачення, розуміння мотивів поведінки інших тощо.

7. Сімейна психотерапія дозволяє здійснювати корекцію порушених стосунків у найближчому оточенні суїцидента, що важливо для профілактики повторного суїциду. При використанні сімейної психотерапії виявляється соціально-психологічна зумовленість суїцидальної поведінки, надається допомога клієнту в усвідомленні причин його вчинку, особливостей сприйняття стосунків у родині, його уявлень про найближчих людей, навколишню дійсність, у баченні в новому ракурсі альтернативних можливостей адаптації.

8. Аутогенне тренування має на меті розвивати уміння саморегуляції особистості суїцидента, розширювати резерви її адаптації. Через це прискорюється вихід суїцидента із кризового стану, корегуються афективні розлади, формуються навички мотиваційно-сислової та емоційної саморегуляції у стресових ситуаціях, створюється позитивний емоційний фон, відреаговуються агресивні почуття.

Наведені напрями психотерапії можуть бути доповнені іншими, доцільність їх використання визначається психологом залежно від чинників, перебігу, глибини суїцидальної поведінки і психотравми потерпілої молоді людини. Багато чого залежить від фахової підготовки і кваліфікації психотерапевта, його досвіду розв'язання суїцидальних проблем клієнта.

Психолого-педагогічна система профілактики і корекції суїцидальної поведінки учнівської молоді

У сучасній практичній психології накопичено чималий досвід систематичної роботи із профілактики суїциду у навчальних закладах. Наведемо лише один з них, який торкається роботи у загальноосвітній школі, але може бути використаний і у професійно-технічних та вищих навчальних закладах. Дана система роботи з профілактики суїциду

складається із семи компонентів:

- а) психологічна просвіта;
- б) створення позитивного психологічного клімату у навчальному закладі і сім'ї;
- в) психологічна та педагогічна діагностика суїцидальних тенденцій;
- г) психологічне консультування учнів;
- д) психолого-педагогічна корекція суїцидальних тенденцій;
- є) систематичний контроль і врахування динаміки змін в особистості та поведінці учнів;
- є) переадресування у разі необхідності суїцидальної справи спеціалістам медичного профілю (див. рис. 1).

Даний досвід запропонований шкільним психологом спеціалізованої загальноосвітньої школи № 4 м. Кривий Ріг Сіяяхіною В.І. і заслуговує на увагу.

А. Психологічна просвіта з питань профілактики суїциду передбачає створення у навчальному закладі інформаційного куточка з методичною літературою, адресою і телефонами довіри, даних про режими роботи кризових центрів, центрів практичної психології і соціальної роботи з молоддю, спеціалізованих відділень лікарень.

Передбачається проведення відповідної роботи на семінарах, в майстернях, класах, групах:

а) з педагогами - на семінарах «Емоційні розлади у дітей», «Фактори, що впливають на суїцидальну поведінку підлітка», «Як підняти соціальний статус учня в групі», «Цінність особистості у психології педагогіці та суспільстві»; в педагогічній майстерні «Вибір адекватних методів педагогічної дії», «Що робити, якщо ми все перепробували?», «Як допомогти нашій дитині?», «Дитина із неблагополучної сім'ї», «Конфлікти між вчителями і підлітками» тощо;

б) з батьками - психологічний клас «У сім'ї - підліток», «Емоційні порушення у дітей», «Депресивні стани у підлітків», «Алкоголізм і наркоманія у підлітковому віці», «Психологія особистісних і міжособистісних конфліктів»; групи зустрічей для батьків проблемних учнів;

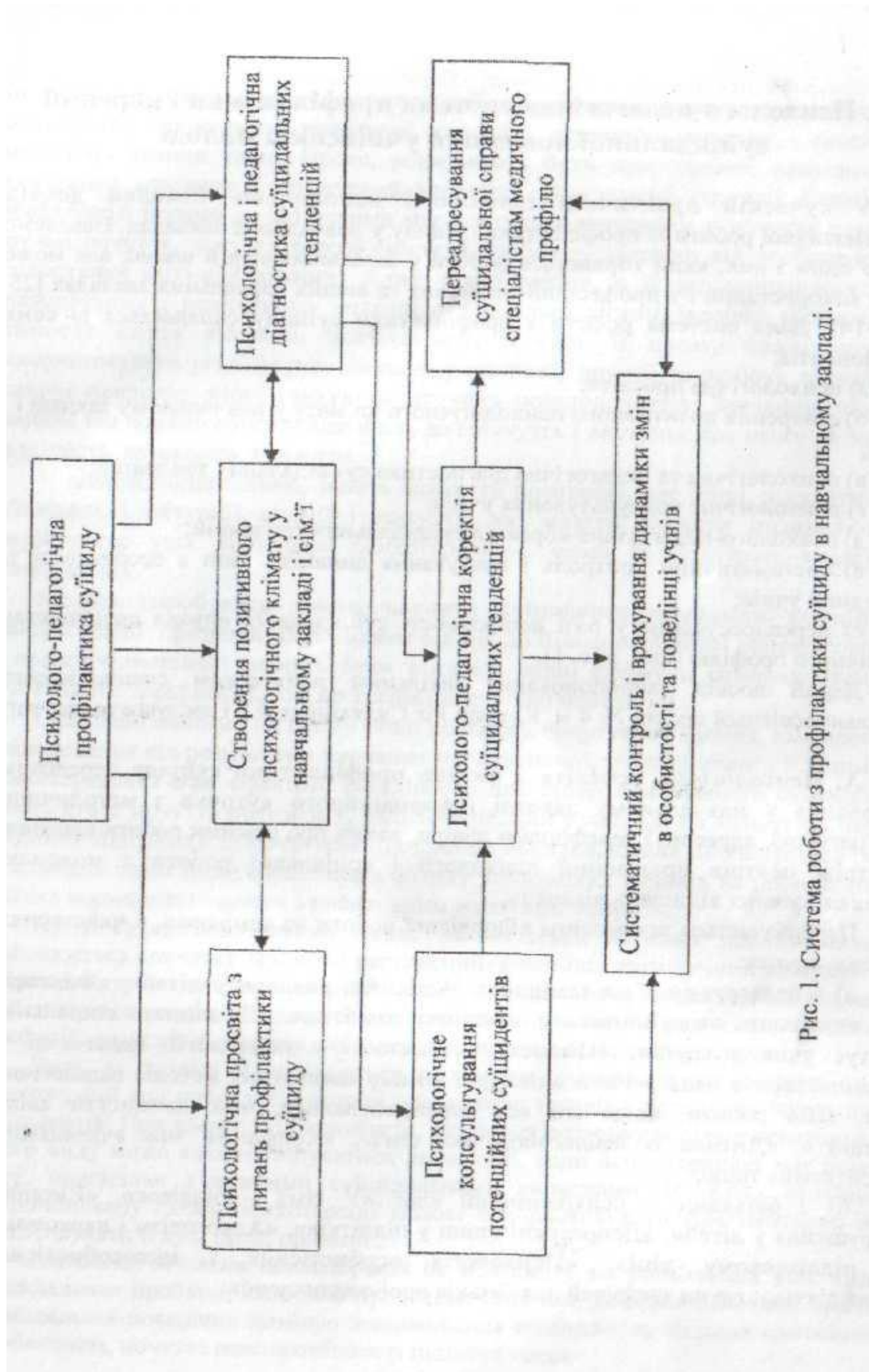


Рис. 1. Система роботи з профілактики суїциду в навчальному закладі.

в) з учнями - цикл бесід про цінність особистості і сенс життя (1-3 роки навчання); диспут для учнів старших груп; уроки з психології-для учнів 1 року навчання «Я - це Я», «Я маю право відчувати і виражати свої почуття»; для учнів 2 року навчання - «Невпевненість у собі», «Конфлікти», «Підліток і дорослий»; для учнів 3 року навчання - «Спілкування з дорослими», «Спілкування з однолітками», «Спілкування з однолітками протилежної статі», «Підліткові ініціації», «Основні проблеми підліткового віку», «Стрес» тощо.

Б. Створення позитивного психологічного клімату у навчальному закладі та сім'ї, що передбачає виконання усіх планових заходів з культурної, громадської, виховної роботи, які сприяють формуванню позитивних громадянських, естетичних почуттів, духовності учнів і педагогів. Психолог бере участь у цих заходах, підтримуючи директора і педагогічний колектив.

В. Психологічна і педагогічна діагностика суїцидальних тенденцій полягає у виконанні психологами наступних дій:

1. Привертання уваги педагогів в процесі спостереження на фактори ризику суїцидальності учнів:

- а) спадковість;
- б) вербальна і фізична агресія;
- в) висока конфліктність спілкування; прагнення до домінування або орієнтації на залежність;
- г) ізоляція або неприйняття однолітками;
- д) різкі зміни у поведінці, імпульсивність, неадекватність реакцій;
- є) низький або високий IQ;
- є) неадекватна самооцінка;
- ж) неблагополуччя сімейне оточення, рання дорослість;
- з) психотравмуючі події (смерть близької людини, міжособистісний конфлікт, неблаговидний вчинок, погані стосунки у сім'ї та ін.);
- і) алкоголізм і наркоманія, асоціальний спосіб життя.

2. Виявлення ознак емоційних порушень:

- а) втрата апетиту або імпульсивне ненажерство, безсоння або підвищення сонливості впродовж останніх декількох днів;
- б) часті скарги на соматичні хвороби;
- в) незвичне неохайне ставлення до свого зовнішнього вигляду;
- г) постійне почуття самотності, непотрібності, провини або суму;
- д) відчуття нудьги під час перебування у звичайному ОТОЧЕННІ або виконання роботи, котра раніше приносила задоволення;
- є) ухід від контактів, ізоляція від друзів і сім'ї, перетворення у людину-одинака;
- є) порушення уваги зі зниженням якості роботи;
- ж) занурення у роздуми про смерть;

- з) відсутність планів на майбутнє;
- і) раптові напади гніву, навіть через дрібниці.

3. Використання спеціальних психодіагностичних методів, таких як:

- а) методика з визначення здатності учня до адаптації у кризові періоди розвитку;
- б) соціометрія і референтометрія;
- в) малюнкові тести («ДДЛ», «Моя сім'я»);
- г) методика «Шкільна тривожність» Філіпса;
- д) тест «Відношення до життя» (Т. Шрайдер);
- є) «Вербальний і фрустраційний тест» (Л. Собчик);
- є) методика визначення рівня нервово-психічної стійкості, ризику дезадаптації в стресі;
- ж) об'єктивна методика визначення типу темпераменту за Б.И. Цукановим;
- з) модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру у підлітків (О.Є. Лічко - С.І. Подмазін) і карта виявлення ризику суїцидальності (В.М. Прийменко);
- и) тест на визначення суїцидального ризику СР-45;
- і) тест на виявлення суїцидальних намірів (Н.Шавровська, О.Гончаренко, І.Мельникова);
- ї) методика вивчення схильності до суїцидальної поведінки (М.В. Горська);
- й) методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності (Д. Рассел і М. Фергюсон);
- к) шкала депресії (адаптація Г. Балашова);
- л) методика діагностики соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс і Р. Раймонд).

При нагоді можуть використовуватися й інші методики, що орієнтовані на виявлення ознак ризику суїцидної поведінки.

Г, Д. Психологічне консультування та психолого-педагогічна корекція суїцидальних тенденцій: робота психолога в цьому напрямку має носити компетентний характер і передбачати наступні заходи:

1. Консультативна робота з батьками, педагогами і учнями, спрямована на зняття провокуючих факторів.
2. Підвищення або розвиток позитивної самооцінки цінності особистості, її соціального статусу в групі, тренінги особистісного зростання.
3. Профілактика порушень психічного здоров'я.
4. Навчання конструктивним поведінковим реакціям у проблемних ситуаціях.
5. Навчання технікам керування емоціями, зняття м'язового й

емоційного напруження.

Е. Систематичний контроль і врахування динаміки змін в особистості та поведінці учнів. Цей компонент системи полягає у неперервному масовому моніторингу ознак, тенденцій, ризиків суїцидальної поведінки учнів на всіх етапах роботи психолога, в тому числі і тих, що здійснюються за іншими розділами планових заходів психологічної служби навчального закладу.

Є. Переадресування у разі необхідності суїцидальної справи спеціалістам медичного профілю. На всіх етапах роботи можуть бути визначені ознаки психічних захворювань, що викликають суїцидальну поведінку. Тому психолог має бути готовий проконсультуватися з психіатром і передати йому справу.

**Модифікований опитувальник для ідентифікації
типів акцентуацій характеру у підлітків
(О.Є. Лічко – СЛ. Подмазін)**

Інструкція.

Кожний з вас хоче знати особливості свого характеру, принаймні, його найбільш яскраві риси. Знання характеру дозволяє управляти собою, краще взаємодіяти з людьми, орієнтуватися по певне коло професій. Адже характер -це основа особистості.

Опитувальник допоможе вам визначити тип вашого характеру, його особливості.

Вам запропоновані аркуші запитань і відповідей. Прочитавши в аркуші запитань кожне твердження, вирішіть, чи типове, характерне воно для вас, чи навпаки. Якщо так, тоді підкресліть номер цього запитання в аркуші відповідей, а якщо ні, то просто пропустіть цей помер.

Чим точнішими і щирішими будуть ваші відповіді, тим повніше ви дізнаєтеся про свій характер.

Після того, як аркуш відповідей буде заповнений, підрахуйте суму набраних вами балів по кожному горизонтальному рядку (один підкреслений номер - це один бал). Проставте ці суми наприкінці кожного рядка в аркуші відповідей.

Аркуш запитань.

1. У дитинстві я був веселим і невгамовним.
2. У молодших класах я любив школу, але потім вона стала для мене обтяжливою.
3. У дитинстві я був таким самим, як і зараз: мене легко було засмутити, але і легко заспокоїти, розвеселити.
4. У мене часто буває погане самопочуття.
5. У дитинстві я був уразливим і дошкульним.
6. Я часто побоююся, що з моєю мамою щось може трапитися.
7. Мій настрій поліпшується, коли мене залишають самого.

8. У дитинстві я був примхливим і дратівливим.
9. У дитинстві я любив розмовляти і гратися з дорослими.
10. Вважаю, що найважливіше - незважаючи ні на що, якнайкраще провести сьогоднішній день.
11. Я завжди дотримуюсь своїх обіцянок, навіть якщо це мені не вигідно.
12. Як правило, у мене гарний настрій.
13. Тижні гарного самопочуття змінюються в мене тижнями, коли і само почуття, і настрої у мене погані.
14. Я легко переходжу з радості до смутку і навпаки.
15. Я часто відчуваю млявість, нездужання.
16. До спиртного я відчуваю відразу.
17. Уникаю вживати спиртне через погане самопочуття і головний біль.
18. Мої батьки не розуміють мене й іноді здаються мені чужими.
19. Я ставлюся насторожено до незнайомих людей і мимоволі побоююся зла з їхньої сторони.
20. Я не бачу в себе великих хиб.
21. Від нотацій мені хочеться утекти подалі, але якщо не вдається, мовчки слухаю, думаючи про інше.
22. Всі мої навички гарні і бажані
23. Мій настрій не змінюється від незначних причин.
24. Я часто прокидаюся з думкою про те, що сьогодні має бути зроблено.
25. Я дуже люблю своїх батьків, прихильний до них, але, буває, дуже ображаюся і навіть сварюся з ними.
26. Періодами я почуваю себе бадьорим, періодами - розбитим.
27. Нерідко я соромлюся їсти в присутності сторонніх людей.
28. Моє ставлення до майбутнього часто змінюється: то я будую райдужні плани, то майбутнє здається мені вовкуватим.
29. Я люблю займатися чим-небудь цікавим на самоті.
30. Майже не буває, щоб незнайома людина відразу викликала в мене симпатію.
31. Люблю одяг модний і незвичний, що притягує погляди.
32. Більше за все люблю ситно поїсти і добре відпочити.
33. Я дуже врівноважений, ніколи не дратуюсь і ні на кого не серджусь.
34. Я легко сходжуся з людьми у будь-якій обстановці.
35. Я погано переносю голод - швидко слабшаю.
36. Самотність я переносю легко, якщо вона не пов'язана з прикростями.
37. У мене часто буває поганий, неспокійний сон.
38. Моя сором'язливість заважає мені подружитися з тими, з ким мені

хотілося б.

39. Я часто тривожуся з приводу різноманітних неприємностей, що можуть статися у майбутньому, хоча приводу для цього немає.

40. Свої невдачі я переживаю сам і ні в кого не прошу допомоги.

41. Сильно переживаю зауваження й оцінки, що мене не задовольняють.

42. Зазвичай я вільно почуваю себе з новими, незнайомими однолітками, у новому класі, таборі праці й відпочинку.

43. Як правило, я не готую уроки.

44. Я завжди говорю дорослим тільки правду.

45. Пригоди і ризик мене приваблюють.

46. До знайомих людей я швидко звикаю, незнайомі можуть мене дратувати.

47. Мій настрій прямо залежить від шкільних і домашніх справ.

48. Я часто стомлююся до кінця дня, до того ж так, що здається - не залишилося сил.

49. Я соромлюся незнайомих людей і боюся заговорити першим.

50. Я багато разів перевіряю, чи немає помилок у моїй роботі.

51. У моїх приятелів помилкова думка, нібито я не хочу з ними дружити.

52. Іноді бувають дні, коли я без причини на всіх серджуся.

53. Я можу сказати про себе, що в мене: гарна уява,

54. Якщо вчитель не контролює мене на уроці, я майже завжди займаюся чим-небудь стороннім.

55. Мої батьки ніколи не дратують мене своєю поведінкою.

56. Я можу легко організувати хлопців для роботи, ігор, розваг.

57. Я можу випереджати інших у міркуваннях, але не в діях.

58. Буває, що я сильно радію, а потім сильно засмучуюся.

59. Іноді я стаю примхливим і дратівливим, а незабаром шкодую про це.

60. Я надмірно вразливий і дошкульний.

61. Я люблю бути першим там, де мене люблять, боротися ж за першість я не люблю.

62. Я майже не буваю цілком відвертим, як із приятелями, так і з рідними.

63. Розсердившись, я можу почати кричати, розмахувати руками, а іноді й битися.

64. Мені часто здається, що, за бажаючи, я міг би стати актором.

65. Мені здається, що тривожитися про майбутнє марно - все само собою влаштується.

66. Я завжди справедливий у стосунках з вчителями, батьками, друзями.

67. Я переконаний, що у майбутньому здійсняться всі мої плани і

бажання.

68. Іноді бувають такі дні, що життя мені здається складнішим, ніж є насправді.

69. Досить часто мій настрій позначається на моїх вчинках.

70. Мені здається, що в мене багато хиб і недоліків.

71. Мені буває важко, коли я згадую про свої маленькі помилки.

72. Часто всілякі міркування заважають мені довести почату справу до кінця.

73. Я можу вислухати критику і заперечення, але намагаюся все рівно усе зробити по-своєму.

74. Іноді я можу так розлютитися на кривдника, що мені важко втриматися, щоб відразу не побити його.

75. Я практично ніколи не відчуваю сорому і не буваю сором'язливим.

76. Не відчуваю прагнення до занять спортом або фізкультурою.

77. Я ніколи не говорю про інших погано.

78. Люблю усякі пригоди, охоче йду на ризик.

79. Іноді мій настрій залежить від погоди.

80. Нове для мене приємне, якщо обіцяє для мене щось гарне.

81. Життя здається мені дуже важким.

82. Я часто відчуваю страх перед вчителями і шкільним начальством.

83. Закінчивши роботу, я довго хвилююся з приводу того, що міг зробити щось неправильно.

84. Мені здається, що інші мене не розуміють.

85. Я часто засмучуюся через те, що, розсердившись, наговорив зайвого.

86. Я завжди зумію знайти вихід із будь-якої ситуації.

87. Люблю замість шкільних занять піти в кіно або просто прогуляти уроки.

88. Я ніколи не брав удома нічого без дозволу.

89. При невдачі я можу посміятися над собою.

90. У мене бувають періоди підйому, захоплень, ентузіазму, а потім може наступити спад, апатія до усього.

91. Якщо мені щось не вдається, я можу впасти у відчай і втратити надію.

92. Заперечення і критика мене дуже засмучують, якщо вони різкі і грубі за формою, навіть якщо вони стосуються дрібниць.

93. Іноді я можу розплакатися, якщо читаю смутну книгу або дивлюся смутний фільм.

94. Я часто сумніваюся у слушності своїх вчинків і рішень.

95. Часто в мене виникає почуття, що я виявився непотрібним, стороннім.

96. Зіштовхнувшись із кривдою, я обурююся і відразу ж виступаю

проти неї.

97. Мені подобається бути в центрі уваги, наприклад, розповідати хлопцям різні смішні історії.

98. Вважаю, що найкраще провести час - це коли нічого не робиш, просто відпочиваєш.

99. Я ніколи не спізнююся у школу або ще будь-куди.

100. Мені неприємно залишатися довго на одному місці.

101. Іноді я так засмучуюся через сварку з вчителем або однолітками, що не можу йти до школи.

102. Я не вмію командувати Іншими людьми.

103. Іноді мені здається, що я важко і небезпечно хворий.

104. Не люблю усякі небезпечні й ризиковані пригоди.

105. У мене часто виникає бажання перевірити ще раз роботу, яку я тільки що виконав.

106. Я боюся, що у майбутньому можу залишитися самотнім.

107. Я охоче вислуховую настанови, які стосуються мого здоров'я.

108. Я завжди висловлюю свою думку, коли щось обговорюється в класі.

109. Вважаю, що ніколи не треба відриватися від колективу.

110. Питання, пов'язані зі статтю І любов'ю, мене зовсім не цікавлять.

111. Завжди вважав, що задля цікавої, привабливої справи усіма правилами можна знехтувати.

112. Мені іноді бувають неприємними свята.

113. Життя навчило мене бути не дуже відвертим, навіть із друзями.

114. Я їм мало, іноді довго взагалі нічого не їм.

115. Я дуже люблю насолоджуватися красою природи.

116. Йдучи з будинку, лягаючи спати, я завжди перевіряю, чи вимкнені газ, електроприлади, чи замкнені двері.

117. Мене приваблює тільки те нове, що відповідає моїм принципам та інтересам.

118. Якщо в моїх невдачах хтось винний, я не залишаю його без покарання.

119. Якщо я когось не шаную, мені вдасться поводитися з ним так, що він цього не помічає.

120. Найкраще проводити час у різноманітних розвагах.

121. Мені подобаються всі шкільні предмети.

122. Я часто буваю ватажком в іграх.

123. Я легко переносю біль і фізичні страждання.

124. Я завжди намагаюся стримуватися, коли мене критикують або коли мені заперечують.

125. Я занадто недовірливий, тривожуся з усякого приводу, особливо з приводу свого здоров'я.

126. Я рідко буваю безтурботно веселим.

127. Я часто загадую собі різноманітні прикмети і намагаюся їх дотримуватися, щоб усе було добре.

128. Я не прагну брати участь у житті школи і класу.

129. Іноді я роблю швидкі, необдумані вчинки, через котрі потім шкодую.

130. Не люблю заздалегідь розраховувати усі витрати, легко беру в борг, навіть якщо знаю, що до обіцяного терміну віддати гроші буде важко.

131. Навчання мене обтяжує, і якби мене не примушували, я взагалі не вчився б.

132. У мене ніколи не було таких думок, які потрібно було б приховувати від інших.

133. У мене часто буває настільки гарний настрій, що запитують, чому я такий веселий.

134. Іноді в мене настрої буває настільки поіаним, що я починаю думати про смерть.

135. Найменші прикrostі занадто засмучують мене.

136. Я швидко втомлююся на уроках і стаю розсіяним.

137. Іноді я дивуюся грубості і невихованості хлопців.

138. Вчителі вважають мене акуратним і стараним.

139. Часто мені приємніше розмірковувати наодинці, ніж проводити час у гучній компанії.

140. Мені подобається, коли мені підпорядковуються.

141. Я міг би вчитися значно краще, але наші вчителі і школа не сприяють цьому.

142. Не люблю займатися справою, яка потребує зусиль і терпіння.

143. Я ніколи нікому не бажав поганого.

Примітка. В аркуші відповідей (див. у таблиці далі, у правій крайній колонці) МДЧ - мінімальне діагностичне число, досягнення або переважання якого означає наявність акцентуації. Позначення типів акцентуацій характеру (ТА):

Г - гіпертимний,

Ц - циклоїдний,

Л - лабільний,

А - астено-невротичний,

С - сензитивний,

Т - тривожно-педантичний,

І - інтравертований,

З - збуджувальний,

Д - демонстративний,

Н - нестійкий,

К - контрольний бал, перевищення якого робить результати тестування менш достовірними.

Аркуш відповідей.

Стисла характеристика акцентуацій характеру

Гіпертимний тип

Для представників цього типу характерна висока контактність, балакучість, пожвавлена жестикуляція, постійне перебування в гарному настрої, що лише зрідка затьмарюється спалахами агресії у відповідь на протидію оточуючих.

Часто виявляють ініціативність й оптимістичність, жагу діяльності, спілкування, вражень і розваг, тенденцію до лідерства, що звичайно підкріплюється наявністю організаторських здібностей.

Найкращий спосіб поведіння з гіпертимом - включення його у цікаву і доступну для нього діяльність, краще - із відтінком лідерства: фізорг, бригадир, лаборант, лаборант-кіномеханік і т.ін. - з огляду на його інтелектуальні здібності, схильності тощо.

Для адекватного розвитку характеру гіпертима небажані як умови бездоглядності, так і жорсткий контроль, проти якого вони зазвичай виявляють бурхливий протест.

Гіпертими можуть активно допомагати вчителю, бути лідерами у шкільних колективах, організаторами потрібних, корисних справ. Вони чуйні на доброзичливе, поважне ставлення з боку педагога.

У дорослішому віці гіпертима зазвичай цікавить робота, пов'язана з постійним спілкуванням - служба, побуту, організаторська діяльність, менеджмент, економіка, бізнес, спорт тощо. Проте, вони схильні до зміни професії і місця роботи. Як правило, суїцидальні тенденції їм невластиві.

Циклоїдний тип

Цей тип акцентуацій характеру найчастіше спостерігається у старшому підлітковому та юнацькому віці. Для нього притаманне періодичне (із тривалістю від декількох тижнів до декількох місяців) коливання настрою і життєвого тону. Так, у період підйому циклоїдним підліткам властиві риси гіпертимного типу, а потім настає період спаду настрою, різко знижується контактність. підліток стає небагатослівним, песимістичним, сумним, може на декілька днів впасти у субдепресію.

Циклоїди дуже вразливі до корінної зміни життєвих стереотипів, постійного місця проживання і навчання, втрати друзів і близьких.

Невдачі і дорікання оточуючих можуть поглибити су б депресивний стан, викликати гостру афективну реакцію та, навіть, спроби самогубства.

У подібній ситуації циклоїдному підлітку може допомогти практичний психолог, якому підліток за своєю ініціативою може «розкрити душу» і в процесі бесіди полегшити свої сумні переживання. Через це психологи повинні добре знати «своїх» циклоїдів, спостерігати за ними і вчасно, у фазі субдепресії надавати їм необхідну допомогу. Напружене професійне навчання може призвести циклоїдів до перевтоми і виснаження, тому для них обов'язковим є дотримання режиму навчальної праці, добре організований сон, налагоджений відпочинок. Відповідно до цього, їм краще обирати профілі навчання і види професій, які не пов'язані з трудовим і соціальним перенапруженням.

Лабільний тип

Провідна риса представників цього типу - мінливість настрою, коли він змінюється занадто вже круто, а приводи для цього незначні. Часті зміни настрою поєднуються зі значною глибиною переживань, від чого залежать і самопочуття, й апетит, і працездатність, і бажання побути на самоті або, навпаки, кинутися в гучну компанію. Ставлення до оточуючих або різко оптимістичне, або навпаки, песимістичне чи навіть вовкувате. Такі підлітки дуже гостро, болісно переживають відчуження з боку емоційно значущих осіб, втрату близьких, вимушену розлуку з ними тощо.

Для покращення стосунків із лабільним підлітком або юнаком педагог має уникати його покарання, діяти винятково добротою і пестощами. При виборі та опануванні профільного чи професійного навчання такі підлітки мають надавати перевагу колективам і керівникам з рисами уважних, доброзичливих, толерантних особистостей, їм протипоказані управлінський, економічний, політичний тощо напрями професійної підготовки. При дотриманні цих умов можна мінімізувати появу в них суїцидального ризику.

Астено-невротичний тип

Представникам астено-невротичного типу властива підвищена психічна і фізична стомлюваність, дратівливість, схильність до іпохондричності. Так, стомлюваність переважно виявляється при розумових заняттях, в обстановці спортивних змагань тощо, тоді як помірні фізичні навантаження переносяться краще.

Позиція педагога і психолога щодо астено-невротика має

грунтуватися на терпінні і щирому співчутті. Він має не акцентувати увагу на більшості промахів і невдач підлітка, якщо вони виникають на фоні виснаження, а, навпаки, зосередитися на його успіхах. Слід пам'ятати, що асге по-невротик и болісно реагують на жарт у свою адресу, від кого б він не виходив. Педагогу і психологу необхідно з'ясувати, чи не пов'язана астенізація з фізичними причинами (тривала перевтома, хронічна хвороба тощо). Зрозуміло, що при виборі профілю навчання потрібно бути обережним, щоб не погіршити ситуацію. Тому варто уникати напружених, енергоємних, стресогенних профілів і професій, що зменшить суїцидальні нахили.

Сензитивний тип

Цей тип акцентуацій складається досить пізно, у 16-19 років. Його головні риси - надзвичайно висока вразливість, до якої приєднується різко виражене почуття власної неповноцінності.

Для сензитивів властива низька контактність, вони віддають перевагу вузькому колу друзів, рідко конфліктують, у стосунках з іншими зазвичай займають пасивну позицію: образи тримають у собі, вони альтруїстичні, співчутливі, вміють радіти чужим удачам, проте крайня чутливість межує в них із слізливістю, що може спровокувати нападки в їхню адресу з боку невихованих або дратівливих людей. До опіки з боку старших вони ставляться терпимо, підпорядковуються їй, часто вважаються «домашніми дітьми».

У сензитивів рано формуються високі моральні й етичні вимоги до себе та оточуючих, тому ровесники нерідко жахають їх своєю грубістю, жорстокістю, цинічністю. В собі вони також знаходять багато хиб, які, в основному, пов'язуються зі слабкістю волі.

Наявність почуття власної неповноцінності у сензитивних підлітків спричиняє в деяких випадках так звану реакцію гіперкомпенсації, коли вони шукають самоствердження саме там, де відчувають свою неповноцінність. Так, боязкі і сором'язливі дівчата намагаються показати свою веселість і товариськість, а хлопчики надягають на себе маску розв'язності і зарозумілості, демонструють невластиву для них енергію і волю.

Педагогу потрібно встановлювати з такими підлітками довірливий контакт і бути з цими дітьми, котрі сповнені самопокарань і самобичування, лагідними, доброзичливими, співчутливими, враховуючи саме ту обставину, що для них найнестерпнішими є ситуації, де вони

стають об'єктом глузувань або підозри в непорядних учинках, коли їх піддають несправедливим обвинуваченням і т.ін. Не можна забувати, що це може штовхнути такого підлітка на гостру афективну реакцію, конфлікт, спровокувати депресію або навіть спробу самогубства. У виборі та опануванні профільного навчання такі діти потребують окремої індивідуальної допомоги, з огляду на гостроту обмежень з боку цього типу акцентуацій характеру. В деяких випадках для них підходить соціономічний профіль, пов'язаний з наданням допомоги людям.

Тривожно-педантичний тип

Для підлітків з даним типом акцентуацій найбільш властиві нерішучість і схильність до зарозумілості, тривожна помисливість і любов до самоаналізу та, нарешті, легкість виникнення нав'язливих страхів, побоювань, несприйнятних з їх точки зору дій, думок, уявлень.

Як правило, страхи і побоювання тривожно-педантичних підлітків адресуються до можливого майбутнього: як би не трапилося чогось жахливого і непоправного, як би не відбулося непередбаченого нещастя з ним самим та із тими близькими, до яких він виявляє прихильність.

Для них психологічним захистом від постійної тривоги за майбутнє стають спеціально придумані прикмети і ритуали, жести, заклинання, певні поведінкові комплекси тощо. Іншою формою захисту буває особливий формалізм і педантизм у діях. Нерішучість таких підлітків часто призводить до

гіперкомпенсації у вигляді несподіваної самовпевненості, безапеляційності у судженнях, перебільшеної рішучості і раптовості дій саме в тих ситуаціях, коли потрібні обачність і обережність. Тому невдача, яка можлива після цього, ще більше посилює нерішучість і сумніви. У зв'язку з цим, недоцільно доручати їм справи, що потребують спілкування й ініціативи.

Тривожно-педантичним підліткам не властива схильність до порушень правил, законів, норм поведінки, паління, вживання алкоголю, сексуальних ексцесів, суїцидів тощо. Ці тенденції цілком витісняються нав'язливістю, розмірковуванням, самоаналізом.

Для компенсації рис даною типу акцентуацій рекомендується, насамперед, постійно дотримуватися оптимістичного стилю спілкування з підлітком, уникати методів покарання і залякування, ширше практикувати заохочення і підтримку проявів активності і самостійності, виявляти доброзичливість з боку близьких і вчителів. Непорозуміння

(дисциплінарні, навчальні тощо) Із тривожно-педантичними підлітками доцільно знімати шляхом їх конструктивного розв'язання та формування позитивних життєвих перспектив, в тому числі і професійних. Зрозуміло, що вказані риси цього типу акцентуацій незамінні в тих «камерних», індивідуальних професіях, що потребують сумлінності, акуратності, точності - наукових, економічних, історичних тощо.

Інтравертований тип

Істотними рисами представників цього типу є замкнутість, відгородженість від навколишнього світу, нездатність або небажання встановлювати контакти, знижена потреба у спілкуванні. Для нього притаманне також сполучення протилежних рис в особистості - холодності і витонченої чутливості, упертості і податливості, сторожкості і легковір'я, апатичної бездіяльності і напористої цілеспрямованості, замкнутості і раптової, несподіваної настирливості, сором'язливості і безтактності, надмірних уподобань і невмотивованих антипатій, раціональних міркувань і нелогічних учинків, багатства внутрішнього світу і безбарвності його зовнішніх проявів, їхні вчинки можуть здаватися жорстокими, але вони пов'язані із невмінням «вчуватися» у страждання інших. Такі діти часто здаються незрозумілими не тільки ровесникам, але і педагогам та власним батькам. Із них дуже важно виявити суїцидальні наміри, тому з ними слід бути обережними в цьому відношенні.

У житті інтравертованих акцентуатів значне місце займають захоплення, які характеризуються сталістю і незвичайні сію. Найчастіше за усе це читання, моделювання, конструювання, колекціонування тощо.

Такий підліток у ситуаціях, що суперечать його внутрішнім принципам, може послідовно і стійко відстоювати свою позицію. Відгородженість інтровертів від світу утруднює їх соціалізацію, корекцію його моральних та інтелектуальних установок, які можуть бути дуже своєрідними і далеко не відповідати узвичаєним нормам. Риса інтравертованості можуть посилитися, якщо такого підлітка намагаються виховувати на основі надмірного контролю, опіки і покарань. Звичайно, при виборі та опануванні загальноосвітнього та профільного навчання такі підлітки виявляють надмірну самостійність, незалежність, що утруднює надання їм необхідної допомоги. Проте, від них можна очікувати несподіваних інтелектуальних успіхів у природничих, гуманітарних, зокрема, психологічних, історичних науках.

Збудливий тип

Представникам цього типу акцентуацій властиві схильність до зниженого настрою з дратівливістю, озлобленістю, похмурістю, схильністю до агресії, що тісно пов'язане з афективною вибуховістю, а також - напруженість сфери інстинктів, що сягає в окремих випадках аномалії потягів. Інтелектуальна сфера характеризується ваговитістю, інертністю, що відбивається на усій психіці.

Збудливим підліткам притаманні важкі афективні розрядки, негативні емоційні стани. В цих станах вони начебто самі шукають привід для скандалу. Афект може бути викликаний і тими конфліктами, що легко виникають у збудливих підлітків унаслідок їхнього владолюбства, а через це - прагнення до домінування над ровесниками, жорстокості і себелюбності.

У стосунках зі збудливими акцентуатами слід використовувати підкреслено доброзичливий тон (але ні в якому разі не запобігливий!), також необхідно вести постійне спостереження за їх поведінкою на уроках, перервах і в позаурочній діяльності. Педагог має бути постійно готовий до захисту від тиранії збудливого підлітка, до своєчасного попередження і погашення його деспотизму (адже на шляху до влади у колективі він може вдаватися до морального придушення однокласників). їм, зазвичай, рідко властиві суїцидальні тенденції.

Як засіб корекції поведінки збудливих підлітків може бути застосована апеляція до їх свідомості, аналіз і оцінка їх поведінки в процесі індивідуальної бесіди, але без банальностей, яка має завершуватися усним, а іноді і письмовим компромісним договором.

Слід домагатися, щоб у процесі бесіди учень грав активну роль, учився говорити про свої відчуття, переживання, проблеми, інакше бідність самоаналізу та нездатність чітко й аргументовано висловлювати свою думку може спровокувати афективні спалахи збудливих і навіть конфліктних ситуацій.

Педагог має вміти використовувати всі засоби попередження агресивної реакції збудливих - довірливу, інтимну інтонацію, ласкавий дотик, легкий гумор, який жодним чином не торкається самолюбства підлітка.

Демонстративний тип

Представники цього типу, як правило, виявляють безмежний егоцентризм, ненаситну жагу уваги до своєї особи, замилування, подиву,

шанування, співчуття. Вони готові навіть до обурення або ненависті з боку оточуючих на свою адресу, але тільки не до байдужості, до того, щоб залишитися непоміченими.

Ставлення до навчання демонстративних підлітків залежить від того, наскільки воно сприяє задоволенню їх основної установки - домогтися визнання з боку оточуючих. І якщо демонстративному підлітку з тих або інших причин не вдається виділитися, він використовує певні засоби привертання уваги до себе: браваду, фронду, відхилення у поведінці, навіть демонстративний суїцид тощо. У таких випадках погіршується успішність навчання, з'являється повна байдужність до нього.

Демонстративні підлітки часто заважають вчителям на уроках своєю балакуністю, постійними відволіканнями, жартами тощо.

У цих ситуаціях педагогами може як успішний застосуватися такий прийом. Спочатку він має піти назустріч потребі демонстративного підлітка у підвищеній увазі до нього: часто хвалити його, робити на його адресу різного роду нейтральні зауваження, звертати на нього свій погляд, підходити до нього, дивитися в зошит і т. ін. Внаслідок цього підліток, як правило, відразу ж починає себе краще поводити, зростає продуктивність його навчальної праці.

На другому етапі, якщо позитивні результати першого етапу закріпилися, вчитель має звертати увагу на демонстративного підлітка тільки в тих випадках, коли його поведінка відповідає очікуванням педагога, підкріплюючи тим самим його позитивні прояви.

На третьому етапі, коли позитивні тенденції у поведінці демонстративного підлітка остаточно закріплюються, педагог переходить до переривчастої схеми підкріплення, тобто звертає увагу лише на прояви позитивного поведіння і поступово збільшує при цьому інтервали між окремими підкріпленнями. Внаслідок постійного підкріплення поведінки і гальмування проявів демонстративної акцентуації, остання поступово вгасає і підліток значною мірою позбувається її.

Для модифікації поведінки демонстративного підлітка корисні систематичні індивідуальні бесіди з ним - ч мстою формування в нього розуміння того, що найбільш надійним, стійким засобом привертання уваги до себе оточуючих, поваги і турботи з їхнього боку є корисна для інших діяльність. Ними можуть бути різноманітні класні й загальношкільні заходи, драматичний гурток, виставки, конкурси, олімпіади тощо, в межах яких демонстративні підлітки отримують можливість дійсно блискуче проявитися, використовуючи свої, часто

неабиякі, здібності.

В іншому випадку демонстративний підліток, не розвинувши в себе корисних, престижних здібностей і умінь, частіше за усе може стати важким у спілкуванні істероїдом, симулянтом, мізантропом. Отже, при адекватній допомозі з боку педагогів і психологів демонстративно акцентований підліток може добре виявити себе в акторській професії та інших публічних видах професійної діяльності, що пов'язані із самовираженням та визнанням з боку людей.

Нестійкий тип

Домінуючою рисою представників цього типу є патологічно слабка воля, яка виявляється у навчанні, праці, виконанні обов'язків, досягненні цілей, що ставлять перед ними рідні, старші, товариші. Нестійкі підлітки зазвичай не виявляють особливої наполегливості, вони швидше плывуть за течією, приєднуючись до більш активних, ініціативних однолітків. У них відсутня складна мотивація вчинків, недостатня спроможність гальмувати свої потяги, утримуватися від задоволення раптово виниклого бажання тощо.

На тлі безвольності, нестійким підліткам властива підвищена сугестивність і за певних умов, навіть цілеспрямована кримінальність. Соціальна поведінка нестійких більше залежить від впливу оточуючого середовища, ніж від них самих, тому їм не притаманні «власні» суїцидальні тенденції, якщо вони і з'являються, то мають характер навіюваних іншими людьми.

Для правильного поводження з такими дітьми надзвичайно важливо здійснювати повний контроль за їх поведінкою, насамперед, навчальною, пред'являти їм систему розумно організованих вимог, перевіряти результативність їх навчання, спільної праці, наповнювати їх дозвілля гуртковими заняттями тощо.

Важливо, щоб режимні моменти поєднувалися із щирою зацікавленістю педагогів і батьків в успіхах учнів, з позитивними емоційними контактами. Важливо, як би це не було важко, пробудити в підлітка інтерес, повагу до своєї особистості, до власних позитивних якостей, до свого майбутнього. В таких умовах, з якими нестійкі діти легко погоджуються, вони можуть тривалий час утримуватися від порушень у поведінці і непогано вчитися. Проте, як тільки контроль слабшає, нестійкий підліток може втекти у «підходящу компанію». Умови бездоглядності, обстановка попуску відкриває такому підлітку

перспективи ледарства І неробства. Зрозуміло, то в плані професійного самовизначення такі школярі потребують неабияких допоміжних зусиль з боку педагогів, психологів, батьків.

В тих заняттях, до яких вдається їх залучити, важливими є ситуація підпорядкованості позитивному лідеру, керівнику, який має усвідомлювати і адекватно використовувати цю особливість нестійких.

Отже, наявність акцентуацій у більшості старшокласників, що ускладнює організацію їх поведінки і навчання, потребує значної психолого-педагогічної роботи з метою гармонізації юної особистості, яка є необхідною передумовою її правильного особистісного і професійного самовизначення. Останнє виступає не як «лінійний», безпосередній процес, а як цілеспрямована діяльність самих дітей та їх помічників - батьків, вчителів, психологів - з подолання дисгармоній і зменшення ризику суїциду.

Суїцидальні тенденції у представників деяких типів акцентуацій мають своє специфічне походження І перебіг, знаючи які, можна попереджувати їх переростання у суїцидальні наміри і поведінку.

ЛЕКЦІЯ №10

ОСНОВНІ НАПРЯМИ ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ. РОБОТА «ТЕЛЕФОНУ ДОВІРИ» З СУЇЦИДЕНТАМИ.

1. Основні напрями профілактики суїцидальної поведінки. Психотерапія суїцидента через піднесення цінності його особистості

Метою даного виду психотерапії є підвищення рівня досягнення усвідомлення суїцидально схильними підлітками та юнаками цінності власної особистості в наслідок підвищення самооцінки суїцидентів, формування в них почуття власної гідності.

Психотерапія в повному обсязі включає сім етапів:

- 1) підготовчий;
- 2) потребово-мотиваційний;
- 3) інформаційно-пізнавальний;
- 4) цілеутворюючий;
- 5) операційно-результативний;
- 6) емоційно-почуттєвий;
- 7) завершальний.

Окрім підготовчого і завершального, п'ять – відповідають компонентам діяльнісного виміру особистості, оскільки дана психотерапія має активний діяльнісний характер. Завершальним є посттерапевтичний, екзистенційний етап.

На **підготовчому етапі** психолог отримує запит і попередню інформацію про суїцидента – від батьків, вчителів, учнів та встановлює з ним довірливий контакт. На цій основі він розпочинає *емпатійний діалог*. Обов'язковою при цьому є атмосфера повної довіри з боку підлітка до психотерапевта, до чого останній має готуватися заздалегідь, зокрема, абсолютно дотримуючись Етичного кодексу психолога і обов'язково – виявляючи відданість інтересам клієнта, чесність, конфіденційність. У стосунках із суїцидентом ним має виявлятися не просто співпереживання, а переконливе переживання його гідності, цінності, зацікавленості в його житті, в його особистості.

Можна обережно використовувати *техніку рапорту* – вона не тільки «прив'язує» психолога до почуттів, думок, поведінки суїцидента, а робить останнього начебто «ведучим» у спілкуванні, лідером, що підвищує його

вагомість в очах співбесідника і власному самовідчутті. Тобто, вже на підготовчому етапі здійснюється певне піднесення цінності особистості суїцидента – і появою самого психолога, який професійно цікавиться ним, його душею, внутрішнім світом, і технічно – шляхом емпатії, налагодження уваги на особистість, надання суїциденту права вести діалог у гуманістичному напрямку.

На **потребово-мотиваційному** етапі слід з'ясувати, що стало причиною суїцидального наміру, які мотиви домінують або сперечаються у свідомості суїцидента, чи є запасні інтенції, мотиви, інтереси, потяги, наміри, на які можна переключити його увагу. Це дає змогу дізнатися, як загальмувати суїцидальні мотиви і водночас – підняти цінність інших потреб і мотивів суїцидента, як припинити руйнівну боротьбу мотивів і переживання деструктивних інтенцій. Поступово слід навіювати думки про цінність особистості як головного мета-мотиву, визначника напрямку життя, фактора розв'язання проблеми. При цьому іноді доцільно використовувати *прийом А.С.Макаренка щодо мотиваційного «вибуху»* – через «спалення» одних, суїцидогенних, мотивів і переоцінку, аксіологізацію, та піднесення інших мотивів.

У випадку зниження сенсу життя слід зайнятися конструюванням нового, адекватного індивідуальності суїцидента і можливостям його оточення, сенсу. Корисним може бути використання елементів логотерапії В.Франка, її якій передбачено пошук сенсу життя у трьох напрямках через переживання, відношення та творчість.

В ході проведення цього етапу роботи відбувається піднесення особистості суїцидента через зміну його світоглядних установок, смислів життя та мотивів поведінки. При цьому можливе використання прийомів емоційного зараження, навіювання, пряме звернення до вітальних ресурсів, інстинкту самозбереження суїцидента до переоцінки його заляклих мотивів тощо.

На **інформаційно-пізнавальному** етапі психолог продовжує роботу, розпочату на попередніх етапах, і надає суїциденту, з одного боку, яскраві *зразки значущої вітальної поведінки, життєтворчості інших людей*, а, з іншого боку, спонукає його до *самопізнання власних вітальних потенціалів*, особистісних властивостей, цінних для нього, оточуючих та суспільства. При цьому можна здійснювати пошук даних якостей у підструктурах власної особистості, таких як:

- здатність до спілкування;
- спрямованість інтересів, потягів, намірів, хобі, занять тощо;

- риси характеру (тут продуктивність пошуку може бути особливо високою), самоусвідомлення, рефлексія, самопізнання, саморегуляція, самоактуалізація тощо;
- досвід – знання, уміння, навички, звички, емоційні стереотипи, стиль діяльності та ін.;
- інтелектуальні здібності – увага, пам'ять, відчуття, сприймання, мислення, уява – в їх різновидах, приміром, естетичне сприймання світу, сенсорна культура, системне мислення, творча уява (фантазія) тощо;
- психофізіологічні властивості, зокрема, позитивні якості властивого суїциденту темпераменту тощо.

На цьому етапі слід подати суїциденту інтенсивний інформативно-ціннісний сигнал щодо властивостей його особистості та їх сприймання оточуючими як *унікальних* в певному відношенні *цінностей*. Тут, при інформаційному обґрунтуванні особистісних вартостей суїцидента, доцільно й можна використовувати аксіологічні можливості раціональної психотерапії щодо надання статусу цінності окремим властивостям суїцидента та його особистості в цілому. Корисними можуть бути інформаційно-пізнавальні елементи психоаналізу та інших психотерапії. *Аксіологічний сигнал* може мати різну форму – ціннісного аналізу, заклику, твердження, переконання, поради, рекомендації тощо.

На даному етапі продовжується *закріплення і розвиток сенсу життя* в його інформаційно-пізнавальній формі і намічається перехід до наступного, цілеформуючого етапу.

Психолог має спиратися при цьому на наявні в нього психодіагностичні дані щодо суїцидента, які *об'єктивно характеризують його здатність до*

- спілкування,
- актуальні мотиви й інтереси,
- риси характеру,
- самосвідомість,
- досвід (в тому числі й академічну успішність),
- інтелектуальні здібності (особливо – дані щодо віднесення суїцидента до числа недостатньо інтелектуально розвинутих або інтелектуально обдарованих),
- психофізіологічні якості й обов'язково – щодо типу його темпераменту).

На **цілеформуючому етапі** треба здійснити спробу переключення уваги суїцидента на нові цілі, на закріплення інтенціональних досягнень попередніх етапів шляхом актуалізації старих чи формування нових цілей, планів, програм, проектів та їх аксіологізацію.

При цьому слід відштовхуватися від ціннісних властивостей особистості суїцидента і спиратися на стратегії пошуку ним сенсу життя, що були усвідомлені на попередніх етапах роботи. При постановці нової мети, задачі сама особистість суїцидента має виступати не стільки як засіб для когось, а як власна «вершинна» мета для самої себе, як важлива перспектива усього свого життя. Корисним тут може стати обговорення філософії альтруїстичного егоїзму (егоїстичного альтруїзму) Г.Сельє. Але головним слід вважати вихід діалогу між психологом і підлітком на рівень конкретного плану дій, його обговорення, акцентування на цінності особистості суїцидента як визначального чинника формування і виконання цього плану. Особистість суїцидента перетворюється на мету і водночас - на засіб її досягнення, тобто на суб'єкт самотворення.

Особливо ефективним може стати залучення учня до складання та виконання певного проекту, відповідно до наявних в нього виняткових властивостей у сфері спілкування, мотивації, захоплень, відношень, творчості, інтелекту, досвіду, психофізіологічних якостей тощо. Це може бути науково-технічний, економічний, гуманітарний, культурний тощо проект. Головне, щоб для підлітка відкрився шлях до самоактуалізації та акмеологізації, а через них - до утвердження цінності своєї особистості в очах оточуючих, школи, суспільства, самого себе.

В цьому випадку можна використовувати систему А.С. Макаренка щодо цілепокладання на перспективи різного рівня – завтрашньої радості, середню і віддалену перспективу. Майбутнє має активізувати, тягнути до себе учня, показати, що він потрібний життю, суспільству, людям, самому собі. При цьому слід націлювати дитину на досягнення конкретних особистісно значущих результатів власної діяльності.

На **операційно-результативному етапі** здійснюється спроба реалізувати попередньо обговорені і прийняті мотиви, інтереси, задуми, цілі, наміри, плани, програми і проекти у практичних досягненнях суїцидента. В цьому зв'язку, корисним може стати літературний проект - поетичний, прозаїчний, навіть «щоденниковий» - через який фіксуються у словесній, письмовій формі свідомі життєтворчі інтенції суїцидента. Він отримує допомогу так би мовити від себе у часі - коли звертається до своїх життєтворчих думок, накопичує навколо них нові думки про цінність

життя, цінність своєї особистості. Остання, звертаючись до розгорнутих у часі продуктів своєї творчості, а це не стільки літературна творчість, скільки світоглядна, філософська, психологічна, екзистенційна, - примножує свої вітальні сили. Дуже стабілізуючими, жиги стверджуючими виступають думки про безсмертя особистості (по В.М. Бехтереву), про безсмертя душі (у релігійному тлумаченні). Корисною в цьому плані може спіти орієнтація уваги суїцидента на можливості підвищення рівня академічної успішності. Для пришвидшення росту успішності навчання можна провести з учнем інтенсивне консультативно-тренінгове заняття, сценарій якого опрацьований в умовах гімназії у дослідженні Т.В. Кабиш-Рибалки (консультант автор). Отримана таким чином психолого-педагогічна допомога може впродовж одною уроку підняти середню оцінку учня за навчальними предметами на 1-2 бали, що буде відчуватися ним як перемога, що звичайно підвищить його самооцінку, цінність його особистості.

На **емоційно-почуттєвому етапі**, який можна назвати мегаетапом, оскільки він пронизує увесь процес психотерапії *афективним піднесенням цінності особистості*, головними є позитивні, емоційні, атракційні почуття – симпатії, емпатії до дитини тощо. Проте, вони мають бути природними, враховуючи негативний контекст і витончений характер суїцидальної ситуації. Емоційно забарвлений інтерес до суїцидента має поступово перерости у почуття поваги, дружні почуття, почуття щирої симпатії, любові – залежно від особливостей розгортання ситуації діалогу. Адже через любов, в її загальнолюдському, платонічному і релігійному вигляді, є найбільш дієвим засобом піднесення цінності життя людини, особистості, її «Я». В цьому плані можна використовувати різні форми зізнання у симпатії, дружбі та любові, звичайно, знаючи природну міру, уникаючи штучних псевдопочуттів. Звичайно, що це вимагає від психотерапевта здатності до співчуття і виступає для нього як іспит на щирість, людяність, гуманізм.

У діалозі, підкреслимо, мають панувати позитивні, але щирі, адекватні до суїцидальної ситуації емоції і почуття, які мають сприяти позитивному закріпленню усіх досягнень психотерапії – через їх позитивно-емоційне утвердження.

Можна спробувати також навчити суїцидента *прийомам емоційної саморегуляції*, природно переходячи від неї до більш особистої саморегуляції. В цьому відношенні можуть бути в нагоді певні формули самонавіювання, аутогенного тренування, той же тренінг впевненої

поведінки.

Особливо цінними на цьому етапі постають *почуття натхнення, захоплення і задоволення від результатів навчання*, продуктивної, творчої праці з її відомим психотерапевтичним ефектом. Важливими для тепер вже бувшого суїцидента мають стати почуття оптимізму, радісний настрій у погляді на майбутнє. Через емоційну підтримку та почуттєве піднесення підлітка, юнака підвищується їхня вітальність, вони перетворюються з об'єкту випадкових впливів на повноцінний суб'єкт нормального життя з позитивним життєвим тонутом.

На посттерапевтичному етапі закінчується активна психотерапія і здійснюється спочатку відносно регулярний, а пізніше епізодичний моніторинг, оцінка і підтримка екзистенційного стану колишнього суїцидента. Час від часу здійснюються спонтанні зустрічі і поточні акти піднесення життєвих, сімейних, професійних успіхів людини, зміцнення її волі до нормального життя.

Далі, у розділі 8 наводяться приклади використання даного виду психотерапії при проведенні автором практичних заходів з порятунку життя двох суїцидентів. При цьому слід зазначити, що повна розгорнута схема психотерапії цього виду може використовуватися лише тоді, коли психотерапевт має резерв часу, працюючи з важкими суїцидальними випадками. В інших ситуаціях запропоновану схему психотерапії можна використовувати фрагментарно або застосовувати її дух, ідею, принцип.

Звичайно, що дана психотерапія не претендує на розв'язання усіх видів суїцидальних проблем, найбільш ефективна вона там, де серед основних причин суїцидальної поведінки домінує знецінювання особистості, падіння самооцінки особистості, почуття неповноцінності підлітка тощо.

Перспективи створення державної системи превенції суїциду

Відповідно до офіційних даних, Україна входить у перший десяток країн світу з найбільш високим рівнем самогубств.

Поширеність суїциду серед мешканців України (20-30 самогубств на 100000 людей або 10-15 тисяч на рік, а за період з 1995 по 2005 рік - більше 200000) і особливо підлітків робить необхідним створення державної програми запобігання суїциду. В цьому відношенні заслуговує на підтримку ініціатива українських спеціалістів - В.В. Домбровської, Є.Б. Карагодіної, Г.Я. Штатної, В.А. Розанова, Л.М. Юрєвої, - які запропонували проект національного плану дій (громадська ініціатива) «Як нам

зменшити кількість самогубств в Україні».

Автори національного плану дій виходять з висновків Всесвітньої організації охорони здоров'я, що викладені в її звіті за 2001 рік:

1. Самогубство є однією з найбільш важливих проблем громадського здоров'я, суїцид спричиняє значні страждання людині, сім'ї та суспільству, а також завдає великої економічної шкоди.

2. Значна частина самогубств може бути відвернута.

3. Превінція самогубств має носити всебічний і мультидисциплінарний характер, охоплювати різні сторони життя людини і різні сфери суспільного життя.

4. Необхідно розвивати національні стратегії та політику в галузі суїцидальної превенції з врахуванням спеціальних проявів даної проблеми, а також культурних традицій, системи цінностей і особливостей соціальної структуризації в кожній окремій країні.

Враховуючи міжнародний досвід і вітчизняні наукові та практичні розробки превентивних заходів, автори національного плану дій сформулювали низку вихідних принципів [6]:

- в основу дій має бути покладено найбільш сучасну двокомпонентну модель превенції, яка передбачає заходи щодо громадського здоров'я (широкий підхід) і системи охорони здоров'я (сфокусований підхід);

- доцільним є збільшення обізнаності населення щодо суїцидальної поведінки і превенції самогубств, адже давно відомо, що відкрите обговорення проблеми само по собі є превентивним заходом, оскільки дає суїцидентам відчуття, що їх проблеми когось хвилюють;

- основні зусилля мають бути спрямовані на вдосконалення заходів превенції серед осіб, що входять до групи ризику або тих, хто знаходиться в ситуаціях ризику; в загальному плані до цієї групи відносяться передусім чоловіки, адже серед них у 4-5 разів більше випадків суїциду, ніж у жінок;

- конче потрібне підвищення професійної компетентності спеціалістів, які надають допомогу людям із суїцидальними проблемами;

- необхідне широке міждисциплінарне та міжгалузеве (міжсекторальне) співробітництво;

- необхідна систематична оцінка ситуації й ефективності заходів, що вживаються.

Автори національного плану дій «Як нам зменшити число самогубств в Україні» ставлять декілька основних завдань, спрямованих на досягнення сформульованої в її назві мети, котрі презентують основні напрями дій (інтервенцій):

1. Заходи і зусилля по дестигматизації (зняття табу) такого явища, як самогубство, у суспільній свідомості.

2. Підвищення якості медичної допомоги, в цілому, підвищення доступності кваліфікованої допомоги широким верстам населення, особливо на селі.

3. Розвиток системи безпосередньої допомоги групам і категоріям осіб підвищеного ризику різноманітними силами і засобами.

4. Розвиток системи широкої профілактики на основі освітньої діяльності (впровадження програм на рівні навчальних закладів, Інформування широкої громадськості, освіта широких професійних кіл, спеціальна професійна підготовка учасників процесу превенції).

5. Розробка і впровадження заходів з обмеження доступності потенційно летальних засобів суїциду.

6. Заходи по виробленню відповідального ставлення засобів масової інформації до повідомлень про самогубства.

7. Наукові дослідження в області суїцидології.

8. Розповсюдження інформації про програму і оцінку її ефективності. Ініціатори національного плану дій пропонують конкретні напрями інтервенцій, організаційні та методичні заходи, які за мінімального фінансування і зусиль можуть призвести до збереження найвищої цінності суспільства - життя людини, особистості.

Так, передбачається виділяти наступні конкретні групи підвищеного суїцидального ризику:

- особи, що страждають на депресію різних видів (уні- та біполярні порушення, психотичні та інші психічні розлади), за яких самогубство найбільше вірогідне;

- особи, що скоїли суїцидальні спроби, тобто ті, які виявляють явні суїцидальні тенденції:

- особи, котрі страждають тими чи тими хімічними залежностями (алкогольною, наркотичною, медикаментозною тощо);

- особи у стані екзистенційної кризи;

- особи, що страждають важкими і невиліковуваними соматичними захворюваннями;

- родичі, друзі та співробітники осіб, які покінчили із собою;

- секс-меншини.

Національний план дій спрямований також і на більш широкі верстви населення, такі як:

- чоловіки працездатного віку, особливо у сільській місцевості;

- молоді люди, підлітки, діти обох статей;
- похилі люди, чоловіки і жінки;
- військовослужбовці, міліція, персонал інших силових структур;
- ув'язнені виправних закладів;
- усе населення в цілому.

Особливої уваги потребують професіонали різного рівня, що виконують роль «структур надання допомоги». Адже через свою чутливість і залученість у процес превенції, інтервенції та поственції вони можуть водночас розглядатися як групи підвищеного ризику. Мова йде про такі професійні групи, як;

- медичні працівники;
- працівники середньої і вищої школи;
- соціальні працівники різного рівня і типу;
- психологічна служба в тому вигляді, в якому вона сьогодні представлена у країні;
- працівники пенітенціарних закладів;
- командири та інші відповідальні особи в армії, структурах МВС, МНС т;і аналогічних воєнізованих утворень;
- працівники засобів масової інформації;
- чиновники різного рівня, що приймають рішення.

Наведемо деякі можливі види дій і системних заходів за основними напрямками і завданнями, що передбачені національним планом і найбільше пов'язані із заходами психологічної профілактики суїцидальних тенденцій учнівської молоді.

1. Для **дестигматизації явища самогубства у суспільній свідомості** необхідним є розповсюдження об'єктивних даних про самогубство серед широких верств населення, про фактори і групи ризику, про можливості запобігання самогубств, про основні особливості спілкування із суїцидальними людьми, про принципи і методи превенції суїцидів.

Для цього важливим є встановлення конструктивною діалогу із засобами масової інформації, з освітніми закладами різних рівнів, і громадськістю, церквою, духовенством і віруючими, а також активізація видавничої діяльності, використання сучасних інформаційних технологій з метою розвінчування міфів суспільної свідомості щодо самогубства.

2. Для **підвищення якості та доступності кваліфікованої медичної і, додамо, психологічної допомоги** широким верстам населення, особливо на селі, слід певним чином реформувати систему охорони здоров'я в напрямку забезпечення доступу усього населення до служб охорони,

передусім, психічного здоров'я, високого професійного рівня надання кваліфікованої допомоги, покращення діагностики і раннього виявлення суїцидальних тенденцій, взаємодії спеціалістів різних медичних профілів, збільшення числа психіатрів, психоневрологів, психологів, розвитку сімейної медицини тощо.

3. Для розвитку системи **безпосередньої допомоги групам осіб підвищеного суїцидального ризику** національний план дій пропонує:

- покращення професійної підготовки психіатрів і середнього медичного персоналу психіатричних закладів в галузі превенції самогубств -для забезпечення більш дієвої допомоги особам, що страждають психічними розладами, за яких підвищується ризик самогубства;

- подальший розвиток системи кризових центрів або стаціонарів, налагодження ефективних механізмів надання допомоги особам, що здійснили суїцидальні спроби - шляхом покращення взаємодії між соматичними стаціонарами, реанімаційними відділеннями, травмопунктами, міліцією, телефонами довіри та іншими службами допомоги населення;

- підсилення ролі у запобіганні суїцидам пропагандистських компаній, соціально-економічних заходів заохочення здорового способу життя, соціальних програм допомоги наркозалежним людям тощо;

- розвиток системи надання допомоги особам у стані екзистенційної кризи з боку практичних психологів, телефонів довіри і гарячих ліній, кризових і реабілітаційних центрів і стаціонарів, пропаганда їх діяльності через ЗМІ;

- розширення і підвищення професійного рівня роботи психологічних служб у соматичних стаціонарах, при онкодиспансерах та онкологічних центрах, в інших госпітальних закладах, що надають допомогу невиліковним хворим;

- упровадження на робочих місцях заходів із запобігання стресів і перевантажень, з дотримання режимів праці та відпочинку - у відповідності з нормами, особливо у секторі малого і середнього бізнесу, забезпечення підприємств і організацій інформацією з проблеми ідентифікації суїцидальних тенденцій і заходів їх превенції;

- впровадження у підліткове та молодіжне середовище освітніх програм, спрямованих на розвиток навичок спілкування і подолання

конфліктів, прояв особливої уваги до об'єднань і груп, які пропагують аутодеструктивну ідеологію, та протидія цим тенденціям;

- профілактика жорстокості і залякування у дитячих і підліткових колективах, пропаганда здорового способу життя у молодіжному середовищі;

- розробка ефективних програм психосоціальної допомоги похилим людям і старим, впровадження цих програм у будинках престарілих і госпіталях;

- удосконалення системи психологічного відбору в армію, МВС, МНС та інші силові структури, впровадження у повсякденну практику заходів боротьби з дідівщиною в армії, підвищення ролі командирів різного рівня, заходи, спрямовані на більш глибоке усвідомлення ними відповідальності за превенцію самогубств у підпорядкованих ним підрозділах;

- підвищення професійного рівня медичної та психологічної (виховної) служб в армії і силових структурах, впровадження в цих структурах сучасних протоколів дій при виявленні суїцидальних тенденцій у військовослужбовців,

поліпшення взаємодії армійських психологів і лікарів з цивільними спеціалістами; впровадження у медичних, психологічних, реабілітаційних та інших закладах системи захисту персоналу, що надає допомогу суїцидентам - шляхом розробки правил і методик дебрифінгу.

4. Для розвитку системи широкої профілактики на основі освітньої діяльності пропонується розробити і запровадити у вищих навчальних закладах медичного і психологічного профілів **спецкурси із суїцидології**, навчати учнів середніх медичних навчальних закладів, коледжів соціальної роботи, педагогічних технікумів заходам суїцидальної превенції, навичкам спілкування з суїцидальними пацієнтами, проводити навчальні семінари із засвоєння вмінь ідентифікації суїцидальних тенденцій для лікарів загальної практики, сімейних лікарів, лікарів швидкої медичної допомоги, лікарів-реаніматологів, хірургів-травматологів, онкологів тощо, для працівників патронажних служб Червоного Хреста, реабілітаційних центрів для нарко- і алкоголь- залежних, працівників волонтерських організацій, співробітників телефонів довіри і гарячих ліній, навчати основам суїцидальної превенції працівників міліції, служб порятунку, МНС.

5. Для розробки і впровадження **заходів по обмеженню доступності потенційно летальних засобів суїциду** національний план дій

передбачає: здійснювати аналіз ситуації на ринку фармакологічних засобів з позицій саме доступності потенційно суїцидогенних препаратів, розробку і «провадження заходів з обмеження їх доступності; прийняття до уваги ризик самогубства при складанні загальних правил володіння зброєю, користування зброєю в різних службах, видачі ліцензій на володіння зброєю; проведення аналізу статистики завершених суїцидів у плані їх кластеризації у певних зонах або місцях (будівлях, мостах, вокзалах і т.д.) і прийняття технічних заходів з обмеження можливості суїцидальних дій; здійснення аналізу ситуації на ринку пестицидів і побутових хімікатів, розробка і впровадження заходів з обмеження їх використання ч МСТОЮ (самогубства; проведення аналізу ситуації із розповсюдженістю Інтернет-технологій, що закликають до самогубства, прийняття контрзаходів в межах наявних можливостей.

6. Для **формування відповідального ставлення засобів масової інформації до повідомлення про самогубство** можливі наступні цілеспрямовані дії:

- впровадження у журналістське середовище рекомендацій, розроблених міжнародними громадськими організаціями з висвітлення у ЗМІ фактів самогубства;

- ознайомлення журналістів - через використання журналістських факультетів ВНЗ, асоціації журналістів, зустрічі, семінари, круглі столи - з доведеними даними про роль ЗМІ у провокуванні кластерних самогубств;

- активізація діалогу між представниками ЗМІ і професіоналами у сфері психічного здоров'я та суїцидології в плані взаємних консультацій і обговорення безпечних шляхів презентації відомостей про самогубства;

- використання ЗМІ з метою роз'яснення об'єктивних даних про самогубство і популяризація наявних ресурсів допомоги (телефонів довіри, кризових реабілітаційних центрів, професійних служб, громадських організацій тощо).

7. Для **активізації наукових досліджень** у галузі суїцидології в Україні доцільно здійснювати такі дії:

- розробка і впровадження заходів з об'єктивізації статистики самогубств, узгодження дій правоохоронних органів: судово-медичних бюро та медичних закладів з метою підвищення надійності статистики самогубств;

- активізація епідеміологічних досліджень, цільове вивчення

поширеності та соціально-демографічних характеристик самогубств у різних регіонах України;

- об'єднання зусиль представників різних спеціальностей - соціологів, психологів, психіатрів, спеціалістів в галузі суспільного здоров'я - з метою проведення міждисциплінарних досліджень, що характеризують феномен самогубства в Україні;

- активізація досліджень, орієнтованих на виявлення найбільш перспективних напрямів суїцидальної превенції в Україні, об'єктивна оцінка діючих ініціатив, спрямованих на превенцію самогубств;

- розробка методичних засад такої міждисциплінарної області знань, як суїцидологія, формування спеціальності «суїцидологія» як навчальної дисципліни і сфери наукових знань, розвиток системи національних конференцій по суїцидології, створення методологічної ради, що об'єднує провідних спеціалістів в даній галузі.

ОСОБЛИВОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ БЕСІДИ З ПРАЦІВНИКОМ ДСНС УКРАЇНИ, У ПОВЕДІНЦІ ЯКОГО НАЯВНИЙ АУТОДЕСТРУКТИВНИЙ КОМПОНЕНТ

Для того, щоб своєчасно виявити пожежного-рятувальника, у поведінці якого спостерігається аутоагресія, практичному психологу доцільно постійно підтримувати контакт із керівництвом підрозділів, учити керівників виявляти за певними ознаками підлеглих, які знаходяться у стані суїцидальної активності. З моменту виявлення таких працівників і виникає необхідність проведення з ними індивідуальної профілактичної бесіди.

Невідкладна корекційна допомога персоналу ДСНС України, що переживають ситуаційну кризу з аутоагресивними проявами, складається, як правило, з 4 -6 корекційних бесід, після яких суїцидальні думки і переживання знижують свою інтенсивність.

В основі невідкладної психологічної допомоги лежить точна, глибока і швидка діагностика стану й особистості пожежнорятувальника, точний вибір зон, методів і прийомів допомоги. Досвід показує, що для досягнення своїх цілей невідкладна допомога повинна відповідати наступним принципам:

- встановлення взаємин «співпереживаючого партнерства» на самому початку бесіди; емоційно-нейтральний контакт, припустимий

при довгостроковому впливі, неефективний при купіруванні суїцидонебезпечних станів;

- спрямованість впливів на суїцидогенні переживання, у першу чергу на переживання безнадійності, песимістичну оцінку майбутнього;

- спрямованість допомоги, насамперед, на пізнавальну сферу: допомога в освоєнні нової інформації, оцінці актуальної ситуації, виробленню плану дій, його реалізації, внесенні коректив;

- спрямованість на активізацію особистісних резервних можливостей працівника;

- дотримання послідовності етапів бесіди і надання допомоги, тому що ця послідовність протиставляється дезорганізації пожежогорятувальника і є важливим чинником зменшення емоційної напруги;

- дотримання конфіденційності корекційної роботи необхідно для підвищення довірчості під час обговорення особистих і інтимних проблем, зменшує переживання занепокоєння й уразливості.

Коли у людини горе, моральний розлад, розчарування, вона, як правило, шукає співчуття в оточуючих, прагне «висловити» своє горе.

Все, що виговорено вголос, ніби відходить від людини у словах, при цьому полегшуючи переживання. Якщо працівник знаходиться в емоційно подавленому стані, його поведінка здалася вам суїцидонебезпечною, невідкладно запросіть його на бесіду. Для запобігання спроби самогубства так важливо вчасно встановити з людиною, яка потрапила в біду, контакт, вступити з нею у приятельське спілкування. Важливо підкреслити, що бесіда з людиною, яка знаходиться у стані психологічної кризи – справа надзвичайно тонка, специфічна і потребує ретельної попередньої підготовки. Але часом обставини складаються так, що проводити бесіду необхідно невідкладно. Найбільший обсяг психологічної роботи припадає на першу бесіду.

Як показує досвід роботи, для того, щоб бесіда пройшла ефективно, вона повинна бути побудована певним чином і складатися з декількох послідовних етапів, кожний з яких має свою специфічну задачу і припускає використання спеціальних прийомів. У ході першого контакту особі, що здійснює допомогу, необхідно вирішити відразу кілька задач:

- зменшити емоційну напругу;

- зменшити суїцидогенні переживання;
- мобілізувати працівника на подолання важких обставин;
- підготувати працівника до можливих нових психотравмуючих подій у ході даної кризи і до адекватної реакції на них;
- підсилити мотивацію щодо подальшого одержання психологічної допомоги, переключивши частину уваги працівника із ситуаційних проблем на внутрішньоособистісні.

Запрошення на бесіду

У жодному разі не викликати до себе працівника на бесіду через третіх осіб. Запрошення необхідно зробити обов'язково особисто, бажано віч-на-віч. Краще спочатку зустрітися мов би ненавмисне, звернутися з якимось нескладним проханням або дорученням, виконання якого дасть привід для зустрічі.

Місце бесіди

Можна, звичайно, провести розмову у службовому кабінеті, але більш правильно - не в настільки «формальному» місці. Головне - відсутність сторонніх. Ніхто не повинен переривати розмову, скільки б вона не тривала.

Час бесіди

Бажано призначити бесіду не в службовий час, коли кожний зайнятий своїми справами. Можна, навіть, перед тим, як людина збирається додому. Не треба боятись продовжити бесіду і після того, як увесь особовий склад розійдеться по домівках. Нічна розмова легше стає довірливою. І ще один аргумент на користь «вечірньої» розмови: це час, коли негативні переживання посилюються, загострюється почуття самотності, що несе у собі підвищену суїцидальну небезпеку. Це час максимальної кількості самогубств.

Поведінка під час бесіди

В ході бесіди намагайтеся не робити ніяких записів або обмежуйтеся стислими позначками. Не поглядajte на годинник і тим більше не виконуйте будь-яких «побічних» справ. Будьте гранично уважним, гранично зацікавленим співрозмовником. Покажіть, що важливіше цієї бесіди для вас зараз нічого немає.

Початковий етап бесіди

Головна задача цього етапу полягає у встановленні емоційного контакту із працівником, якого запрошено на бесіду, встановлення взаємовідносин «партнерства», що характеризуються високим ступенем конфіденційності.

Працівника необхідно переконати в тому, що його проблеми будуть зрозумілі, що ви щиро розділяєте його турботи і труднощі.

Цим ви зменшуєте ступінь його емоційної напруженості, надаєте йому можливість більш відверто говорити про свою ситуацію і переживання, включаючи ті аспекти, яких він з якихось причин соромиться. Емоційне прийняття, співчуття, готовність до розуміння знижують виражене при суїцидонебезпечних станах переживання самотності.

Ваш співрозмовник повинен бути вислуханий терпляче і співчутливо, без сумніву і критики. Навіть якщо ви не поділяєте висловлених співрозмовником оцінок, по-іншому дивитися на оточуючих його людей, на сформовану ситуацію, не поспішайте суперечити, спростовувати, висловлювати свої погляди. На першому етапі – тільки уважне («емпатичне») вислуховування, доброзичливість, щире (не показне!) прагнення зрозуміти співрозмовника. Навіть ваші питання, уточнення не повинні на цьому етапі нести в собі елементів сумніву в правомірності думок і уявлень співрозмовника. Завдяки цьому ви будете сприйматися як людина розуміюча, чуйна, така, що заслуговує на довіру.

Слухаючи співрозмовника, звертайте увагу не тільки на його слова, але і намагайтеся виявити підтекст, примічайте замовчування, стежте за манерою спілкування і поведінки, особливостями мовлення, жестів, міміки – вони не менше слів допоможуть вам визначити, чи встановлений той взаємний контакт, коли можна буде переходити до другого етапу бесіди.

Другий етап бесіди

У ході другого етапу з'ясуються соціально-демографічні характеристики працівника та інших втягнутих до кризисної ситуації осіб, їх положення у мікросоціальній групі. У процесі бесіди формується більш повне уявлення про особистість працівника, його потреби і інтереси, про його цінності, життєву спрямованість. Необхідно уточнити також інформацію про близьких йому людей, тому

що саме вони (родичі, друзі, товариші по службі) часто є такими резервними джерелами допомоги і підтримки, що будуть сприяти подоланню дійсної кризи.

Встановлюється послідовність подій, у результаті яких склалася кризова ситуація, з'ясовується, що вплинуло на стан людини.

Один із найбільш істотних моментів цього етапу – зняття відчуття безвихідності ситуації.

Встановивши причини і послідовність розвитку кризи, необхідно перебороти наявне у працівника уявлення про винятковість його несприятливої ситуації, переконати в тому, що подібні ситуації виникають і в інших людей, що стан справ є цілком поправним і причини можуть бути усунуті (прийом «подолання винятковості ситуації»). Важливо з'ясувати, яка подія раптово змінила сформовані обставини і що спонукало звернутися за допомогою.

При гострих суїцидонебезпечних станах несприятлива ситуація, унаслідок перекручувань пізнавальних процесів, часто сприймається особистістю як несподівана, раптова, нездоланна, безнадійна. Психологу потрібно допомогти працівнику усвідомити, що ця ситуація сформувалася протягом певного періоду часу, тісно пов'язана з якимись попередніми подіями на його життєвому шляху й

отже може бути змінена у сприятливому для нього напрямку. Таким чином, актуальна криза пов'язується з попереднім життям пожежного-рятувальника.

Часто критичні обставини представляються працівнику такими, що потребують негайного, невідкладного рішення. У таких випадках потрібно підкреслити, що в нього є час на обмірковування, на ухвалення рішення (прийом «зняття гостроти»).

Встановлюючи зв'язок актуальної кризи з попереднім періодом життя, працівник, як правило, усвідомлює, що особи, у даний час

втягнуті в конфлікт, раніше підтримували з ним доброзичливі, часто близькі відносини; отже, ці відносини можуть бути відновлені.

У процесі бесіди часто з'ясовується, що аналогічні критичні ситуації виникали у працівника і раніше, але він знаходив способи

їхнього подолання. Психологу необхідно встановити причини, у силу яких працівник у даний час не може використовувати ці способи.

Психолог повинен одержати також вичерпні зведення про близьких працівника, не пов'язаних з даною критичною ситуацією.

Одержання таких даних представляє певні труднощі, тому що увага працівника зосереджена на тих, хто втягнутий у кризу. Тим часом,

часто саме особи першої групи (родичі, друзі-товариші по службі) є резервними джерелами підтримки і допомоги.

З цією ж метою можна використовувати питання, сформульовані таким чином, що сама відповідь на них буде припускати зміну позиції людини стосовно її проблем і труднощів (в даному контексті можна використовувати притчі). Тут необхідно пам'ятати золоте правило психотерапії: «Якщо не можеш змінити обставини, зміни ставлення до них».

Співчутливо вислухайте розповідь пожежного-рятувальника про його життя, службу, про успіхи і досягнення, про труднощі, з якими йому доводиться зіштовхуватися. Необхідно тактовно підкреслити ці успіхи, формуючи у співрозмовника уявлення про себе як про особистість, спроможну подолати життєві негаразди (прийом «підтримка успіхами і досягненнями»). Слід зазначити, що «підтримка успіхами і досягненнями», будучи методом непрямого навіювання, є дуже ефективним прийомом психологічної допомоги та повинен неодноразово повторюватися протягом усєї бесіди.

У ході цього етапу необхідно також використовувати прийоми, що підтримують і поглиблюють зміст бесіди. «Структурування бесіди» – це висловлювання, спрямовані на внесення послідовності в розповідь. У результаті пережитої емоційної напруженості співрозмовник може забігати вперед у своїй розповіді або пропускати деякі моменти, іноді дуже істотні. У той же час пожежники-рятувальники в ході бесіди часто фіксуються на епізодах, які завдають психічну травму. Цю тенденцію необхідно рішуче переборювати, у протилежному випадку негативні переживання будуть посилюватися.

Встановлення послідовності фактів, приведення їх у певну систему в багатьох випадках приводить до зміни оцінки ситуації потенційним суїцидентом, до усвідомлення того, що несприятлива ситуація, яку було сприйнято ним як непереборну і безнадійну, є

цілком поправною (її можна виправити). Варто враховувати, що і самий процес розповіді про свою ситуацію і переживання сприяє зняттю негативних емоцій.

У ході бесіди можуть виникнути паузи. У цих випадках можна використовувати прийом «постійна увага до змісту» – повторення деяких фактів, повідомлених працівником раніше, - тим самим виявляючи зацікавленість до співрозмовника, приділяючи йому увагу.

При з'ясуванні характеру і глибини суїцидальних переживань психологу потрібно прагнути до того, щоб працівник відкрито висловлював свої суїцидальні наміри (це сприяє підвищенню відповідальності пожежного-рятувальника за свою поведінку і появі критичного відношення до суїцидальних переживань, зменшує імовірність їхнього здійснення).

У багатьох випадках кризова особистість, повідомивши всю значиму, з її погляду інформацію, у силу перекручувань передбачення

ситуації, відчуває труднощі в її осмислюванні. Психолог повинний висловити точне формулювання пережитої працівником кризи. Це створює у пожежного-рятувальника уявлення, що, якою би важкою не була його проблема, вона може бути зрозуміла, і психолог її розуміє. Тим самим зменшуються переживання самотності і безпорадності.

При завершенні другого етапу бесіди доцільно використовувати прийом «визначення конфлікту», тобто висловити чітке формування ситуації, що переживається працівником. Точне формулювання ситуації створює уявлення, що, якою би важкою не була проблема, вона може бути зрозумілою, і ви її розумієте. Використання цього прийому особливо необхідне в таких випадках, коли співрозмовник стурбований або розгублений.

Протягом другого етапу бесіди використовуються прийоми, що підтримують і поглиблюють контакт і комунікацію:

- повторення змісту. Цим прийомом психолог повідомляє пожежному-рятувальнику, що уважно слухає його і розуміє.

- відображення емоцій. Виділення емоційного компонента, якого-небудь факту і повідомлення його працівнику, наприклад:

«Представляю, яке горе охопило Вас, коли Ви дізналися, що хвороба дитини серйозна». Прийом стимулює більш відкритий прояв

емоцій і особливо показаний у тих випадках, коли співрозмовник відчуває пригніченість і образу.

- означування ситуації або переживання. Виділення з висловлень пожежного-рятувальника їхнього основного значення.

Наприклад: «Якщо я Вас правильно зрозумів, дружина постійно дорікала Вас у недостатній увазі до себе?».

- встановлення послідовності подій. Повторення психологом повідомлених йому фактів у їх причинно-наслідковій або тимчасовій послідовності.

- розробка («поглиблення в тему»). Після того, як психолог зорієнтувався у проблемі, він направляє бесіду на обговорення проблеми, що представляється йому найбільш важливою. Розробка повинна здійснюватися тактовно, її не можна перетворювати в

розслідування. Якщо проблема є дійсно значущою для працівника, він повернеться до неї в тій або іншій формі.

- вербалізація. Словесне позначення того, що має на увазі працівник. Змістом вербалізації повинно бути лише те, що працівник сам припускає.

- пошук джерел емоцій. Працівнику пропонується задуматися над своїм емоційним станом і установити його безпосередні причини. Наприклад: «Які почуття викликала у Вас ця подія?». Цей прийом допомагає пожежному-рятувальнику усвідомити взаємозв'язки між його вчинками, вчинками інших осіб, втягнених у конфлікт, і виникаючими в нього емоціями (для кризової особистості часто характерне нерозуміння зв'язків між вчинками і реакціями на них).

Третій етап бесіди

Цей етап являє собою спільне планування діяльності щодо подолання кризової ситуації. Варто мати на увазі, що можливість

реалізації планових дій буде вищою в тих випадках, коли в плануванні ваш співрозмовник відіграє головну роль.

Основними прийомами третього етапу можуть бути «інтерпретація», «планування», «утримання паузи».

«Інтерпретація» – висловлення гіпотези про можливі засоби розв'язання ситуації.

«Планування» – спонукання працівника до вербального (словесного) оформлення планів майбутньої діяльності. Воно може

виражатися, зокрема, у пропозиції працівнику подумати, що можна зробити в даній ситуації, щоб уникнути несприятливих для нього наслідків. Планування містить у собі не тільки сферу проблем, що вимагають рішення, але й елементи власної поведінки особистості.

Якщо планування здійснюється особою, що одержала допомогу, то імовірність реалізації планованих дій вище, ніж у тих випадках, коли ведучу роль у плануванні відіграє психолог.

«Утримання паузи» (цілеспрямоване мовчання) – важливий засіб психологічного впливу. Мета паузи – надати співрозмовнику можливість проявити ініціативу і стимулювати словесне оформлення розроблених ним планів поведінки. Мовчання повинно

повідомити працівнику, що психолог очікує його слів. Мовчання уповільнює темп бесіди, надає працівнику час для розгляду альтернатив, для прийняття рішень. Воно позитивно впливає на його емоційний стан, зменшує емоційну напругу. Утримання паузи повинно бути «схвалювальним мовчанням», що виражає інтерес до співрозмовника. Воно повинно супроводжуватися невербальною комунікацією – позою, мімікою, жестами, поглядом, що виражають емоційну підтримку.

Базуючись на знаннях особистості пожежного-рятувальника, його стосунках із оточуючими в існуючій несприятливій ситуації, необхідно запропонувати певний варіант поведінки, можливі засоби розв'язання ситуації, що можуть привести до виходу з психологічної кризи.

Процес подолання ситуації, яка травмує психічно, розбивається на більш дрібні етапи, задачі яких можуть бути вирішені. Для розв'язання найближчих задач пропонується декілька попередніх рішень.

Поради необхідно надавати надзвичайно обережно і ні в якому разі не наполягати на їх «істинності в останній інстанції» (тут в нагоді можуть стати методи позитивної психотерапії та притчі). Яким би не був ваш власний життєвий і фаховий досвід, дати 100-відсоткову добру пораду просто неможливо, оскільки життєві ситуації кожної людини індивідуальні й унікальні. Найбільш прийнятними будуть ті рекомендації, що спираються на систему цінностей самого працівника, у протилежному випадку це може призвести до того, що він буде механічно відхиляти погляди, які йому нав'язуються, недовірливо і без необхідної уваги ставитися до

ваших слів.

У деяких випадках у ході планування дій працівник займає пасивну позицію, виявляє утриманські тенденції, намагається повернутися до обговорення прояву свого емоційного стану. У цьому випадку необхідно повернути співрозмовника до обговорення конкретних планів (прийом «фокусування на ситуації»).

У результаті аналізу попередніх рішень виробляється конструктивний план поведінки, спрямованої на подолання несприятливих обставин. Спільний пошук засобів вирішення проблеми додасть вашому підлеглому впевненості у власних силах, підвищить його самооцінку.

Четвертий (завершальний) етап бесіди

Це етап остаточного формулювання рішення, активної психологічної підтримки і надання пожежному-рятувальнику впевненості у своїх силах і можливостях. Необхідно закликати його проявити максимум волі і цілеспрямованості у досягненні бажаного результату.

План дій повинен бути виражений гранично ясно, послідовно і коротко. У тих випадках, коли працівник виражає сумніви щодо яких-небудь моментів наміченого плану, на них слід зупинитися особливо, при цьому проявити рішучість, наполегливість, підібрати вагомні аргументи і докази. Основними прийомами цього періоду є: логічна аргументація, переконання, в деяких випадках – раціональне уселяння впевненості.

Якщо в ході бесіди працівник активно висловлює суїцидальні думки, то його необхідно негайно направити в медичний заклад.

Проте, може скластися ситуація, коли в силу різноманітних обставин цього робити не рекомендується. У цьому випадку бесіда повинна бути спрямована на корекцію суїцидогенних особистісних установок. З цією метою необхідно переконати працівника в наступному:

- що важкий емоційний стан, пережитий ним у теперішній момент, є тимчасовим, що інші особи в аналогічних ситуаціях почували себе також тяжко, а згодом їхній стан цілком нормалізувався;

- що він потрібен рідним, близьким, друзям і його смерть стане для них важкою травмою (актуалізація антисуїцидальних чинників);

- що він, безумовно, має право розпоряджатися своїм життям, але рішення питання про відхід із життя, в силу його крайньої важливості,

краще відкласти на якийсь час, спокійно його обміркувати (підкреслення права працівника розпоряджатися власним життям підвищує його самооцінку, збільшує відповідальність за свою поведінку, зменшуючи актуальність суїцидальних переживань).

Найважливішою умовою профілактичної бесіди є анонімність. Це значить, що будь-яка інформація, повідомлена пожежним-рятувальником, не може бути передана без його згоди кому б то не було, а тим більше стати предметом обговорення у службовому колективі. Порушення цього принципу підриває основу довіри, що в остаточному підсумку робить подальшу профілактичну роботу надзвичайно важкою, а часом і просто неможливою.

Після бесіди необхідно старанно осмислити її результат, зробити необхідні записи і продумати основні напрямки подальшої

роботи, яка буде будуватися, виходячи з аналізу бесіди з урахуванням особистісних особливостей працівника і ситуації, що склалася.

Тому будь-які деталізовані рекомендації стосовно цього дати важко, але основні можуть полягати в наступному:

- необхідно довести до відома керівника підрозділу про несприятливу для його підлеглого ситуацію, що склалася (та частина інформації, яку ви розкриваєте, обов'язково обговорюється з працівником у ході проведення бесіди. Підкреслимо, що надані вам відомості можуть мати настільки інтимний і довірчий характер, що їхнє розголошення може завдати шкоду пожежному-рятувальнику);

- з огляду на підвищену можливість неадекватних реакцій необхідно створити для працівника на якийсь період більш спокійні умови службової діяльності;

- не залишати працівника на цей період без контролю й уваги. Цю задачу доречно доручити товаришам по службі, які знаходяться з ним у дружніх стосунках або є авторитетними для нього;

- при необхідності продумати можливість госпіталізації пожежного-рятувальника.

У завершенні бесіди психолог пропонує особі, що переживає кризу, подальші контакти, повідомляє свій графік роботи, призначає конкретний час наступної зустрічі. У процесі невідкладної бесіди психолог поступово

переходить від позиції емпатичного слухання до позиції співучасті в пізнавальному оволодінні і практичному розв'язанні ситуації. Це виражається й у зміні його вербальної активності.

На першому етапі вербальна активність психолога залежить від стану співробітника, на другому – активність мінімальна і зростає на етапі планування діяльності. На останньому етапі активність психолога досягає максимуму.

Як показує досвід, тривалість першої невідкладної бесіди складає від 1,5 до 2 годин. У 25% випадків для купірування суїцидальної поведінки буває досить однієї бесіди. У більшості випадків людина, яка знаходиться у кризовому стані, звертається за допомогою 4-5 разів (від 2 до 6 тижнів).

Таким чином, для проведення профілактичної бесіди з пожежним-рятувальником, який знаходиться у стані психологічної кризи,

може бути запропонована певна її побудова з виділенням головних етапів. Але буває так, що бесіда йде іншим шляхом, етапи можуть змінюватися місцями, сполучатися і т.п. Боятися цього не потрібно, тому що будь-яка схема несе в собі елемент умовності.

Друга бесіда, призначувана психологом, як правило, через 2-3 дні, має своєю метою інтелектуальне освоєння ситуації. На тлі вже

сформованого емпатичного контакту психолог допомагає працівнику глибше і точніше опанувати те, що відбувається, прийняти його реальність. Оцінюються вже розпочаті дії, спрямовані на вирішення кризи. Здійснюється «зворотний зв'язок»: спільно розроблений план поведінки – дії працівника – спільний аналіз їхніх результатів – подальше планування діяльності. У випадку «нерозв'язних конфліктів» і необоротних утрат, коли зміна зовнішньої ситуації неможлива, самовдосконалення і самоактуалізація можуть бути представлені працівнику як головна життєва мета, що заміняє втрачену мету. Формування у пожежного-рятувальника мотивації до особистісного росту і розвитку – найважливіша задача інтенсивної психологічної допомоги. Виникнення даної мотивації непохитно купірує аутоагресивні переживання.

Творче застосування цієї методики, щире бажання допомогти людині в біді, утримати її від фатального кроку повинно бути

головним орієнтиром у роботі практичного психолога МНС України.

- Перелік запитань, що виносяться на самостійне опрацювання
1. Суїцидологія як міждисциплінарна система знань.
 2. Ангедонія досуїцидальної стадії як детермінанта суїциду.
 3. Антисуїцидальні чинники.
 4. Основні напрями профілактики суїцидальної поведінки.
 5. Безпосередня суїцидальна дія.
 6. Біохімічні чинники.
 7. Внутрішня (психічна) і зовнішня (дієва) форми суїцидальної поведінки.
 8. Вплив екстремальних ситуацій на суїцидальну поведінку.
 9. Вплив психічного стану на інформативність передсмертних записок.
 10. Вплив соціальних зв'язків на суїцидальну поведінку.
 11. Гендерні особливості суїцидальної поведінки.
 12. Основні варіанти особистісного сенсу суїциду: суїцид-помста.
 13. Етапи розвитку суїцидології як науки.
 14. Зв'язок самогубства з соматичними захворюваннями.
 15. Індивідуальні та групові стратегії подолання негативних переживань і почуттів.
 16. «Гра зі смертю» в передсуїциді. Критерії оцінювання вираженості суїцидального наміру.
 17. Історичні погляди на самогубство (Античність, Середньовіччя, ХІХ ст., ХХ ст.).
 18. Класифікація самогубств Е.Дюркгейма.
 19. Конфліктогенна сутність суїцидальної поведінки.
 20. Основні варіанти особистісного сенсу суїциду: заклик про допомогу.
 21. Мотиви самогубства.
 22. Основні варіанти особистісного сенсу суїциду: альтруїстичне самогубство.
 23. Основні варіанти особистісного сенсу суїциду: відмова від життя.
 24. Міждисциплінарні зв'язки суїцидології.
 25. Основні варіанти особистісного сенсу суїциду: суїцид-протест.
 26. Гострий і хронічний передсуїцид.
 27. Основні варіанти особистісного сенсу суїциду: суїцид-самопокарання.
 28. Афективно-напружений і афективно-редукований типи передсуїциду.
 29. Основні стадії суїцидальної поведінки.
 30. Основні школи та напрями вивчення проблеми суїциду.

31. Особистісні конструкти, на які необхідно здійснювати вплив при проведенні корекційної роботи з суїцидентом.
32. Особливості консультування при суїцидапних намірах.
33. Підліткове самогубство: специфіка мотивації та проявів.
34. Передсуїцидальний стан і антивітальні переживання. Поняття та загальна характеристика професійних груп суїцидального ризику.
35. Предмет, завдання, методологічні та природничо-наукові засади суїцидології як науки.
36. Психодіагностичні методи визначення схильності до самогубств та ступеня суїцидального ризику.
37. Психологічний портрет суїцидента.
38. Психологічні засоби профілактики самогубств (корекція особистісних установок, аутогенне тренування, психогігієнічний комплекс, прогресивна релаксація, соціально-психологічні тренінги тощо).
39. Різновиди аутоагресивної поведінки.
40. Різновиди самогубств, скоюваних психічно хворими людьми.
41. Соціологічні чинники суїцидальної поведінки та її характеристика.
42. Соціально-правові аспекти суїцидальної поведінки.
43. Соціально-психологічні чинники суїцидальної поведінки як особливості міжособистісної взаємодії і спілкування.
44. Соціоепідеміологічні аспекти суїцидальної поведінки.
45. Різновиди суїциду. Суїцидальна спроба.
46. Способи суїциду і вплив на них етнокультуральних і особистісних характеристик суїцидента.
47. Ставлення до самогубства як до різновиду душевних розладів (Е.Ескіроль) та породження «хвороб» суспільства.
48. Суб'єктивне значення суїцидальної поведінки.
49. Суїцид та інші аутоагресивні форми поведінки.
50. Суїцидальна ідеяція та її етапи: пасивні суїцидальні думки, суїцидальні замисли, суїцидальні наміри.
51. Сучасний стан та основні тенденції розповсюженості самогубств в Україні.
52. Сучасний стан та основні тенденції розповсюженості самогубств у світі.
53. Схема збирання анамнезу про суїцидента (фізіологічний, сімейний, особливості онтогенезу).
54. Типи суїцидальної поведінки здорових людей.
55. Форми, методи і принципи корекційної роботи з суїцидентами.
56. Типи суїцидальної поведінки психічно хворих.
57. Філософські, медичні, історико-культурологічні оцінки сутності суїцидальної проблеми.

58. Форми суїцидальної дії: імпульсивна та розгорнута.
59. Психологічні засади організації попередження та корекції девіантної поведінки.
60. Психологічне консультування як метод профілактики девіантної поведінки.
61. Особливості психологічної роботи з асоціальними особами.
62. Особливості психологічної роботи з особами, які страждають алкогольною залежністю.
63. Особливості консультування при суїцидальних намірах.
64. Типи суїцидальної поведінки психічно здорових людей.
65. Особливості індивідуальної профілактичної бесіди з працівником ДСНС України, у поведінці якого присутній аутодеструктивний компонент.

Перелік теоретичних питань для підготовки до заліку

1. Соціально-історичні аспекти проблеми самогубства.
2. Поняття та основні теорії суїцидальної поведінки особистості.
3. Особливості переживання людьми самогубства близьких.
4. Основний психологічний зміст передсмертних послань суїцидентів.
5. Фізіологічна природа самогубства.
6. Біологічні та психолого-психіатричні фактори ризику суїцидальної поведінки.
7. Паталогоанатомічні дослідження самогубства.
8. Суїцидальна мотивація.
9. Неусвідомлюване самогубство.
10. Ризикована гра і ризикована безпечність.
11. Психопатологічне і афективно-невропатичне самогубство.
12. Самогубство психічно здорової людини.
13. Демонстративно-маніпулятивна форма суїцидальної поведінки.
14. Внутрішні і зовнішні форми суїцидальної поведінки.
15. Групова згуртованість як чинник, що впливає на суїцидальність.
16. Соціальні засади мотивації егоцентричного самогубства.
17. Соціальні засади мотивації альтруїстичного самогубства.
18. Соціальні засади мотивації анемічного суїциду.
19. Суспільне ставлення до самогубства як фактор суїцидальності.
20. Навіювання суїцидальних настроїв засобами масової інформації, літературними творами.
21. Особливості виникнення та перебігу суїцидальної поведінки у молоді.
22. Захисні антисуїцидальні фактори.
23. Роль міжособистісних конфліктів у скоєнні самогубства.
24. Визначення в ході спостереження перших загрозливих тенденцій, знак суїцидальної поведінки підлітків та юнаків.
25. Психологічна характеристика суїцидальності неповнолітніх.
26. Імпульсивність, емоційна незрілість, емоційна нестійкість як суїцидогенні особливості психіки неповнолітніх.
27. Зовнішні чинники суїцидальності неповнолітніх.
28. Сімейні чинники суїцидальності неповнолітніх.
29. Суїцидогенні переживання неповнолітніх.
30. Суїцидонебезпечні ситуативні реакції підлітків.
31. Суїцидальна поведінка у студентському віці: причини, характеристика.
32. Самогубство в похилому віці: соціально-психологічні чинники.
33. Соціально-психологічні фактори, що детермінують суїцидальну поведінку у військових колективах.

34. Психологічні особливості самогубств серед співробітників органів внутрішніх справ.
35. Соціально-психологічні особливості суїцидальної поведінки засуджених.
36. Різновиди спроби самогубства.
37. Групи потенційних самогубців.
38. Основні завдання психолога-консультанта, щодо спроби самогубства.
39. Психотерапія як метод корекції і превенції аутоагресивної (суїцидальної) поведінки.
40. Профілактика аутоагресивної (суїцидальної) поведінки.
41. Організаційні і правові принципи надання допомоги суїцидентам.
42. Основні методи психокорекційної роботи з суїцидентами.
43. Бажана упереджувальна поведінка батьків і оточуючих зі схильними до суїциду дітьми та підлітками.
44. Рекомендації педагогічним працівникам щодо надання превентивної допомоги учневі при потенційному суїциді.
45. Професійні науково-методичні заходи і підходи у профілактичній нейтралізації та корекційній роботі психологів із суїцидентами.
46. Виявлення психологічного сенсу суїциду.
47. Техніки психологічної допомоги потенційному суїциденту.
48. Особливості телефонного консультування клієнта, який виявляє суїцидальні наміри.
49. Психологічна допомога людям, які пережили суїцид близьких.
50. Групова робота з суїцидентами.
51. Причини та приводи суїцидальної поведінки персоналу ДСНС України.
52. Основні групи факторів, що сприяють виникненню аутодеструктивної поведінки серед персоналу ДСНС України.
53. Характеристика методів та методик психологічної допомоги людям із ознаками девіантної поведінки.
54. Характеристика психокорекційної роботи, спрямованої на подолання ознак девіантної поведінки.
55. Характеристика психоконсультаційної роботи, спрямованої на подолання ознак девіантної поведінки.

Рекомендовані джерела інформації

Основна література:

1. Федоренко Р.П. Психологія суїциду: навч. посіб. – Вид. 2-ге, змін. та доп. – Луцьк : Вежа-Друк, 2022. – 492 с.
2. Кришталь А.О. Психологія суїцидальної поведінки: [методичні вказівки до виконання контрольної роботи для слухачів заочної форми навчання за першим (бакалаврським) рівнем вищої освіти, спеціальності 053 «Психологія»] / А.О. Кришталь. – Черкаси: ЧПБ імені Героїв Чорнобиля НУЦЗУ, 2021. – 14 с.
3. Освітньо-професійна програма «Екстремальна та кризова психологія» підготовки здобувача на першому (магістерському) рівні вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія» галузі знань 05 «Соціальні та поведінкові науки». – Черкаси: ЧПБ ім. Героїв Чорнобиля НУЦЗ України, 2021. – 30 с.
4. Примуш В.М. Загальна соціологія: навч. посібник. – К.: Професіонал, 2004. – 590 с.
5. Психологія суїцидальної поведінки: навч. посіб. / Лебедєв Д.В., Назаров О.О., Тімченко О.В., Христенко В.С., Шевченко; за заг. ред. проф. О.В. Тімченка. – Харків, 2007. – 129 с.
6. Саржевський С.Н. Суїцидологія: навчальний посібник для лікарів інтернів з спеціалізації «Психіатрія». – Запоріжжя, 2020. – 87 с.
7. Фомич М.В. Психологія діяльності в особливих умовах : навч. посіб. / [М.В. Фомич, С.І. Головченко, Г.С. Грибенюк, О.М. Дячкова та ін.] ; за заг. ред. проф. М.А. Кришталя. – Черкаси: видавець Третяков О.М., 2021. 120 с.

Допоміжна література

1. Лісова О.С. Психологія суїцидальної поведінки / О.С. Лісова. – Чернівці, 2004. – 233 с.
2. Актуальні проблеми суїцидології / під ред С. І. Яковенка. – Київ: РВВ КІВС, 2002. – Ч. 1. – 196 с.
3. Актуальні проблеми суїцидології / під ред С. І. Яковенка. – Київ: РВВ КІВС, 2002. – Ч. 2. – 140 с.
4. Блінова О.Є. Психологічні фактори суїцидальної поведінки у підлітковому віці / О.Є. Блінова // Актуальні проблеми суїцидології : зб. наук. праць. – К., 2002. – Ч. 1. – С. 31-33.
5. Діденко О.І. Суїцидальні наміри у психологічному портреті злочинця / О.І. Діденко; за заг. ред. С.І. Яковенка // Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика : зб. наук. праць. – Київ: РВВ КІВС, 2000. – с. 152-155.
6. Завадська Н.В. Проблема самогубства у підлітковому середовищі / Н.В. Завадська // Соціальний працівник. – 2007. – Січ. (№ 2). – С. 10-12.
7. Коцан І.Я. Психологія здоров'я людини: навч. посіб. / І.Я. Коцан, Г.В. Ложкін, М.І. Мушкевич; за ред. І.Я. Коцана. – Луцьк : РВВ «Вежа» Волин.

нац. ун-ту ім.Лесі Українки, 2009. – 316 с

8. Кришталь М.А. Психологічне забезпечення професійної діяльності працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України : [навчальний посібник] / Кришталь М.А. – Черкаси : Академія пожежної безпеки імені Героїв Чорнобиля, 2011. – 226 с.

9. Патопсихологія суїцидальної поведінки / за ред. В.П. Москальця // Психологія суїциду. – Київ, 2004. – С. 145-209.

10. Психологія суїцидальної поведінки: діагностика, корекція, профілактика / під ред. С. І. Яковенка. – Київ: РВВ КІВС, 2000. – 200 с.

11. Психологія суїциду: навч. посіб. / за ред. В.П. Москальця. – Київ – Івано-Франківськ: Плай, 2002. – 260 с.

12. Тимченко О.В. Організація роботи з профілактики суїцидальних проявів серед курсантів вищих навчальних закладів МВС України // Організація виховної роботи у вищих навчальних закладах МВС України: Матеріали науково-практичної конференції. – Харків: Видво Нац. ун-ту внутр. справ, 2002. – С.128 –130.

13. Тимченко О.В. Телефонна психотерапія : напрямки роботи з кризовими та суїцидонебезпечними абонентами // Вісник ХДПУ ім. 125 Г.С. Сковорди. Психологія. – Харків: ХДПУ, 2001. – Вип. 5. –С.174 – 177.

14. Miller T.W., Martin W.& Spiro K. Traumatic stress disorder: Diagnostic and clinical issues in former prisoners of war // Comprehensive Psychiatry. – 1989. – V. 30. – P.139-148.

Інформаційні ресурси

1. Саржевський С.Н. Суїцидологія : навчальний посібник для лікарів інтернів з спеціалізації «Психіатрія» [електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://2020.Suitsydolohiia.pdf>

2. Фоменко К.І. Психологія губристичної мотивації суб'єкта / К.І. Фоменко діяльності [електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://psychology.univer.kharkov.ua/1819news/Diss oct/Diss FOMENKO.pdf](http://psychology.univer.kharkov.ua/1819news/Diss%20oct/Diss_FOMENKO.pdf)

3. Перша психологічна допомога // Комісія УГКЦ у справах душпастирства охорони здоров'я [електронний ресурс]. – Львів : Друкарські куншти, 2015. – 184 с. – Режим доступу : <http://persha-psychologichna-dopomoga-2015-online.pdf>