

Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України  
Волинський національний університет  
імені Лесі Українки

**Р. П. Федоренко**

## **ПСИХОЛОГІЯ СУЇЦИДУ**

*Навчальний посібник*

Луцьк  
Волинський національний університет  
імені Лесі Українки  
2011

УДК 616.89-088.441.44+159.97

ББК 88.484

Ф 33

*Рекомендовано Міністерством освіти і науки, молоді та спорту України як навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів III–IV рівнів акредитації (лист № 1/11-5626 від 05.07.2011 р.)*  
*Серія “Посібники та підручники ВНУ ім. Лесі Українки”*  
*Серія заснована у 2010 році*

Рецензенти:

**О. С. Кочарян**, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психотерапії та консультування Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

**Г. В. Ложкін**, доктор психологічних наук, професор кафедри педагогіки та психології Національного технічного університету України «КПІ»;

**Л. В. Засєкіна**, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри загальної та соціальної психології Волинського національного університету імені Лесі Українки.

**Ф 33 Федоренко Р. П. Психологія суїциду [Текст] : навч. посіб. / Раїса Петрівна Федоренко. – Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2011. – 260 с. (Посібники та підручники ВНУ ім. Лесі Українки).**

Навчальний посібник містить важливі науково-методичні положення щодо теорій та концепцій суїцидальної поведінки, розкриває мотивацію та фактори, що детермінують суїцидальні спроби, ознайомлює з основними методами діагностики, які можуть використовуватись у практичній роботі психолога для виявлення осіб, схильних до суїцидальних намірів, подає методики та техніки терапії щодо осіб, які здійснили спробу самогубства.

Для студентів та фахівців спеціальності «Психологія», соціальних педагогів, лікарів, педагогічних працівників.

**УДК 616.89-088.441.44+159.97**

**ББК 88.484**

© Федоренко Р. П., 2011

© Гончарова В. О. (обкладинка), 2011

© Волинський національний університет імені Лесі Українки, 2011

ISBN... (серія)

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕДМОВА</b> .....	6
<b>Розділ I. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ</b>	
<b>1.1. Теоретичні основи психології суїцидальної поведінки</b>	
1.1.1. Соціально-історичний аспект проблеми самогубства .....	8
1.1.2. Поняття та основні теорії суїцидальної поведінки .....	16
1.1.3. Особливості переживання людьми самогубства близьких .....	27
1.1.4. Основний психологічний зміст передсмертних послань суїцидентів .....	39
<b>1.2. Загальнопсихологічні особливості суїциду. Суїцид і суїцидоподібні вчинки</b>	
1.2.1. Суїцидальна мотивація.....	41
1.2.2. Неусвідомлюване самогубство.....	43
1.2.3. Ризикована гра і ризикована безпечність.....	44
1.2.4. Психопатологічне і афективно-невропатичне самогубство....	45
1.2.5. Самогубство психічно нормальної людини.....	49
1.2.6. Демонстративно-шантажна форма суїцидальної поведінки....	49
1.2.7. Внутрішні і зовнішні форми суїцидальної поведінки .....	50
<b>1.3. Соціальні форми мотивації суїцидальної поведінки</b>	
1.3.1. Групова згуртованість як чинник, що впливає на суїцидальність...52	
1.3.2. Соціальні засади мотивації егоцентричного самогубства.....	54
1.3.3. Соціальні засади мотивації альтруїстичного самогубства .....	56
1.3.4. Соціальні засади мотивації анемічного суїциду.....	58
1.3.5. Суспільне ставлення до самогубства як фактор суїцидальності....60	
1.3.6. Навіювання суїцидальних настроїв засобами масової інформації, літературними творами .....	65
<b>1.4. Соціально-психологічні, індивідуально-психологічні та особистісні чинники виникнення та перебігу суїцидальної поведінки у молоді</b>	
1.4.1. Особливості виникнення та перебігу суїцидальної поведінки у молоді.....	68
1.4.2. Захисні антисуїцидальні фактори .....	72
1.4.3. Формування адекватного ставлення оточуючих до суїцидальних проявів і можливостей їх виявлення та подолання .....	75
1.4.4. Визначення в ході спостереження перших загрозливих тенденцій, ознак суїцидальної поведінки підлітків та юнаків .....	78
<b>1.5. Психологічні особливості суїциду неповнолітніх</b>	
1.5.1. Психологічна характеристика суїцидальності неповнолітніх .	82
1.5.2. Імпульсивність, емоційна незрілість, емоційна нестійкість як суїцидогенні особливості психіки неповнолітніх .....	84

1.5.3. Зовнішні чинники суїцидальності неповнолітніх .....	84
1.5.4. Сімейні чинники суїцидальності неповнолітніх .....	85
1.5.5. Суїцидогенні переживання неповнолітніх.....	86
1.5.6. Суїцидонебезпечні ситуативні реакції підлітків .....	89
1.5.7. Суїцидальна поведінка у студентському віці: причини, характеристика .....	89
<b>1.6. Соціально-психологічні особливості суїцидальної поведінки різних груп населення</b>	
1.6.1. Самогубство в похилому віці: соціально-психологічні чинники .	95
1.6.2. Соціально-психологічні фактори, що детермінують суїцидальну поведінку у військових колективах .....	100
1.6.3. Психологічні особливості самогубств серед співробітників органів внутрішніх справ .....	130
1.6.4. Соціально-психологічні особливості суїцидальної поведінки засуджених .....	140
<b>1.7. Особливості роботи психолога із клієнтами з суїцидальними намірами .....</b>	
	145

## **Розділ II. ОСНОВНІ МЕТОДИ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З СУЇЦИДЕНТАМИ**

### **2.1. Психодіагностика аутоагресивної (суїцидальної) поведінки**

2.1.1. Психотерапія як метод корекції і превенції аутоагресивної (суїцидальної) поведінки .....	151
2.1.2. Профілактика аутоагресивної (суїцидальної) поведінки.....	152
2.1.3. Організаційні і правові принципи надання допомоги суїцидентам.....	163
2.1.4. Основні методи психокорекційної роботи з суїцидентами .....	166

### **2.2. Методи психологічної профілактики та корекції суїцидальних тенденцій в учнівській молоді**

2.2.1. Бажана упереджувальна поведінка батьків і оточуючих зі схильними до суїциду дітьми та підлітками .....	177
2.2.2. Рекомендації педагогічним працівникам щодо надання превентивної допомоги учневі при потенційному суїциді.....	179
2.2.3. Професійні науково-методичні заходи і підходи у профілактичній та корекційній роботі психологів із суїцидентами.	180

### **2.3. Формування навичок психологічної допомоги при суїциді**

2.3.1. Виявлення психологічного сенсу суїциду .....	184
2.3.2. Техніки психологічної допомоги .....	186

2.3.3. Особливості телефонного консультування клієнта, який виявляє суїцидальні наміри.....	193
2.3.4. Психологічна допомога людям, які пережили суїцид близьких	197
2.3.5. Групова робота з суїцидентами.....	202
Список рекомендованої літератури.....	208
Навчальний план та програма спецкурсу “Психологія суїциду” .....	214
Додатки.....	231
Предметний покажчик .....	250
Покажчик імен .....	255

## *Передмова*

Дотепер проблема самогубства у світі залишається нерозв'язаною, а тому стає дедалі актуальнішою, особливо на тлі зростання показників цього явища, яке, зокрема в Україні, набуває епідемічного характеру. Якщо пощастить зрозуміти, чому людина, завзято захищаючи недоторканність життя на планеті та поглиблюючи свої знання, вибирає між життям і смертю на користь останньої, то можна буде упритул наблизитися до розв'язання проблеми ефективного попередження самогубств. Тому важливим є вивчення феномену цього явища, в тому числі через призму невід'ємної частини культури людства – світових релігій.

Глибоке висвітлення деструктивної людської поведінки, а саме вчинення самогубства, досить широко репрезентоване вже у творчості мислителів античного світу. Серед досліджень цієї проблеми останніх десятиліть привертають увагу праці радянських і сучасних вітчизняних учених різних галузей знання, серед яких, зокрема, Р. З. Авакян, І. А. Алієв, С. В. Бородін, Є. М. Вроно, І. О. Кирилова, М. І. Ковальов, А. Г. Амбрумова, Л. І. Постовалова, А. Р. Ратінов, І. Паперно та ін. Самогубство та шляхи його попередження вивчали також українські науковці Ю. В. Александров, В. О. Глушков, В. Ф. Войцех, С. В. Жабокрицький, М. П. Мелентьєв, В. П. Москалець, О. М. Моховиков, Г. Я. Пілягіна, В. В. Сулицький, А. П. Тищенко, А. П. Чупріков, В. О. Шаповалов, С. І. Яковенко, Н. М. Ярмиш та інші, котрі висловлювали доволі різні думки не лише щодо причин існування розглядуваного явища, способів його попередження, а й з приводу його дефініції та розуміння. Особливості сприйняття самогубства релігією аналізувалися лише з оглядово-історичної точки зору, у контексті обраного вченими напряму дослідження – правового, психологічного, медичного тощо [30]. Слід визнати, що за часів освоєння космосу, біоінженерії, а після світових воєн і розвитку масової культури відбулися зміни й у духовності людини. Чим освіченішою вона стає, що більше знань про світ здобуває, то глибше "зазирає" в себе, частіше замислюється над сенсом свого життя. Проте дедалі більше людей на планеті втрачають потяг до життя, вдаються до самогубства. Залишаючись на індивідуальному рівні затабованим через свою інтимність, нині самогубство сприймається загалом як негативне моральне явище, адже людські втрати не можна виправдати. Це розуміють і в широкому загалі, і в державі. Проте проблема мінімізації самогубства визнається дотепер не розв'язаною.

Згідно з даними ВООЗ, з початку 50-х років ХХ століття суїцид на нашій планеті набув наростаючої тенденції. Статистика засвідчує, що приблизно 600 тисяч осіб щорічно закінчують своє життя самогубством. Це більше, ніж від убивств у мирний час.

Психотерапевти, священики свідчать, що регулярно чують сповіді людей про їхні суїцидальні думки. Сам вчинок суїциду впливає зі стану душі, психіки, з емоційного переживання та осмислення ситуації. Отже, суїцид у своїй основі – психологічне явище. Тому основною частиною суїцидології є психологія суїциду, яка містить загальнопсихологічні, патопсихологічні, диференційно-психологічні, соціально-психологічні, психодіагностичні, психокорекційні, психолого-педагогічні, психолого-вікові аспекти.

Сьогодні цю актуальну тему активно обговорюють спеціалісти, урядовці, правоохоронці і громадськість. Однак пересічний українець частіше засуджує самовбивцю або сприймає його як психічно хворого, якому – впевнений – не допомогти, а людям, чий близькі чи родичі здійснили суїцид, доводиться потерпати від невиправданих звинувачень і неоднозначних поглядів оточуючих.

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. Психологія суїциду має загальнопсихологічні, патопсихологічні, диференційно-психологічні, соціально-психологічні, психодіагностичні, психокорекційні, психолого-педагогічні, психолого-вікові аспекти.

У навчальному посібнику викладено сучасні наукові дані щодо проблеми запобігання самогубств. Висвітлено соціально-психологічні, індивідуально-психологічні та особистісні передумови виникнення суїцидальних тенденцій, підходи, принципи, методи і прийоми психодіагностичної та психопрофілактичної роботи з потенційними суїцидентами, практичний досвід роботи автора посібника з особами із суїцидальними намірами.

# РОЗДІЛ I

## СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

### 1.1. Теоретичні основи психології суїцидальної поведінки

#### 1.1.1. Соціально-історичний аспект проблеми самогубства

Історія людської цивілізації багата на свідчення, які доводять, що суїцидальна поведінка була властива людині ще з найдавніших часів. Археологічні розкопки гробниць царів Шумера і Аккаде (III тис. до н. е., територія сучасного Іраку) відкрили цікаві й водночас жахливі факти: воїни особистої охорони царів випивали смертельну отруту, щоб супроводжувати своїх повелителів в останню путь і навечно застигнути біля дверей їхніх підземних опочивалень. У стародавніх кельтів (II-I тис. до н. е.), які займали значну частину сучасної Західної і Центральної Європи, вважалося соромом помирати у ліжку. Відчуваючи смерть, кельти влаштовували пишні бенкети, а після свята кидалися у море.

З розвитком людської спільноти погляди на сутність самогубства та його моральна оцінка суттєво змінювалися. У кожному культурно-історичну епоху в різних етносах воно розцінювалося як гріх чи норма, злочин чи подвиг, прояв героїзму чи слабкості духу. Напевне, найпершою письмовою згадкою про суїцид, яка дійшла до нас із сивої давнини, є стародавньоєгипетський твір “Суперечка людини зі своєю душею”. Він належить до епохи Стародавнього царства (XXI ст. до н. е.) і був написаний невідомим автором в часи докорінної перебудови суспільного порядку і моралі. Весь твір пронизаний відчуттям замкнутості і покинутості, людина почуває себе самотньою у суспільстві: “Мені смерть видається нині зціленням хворого, виходом з полону страждань. Мені смерть видається нині благодотворним миром, сидінням у тіні вітрила, наповненого вітром. Мені смерть видається нині лотоса пахощами, безтурботністю на березі сп’яніння. Мені смерть видається нині неба проясненням, осягненням істини прихованої. Мені смерть видається нині домівкою рідною після довгих років ув’язнення”. Те, що твір записаний і зберігся аж до наших днів, свідчить, що він уже на той час мав важливе художнє значення й що в епоху Стародавнього Царства ставлення влади і громадськості до самогубства було досить толерантним [30].



У традиційних примітивних культурах смерть оцінювалась як “погана” або “хороша”. Самогубство логічно пов’язувалося з поганою смертю. За народними віруваннями і переказами народів Африки, Азії та Південної Америки, що перебували на родо-племінному етапі розвитку, самогубці перетворювалися на маленьких злих духів і погано впливали на тих, хто залишився жити, зокрема на своїх родичів.

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; Арістотель 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 гомілках. 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” [10]. Петроній, автор знаменитого “Сатирикона”, перерізав собі судини на вечірці з друзями. Слабнучи від втрати крові, він попросив тимчасово перев’язати собі судини, щоб востаннє отримати насолоду від сну. Прокинувшись, він зірвав пов’язки, щоб померти. Римляни навіть ідеалізували самогубство – воно сприймалося як прояв витонченості. Тацит в одному зі своїх творів (“Аннали”) пише, що за часів імператора Клавдія свобода полягала лише у виборі способу своєї смерті. А за часів Марка Антонія існувала академія-синапофименон – члени якої по черзі позбавляли себе життя, вигадуючи приємні способи самогубства. Стародавні іудеї – маленький кочівний народ – не могли дозволити

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.

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.

В ісламі самогубство оцінюється як найбільший гріх і забороняється Кораном, однак самогубства в ім'я вітчизни й Алаха часто визнаються за героїчні 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 [10].

Є підстави вважати, що у християнстві однозначне ставлення до суїциду сформувалося не відразу. Першим з отців церкви його публічно засудив Блаженний Августин у IV ст. Інший відомий поборник християнства Фома Аквінський писав, що самогубство – це великий гріх стосовно себе, суспільства і Бога; це гріх стосовно своєї душі, тому що вона позбавляється можливості покаятися. У Біблії найбільш чітко щодо самогубства висловлюється апостол Павло: “Хіба ви не знаєте, що ви храм Божий... Якщо хтось розорить храм Божий, того покарає Бог, бо храм Божий святий, а цей храм – ви” [1 Кор. 3:16,17]. Видатний російський мислитель Микола Бердяєв у психологічному етюді “Про самогубство” зазначає: “Можна співчувати самогубцеві, але не можна співчувати самогубству”. Будучи істинним християнином, він оцінює суїцид як насильство не лише над

життям, а й над смертю, оскільки тут немає вільного прийняття смерті в час, коли вона посилається творцем; тому це неповага до таїни смерті, яка є такою ж великою, як і таїна життя – це гріховне ставлення до життя і до смерті. Крім того, самогубство прямо протилежне Хресту Ісуса – це відмова від Хреста. Адже сенс життя християнина – страждання – Хрест: "Візьми свій хрест і йди за мною". Крім того, самогубство за своєю природою є запереченням трьох найвищих християнських чеснот – Віри, Надії та Любові. Самогубець втратив віру і в Бога, і в людей. Він втратив надію і підкорився тузі, зневірі – а це найбільший гріх. Він не має любові, бо не думає про ближніх.

З часом, зокрема і під сильним впливом релігійних традицій, суспільство почало вороже ставитися до самогубства. Деякі мислителі оцінювали цей вчинок навіть як вияв людиною презирства і неповаги до всього людства. Наприклад, І. Кант писав: "Самогубство є образою людства". Релігійні заборони позначалися на кримінальних і громадянських кодексах деяких держав. Так, в Англії та багатьох інших країнах самогубство довго вважалося кримінальним злочином. Тих, хто намагався здійснити суїцид, чекало ув'язнення. Такі санкції нібито мали слугувати засобом залякування потенційних самовбивць. Однак вони не були спроможні запобігти здійсненню цього фатального вчинку навіть після звільнення суїцидента із ув'язнення.

Наведемо ще декілька суперечливих думок видатних представників європейської культури щодо самогубства. Німецький філософ А. Камю писав, що є лише одна насправді серйозна проблема – проблема самогубства. Вирішити, чи варте життя того, щоб його прожити, – означає відповісти на фундаментальне питання філософії. Самогубство – один зі способів боротьби з абсурдом буття, один із методів пізнання світу.

А. Шопенгауер закликав до світового самогубства, згасання світової волі до життя, яке лише породжує муки і страждання, до небуття, нірвани (він близький до буддизму) [52].

А чи справді варто жити життям, сповненим страждань? Напевне, це питання одним із перших постає перед людиною, яка починає задумуватися над тим, як перервати потік нестерпних переживань. Ф. Достоевський пише в "Записках из подполья", що свідомість – це єдина причина страждань. Звільнення від свідомості є звільненням від страждань. Це звільнення хтось знаходить в алкоголі, хтось у наркотиках. А хтось... Однак існує й інша думка – думка про те, що

страждання має сенс – її висловлюють і М. Бердяєв, і Ф. Ніцше, і В. Франкл.

М. Бердяєв зазначає, що людина може пережити багато страждань – сил у неї більше, ніж вона здогадується. Проте їй важко переживати страждання, які не мають сенсу. Страждання, мета і сенс якого усвідомлені – це вже зовсім інше страждання. За В. Франклом, жодне самогубство не може бути виправданим морально, оскільки воно позбавляє людину можливості розвиватися і спокутувати ті страждання, які вона спричинила іншим. Однак сенсу життя не можна навчитися – його можна лише знайти. Унікальний, індивідуалізований, він лежить десь поза одиничним життям людини. Завдання психолога – допомогти людині знайти свій сенс життя [52].

Таке ставлення суспільства до суїциду пов'язане, насамперед, з ритуальними самогубствами, які й до цього часу трапляються у звичаях окремих народів. Наприклад, тільки на початку 80-х років ХХ ст. в Індії державним законом було заборонено здійснення традиційного ритуального самогубства сатті. 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 сатті 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 – зіскочити з гілок священного баньяна. “Популярною” була також

смерть під колесами важких колісниць, на яких перевозять статуї богів із храму Джаганнатха в інший кінець міста.

Чи не найвідомішим видом ритуального самогубства, описаним у багатьох літературних творах і відображеним у численних кінострічках, є харакірі, або сепуку, – самогубство, пов'язане з бусідо, – моральним кодексом японського воїна самурая. Бусідо до найменших дрібниць регулював життя воїна і містив своєрідні моральні й світоглядні настанови: “Самурай повинен щодня готуватися до смерті, щоб не бути посміховиськом в очах ворога. Якщо у тебе є вибір: безчесно жити чи славно вмерти – помри. Якщо в тебе є вибір: славно жити чи славно вмерти – вибери життя. Самурай завжди повинен пам'ятати, що життя – фальшиве. Є лише одна істина – смерть. Щоранку думай про те, як треба померти, щовечора освіжуй свій розум думками про смерть і тільки так виховуй свій розум і волю”.

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. Саме як звичай такий спосіб самогубства бере свій початок з епохи Хейан (IX – XII ст.), хоча його корені сягають набагато давніших часів. 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. Дзюнсі – 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 [52].

У Стародавньому Римі ритуальне самогубство існувало як спокутування ганьби військових поразок: переможений кидався животом на увіткнутий у землю меч або слуга за наказом господаря пронизував його мечем. Так пішли з життя Клеомен III – цар Спарти, Гай Гракх – римський народний трибун, Марк Брут, який очолював заколот проти Юлія Цезаря.

У християнстві самогубства на релігійному ґрунті більш рідкісне явище, ніж, скажімо, у буддизмі чи ісламі.

Самоспалення старообрядців – в основному як протест проти утисків влади (подвійний подушний оклад – 1721 р.) й офіційної церкви. Всі переконані старообрядці були дуже фанатичними, особливо жінки. Як правило, самоспалювання здійснювалося масово, разом із дітьми. Для цього вибирали хатину чи хлів. Попередньо сповідалися, милися, одягали білу сорочку. Вважалося, що після такої мученицької смерті в ім’я Боже вони потрапляли одразу в рай.

*Самогубства христофорівців.* Христофорівці – одна з гілок старообрядництва, головним “ідеологом” якої був Христофор Зирянок. Він належав до мандрівців, або “бігунів”, – християн-мандрівників. Обителі свої будували в лісі. Найчастіше – землянки. Насаджуючи “бігунську віру”, закликав одновірців переховуватися

нібито від переслідувань: “Переховуватися стає все важче. Залишається один шлях – самому швидше піти з життя, добровільно прийнявши самознищення”.

У ХХ ст. найбільш вражаючими були самогубства за релігійними мотивами членів секти “Народний дім”, заснованої Джимом-Джонсом – напівфюрером-напівпророком. Понад 900 сектантів випили прохолоджуючий напій, змішаний на цианістому калії. Вони були доведені до цього безумства “білими ночами” (так називалися генеральні репетиції масового самогубства у концтаборі Джонса) та іншими містичними ритуалами.

Самогубства також характерні для таких сучасних релігійних сект, як “Ананда Марга”, “Гілка Давидова”, “церква Муна”, Велике Біле Братство, “Аум Синрікйо”, сатаністи.

За різними оцінками експертів, кількість самогубств в Україні коливається в межах 20 – 42 випадків на 100 тисяч населення. Найвища смертність внаслідок суїциду зафіксована у регіонах, які найбільше постраждали від Чорнобильської катастрофи, а також у східних промислових областях України – Запорізькій, Луганській і Донецькій. Західні регіони оцінюються як більш благополучні щодо поширення самогубств. Найнижчий рівень самогубств – у Закарпатській області. Дослідники вважають, що одним із визначальних факторів, котрі стримують західних українців від фатального вчинку, є християнські традиції, які ще збереглися й активно підтримуються жителями цих країв. Загалом середньостатистичні показники вчинених самогубств в Україні становлять 29 осіб на 100 тис. населення.

Офіційна статистика самогубств значно відрізняється від реальної (приблизно в чотири рази), оскільки до неї потрапляють лише явні випадки. Ніхто не фіксує випадків невдалих спроб самогубства, кількість, за різними оцінками, в 10–20 разів більше, ніж завершені самогубства. За статистичними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щороку закінчують життя самогубством понад 1 млн осіб. Серед них: 280 тис. китайців, 30 тис. американців, 25 тис. японців, 20 тис. французів, 50 тис. росіян.

ВООЗ поділяє всі країни за показником самогубств на три групи:

– низький рівень самогубств (до 10 осіб на 100 тис. населення) – Греція, Італія, Гватемала, Філіппіни (0,5), Албанія (1,4), Домініканська Республіка (2,1), Вірменія (2,3). Найнижчий рівень самогубств зафіксований у Єгипті (0,3);

– середній рівень самогубств (від 10 до 20 осіб на 100тис. населення) – Австралія, США;

– високий і дуже високий рівень самогубств (понад 20 осіб на 100 тис. населення) – Японія (58), Латвія (42,5), Литва (42,1), Росія (42), Естонія (38,2), Угорщина (35,9), Україна (29).

Всесвітня організація охорони здоров'я кваліфікує кількість понад 20 самогубств на 100 тис. населення як загрозливий стан психічного здоров'я країни. Рівень самогубств у нашій державі потрібно розцінювати як високий.

Загалом в Україні кількість самогубств зростає, а саме явище проявляє тенденцію до омолодження. При цьому молодь використовує все жорстокіші способи самогубства, залишаючи собі мінімум шансів на порятунок.

### ***1.1.2. Поняття та основні теорії суїцидальної поведінки***

З прогресом наук про людину і суспільство стало зрозумілим, що із саморуйнацією неможливо боротися лише релігійними чи карними санкціями. Суїцид не можна просто засуджувати – його потрібно зрозуміти і попередити. Пояснення природи самогубства теж має свою історію, що тісно пов'язана з тим ставленням до цього вчинку, яке нав'язувалося людям суспільною ідеологією. В давні часи самогубців вважали оплутаними злими духами, у середньовіччі в християнському світі – одержимими бісами; сьогодні ми нерідко натрапляємо на думку, що вчинок самогубства – це наслідок психічної патології. Розставити крапки над “і” можуть лише ретельні цілеспрямовані наукові дослідження.

Початок системних наукових досліджень самогубства належить до другої половини XIX ст., коли вперше були описані окремі спостереження і висловлені припущення щодо характеру суїцидальної поведінки серед різних контингентів психічно хворих і здорових осіб.

У розв'язанні проблеми взаємозв'язку самогубства з душевними захворюваннями з самого початку сформувався кілька тенденцій: 1) утотожнення самогубств з божевіллям (Ж. Фальре, 1822; П. Пінель 1829); 2) заперечення будь-якого зв'язку між самогубством і психічними хворобами (П. Булацель, 1900; Е. Дюркгейм, 1912); 3) визнання можливості суїциду у здорових осіб, і у хворих (Е. Крепелін, 1893: істинне значення суїцидальної поведінки в кожному окремому випадку може бути зрозумілим лише з огляду на весь комплекс факторів;



І. В. Попов, 1898 та Л. А. Прозоров, 1913: погляд на самогубство як на прямий наслідок душевної хвороби є упередженням).

Перший із зазначених напрямків сформувався під впливом пояснення, запропонованого церквою: самогубство – це результат божевілля, що виникає через те, що в душу проникають біси, які пожирають її зсередини. Проте вже у XVIII ст. таке тлумачення стало недостатнім, і тому була потрібна належна аргументація, обґрунтована на науковій теорії. Другий напрямок виник у зв'язку зі встановленням кореляції між рівнем самогубств і кризовими процесами у суспільстві, сім'ї, переживанням кризової ситуації окремою особистістю. Фундатори цього напрямку шукали основні чинники суїциду поза межами особистості в соціальному середовищі. Виникнення третього напрямку стало можливим завдяки систематизації досвіду клінічної практики та спеціальним науковим дослідженням багатьох видатних психіатрів кінця XIX – початку XX ст. [10]. Згідно з психопатологічною концепцією, суїцид – це завжди аутоагресивний акт психічно хворої людини. Проте значна частина суїцидів здійснюється психічно здоровими людьми в результаті соціально-психологічної дезадаптації. Тому з'явилася інша концепція – концепція непатологічних суїцидальних ситуаційних реакцій, з позицій якої суїцид розглядається як природна “загальнолюдська” реакція на екстремальні умови.

**Суїцид** (лат. *sui* – себе і *caedere* – вбивати) – навмисне самоушкодження зі смертельним фіналом. Замах людини на власне життя кваліфікують як самогубство за умови, що вона усвідомлює значення своїх дій і керує ними. У всіх інших випадках здійснення людиною дій, які завдають шкоди її психічному чи фізичному здоров'ю, кваліфікується як аутоагресивна поведінка/нещасний випадок.

**Аутоагресивна** (грец. *autos* – сам і лат. *agressio* – напад) **поведінка** – специфічна форма особистісної активності, спрямована на завдання шкоди своєму соматичному здоров'ю.

Розрізняють **такі види аутоагресивної поведінки**:

1) **суїцидальна поведінка** – усвідомлені цілеспрямовані дії, метою яких є позбавлення себе життя;

2) **суїцидальні еквіваленти** – неусвідомлені дії та зумисні вчинки, які призводять до фізичного/психічного саморуйнування або самознищення, хоча на це не розраховані;

3) **несуїцидальна аутоагресивна поведінка** – різні форми навмисних самоушкоджень, метою яких не є добровільна смерть або реалізація яких безпечна для життя.

Отже, **суїцид (самогубство)** є крайнім проявом аутоагресивної поведінки. Поряд з цими існують і такі поняття, як *суїцидальні тенденції* або *суїцидальна поведінка*.

**Суїцидальні тенденції**, або **суїцидальна поведінка**, – це думки про самогубство, бажання і наміри вбити себе, суїцидальні мотиви, відповідні емоційні переживання (туга, безнадія, тривога, почуття провини), а також конкретні вчинки, спрямовані на заподіяння собі смерті. *Внутрішніми формами суїцидальної поведінки є:*

– **суїцидальні думки** – міркування суб'єкта про відсутність цінності і сенсу життя, обґрунтування доцільності власної смерті, обмірковування способів і засобів самогубства;

– **суїцидальні задуми** – мисленнєві операції, в яких формується суїцидальний намір, обирається спосіб, визначаються засоби, час вчинення самогубства;

– **суїцидальний намір** – утворений із задумів і вольового рішення мотиваційний феномен, який пов'язує внутрішньопсихічний і зовнішньо-дієвий складники вчинку самогубства.

*Зовнішніми формами суїцидальної поведінки є:*

– **завершений суїцид** – цілеспрямований вчинок самогубства, який мав летальний фінал;

– **суїцидальна спроба (парасуїцид)** – цілеспрямоване оперування засобами самогубства, яке внаслідок певних обставин не завершується смертю.

Видатний російський психіатр і патопсихолог О. Є. Лічко пропонує *таку класифікацію суїцидальної поведінки:*

**1. Демонстративна суїцидальна поведінка** – розігрування театральних сцен із зображенням спроб самогубства без усякого наміру справді покінчити із собою, іноді з розрахунком, що вчасно врятують. Усі дії починаються, щоб залучити чи повернути втрачену до себе увагу, розжалобити, викликати співчуття, позбутися від неприємностей, що загрожують, чи, нарешті, щоб покарати кривдника, звернувши на нього обурення оточуючих, чи завдавати йому серйозних неприємностей.

Потрібно враховувати, що демонстративні за задумом дії внаслідок необережності, неправильного розрахунку чи інших випадків можуть обернутися фатальними наслідками. Оцінка вчинку як демонстративного вимагає ретельного аналізу всіх обставин. Більшість спеціалістів зазначають, що така оцінка підліткового суїциду неприпустима.

**2. Афективна суїцидальна поведінка,** – суїцидальні спроби, здійснені на висоті афекту, який триває лише хвилини, але іноді через напруженість ситуації може розтягуватися на години. У певний момент тут виникає думка піти з життя чи припускається така можливість. Проте тут також існує ціла гама переходів від імпровізованого на висоті афекту суїцидального спектаклю до майже позбавленого будь-якої демонстративності щирого, хоча і скороминущого бажання покінчити із собою. У першому випадку мова йде про демонстративну поведінку, але таку, що розгортається на тлі афекту – *афективна демонстрація*. В інших випадках афективна суїцидальна спроба може бути доповнена демонстративними діями, бажанням, щоб смерть “справила враження”. Зрештою, істинний замах на самогубство може відбуватися також на висоті афективної реакції інтрапунітивного типу.

**3. Істинна суїцидальна поведінка.** Виникає обміркований, нерідко поступово виношений намір покінчити із собою. Поведінка будується так, щоб суїцидальна спроба була ефективною, тобто суїцидальним діям “не перешкодили”. У залишених записках, зазвичай, звучать ідеї самозвинувачення, записки більш адресовані самому собі, ніж іншим, чи призначені для того, щоб виправдати близьких.

На рубежі ХІХ–ХХ століть з’явилася перша, соціологічна, теорія суїциду. Потім до неї додалися антропологічна і психіатрична теорії. Згодом число теорій множилося: психоаналітична, біохімічна, макроприродна й ін.

*Соціологічна суїцидологія*, засновником якої був Е. Дюркгейм, трактує аутоагресивну поведінку як одну з моделей девіантної поведінки, галузь соціальної патології. Сам Е. Дюркгейм виділяє *три основні категорії суїцидів*:

– *егоїстичне самогубство*, початок котрого – у відчуженості. Людей, що здійснюють такого виду самогубство, мало що поєднує з навколишнім світом, іншими людьми; вони схильні до самотності, постійного аналізу стану своєї свідомості. У цьому разі “розв’язка не має в собі нічого пристрасного”: людина точно й задовго визначає час і спосіб своєї смерті; останні хвилини її життя забарвлені спокійною меланхолією; вона до самого кінця не припиняє самоаналіз. Про егоцентричне самогубство йдеться й тоді, коли людина вбиває себе, усвідомивши неможливість свого подальшого легкого і безбідного життя, орієнтованого на забезпечення чуттєвих задоволень; вбиває себе з іронічною байдужістю, спокоєм і своєрідною простотою;

– *альтруїстичне самогубство* здійснюють люди, котрі тісно пов'язані з іншими людьми, колективом і готові піти заради інших на все (пілоти-камікадзе часів Другої світової війни, наші сучасники, які здійснювали самоспалювання, щоб привернути увагу до певної проблеми). Цей вид самогубства найчастіше характеризується тією ясною вневненістю, яку породжує почуття виконаного обов'язку. Інколи цей акт може мати більш пристрасний і менш свідомий характер – це поривання віри й ентузіазму;

– *анемічне самогубство* здійснюється у пристрасному роздратуванні, розчаруванні чи гніві, коли раптово і шокує змінюються стосунки людини з суспільством. Йому часто передує вбивство тієї людини (чи людей), яких суїцидент звинувачував у своїх нещастях. До цього ж виду Е. Дюркгейм відносив самогубства, здійснені людьми, що втомилися від безкінечної гонитви за недосяжною метою, в якій їхні бажання не лише не задовольняються, а збуджуються ще сильніше. Це збудження залишає по собі знесилення і відразу до життя (*Сенека*: “Скільки людей кличуть смерть тому, що, випробувавши всі можливі зміни, вони роблять висновок, що їм знайомі вже всі відчуття і нічого нового вони відчутти не можуть”).

Автор наведеної вище класифікації самогубств зазначає, що в реальному людському досвіді описані види не завжди спостерігаються у чистому вигляді: анемія може поєднуватися з альтруїзмом чи егоїзмом, так само в одному вчинкові можуть проявлятися егоїзм і альтруїзм одночасно [9].

Послідовники Е. Дюркгейма розвинули соціологічну суїцидологію, виявивши низку закономірностей, які пов'язують рівень суїцидів із суспільними процесами, що дозволяє прогнозувати сплески самогубств. Однак, користуючись постулатами соціальної теорії, можна до певної міри пояснити причини самогубств лише у соціально неблагополучних країнах. Тоді, коли мова йде про країни з меншим тиском суспільства на особистість, такий підхід виявився неадекватним. Тому тут однією з альтернатив соціальної суїцидології постала антропологічна теорія, яка пояснює самогубство через процеси, що відбуваються в людській психіці.

Так, за *З. Фрейдом*, людині притаманні *два основних інстинкти* – “інстинкт життя” (*Libido*) та “інстинкт смерті” (*Tanatos*). У момент кризи душі співвідношення між свідомим і несвідомим порушуються, несвідоме набуває сили, вповні проявляючи один із інстинктів. Іноді бажання смерті виявляється сильнішим, ніж бажання життя. Здій-

снюючи аутоагресивний вчинок, людина вбиває в собі інтроєктований об'єкт любові, до якого відчуває амбівалентні почуття. Крім того, з віком Libido слабшає, Tanatos стає все сильнішим і реалізує себе повністю, лише довівши людину до смерті. Щоправда, панування Tanatos майже ніколи не буває абсолютним – це відкриває можливість попередження самогубства [10].

Засновник індивідуальної психології *А. Адлер* вважав, що до самодеструкції може спонукати комплекс неповноцінності, якого кожен набуває з дитинства. У цьому контексті самогубство – прихована атака на інших людей, через яку індивід намагається подолати свою неповноцінність, викликавши до себе жаль і осуд тих, хто відповідальний за його занижену самооцінку.

*К. Меннінгер*, послідовник школи психоаналізу, виділив **три глибинних мотиви**, наслідком одночасного виникнення яких однозначно виступає самогубство:

- **бажання вбити** – суїциденти, як правило, інфантильні особи, тому на перешкоди у житті найчастіше реагують гнівом;
- **бажання бути вбитим** – суїцид являє собою крайній ступінь підлеглості: людина не може витримати докорів сумління і тому бачить спокутування провини лише у припиненні життя;
- **бажання вмерти** – поширене серед людей, які схильні до невиправданого ризику, а також серед хворих, які вважають смерть єдиним засобом від мук і страждань.

Якщо ці мотиви актуалізуються не одночасно, то прояви аутоагресивної поведінки набувають значно м'якших форм, ніж суїцид [30, 61–63].

У різних психоаналітичних трактуваннях суїцид розглядається як спосіб боротьби з фруструючими зовнішніми силами і досягнення безсмертя; як засіб домогтися відчуття всемогутності шляхом повернення до раннього нарцисизму; як наслідок порушення психосексуального розвитку в результаті відсутності важливих осіб на вирішальних стадіях розвитку; як метод відновлення втраченого об'єкта любові і возз'єднання з ним; несвідомий протест проти наявних міжособистісних стосунків; бажання духовного відродження і відновлення контакту з самим собою шляхом руйнування "єго".

З погляду гештальтпсихології людина й навколишнє середовище складають поле, сутністю якого є цілісність і взаємозалежність. Зв'язок між ними здійснюється через контакт, у ході якого виникає психічна реальність і відбувається психологічний розвиток особистості. Процес контактування виділяє для людини в цьому полі

актуальні фігури, що визначаються її прагненнями, бажаннями і потребами. Контактуюванню і його усвідомленню заважає ряд феноменів, які виникають на межі контакту. Людина використовує ці феномени, щоб не дозволити здійснення контакту. Ці феномени представлені захисними механізмами. Вони з різною мірою інтенсивності роблять свій внесок у походження саморуйнівної поведінки. У гештальтпсихології прийнято виділяти *чотири захисних механізми*. Відповідно до цього *О. Моховиков* розглядає **чотири вектори суїциду**.

**Інтроективний вектор** – контакт із навколишнім середовищем переривається на стадії виникнення фігури: людина вбирає в себе стандарти, цінності, норми і правила, які мають зовнішнє походження, і замінює власні бажання бажаннями іншої людини чи групи. Без здорової інтроспекції виявляється неможливим навчання і виховання. людина-інтроектор завжди робить так, як вимагають від неї інші. В її мовленні часто чути предикати: “Я повинен”, “Так належить” тощо. Тому інтроективний вектор найбільше виражається в альтруїстичному самогубстві (за *Е. Дюркгеймом*): самогубство заради певної ідеї, на благо інших тощо. Особливо чутливі до вторгнення інтроектів підлітки.

**Проективний вектор** – використовуючи цей захисний механізм, людина приписує оточенню щось таке, що реально належить їй. Зазвичай це стосується бажань і емоцій, за які людина не хоче відповідати сама. Через проективну установку людина поступово віддаляється від інших людей, які, на її думку, проявляють певні непривабливі якості (насправді її власні, спроектовані назовні), і в результаті відчуває пригніченість чи депресію. У крайній точці руху за цим вектором виникає феномен анемії (за *Е. Дюркгеймом*), при якому самознищення є реакцією на невдачі в пристосуванні до соціальних змін. Суїциденти з переважанням проективного вектора самогубства схильні до агресії, недовірливості, підозрливості й до вибору найбільш brutальних способів саморуйнації.

**Ретрофлексивний вектор** – людина зупиняє свою активність на рівні конкретної дії; її почуття чи бажання не виходять назовні: вона починає сама себе любити, ненавидіти чи вести нескінченний внутрішній діалог. У бесіді ретрофлексія проявляється у вживанні зворотної частки “ся” і займенника “себе”, а також у прагненні до надмірного самоконтролю. Самогубство стає крайньою межею розвитку ретрофлексії: людина вбиває себе замість того, щоб знищити

того, хто змусив її страждати. У ретрофлексивному векторі суїциду одночасно поєднуються, щонайменше, дві ознаки *тріади К. Меннінгера*: бажання вбити і прагнення бути вбитим. Ретрофлексивний вектор найбільш характерний для егоїстичного самогубства за термінологією Дюркгейма. Ретрофлексивним самогубствам притаманна продуманість деталей, наявність плану самознищення.

**Конфлюентний вектор** – виявляється у стані, коли людина перешкоджає виникненню фігури, тому її психічна реальність представлена фоном сприйняття. У житті цей стан найбільш характерний для немовляти у злитті з матір'ю. Пізніше можлива конфлюенція з певною соціальною групою, значимою людиною чи незавершеним переживанням. *Конфлюенція* є дуже енергетично зарядженим станом. Енергія й активність індивіда – надзвичайно високі, що й зумовлює немалий ризик, а також інструкцію самознищення. У бесіді конфлюенція проявляється у вживанні індивідом безособових форм (“Якось сумно”), займенника “ми” чи тверджень від третьої особи (“Люди часто потрапляють у нестерпні ситуації”). Конфлюентний вектор набуває значення за суїцидальної поведінки у молодому віці, при виникненні у молоді високої міри злиття з групою (приналежність до тоталітарної секти з деструктивним культом) чи зі значимою людиною, яка зважилася на самогубство (“зараження” аутоагресивною поведінкою – *ефект Вертера*). Носіїв конфлюентного варіанта психологічного захисту *О. Моховиков* визнає однією із серйозних груп ризику самогубства [13, 52].

З погляду теорії діяльності й теорії адаптації, *суїцид* – наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікроконфліктів. Це дія, яка підпорядковується конкретній меті покінчити з життям, але включається у більш широку систему предметної діяльності з відповідним їй мотивом. Мета суїциду і мотиви діяльності, в яку він включений, як правило, не збігаються, а співвідношення мети і мотиву складає особистісний сенс самогубства для суб'єкта. Неоднозначність особистісного сенсу суїциду може бути описана такими типами: протест, помста, заклик, уникнення, самопокарання, відмова. У напрямку від першого типу до останнього відбувається наближення мети суїциду до мотиву, внаслідок чого зростає бажання смерті, істинність суїцидальних намірів, збільшується медичний ризик і летальність суїцидальних дій.

Різні особи по-різному адаптовуються до негативних життєвих умов і змін у соціумі. Визначальним чинником вибору конкретної

моделі поведінки є позиція особистості, визначення та оцінка нею характеру змін. Суїцидно-небезпечною вважають позицію суб'єкта щодо змін у ситуації, яку він тлумачить як безвихідну, безнадійну, програшну. Дослідники виділяють такі її ознаки:

– **фіксованість позиції**: суб'єкт не здатний змінити образ ситуації, вільно маніпулювати його елементами в просторово-часових координатах;

– **розміщення суб'єкта** в точці прикладання загрозливих сил, погляд на ситуацію “зсередини”, нездатність дистанціюватися від неї. Звуження смислової сфери особистості порівняно зі сферою конфліктної ситуації – відбувається за рахунок обмеження уявлень про власні ресурси і наростаючої ізоляції від оточення. Ізольованість і замкнутість позиції: у структурі усвідомлення конфліктних відносин замість адаптивної позиції “Ми – вони” устанавлюється значно вразливіша, “Я – вони”, що свідчить про відчуження особистості, втрату нею зв'язку з референтними групами, порушення ідентифікації;

– **пасивність позиції**: уявляючи загрозу змін, суб'єкт не здатен зосередитися на конструктивних щодо її нейтралізації діях; внаслідок цього відбувається знецінення відомих суб'єкту варіантів рішення проблемних ситуацій, не актуалізуються знання, уміння, досвід;

– **нерозвинутість у часовій перспективі**: майбутнє уявляється суб'єкту тільки як продовження або поглиблення наявної ситуації, що підводить його до суїцидальної межі.

Загальними показниками соціально-психологічної дезадаптації є виразні зміни у психіці і поведінці людини: зниження рівня виконання нею своїх соціальних функцій, переважання негативних емоцій, можливі невропатичні синдроми, дисфорія. Показниками глибини дезадаптації є серйозність порушення звичних умов життя індивіда та його функціонування в цих умовах; його ставлення до цих порушень; ступінь “волі до життя”, готовність ефективно пристосовуватися до нових умов.

Під час формування *дезадаптуючих ситуативних* реакцій переважають дистимічні (грец. *dys* – порушення і *thymos* – настрій; пригнічений настрій) переживання нерішучості, втоми, самотності, покинутості, відчуженості, ізоляції, безпорадності, суму, душевного болю. Дезадаптивні ситуативні реакції не є патологічними.

Формування дезадаптивних ситуативних реакцій відбувається або як внутрішній конфлікт, або під впливом зовнішніх чинників. Обидва



цих джерела, як правило, поєднуються, однак у кожному конкретно-му випадку провідна роль належить одному з них.

*Внутрішній конфлікт* – це суперечність між двома тенденціями всередині особистості (напр., між обов'язком і пристрастю). Основою внутрішнього конфлікту здебільшого виступають характерологічні особливості особистості. Він виникає у ще благополучній зовнішній ситуації. Внутрішня конфліктність особи деформує її поведінку, спілкування, нагнітає погіршення зовнішньої ситуації. Виникнення первинного, незалежного від ситуативних впливів душевного конфлікту може спричинити емоційна ригідність як риса особистості, котра суперечить високій домінантності й потребі самоствердитися. Істотним чинником формування внутрішнього конфлікту є неадекватність самооцінки.

*Зовнішні чинники* – умови життя особистості, особливості її спілкування з іншими людьми. Впливи зовнішніх чинників провокує некомпетентність особистості в певній сфері її діяльності чи у соціальних стосунках незалежно від глибини усвідомлення нею рівня своєї компетентності. Формування цього типу дезадаптивних ситуативних реакцій сприяє підвищена тривожність суб'єкта, внаслідок чого бурхливі емоційні реакції на зовнішні впливи посилюють у його сприйнятті міру їхнього руйнівного впливу.

Конфлікт, стрижнем якого є неможливість задоволення значущих потреб і котрий не розв'язується, а наростає, трансформується у життєву кризу – тривалий і глибокий внутрішній конфлікт, що знецінює сенс життя, світоглядні цінності.

#### ***Стадії наростання життєвої кризи (за Т. Титаренко):***

1. Наростання немотивованої тривожності, напруженості, дратівливості, апатія, зникнення почуття гумору породжені невдоволенням людини ситуацією і своєю активністю.

2. Поява страхів у зв'язку із песимістичними прогнозами на майбутнє, почуттям безсилля. Суб'єкт відмовляється від раніше поставлених цілей. У нього з'являються психосоматичні порушення, хронічна втома.

3. Стабілізація переживання безнадії й відсутності сенсу існування. Втрачається здатність планувати майбутнє, катастрофічно звужуються життєві перспективи, руйнуються найважливіші цінності, виникають суїцидальні думки і наміри.

Сутність психологічної кризи полягає в дисбалансі конструктивних і руйнівних тенденцій у психіці особистості, що породжує

дезадаптивні ситуативні реакції, крайнім варіантом яких може бути суїцид [51, с.159-178].

Одну з останніх теорій самогубства – психокультурну, яка поєднує в собі краще з соціологічної та психіатричної, запропонував відомий сучасний суїцидолог *М. Фарбер*. Його теорію ще називають генеральною. Однак деякі фахівці вважають, що і вона не враховує низки факторів, які ні в якому разі не можна ігнорувати. *М. Фарбер* характеризує самогубство як свідоме, навмисне і швидке позбавлення себе життя [58].

Сучасні американські вчені *Норман Фабероу і Едвін Шнейдман* також провадять свої дослідження в межах психокультурної теорії. *Н. Фабероу* до саморуйнівної поведінки людини відносить завершені та незавершені самогубства, алкоголізм, наркоманію, недотримання лікувальних рекомендацій, невиправдану схильність до ризику, трудоголізм тощо. *Е. Шнейдман* створив оригінальну типологію індивідів, які відіграють безпосередню, часто свідому роль у наближенні своєї смерті:

1) шукачі смерті, котрі зумисне розлучаються з життям, зводячи можливість врятуватися до мінімуму;

2) ініціатори смерті, котрі свідомо наближують її, наприклад, важко хворі, відмовляючись від системи життєзабезпечення;

3) гравці зі смертю, схильні випробовувати ситуації, коли на кону опиняється життя, а можливість виживання дуже мізерна;

4) схвалюючі смерть, котрі не прагнуть активно до свого фінішу, але й не приховують суїцидальних намірів (характерно для людей похилого віку й емоційно нестабільних підлітків та юнаків) [41].

Одна зі стратегій – ретроспективний аналіз – психологічна аутопсія, при котрій клініцисти й дослідники намагаються отримати інформацію про минуле самогубці й зібрати якнайповнішу інформацію про його особистість на основі фактів з його життя. Родичі, друзі, близькі знайомі та лікарі суїцидента можуть пригадати певні висловлювання, дії і вчинки, які допомагають висвітлити його окремі особистісні якості.

Інша стратегія дослідження проблеми суїциду – вивчення людей, які залишилися жити після спроби самогубства. Зазвичай, люди, які здійснили парасуїцид, і люди, які здійснили завершений суїцид, можуть суттєво відрізнятися за різними характеристиками.

Отже, очевидно, що сучасні знання про самогубство не можна назвати класичними, а проблема суїциду ще має гостру потребу в комплексних дослідженнях у різних галузях науки про людину.

### **1.1.3. Особливості переживання людьми самогубства близьких**

На сьогодні справді дуже багато сказано про самогубство і зовсім мало про те, що відбувається з людьми, які пережили суїцид своїх близьких. Однак у разі завершеного суїциду саме близькі й родичі суїцидента найбільше потребують кваліфікованої допомоги в подоланні важкої травмуючої ситуації, яка виникла у них. Дуже важливим виявляється запитання про їхнє самопочуття, що переживають ці люди, про способи самодопомоги, які вони вибирають.

Поки що існує зовсім небагато праць, які висвітлюють ті чи інші питання зазначеної проблеми. Одна з найбільш відомих і повних – це книга Крістофера Лукаса і Генрі Сейдена “Мовчазне горе: Життя в тіні самогубства”. Автори детально аналізують емоційні реакції, які виникають у людей у відповідь на самогубство близьких, показують послідовність їх розвитку, описують шляхи надання психологічної допомоги цим людям [41].

Переживання самогубства близької людини розглядається вищезгаданими та іншими (напр., Н. В. Тарабріною) авторами і з позицій теорії посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Відповідно, психологічна допомога будується на основі технологій попередження і терапії ПТСР. Ці люди переживають подвійний дистрес: перший – смерть близької людини, другий – усвідомлення того, що ця смерть настала через самогубство. Чи не найбільшим із переживань стає усвідомлення того, що людина, яку вони любили, вирішила їх покинути; покинути не звичайним способом, а померти [50].

Однією з причин сильного душевного болю стає думка про те, що самогубця відмовився від можливості отримати від них допомогу. І близькі люди відчувають свою повну нікчемність і нездалість. Відповідь на запитання “Чому?”, котре постійно постає перед родичами, залишається за померлим; вона не відома нікому; немає можливості отримати її і немає можливості сказати “Прощай!”.

– Близьким людини, яка здійснила суїцид, нема чого соромитися..., але ми мимоволі відчуваємо саме це – сором.

– Друзі уникають вас. Ніхто не телефонує, не заходить. Ви залишаєтесь на самоті.

– Мені просто хочеться зникнути геть з очей. Люди говорять усім своїм виглядом: “Що ти їй зробив? ”

– Суспільство ставиться до самогубців як до психічно хворих. Це ж стосується і родичів. Нас змушують відчувати, ніби й ми теж хворі.

– Люди весь час підходять і запитують: “Ви бачили, як це сталося? А ваша сім’я бачила? Чому це сталося?” Відчуваєш себе як на допиті. А все, що ти знаєш насправді, – те, що людина, яку ти любив, померла.

– Самогубство – це публічне свідчення того, що я мало любила свою дитину.

Крім того, більшість родичів самогубці чомусь мовчать про свої проблеми і про смерть близької людини: ця тема прихована мовчаням, у сім’ях укладаються німі домовленості, щоб не обговорювати її.

Це мовчання заганяє родичів у глухий кут і залишає кожного наодинці з його переживаннями. Самотність утруднює одужання. Ці переживання загрожують скалічити душу; часто вони серйозно заважають знаходити вихід у лабіринті життя і стають суттєвою перепороною на шляху.

Реакції на самогубство рідної людини у своєму розвитку проходять ряд етапів, які *К. Лукас і Г. Сейден* назвали “хвилями емоцій”, оскільки почуття, подібно до нестримних океанських хвиль, захоплюють душі тих, хто залишився жити з невимовно важким тягарем втрати. Ці “хвилі емоцій” були виділені авторами на основі власного досвіду, а також у результаті психотерапевтичної роботи з пацієнтами [57, 134–141].

**Перша хвиля емоцій** – це шок, заперечення того, що сталося, безпорадність (інколи полегшення) і звинувачення:

– Я не знав, куди мені кидатися.

– Я не розуміла, що зі мною відбувається.

– Я не могла в це повірити. Я відмовлялася усвідомлювати це.

– Дякувати Богу, це здійснив не я!

– Звичайно, це не вихід... але йому було важко. Тепер він заспокоївся.

– Як він міг так покинути мене?! Він не подумав, як я буду жити, постійно думаючи про це.

Деякі люди відчують несподіване полегшення від того, що закінчилося не зовсім вдале життя їх близької людини, що настав кінець її страждань, але це відчуття швидко змінюється відчуттям провини за пережите полегшення.

**Друга хвиля емоцій:** гнів, почуття провини, сором і страх.

**Гнів:** Амбівалентність властива людській природі. Тому, коли хтось помирає від своєї ж руки, ми переживаємо амбівалентність почуттів: гніваємося на цю людину чи звинувачуємо себе.

– Я був розгніваний після цього. Адже вона пішла від мене, покинула назовсім.

– Я кричала так, що було чути з вікна: “Як ти міг так зробити зі мною? Чому ти зробив це мені?”

– Ти даєш дитині життя, потім вона знищує його.

*Почуття провини:* це спільна реакція, яка виникає у відповідь на самогубство близької людини. Раптово з’являється нескінченна кількість підстав почувати себе відповідальним за цю смерть.

– Я повинна була передбачити, що це може статися.

– Що заважало мені ставитися до нього краще.

– Якби я любив її більше... більше піклувався про неї...

– Що ж ми зробили не так?

Почуття провини дуже болюче ще й тому, що родичі самогубців розуміють: неможливо дізнатися у померлого, чи пробачив він їм їхню провину. Вони не можуть дізнатися, чи насправді їхня поведінка була останньою краплею.

*Сором:* близькі суїцидента часто відчують сором через ставлення сусідів, друзів чи інших людей.

– Мені було соромно, бо я вважала, що всі думатимуть, ніби в нашій сім’ї є психічно хворі.

– Я відчуваю, ніби на мені висить величезний плакат: “Мій син закінчив життя самогубством”.

*Страх:* близькі суїцидента пережили потрясіння, і тому вони стають дуже чутливими, різко знижується їх толерантність до стресових навантажень, вони більше не довіряють своєму досвіду і людям.

– Я боялася, що це трапиться і з іншими моїми дітьми.

– Я боялася виходити на вулицю.

– Я боявся залишатися вдома один.

*Третя хвиля емоцій:* депресивні переживання зі зниженням самооцінки. *Депресія* дуже тривала і глибока. Вона паралізує волю людей. Їм важко через заниження самооцінки формувати нові стосунки; вони впевнені: якщо одна людина відмовилася від них, те ж зроблять й інші.

– До того у мене було відчуття, що я маю владу над усім, що зі мною відбувається. Дивно, але після її смерті я більше ніколи не відчував контролю над ситуацією.

– ...Коли це сталося, я розірвала стосунки з чоловіком, змінила місце проживання, моє життя почало розпадатися. Мене ніхто посправжньому не любить...

– Я відчуваю цей неймовірно густий туман; він давить, він не дає мені рухатися. Оточуючі кажуть, що у мене дуже тихий голос, настільки, що вони не можуть зрозуміти мене. Але мені байдуже. Для мене це все занадто.

**Четверта хвиля емоцій.** Протягом півроку після суїциду майже кожен близький самогубця відчуває такі симптоми: напади плачу, безсоння, страх самотності, головні болі, виразки, серцеві напади, втомлюваність. Інші вказують на досить серйозні психологічні проблеми: відчуття порожнечі, неможливість встановлювати стосунки з новими людьми, фобії, тривоги з приводу найпростіших, щоденних подій. Однією з найсумніших сторін цих реакцій є те, що більшість не пов'язують їх із самогубством людини, яку вони любили. Вони часто не повідомляють лікаря про цю подію. І ще частіше зовсім не звертаються по допомогу. Останнє зумовлено як нерозумінням ними свого стану, нездатністю близьких підтримати їх, так і недостатністю знань про джерела допомоги.

Однією з реакцій, близьких самогубці на те, що сталося, є бажання також покінчити з собою – це одна з “нормальних” реакцій, настільки вона поширена.

Отже, *четверта хвиля емоцій* включає широкий спектр психологічних і психосоматичних проблем, зокрема схильність до суїциду.

*Близькі суїцидента страждають з трьох причин:* 1) вони відчувають скорботу за померлим; 2) переживають психічну травму – як жертви так званого посттравматичного стресового розладу; 3) тому, що про самогубство не прийнято говорити, і мовчання, яке його оточує, заважає зціленню, котре настає при звичайному траурі; це мовчання заважає звичайній “роботі горя”.

Дуже важливо, щоб ці люди розуміли, через що вони проходять, вміли впізнавати ознаки гострого горя після втрати і усвідомлювали, що вони можуть “зав'язнути” в цих переживаннях і знайти сили рухатися далі. Те, що переживають родичі протягом півроку після самогубства, – найчастіше лише початок шляху.

Частина емоційних переживань, близьких самогубці, короткочасна, інші тривають довгі роки, а деякі залишаються на все життя. Щоб справитися зі своїми переживаннями суїциду, люди вкладають з ними так званий “контракт”. В основі “контракту” лежить обмін: людина відмовляється від чогось задля більш прийняттого емоційного стану.

“**Контракт**” захищає людей від надто болісних переживань і думок, які вони не можуть подолати інакшим способом. Однак він також зумовлює виникнення у них змінених форм поведінки, заважає людям відчувати позитивні сторони свого існування.

Контракти з емоціями бувають різні:

“**Прощання**”: переважна більшість не має можливості попроситися з людиною, яка здійснила самогубство, тому витрачаються роки, щоб попроситися з померлим, цим залишаючись у нього в полоні. Переваги: якщо людина все ще прощається, то померлий ще не пішов – тому можна відкласти переживання повної втрати, гніву, провини чи сорому. Наслідки: труднощі в освоєнні нових справ у житті, почуття ізоляції.

– Думаю, що останні три роки я прощався з нею, але так і не зробив цього до кінця. Я ще й тепер намагаюся утримати її серед живих. Інколи помічаю, що розмовляю з нею. Мені нелегко приймати рішення через моє ставлення до всього: “А яке це тепер має значення?”.

Пошук “**козла відпущення**”: цей “контракт” є формою боротьби зі злістю, яка накопичується стосовно людини, котра померла. Близькі самогубці знаходять одного чи декількох людей, які, на їхню думку, відповідальні за смерть того, кого вони любили. Зосередившись на “козлі відпущення”, близькі спрямовують свій гнів не на суїцидента і не на самих себе, а на того, хто “міг би зупинити його” чи “був причиною його смерті”. Наслідки: гнів на оточуючих ускладнює спілкування з ними, призводить до ізоляції, значних психічних і соматичних страждань, хвороб.

– Мені хотілося, щоб лікар залишив його в лікарні, але він сказав: “Йому потрібно вживати таблетки. Це він може зробити вдома.” Я подав у суд на лікаря тому, що він звелів мені забрати сина додому. Якби син залишився у лікарні, він не зробив би цього. Я впевнений, що лікар просто вбив його. Цього я ніколи не забуду. Тепер мені хочеться померти. Я сильно захворів фізично і душевно.

“**Я винний; Я жертва**”: дехто з близьких самогубці сприймають почуття провини як справедливе покарання і зовсім не намагаються його подолати:

– Я постійно думаю: що ж ми робили не так, чого не помітили, чому він був таким нещасливим, що пішов з життя?

Прояви ролі жертви можуть бути досить різноманітними, наприклад, символічна смерть разом з померлим, або **самообмеження**. Цей спосіб

вибирається для боротьби зі своїм гнівом чи провинною і полягає в обмеженні свого досвіду чи переживань. Людина забороняє собі відкрито висловлювати почуття, чинити згідно зі своїми бажаннями. Вона не дозволяє собі, щоб у її житті траплялося хоч щось хороше. Обмеження стосуються і сексуальності.

– Я боюся бути в групі, боюся дати вихід своїм емоціям у чужому оточенні.

– Думаю, якби я пройшла курс психотерапії після того, що сталося, все було б інакше. Я була дуже нещасливою дівчинкою. Дуже самотньою. Нічого не робила, лише запоем читала книги.

– Я вирішив, що буду зразковою дитиною, тоді мама до мене повернеться. Моє існування стало дуже обмеженим. Моя поведінка викликала глузування однолітків. Я вбив у собі грайливого, експериментуючого, інколи неслухняного юнака, можливість побути яким повинна бути у кожного з нас.

**Соматичні проблеми:** гострі деструктивні емоційні переживання замінюються соматичними розладами. Людина “обмінює” своє фізичне здоров’я на зовнішній психічний спокій. Вона впевнена, що зосередження на проблемах здоров’я відволіче її від суїциду.

**Руйнування взаєностосунків:** людям, які пережили суїцид близьких, надалі важко встановлювати і підтримувати нові контакти. Суїцид сам по собі є відкиданням однією людиною інших. Тому часто близькі суїцидента самі поспішають відкинути іншу людину, боячись, щоб їх знову не покинули. Цей “контракт” дуже не вигідний тому, що в результаті людина все ж залишається на самоті, а їй необхідна підтримка. Він може мати ще трагічніші форми: є чоловіки і жінки, котрі після самогубства подружжя вибирають нового партнера з явно нездоровими особистісними якостями. Діти, батьки котрих покінчили з собою, назавжди зберігають недовіру до людей і, стаючи дорослими, знову й знову розривають значущі взаєностосунки, оскільки ніколи не впевнені, що їх не зрадять.

**Самогубство:** це найстрашніший “контракт” (“Ти помер – помру і я”). Самогубство близької людини краде у тих, хто її любив, почуття свого достоїнства, цінності та унікальності. Підсилений такими переживаннями потенціал ворожості часто спрямовується на найбільш доступну ціль – на самого себе. За різними статистичними даними частота суїцидів серед близьких самогубців на 80 – 300 % вища, ніж у середньому серед населення.



**Мовчання:** мовчання не виліковує хворобу, навпаки, воно погіршує її. Обговорення нещастя, яке може статися в сім'ї, є природним і корисним. Воно дає вихід психічному болю, скорботі, гніву і фрустрації. Смерть, як будь-яке інше нещастя, потребує обговорення – часу, необхідного для вираження почуттів. Однак людям, які пережили суїцид близьких, часто буває важко висловлювати свої думки і почуття, вони соромляться їх чи просто вважають ситуацію неприродною, такою, про яку не можна говорити. На тему самогубства накладається “табу”. Головний контракт – мовчання:

– Батьки не дозволяли нам обговорювати цю тему, її уникали будь-якою ціною. Мені не дозволили піти на похорон, тому мені майже не вдалося погорювати. Я даремно стільки років “сиділа” на своїх почуттях, не даючи можливості їм вийти назовні.

Отже, “контракти” водночас є “друзями” і “ворогами” тих, хто пережив самогубство близької людини. Кожен з них є корисним на певний час способом уникнення болісного руйнівного гніву, страху, почуття провини, але за тривалого існування кожен веде шляхом до важких проблем. Основним способом їх вирішення є припинення мовчання.

Щоразу, коли людина обговорює хворобливі переживання, відбуваються ледь помітні зміни. Це схоже на калейдоскоп: кожен поворот дозволяє складовим елементам змінити позицію. Якщо цей поворот допускається особистістю, то відбувається деяка реорганізація переживань, певний рух уперед, після якого настає полегшення. Спочатку відбуваються крихітні трансформації почуттів. Згодом людина отримує сприятливу можливість відчувати себе більш комфортно, не зважаючи на незмінену реальність і повноту її усвідомлення.

Зниження інтенсивності розгублення, депресії, гніву, відчаю чи провини цілком залежить від наявності сприятливих можливостей навчитися говорити про самогубство.

**Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** – це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, який здатний викликати психічні порушення, як правило, в будь-якої людини.

*Травматичний стрес* виникає внаслідок травматичної ситуації. *Травматичні ситуації* – це такі екстремальні травматичні події, які мають могутній негативний вплив; ситуації загрози, які потребують від індивіда екстраординарних зусиль для подолання наслідків їх впливу.

Суїцид близької людини належить до числа короткочасних, несподіваних травматичних подій. Події цього типу мають такі характеристики (за Н. В. Тарабріною):

- одиничний вплив, що несе загрозу і потребує екстаординарних зусиль для подолання наслідків;
- ізольоване, досить рідкісне травматичне переживання;
- несподівана подія;
- подія залишає непоправний слід у психіці індивіда; сліди в пам'яті мають більш яскравий і конкретний характер, ніж при пролонгованій травматичній події;
- з більшою мірою ймовірності призводять до виникнення типових ПТСР;
- з більшою мірою ймовірності проявляється класичне повторення переживання травмуючого досвіду;
- швидке відновлення нормального функціонування рідкісне й мало ймовірне [36].

#### **Схема діагностики ПТСР-синдрому за класифікатором DSV-IV-R [ ].**

*А. Індивід перебуває під дією травмуючої події; зокрема, мають виконуватися обидва наведені нижче пункти:* 1) індивід був учасником чи свідком подій, які включають смерть, загрозу серйозних ушкоджень чи фізичної (психічної) цілісності інших людей (або власної); 2) реакція індивіда включає інтенсивний страх, безпорадність чи жах.

*Примітка:* У дітей реакція може заміщуватися ажитовано чи дезорганізованою поведінкою.

*В. Травмуючі події постійно переживаються знову, принаймні хоча би в одній з наведених форм:* 1) відтворення та переживання нав'язливих образів, думок і подій (у дітей – відтворення однієї і тієї ж гри на тему травмуючої події); 2) постійна присутність події у снах (у дітей – нічні кошмари, зміст яких не зберігається); 3) раптові дії чи відчуття, начебто травмуюча ситуація відбувається тепер, поява її картини в ході звичайного життєвого плину, навіть якщо такі епізоди трапляються в момент прокидання та інтоксикації (відчуття “оживання” досвіду, ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди – “флешбек”-ефекти); 4) інтенсивне переживання подій, що символізують чи нагадують деталі травмуючих подій, у т.ч. реакції на дні річниць подій; 5) фізіологічна активність у ситуаціях, які зовнішньо чи внутрішньо символізують акти травматичної події.

*С. Постійне уникнення стимулів, асоціативно пов'язаних із травмою, і numbing – блокування емоційних реакцій, заціпеніння (не спостерігалось до травми) принаймні у трьох з наведених форм: 1) намагання уникнути думок та почуттів, що асоціюються з травмою; 2) намагання уникнути діяльності, людей чи ситуацій, що викликають травмуючі спогади; 3) нездатність згадати важливі деталі травми (психогенна амнезія); 4) помітне зменшення інтересу до важливих видів діяльності (у маленьких дітей це може бути втрата нещодавно набутих навичок); 5) почуття відокремленості від інших людей; 6) звуження меж афекту, наприклад, нездатність переживати любовні почуття; 7) почуття відсутності перспективи в майбутньому.*

*Д. Постійні симптоми наростання збудження (яких не було до травми), принаймні у двох з наведених форм: 1) труднощі, пов'язані з засинанням і сном; 2) дратівливість або спалахи гніву; 3) труднощі з концентрацією уваги; 4) підозрілість, стан постійного очікування загрози; 5) гіпертрофована реакція переляку.*

*Е. Тривалість порушень зберігається більше одного місяця.*

*Ф. Розлад викликає клінічно значущий важкий емоційний стан чи порушення у соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності.*

**УТОЧНЕННЯ:** відстрочений початок, якщо розлад виникає щонайменше через 6 місяців після травми.

Пряме використання тільки діагностичного критерію DSM-IV-R для збирання інформації щодо стану хворого не дозволяється. Він слугує лише схемою діагностики для фахівця, котрий повинен користуватися спеціальними методиками, опитувальниками, розробленими на базі цього критерію.

За оцінкою провідних спеціалістів-суїцидологів, ПТСР розвивається щонайменше у чверті людей, які пережили самогубство близьких.

*Н. Фарбероу* зі співавторами у ретроспективних дослідженнях виявили, що наявність симптомів ПТС значно вища серед ветеранів в'єтнамської війни, які здійснили суїциди, ніж серед ветеранів, які загинули в автокатастрофах. Хендін і Хас, вивчаючи можливості прогнозування суїцидів серед ветеранів з ПТСР, припустили, що почуття провини – найбільш значущий чинник суїцидального ризику. Це ж можна припустити й стосовно родичів суїцидентів [21].

Дослідження *Г. Лафрі* та співавторів, що вивчали поведінку жителів Північних островів, показали, що частота суїцидальних спроб

значно вища в осіб з ознаками ПТСР, ніж серед тих, котрі таких симптомів не мають [27].

Г. Крамер зі співавторами виявили, що серед пацієнтів із ПТСР у 56 % досліджуваних з суїцидальною поведінкою діагностується і ПТСР, і депресія. У пацієнтів з ПТСР і депресією спостерігається висока частота суїцидальних думок, а у пацієнтів з ПТСР, але без депресії, спостерігається збільшення частоти суїцидальних спроб. Ці висновки опосередковано підтверджують дані про те, що "супроводжуючі розлади", такі як розлади настрою, панічні чи тривожні розлади (включаючи ПТСР), пов'язані з високою здатністю до формування сприйняття суїцидальних ідей. Інші провідні симптоми в групі ПТСР містять низку клінічних параметрів, пов'язаних зі схильністю до суїцидальної поведінки: хворобливий зміст кошмарів, скорочення чи нехтування соціальними контактами, песимізм стосовно майбутнього і зростаюча агресивність. Перераховані симптоми, пов'язані з показниками самогубств, були визначені як "чинники сприяння" [21].

Дані суїцидології вказують на високий кореляційний зв'язок між "почуттям безнадії", "неможливістю заглянути в майбутнє" і майбутнім суїцидом. Поряд з цим потрібно відзначити, що "втрата життєвої перспективи" належить до числа діагностичних симптомів ПТСР за DSM-IV-R.

Ефективність психологічної допомоги пов'язана зі своєчасним та якнайшвидшим наданням допомоги на перших етапах для запобігання розвитку ПТСР. *На першому етапі травматичного стресу*, коли людина перебуває у стані шоку, для неї характерна інфантилізація. Людина потребує справжньої материнської ласки та батьківської сили. Символічним виразом першого має бути надання суто фізичного тепла потерпілому: одразу після врятування його треба обняти, притиснути до себе, відвести у безпечне місце, укрити чимось теплим і дати випити теплого напою, повторити декілька разів, що все гаразд, що він у повній безпеці. Символічним виразом батьківської сили має бути чітке і наполегливе інструктування потерпілих щодо місць збору, поведінки, дій, навіть якщо такі розпорядження безцільні з погляду рятувальних робіт. "Батьківську силу" ліпше спрямовувати на групи людей.

*Другий етап розвитку травматичного стресу* включає механізм єднання людей і обов'язково потребує психологічної підтримки. Розплатою за характерну для цього періоду ейфоричність може стати глибока депресія, коли людина повернеться до повсякденного життя

після перебування у спецрежимі. Тому заходом психопрофілактики на цьому етапі є “заземлення” ейфоричних станів. Якщо причиною звертання стала відсутність можливості єднання з іншими потерпілими, то завданням психолога має бути певна “соціалізація” клієнта, тобто надання можливості спілкування з особами, що мають спільний досвід переживання та подолання стресового стану (групова робота). Тут буде ефективною робота з сім’єю суїцидента, знайомство її з іншими такими сім’ями, залучення цих сімей до групових зустрічей.

*Стратегія психологічної роботи на третьому етапі* пов’язана насамперед з психіатричною кваліфікацією психічних порушень потерпілих. У подоланні ПТСР виправдане використання саме засобів психологічної допомоги.

Важливим моментом є визначення “локусу” проблематики пацієнта, оскільки досить типову симптоматику складають почуття провини за те, що сталося у зв’язку з трагедією.

**Раціональна психотерапія.** В індивідуальній роботі – емоційне реагування при переказі найважливіших для пацієнта подій життя, потім з’ясування почуттів щодо подій, які сталися, і відокремлення їх від фактів травмуючого змісту. У груповій роботі – зниження напруження переживання пацієнтом унікальності свого стану при виникненні таких же проблем в інших людей, висвітлення об’єктивної картини подій у порівнянні та взаємоуточненні деталей, як вони зафіксувалися у пам’яті різних учасників подій.

**Екзистенційно-гуманістична терапія.** Коли людина отримала травму, вона переживає відчуття, наче хтось зазіхнув на її право на життя – виникає відчуття, що світ не надає ніякої підтримки людському життю загалом. Руйнується уявлення про те, що людина є цінною і життєздатною матерією життя. Тому, щоб надати психологічну допомогу, потрібно допомогти потерпілим побачити своє “порушення” в контексті загального соціального “порушення” і зрозуміти, що травмуючий стрес є не лише наслідком минулої катастрофи, а й різних аспектів наколишнього життя, котрих треба уникати або творчо перетворювати. Зокрема, виділяють *шість тем, які стосуються глибинних переживань людей, котрі пережили суїцид близьких*: почуття провини, покинутість/зрада, втрата, самотність, втрата сенсу і страх смерті.

**Окремі техніки НЛП.** У роботі з клієнтами із суїцидальними намірами використовують такі техніки та прийоми: прийоми психодрами (“порожній стілець”); групова дискусія щодо змісту подій,

визначення їх “нового” сенсу для подальшого життя, дисоціація та асоціація.

Порівняно зі звичайною психотерапією, **ПТСР-терапія** допускає вищий рівень інтенсивності дій терапевта: втручання, заохочування тощо; крім того, необхідною умовою ПТСР-терапії є бесіда про те, що сталося. Робота з потерпілим закінчується тоді, коли він може повернутися на місце, де сталася травмуюча подія, тобто може подолати негативні відчуття.

У дітей, які не зазнали дії травмуючих факторів, але перебувають у хворому оточенні, може розвинути вторинний ПТСР (*індукований ПТСР*). Частіше ПТСР розвивається у дівчаток, ніж у хлопчиків, і в інтелектуально слабших дітей. ПТСР-синдром частіше розвивається у дітей з тих сімей, де дорослі прагнули їх “захистити” від травмуючих подій і не говорили про те, що сталося (“контракт мовчання”).

Самогубство близької людини є однією з найбільших травматичних подій для дитини. Окрім таких чинників, як безпосередня загроза життю і здоров’ю близької людини і самої дитини, важливою травмуючою обставиною є відчуття дитиною своєї безпорадності. Дітям, які перенесли таку травму, як правило, властива наявність усіх симптомів ПТСР.

Розвиток ПТСР у дітей проходить ті ж етапи, що й у дорослих. *На першому етапі* важливо якомога швидше повернути дитину в сім’ю. Дитина поводить себе, як немовля: вимагає постійної уваги, хоче спати в одному ліжку з батьками тощо. Якщо не фруструвати ці бажання, спокійно їх виконувати, то днів через десять психолог може спокійно починати спільне обговорення батьками й дітьми подій, що сталися.

*На другому етапі* важливо надати можливість постійного спілкування дітей, які разом пережили катастрофу. Якщо у дитини розвивається ПТСР-синдром, то робота з нею ведеться у двох напрямках: індивідуальна (стимулювання активності обговорення подій – гра чи малювання на тему суїциду, смерті, уточнення деталей, почуттів героїв) та сімейна психотерапія (організація умов для вільного висловлювання думок членів сім’ї про пережиті події, формується ситуація, коли дитина не залишається наодинці зі своїми страхами та болями, а може відкрито їх обговорювати і отримувати підтримку від найближчих людей) [4].

*Е. Гроллман* наголошує на декількох важливих пунктах щодо психологічної підтримки дітей, які пережили суїцид близьких [4]:

– дитині в доступній формі потрібно чітко і просто розказати про самогубство;

- дати можливість дитині зрозуміти, що будь-які почуття, які вона переживає зараз, природні; їх переживають й інші члени родини (виявляйте свої почуття і дозволяйте дитині виявляти їх);
- запевнити дитину, що вона не винна в тому, що сталося;
- необхідно дозволити дітям розділити сімейну скорботу;
- потрібно уникати напівправди і вигадок;
- варто повідомити учителя в школі про горе, яке переживає дитина, щоб той підтримав її;
- потрібно заохочувати дітей, щоб вони проводили більше часу з друзями і швидше поверталися до своїх звичних занять;
- треба говорити з дитиною про того, хто помер, згадувати приємні моменти, проведені разом;
- дати дитині зрозуміти, що самогубство – це не найбільш достойний спосіб розв’язання проблеми;
- якщо не вистачає слів, невербальне співчуття буває більш важливим.

#### ***1.1.4. Основний психологічний зміст передсмертних послань суїцидентів***

Підготовка до самогубства нерідко включає прагнення суб’єкта обґрунтовано вмотивувати, пояснити свій трагічний вчинок для інших. Однією з очевидних причин цього прагнення є спроба якщо не уникнути осуду громадською думкою свого вчинку, цілком відвернути тінь такого осуду і неприйняття від рідних, то хоча б якоюсь мірою пом’якшити його. Всіляке передсмертне послання самогубця так чи інакше є самовиправданням, покликаним викликати співчутливе розуміння.

Приблизно один з шести самогубців залишає передсмертну записку. *За змістом такі послання ділять на дві основні групи: 1. Звинувачення, у яких суїцидент мстиво викриває дії, вчинки інших, які спонукали його піти з життя. 2. Вибачення, у яких самогубці з турботою, піклуванням про близьких, яких покидають, пояснюють їм мотиви свого вчинку [77].*

Основи наукового вивчення передсмертних послань самогубців заклали американські психолінгвісти *Ч. Осгуд і Г. Уолкер*. Саме на цих текстах вони здійснили апробацію статистичного аналізу у лінгвістиці.

*Передсмертні послання суїцидентів бувають різні:* листи, аудіо- і відеокасети. О. Ф. Юрчук вважає, що найсуттєвішим для наукового аналізу таких послань є дискурс – текст, що розглядається в аспекті подій, з якими він пов'язаний, мовлення як цілеспрямована соціальна дія, як компонент, що бере участь у взаємодії людей і в механізмах їх свідомості, у когнітивних процесах [77].

Дискурсивний аналіз передсмертних послань самогубців дав змогу класифікувати їх за кореляцією (взаємозв'язками, співвідношеннями) мотивів, композицій, особистості автора та групи [30].

*До першої групи входять* тексти, які виражають останню волю автора. В них немає аналізу причин, що спонукали його піти з життя, аналізу чи констатації фактів. Є тільки резолюційна частина як єдине композиційне ціле. Найчастіше трапляються наказові дієслова і компоненти обставин. Автори послань цієї групи здебільшого антисоціальні, імпульсивні, категорично-імперативні, примхливі особи, у яких відсутнє почуття провини. Вони нехтують духовними цінностями, моральними принципами, соціальними нормами.

*Другу групу* утворюють тексти, автори яких знімають відповідальність за своє самогубство з інших людей. Найбільше у текстах цієї групи синтаксичних конструкцій, які являють собою своєрідні кліше з інформативним центром у слові “вина”: “Ніхто не винний”, “Прошу нікого не звинувачувати”, “Не треба шукати винних” і т.і. Автори таких послань – депресивні особи з неадекватно заниженою самооцінкою.

*Послання третьої групи* вказують на осіб, вчинки яких призвели авторів до самогубства, мають викривальний характер. Найбільше – особових іменників. Пишуть паранояльні особи, які вважають, що оточуючі постійно плетуть проти них інтриги, змови. Їм притаманна конфліктна розбіжність самооцінки з оцінками інших. Для них покарання “винних” важливіше, ніж власне життя.

Автори *послань четвертої групи* пояснюють своє самогубство несприятливими життєвими обставинами, зокрема скрутними економічними умовами. В посланнях цієї групи превалює безвихідь, безпорадність, абстрактні іменники та букви, які позначають глухі, свистячі і шиплячі звуки. Їх пишуть особи, які перебувають у стані депресії внаслідок суттєвих деструктивних змін у навколишній дійсності.

Послання, покликані вплинути на близьких і примусити їх пережити провину, *утворюють п'яту групу*. Для таких послань характерні складнопідрядні речення з додатковими умовними (“раз



ти не хочеш...”, “якщо ти не розумієш...”), з додатковими поступки (“хоча...”, “не зважаючи на...”), складнопідрядні речення з полярною протиставною модальністю (“...але ти...”). Нерідко послання такого типу у фінальній частині схожі на поздоровчі тексти (“бажаю щастя в особистому житті”, “нехай збудуться твої бажання”). Автори – підлітки та інфантильні особи.

У *текстах-доказах* особа, яка постійно програє, зазнає наваж, намагається довести свою непересічність. Конфліктна розбіжність самооцінки з оцінкою інших зближує тексти-докази з текстами другої групи. Але, на відміну від останніх, для авторів текстів цієї групи головним є его-стан. Відповідно, переважають особові та зворотні займенники [77].

*Тексти-заповіти* залишають невиліковно хворі. Цим текстам властива глибока продуманість композиції, відсутність спонтанності, що виявляється у виразній ієрархії двох основних частин: 1) мотивації свого рішення піти з життя; 2) заповітів, побажань, настанов рідним і близьким.

Суїциденти, які пишуть чи надиктовують передсмертні послання, перебувають у стані сильного хвилювання, що накладає відбитки на текст: чимало граматичних помилок, серйозних стилістичних огріхів, наростань оцінних термінів, повторень, самоперебивань, обмовок, недоговорених фінальних частин слів і фраз.

Важливим аспектом вивчення передсмертних послань є ідентифікація автора та виконавця тексту. Злочинці використовують надиктовування передсмертних послань своїм жертвам для маскуванню убивства під самогубство. Знайти істину в такому разі допомагають почеркознавча й авторознавча експертизи [30, 74–77].

## **1.2. Загальнопсихологічні особливості суїциду** **Суїцид і суїцидоподібні вчинки**

### ***1.2.1. Суїцидальна мотивація***

Суїцид, або самогубство, – складна форма поведінки, яку зумовлюють психологічні, соціальні, ідейно-філософські, біологічні, гео-космічні 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 всі її рівні та утворення – від відчуттів до ідейних переконань. Психологія суїциду має загальнопсихологічні, патопсихологічні, диференційно-психологічні, соціально-психологічні, психодіагностичні, психокорекційні, психологопедагогічні, психолого-вікові аспекти.

У переважній більшості наукових трактувань суїциду так чи інакше повторюються визначення, які дали цьому феномену А. Бергман та Е. Дюркгейм. Суїцид, згідно з визначенням А. Бергмана в “Американській енциклопедії”, – це навмисне самопошкодження зі смертельним кінцем. Суїцид є виключно людський акт, притаманний усім культурам. Е. Дюркгейм називає суїцидом будь-який смертельний випадок, який прямо або непрямо походить від позитивного або негативного акту, здійсненого самою жертвою, котра наперед знала про можливі наслідки цього вчинку [9].

Відмінність самогубства від спроби самогубства Е. Дюркгейм вбачав у припиненні самовбивчого акту, перш ніж настає смерть. Він вважав, що від власне суїциду не так вже й відрізняються вчинки, у яких люди ризикують життям у різних ситуаціях: при актах хоробрості й самопожертви задля порятунку інших; у небезпечних заняттях, ризикованих видах спорту, де є гра зі смертю з прагненням її уникнути; при надмірному виснаженні себе працею, при недбалому ставленні до свого здоров'я, цілковитій відсутності турботи про нього, при зловживанні алкоголем, тютюном, наркотиками, сексом, легковажному нехтуванні безпекою тощо.

Проте між ситуацією власне самогубства й тими вчинками, які відзначає Е. Дюркгейм (крім свідомого жертвування своїм життям задля порятунку інших), відмінність велика, істотна. В них – суттєво відмінна мотивація, а саме: зміст мотивації вчинку визначає основний зміст, спрямованість вчинкової ситуації. Отож, якщо власна смерть не є свідомо визначеним мотивом, який спрямовує вчинок суб'єкта, то такий вчинок не є суїцидом, навіть якщо він закінчився смертю суб'єкта і суб'єкт знав про те, що його вчинок, поведінка – небезпечні, загрозливі для життя.

У суїциді вмотивована суб'єктом власна смерть є засобом, за допомогою якого суб'єкт досягає якоїсь мети. Отже, психологічно суїцид – це насамперед вмотивований суб'єктом засіб досягнення якоїсь бажаної для нього мети, яка відповідає його нагальним потребам.

Ні людина, яка героїчно ризикує своїм життям заради якоїсь високої мети, ні та, що одержує задоволення від “гри зі смертю” в небезпечних хеппенінгах, ні залежна від наркотиків, алкоголю, тютюну, ні апатичний суб’єкт, який не дбає про своє здоров’я, ні трудоголік, що виснажує себе надмірною працею, ні легковажний шалапут не спрямовують свої вчинки, поведінку на смерть, не прагнуть до неї цілеспрямовано, вона не є ні засобом, ні метою їхньої ризикованої поведінки.

### ***1.2.2. Неусвідомлюване самогубство***

Є дослідники, які намагаються тлумачити таку ризиковану поведінку, як вияв неусвідомлюваного прагнення до смерті, через посилену дію Танатоса. Танатос, або Мортідо, за З. Фройдом, – інстинкт смерті, який разом з інстинктом життя Лібідо є джерелом психічної енергії. Основа енергії – насолода, задоволення. Обидва ці інстинкти керуються “принципом задоволення” – задоволення потягів, які утворюють ці інстинкти, дають вдоволення, насолоду. Одним із потягів у структурі інстинкту смерті – Танатоса є самознищення, що позбавляє від тягара життя, від тих мордуючих, нестерпно важких обов’язків, які мусить виконувати людина, і цим через це отримує хоч недовготривале, але сильне задоволення [30].

Деякі з лібідозних і танатосних потягів людини суспільство не приймає, засуджує, застосовує до їх виявів різноманітні каральні санкції. Серед таких потягів – самознищення. Цей потяг настільки неприйнятний, жахаючий, принаймні в межах християнського світу, що нерідко людина не здатна сама собі зізнатися в його наявності у своїй психіці, щоб не зруйнувати свою самооцінку, що потягне за собою особистісні й суспільні руйнації. В результаті цей потяг механізмами психологічного захисту витісняється у несвідому сферу психіки особистості, звідки й виявляється у небезпечній для здоров’я і життя, ризикованій поведінці, окремих вчинках.

Проте все це – на рівні гіпотез, припущень, які поки що не знайшли ґрунтового наукового підтвердження. Цілком імовірно, що в деяких випадках бажання власної смерті не усвідомлюване суб’єктом і не постає в його свідомості як мотив, а виявляється лиш як легковажність та ризикованість. Виявити такі неусвідомлювані мотиви можна лише за допомогою психоаналітичних методів, і тільки тоді, коли неусвідомлювані суїцидальні мотиви виявлені, є підстави називати таку ризиковану, легковажну чи залежну поведінку суїцидом чи “непрямим суїцидом”, як її називають деякі автори.

### ***1.2.3. Ризикована гра і ризикована безпечність***

*Трансцендери* – люди, які ігнорують смерть, грають з нею, можуть керуватися гонором суперменства, який емоційно живиться захватом, захопленням, зачудуванням, повагою інших, самозахопленням і самоповагою. Це може бути також “пекельна насолода” від жаху – є люди, які отримують велике задоволення від екстремальних умов, що викликають страх. Можливо, так влаштовані у їх мізках зони “Раю” і “Пекла” – “Рай” у них збуджується і дає насолоду опосередковано через збудження “Пекла”.

Апатичним, безпечним, легковажним, залежним від своїх шкідливих звичок може не вистачати волі, організованості, яких вимагають великі зусилля, необхідні для оздоровлення свого способу життя. Вони й хотіли б, але не можуть – бар’єри, що стоять перед ними на цьому шляху, для них нездоланні.

Якщо поведінку, вчинки таких осіб утотожнювати з самогубством у строгому специфічному відрізняючому (*differentia specifica*) значенні цього терміна, то врешті-решт доведеться зробити висновок, що будь-яка поведінка, всілякий вчинок суб’єкта, які призвели до його смерті або завдали шкоди його здоров’ю, є самогубством. Напевно, ризиковану поведінку трансцендерів, апатичних, безпечних і легковажних осіб, “шалапутів” слід називати відповідно до її психологічної сутності: 1) ризикованою грою; 2) ризикованою безпечністю.

Ризикованій грі та ризикованій безпечності сприяють алкоголь, наркотики та інші психоделічні речовини. Наприклад, суб’єкти загинули тому, що перший у стані алкогольного сп’яніння перелазив з балкона на балкон на 9-му поверсі, другий гнав авто гірською дорогою, третій стрибнув з високого моста “ластівкою” у недостатньо глибоку річку, четвертий грався з гранатою. Все це – нещасні випадки, хоча за кожним з них може стояти і замаскований під нещасний випадок суїцид і неусвідомлюване прагнення до самогубства. Проте якщо немає достатніх підстав для суїцидальних версій, то й немає жодних психологічних підстав для зближення таких вчинків із самогубством.

Мотив такого маскування суб’єктом власного суїциду – прагнення відвести тягар суспільного неприйняття, несхвалення, осуду, ганьби від своїх рідних і від свого імені, пам’яті про себе. Під нещасні випадки, як і під самогубства, злочинці можуть маскувати вбивства. Такі випадки у компетенції правоохоронних органів.

#### *1.2.4. Психопатологічне і афективно-невропатичне самогубство*

У стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння, психоделічного отруєння порушується психічна діяльність суб'єкта щодо адекватності раціонального осмислення ситуації, в якій він перебуває, та емоційних реакцій на цю ситуацію і своєї поведінки в ній. Тобто його психіка перебуває в запамороченому стані, котрий може призвести як до нещасного випадку, на кшталт наведених прикладів, так і до самогубства. Чимало самогубств здійснюються у стані алкогольного сп'яніння.

Інакше як тимчасовим запамороченням не можна пояснити й ситуації, в яких людину раптом нездоланно, нестримно тягне стрибнути у прірву, кинутись у вогонь чи у воду.

Існує думка, що всілякий суїцид вчиняється в стані постійного запаморочення а, отже, є психопатологічним явищем. Однак ця позиція не може бути остаточно прийнятою чи відхиленою, поки не будуть виразно окреслені, чітко визначені межі, відмінності (*differentia spesifica*) між психопатологією і психічною нормою. Поки що наука не може зробити це.

Сьогодні гуманістична психологія керується тим, що людину слід вважати психічно здоровою і здатною усвідомлювати свої дії та управляти ними, поки протилежне не буде доведене. Неспростовними аргументами такого доведення є, насамперед, помітні порушення когнітивної (пізнавальної) сфери психіки особистості – відчуттів, сприймання, уявлення, мислення. Замість реальних образів, адекватного осмислення навколишньої дійсності у психіці суб'єкта домінують галюцинації – уявні, фантазійні образи та судження, які сам суб'єкт приймає за єдину реальну дійсність, – від галюцинаторних відчуттів, сприймань, голосів, які звертаються до суб'єкта ззовні або зсередини його психіки, звинувачують його, наказують йому робити щось, до цілісної галюцинаторної картини світу.

Це також патологічно неадекватні емоційні стани: негативно забарвлені, депресивні, коли суб'єкту вельми кепсько, він почувається великим грішником, злочинцем, яким насправді не є, і прагне "справедливо" покарати себе. Позитивно забарвлені, так звані маніакальні стани, коли на фоні надмірного запального збудження все сприймається суб'єктом з абсолютно безтурботною величезною радістю, що унеможливорює адекватну орієнтацію у життєвих ситуаціях і відповідну адекватну поведінку. Такі психічні розлади – у компетенції великої психіатрії.

Самогубства, вчинені в таких станах, є психопатологічними. Наприклад, – “імперативний”, наказовий “голос” звелів зробити те, що призводить до загибелі, або патологічні самозвинувачення дійшли до внесення вироку на кшталт: “звільнити світ від своєї мерзоти”. Чи, скажімо, суб’єкт сприйняв відчинене вікно на висотному поверсі як двері в коридор і вийшов через ці “двері”, або ж – “вилетів” через вікно, бо уявив себе Аріелем, що вмє літати. Останні дві ситуації психологічно взагалі не є самогубством, оскільки жертви не йдуть, хай хворобливо, галюцинаторно, але усвідомлено, до смерті. Вони й гадки не мали про смерть. Це – нещасні випадки.

Психічно хворі чинять суїциди і в станах ремісії, послаблення патологічних симптомів їх хвороби, коли вони більшою чи меншою мірою адекватні і здатні частково усвідомлювати своє становище. Розуміння серйозності свого розладу і страх перед неминучими загостреннями, ускладненнями, психічною деградацією може призвести таку людину до самогубства, мета якого – захистити себе і своїх близьких від майбутніх страждань, від нестерпного тягара своєї хвороби.

Прихильники психопатологічної концепції суїциду вважають, що людина здатна вкоротити собі життя тільки в стані безумства, тобто що всі суїциденти – психічно хворі, охоплені манією самознищення. У вітчизняних публікаціях можна зустріти твердження, що приблизно у 90 % самогубців на момент вчинення суїцидального акту не були виявлені психічні захворювання. Виникає запитання: якщо вони не виявлені, то що є підставою для припущень про їх наявність?

Прихильники протилежної точки зору, серед яких і відомі російські психіатри Н. І. Баженов, Г. Х. Гордон, С. С. Корсаков, І. А. Сікорський, С. А. Суханов, заперечували всеохопну зумовленість самогубства душевною хворобою. Вони вважали, що за певних умов не лише хворі, хворобливі, а й здорові душі, цілком нормальні за своїми емоційними та іншими психічними якостями можуть стати суїцидентами, незалежно від стану свого здоров’я, розумових здібностей, умов життя [55]. Сьогодні встановлено, що тільки 25–30 % суїцидентів на момент вчинення самогубства безперечно страждають психічними захворюваннями.

Умови, що стимулюють суїцид, спричиняють насамперед афектацію, невротизацію, психопатизацію та інші невротичні розлади, які перебувають у сфері компетенції так званої малої психіатрії. Свідомість особистості, її когнітивна сфера (відчуття, сприймання, уява,

мислення) при таких розладах залишаються в межах норми. Вона адекватно відображає навколишню реальність. Змінюється лише афективно, емоційне ставлення до цієї реальності і до самої себе та поведінка, зокрема, самоорганізація, самоконтроль, вольова регуляція. Серед таких розладів значне місце посідають неврастенії. Неврастенія загалом являє собою хворобливу вразливість, важкі, болісні для неврастеніка емоційні реакції на життєві колізії. Неврастенік зазнає прикрих відчуттів, душевного болю від всілякого відносно відчутного враження. Будь-які зусилля є для нього обтяжливими, важкими психологічно, жахаючими. Е. Дюркгейм порівняв нервову систему неврастеніка з тендітною мембраною, яка болісно здригається від найменшого дотику. Якщо неврастенічній особі не вдається якимось способом більш-менш надійно захиститися від чинників, що завдають їй болю, вона вчинить суїцид [9].

Видатний психіатр А. Ганнушкін мав рацію, коли стверджував, що ХХ століттю притаманна тенденція переважаючого поширення у психіці людей різних неврозів, психопатій, станів, які межують між психопатологією і нормою.

Отже, припущення, що на момент вчинення самогубства суїциденти перебувають у стані афективно-невротичного розладу того чи іншого змісту і глибини, є цілком імовірним. Проте не всі особи, які страждають від таких розладів, чинять самогубство, роблять суїцидальні спроби і навіть задумуються про можливість такого акту. Ще Е. Дюркгейм показав, що немає жодного безпосереднього зв'язку між поширенням неврастенії й рейтингом суїциду. Нерідко буває навіть і так, що вони зростають у протилежних пропорціях і одне з них сягає свого мінімуму саме тоді і в тій місцевості, у якій друге досягає максимуму.

*Е. Дюркгейм навів класифікацію самогубств, котрі вчинюються психічно хворими людьми. З цією класифікацією загалом можна погодитись:*

**1. Маніакальне самогубство.** Притаманне особам, охопленим галюцинаціями або маячними ідеями. Хворий убиває себе, щоб уникнути уявної небезпеки чи ганьби, або ж діє, підкоряючись наказу “зверху”. Суїцидальні акти відбуваються з карколомною швидкістю у хворобливому вихорі суперечливих думок та почуттів.

**2. Самогубство меланхоліків.** Виникає в осіб, які перебувають в стані великого занепаду духу, глибокої скорботи, гіпертрофованих докорів совісті, суму, журби. В такому стані людина не здатна цілком

здорово визначити своє ставлення до інших та предметів і ставлення інших до неї. Її не приваблюють ніякі задоволення, все постає у чорному забарвленні. Життя сприймається як дуже стомливе, обтяжливе і абсолютно безрадісне або як безнадійно нудне. Якщо цей стан не покидає ворого ні на мить, у нього прокидається несвідома думка про самогубство як про засіб уникнення страждань.

**3. Самогубство охоплених нав'язливими ідеями.** В цьому стані суїцидальний акт не зумовлюється жодними реальними чи уявними мотивами, а тільки нав'язливою думкою про смерть, яка без всілякої видимої причини оволодіває свідомістю хворого. Він одержимий бажанням знищити себе, хоча добре розуміє, що у нього немає ніяких вагомих приводів для цього. Ця нав'язлива манія не підпорядковується ніяким раціональним розмірковуванням, логіці, здоровому глузду.

**4. Автоматичне чи імпульсивне самогубство.** Також мало раціонально мотивоване. Ні реально, ні в уявленні хворого для нього немає жодних підстав. Відмінність цього самогубства від опереднього полягає в тому, що воно не є результатом нав'язливої ідеї, яка більш-менш довго переслідує хворого і лиш поступово оволодіває його волею. Автоматичне самогубство виникає з раптового і нездоланного імпульсу, який миттєво полонить свідомість, почуття, волю. Зазвичай цей імпульс стимулює вигляд предметів, якими можна себе вбити, в тому числі прірви, водної стихії.

Цю класифікацію можна уточнювати, доповнювати, але основний її зміст не змінюється, що засвідчують дослідження, які проводились у різних країнах протягом століття, що минуло з часу її створення. На перший і другий види цієї класифікації припадають 25–30 % від загального числа самогубств. Ми припускаємо, що самогубства охоплених нав'язливими ідеями та автоматичні самогубства є результатом “прориву” з несвідомої сфери психіки особистості витіснених туди гіпертрофованих танатосних потягів. Усі інші, ймовірно, пов'язані з афективно-невротичними розладами, про які йшлося, і повинні бути кваліфіковані як здійснені загалом психічно нормальними людьми. Можливо, подальші поглиблені дослідження суїцидальної проблематики внесуть якісь істотні зміни у це твердження, але поки що вагомих підстав для таких змін немає.

Отже, психопатологічне самогубство відрізняється від учиненого психічно нормальною людиною тим, що воно є результатом глибоких деформацій у психіці душевно хворого, які знищують здатність його психіки до адекватного відображення життєвої ситуації, в якій він



перебуває, і себе в ній, а відтак – до адекватної адаптативної поведінки.

### ***1.2.5. Самогубство психічно нормальної людини***

Ми визначаємо суїцид психічно нормальної людини як акт вибору суб'єктом заповідання собі смерті, що є засобом досягнення якоїсь мети у стані адекватної свідомості й афективно-невротичного збудження.

Суїцидент може виразно не усвідомлювати, не визначитись остаточно, хоче він насправді померти чи ні. Серед таких людей є ті, які в момент суїциду прагнуть будь-якою ціною позбутися наявної ситуації, навіть ціною власного життя, але хотіли б, щоб залишався шанс “переграти” смерть, якщо б ситуація, яка призвела до неї, змінилася на краще. Така амбівалентність у ставленні до власної смерті спричиняє підсвідомий вибір “легких” методів самогубства, які не містять смертельної загрози і можуть бути вчасно помічені оточуючими та перервані ними. Хоча буває і так, що “легкі” методи внаслідок трагічного збігу обставин призводять до смерті, а “серйозні” не закінчуються нею.

Деякі дослідники таку суїцидальну поведінку називають смерть із субнаміром. Суб'єкт, який “заграє” зі смертю з субнаміром, перебуває в стані переляку, розгубленості, відчаю, що паралізує його волю, мужність, терпіння, наполегливість, здоровий глузд, і сприймається ним як нестерпний. В американській суїцидології таку поведінку характеризують як суїцид з амбівалентним ставленням до смерті та сподіванням на шанс чи долю в останньому кроці. Вона виділяється як окремий, другий тип суїцидальної поведінки. Підраховано, що на цей тип припадає приблизно 30 % усіх суїцидальних актів.

Перший тип цієї класифікації характеризується як засіб демонстрації свого дистресу іншим без дійсного бажання вмерти. На цей тип ніби-то припадає приблизно 30 % усіх суїцидальних актів. Третім у цій класифікації стоїть тип суїцидальної поведінки, якому притаманний дійсний намір вбити себе. Дослідники, які створили цю класифікацію (Н. Фарбероу, Р. Літман), вважають, що на останній тип, який є самогубством у повному розумінні цього слова, припадає лише 3–5 % суїцидальних спроб.

### ***1.2.6. Демонстративно-шантажна форма суїцидальної поведінки***

Дійсна смерть не є засобом досягнення якоїсь мети. Засобом є імітація заповідання собі смерті, хоча значна частина таких “імітато-

рів” сама перебуває в омані свого власного обману. Їх свідомість майже переконана, що чинить правдиве самогубство, а їх несвідоме, якому відкрита правда, не дає насправді його вчинити. Узагальненою метою демонстративно-шантажних форм, демонстрацій свого дистресу без дійсного бажання вмерти є прагнення вплинути на оточуючих, повернути таким способом до себе, своїх проблем, конфліктів їх пильну співчутливу увагу, налякати, застерегти, тобто, це – своєрідна маніпуляція. Слід зауважити, що кваліфікувати суїцидальну поведінку як демонстративно-шантажну можна лише тоді, якщо вона не призвела до летального фіналу і суб’єкт свідчить про свої справжні наміри.

Від демонстративно-шантажних форм слід відрізнити суїциди, які не завершилися смертю внаслідок невправних самовбивчих дій або нерішучості суб’єкта, хоча він справді прагнув померти. Такі незавершені суїциди дають рецидиви, здійснюються повторно аж до летального завершення, що і є неспростовним свідченням щирості намірів їх суб’єктів. Суїцидентів, які так діють, поділяють за особливостями їх прагнення до смерті: 1) воно тривале і стале; 2) короткочасне, але рецидивне, таке, що час від часу повторюється; 3) миттєве, імпульсивне, рецидивне. В зарубіжних і у вітчизняних публікаціях, присвячених проблематиці суїциду, трапляються спроби визначити на основі якихось специфічних особливостей, котрі здаються авторам таких публікацій суттєвими, нові види і типи самогубств. Це, з одного боку, позитивне явище. З іншого, виникає термінологічна плутанина, коли різними термінами позначаються ті самі за суттєвим змістом феномени, а схожими – різні.

Так, *виділяють*: непрямий, напівнавмисний, напівпереднавмисний суїциди, суїцидальний еквівалент, незавершений суїцид, парасуїцид (Н. Крайтман), можливий суїцид, суїцидну гру, провокацію агресії на себе (К. Норрінгер); серйозні та несерйозні суїциди (А. Розен); субсуїцидні феномени (К. Меннінгер) і т.ін.

Проте всі ці та інші суїцидні феномени, виділені дослідниками, так чи інакше вписуються в охарактеризовані тут види і типи суїцидів та суїцидо-подібних вчинків. Тому немає сенсу розкривати зміст усіх таких термінів [30].

### ***1.2.7. Внутрішні і зовнішні форми суїцидальної поведінки***

*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, необхідності власної смерті, мисленнєве зважування на основі активного функціонування уяви шляхів, засобів самогубства.

**Суїцидальні задуми** є тенденцією від віртуального, уявного до дієвого суїциду.

**Суїцидальні наміри** являють собою утворення вольового рішення на основі задумів, що безпосередньо спонукає до дії.

*Зовнішні форми суїцидальної поведінки включають суїцидальні спроби і завершені суїциди.*

**Суїцидальна спроба** – це цілеспрямоване оперування засобами самогубства, яке внаслідок тих чи інших причин не закінчується летально, смертю.

Особи, яким не вдався **завершений суїцид**, здебільшого говорять, що шкодують про вчинене. Проте частота самогубств серед них протягом наступних після спроби 12 місяців приблизно в 100 разів вища, ніж у загальній популяції.

Понад дві третини осіб, які вчиняють завершений суїцид, якимось сигналізують про свій намір. Переважно це завуальовані або відкриті розмови про самогубство, про своє бажання відпочити від “поганого” життя, про свою нікчемність, беспорядність, безнадійне становище, це також смакування суїцидальних і некрофільних сюжетів із художніх творів і повідомлень у засобах масової інформації. Отже, завершене самогубство є переважно заздалегідь задуманим актом.

Хоча особи, які готують суїцид, і виявляють свої внутрішні наміри відповідними висловлюваннями, водночас переважна більшість із них ретельно вибирає усамітнене місце, час, коли імовірність перешкоди є мінімальною, убезпечується від того, що могло завадити здійсненню задуму.

#### *Способи самогубства*

Суїциденти йдуть з життя різними способами. Помічено стійкі, переважаючі тенденції у виборі тих чи інших способів самогубства в різних країнах. У загальносвітовому масштабі і, зокрема, в Україні та в Росії найбільш поширеним є повішення. В більшості країн часто застосовується також чадний газ. У США приблизно 60 % самогубців вкорочують собі віку за допомогою вогнепальної зброї. Це пов'язано з тим, що в США вогнепальна зброя легкодоступна, а смерть від неї – миттєва, отже, безболісна. В Канаді, де вогнепальна зброя менш доступна, від неї гинуть приблизно 40 % самогубців. Отруєння,

переважно за допомогою передозування лікарських засобів, становить у США і в Канаді приблизно однаковий відсоток суїцидів – по 18 %. В Англії від цього засобу самогубства гинуть дві третини жінок і одна третина чоловіків. Самогубці-фінни переважно топляться, сінгапурці – стрибають з висоти.

### **1.3. Соціальні фактори мотивації суїцидальної поведінки**

#### ***1.3.1. Групова згуртованість як чинник, що впливає на суїцидальність***

Неперевершена до цього часу соціологічна теорія самогубства створена наприкінці ХІХ ст. Е. Дюркгеймом. Переважна більшість її положень гідно витримала перевірку часом і наприкінці ХХ – на початку ХХІ століть знайшла більш інтенсивне ефективне застосування, ніж у час своєї появи. Ключова ідея цієї теорії полягає в тому, що суттєвим визначальним фактором суїцидальної поведінки є характер інтегруючих зв'язків особистості з суспільством. Ця ідея ґрунтується на бездоганному соціологічному аналізі рейтингів суїциду у різних країнах. Особа може бути повністю, цілковито інтегрована в соціальні групи, до яких вона належить; неповністю, недостатньо інтегрована в них; перебувати в стані всіляких порушень та невизначеності щодо інтеграції з групами, в які вона входить. Рівень інтегрованості і рівень суїцидальності перебувають у зворотно-пропорційній залежності.

Е. Дюркгейм вважає, що в кожному суспільстві існує нахил суїциду, який визначається контингентом осіб, схильних до посягань на власне життя. Завдяки новітнім нейробіохімічним дослідженням у галузі суїцидології, основні результати яких наведено у попередньому розділі, можна констатувати, що в основі такої схильності лежать генетично закладені особливості перебігу деяких важливих біохімічних реакцій переважно у головному мозку. Від певних особливостей соціальних умов залежить, якою мірою реалізуватиметься ця схильність [5].

Зауважимо, йдеться про стан суспільної організації, який загалом впливає на рейтинг самогубств, а не про те, щоб зробити якомога повніший перелік суспільних чинників та їх поєднань, що можуть спричинити і стимулювати самогубство. Виявлення і вивчення усіх

таких чинників та їх поєднань забезпечує соціально-психологічний підхід у суїцидології.

Інакше кажучи, особи, схильні до суїциду, загалом не зазнають більше негараздів, ніж інші у їх популяції. Вони гірше, ніж інші, здатні долати негаразди, вирішувати життєві проблеми. На думку Е. Дюркгейма, одні суб'єкти можуть підставляти чоло найстрашнішому лихові, а інші накладають на себе руки від найдрібніших прикрощів. Втрата сім'ї, погані родинні стосунки, негідне поводження з дітьми, ображена гідність, страх покарання за зло, хвороби, докори совісті, навіть зловживання алкоголем і наркотиками і т.ін., з чим живуть, борються і навіть гадки не мають про те, щоб вкоротити життя дуже багато людей, не є безпосередніми чинниками самогубств. Це – лише стимули, які діють опосередковано через особистісну схильність, генетично закладену в особливостях біохімічних процесів і суб'єктивно відчутну у нестерпних негативно забарвлених емоційних станах. Однак є суспільні явища, які протидіють суїцидальності, і є такі, що їй сприяють. Такі явища помітно впливають на рейтинги, статистичні відсотки самогубств. Сприятливі – стимулюють суїцидальну поведінку тих осіб, які за інших суспільних умов не стали б суїцидентами. Саме такі суспільні явища ґрунтовно дослідив Е. Дюркгейм.

Загальний висновок Е. Дюркгейма такий: суїцид розвивається у зворотній пропорції до ступеня згуртованості суспільних груп, членами яких є індивіди, у котрих може виникнути суїцидальність [5].

Стосовно групи, з якою особистість інтегрована на рівні своїх інтимних емоційних переживань, світоглядних диспозицій (особистісних відношень до світу і до себе), у неї формується почуття обов'язку, відповідальності, схильність до самовідданого служіння тощо. Якщо група, в яку індивід інтегрований на такому глибинному рівні, засуджує самогубців, він максимально довго відповідно до своїх особистісних особливостей терпітиме негаразди власного існування, не знехтує її інтересами заради власного, суто егоїстичного прагнення позбутись обтяжливого, нестерпного існування.

Отож, суїцид розвивається в зворотній пропорції до ступеня згуртованості, насамперед: релігійного, сімейного, політичного середовища; і, додамо, на підставі модерних етнопсихологічних досліджень до середовищ, названих Е. Дюркгеймом, ще й етнокультурне. Етнічна інтеграція, глибинною основою якої є так зване почуття

етнічної ідентичності, стрижень якого – любов до нації, є однією з найглибших, найінтимніших [5].

### ***1.3.2. Соціальні засади мотивації егоцентричного самогубства***

Слабка інтегрованість у соціумі, ідентифікація з групами є ідивідуальною автономією, індивідуалізмом, що сприяє егоїзму. Згідно з висновками гуманістичного напрямку у психології, людина не може оптимально існувати, гармонійно розвиватись, оптимістично почуватись, якщо вона на рівні своїх інтимних емоційних переживань, світоглядних диспозицій не самоутотожнена, не долучена до когось, хто у її власній свідомості значно перевершує її саму в її існуванні як індивіда. Тільки через так долучення, самоутотожнення може життєдайно для особистості вирішуватися фундаментальне екзистенціальне питання, основна проблема людини – смертність.

Якщо смерть – остаточний фінал для кожного, то раніше чи пізніше – немає великого значення. Земні приємності, насолоди є вагомим сенсом жити якомога довше. А якщо їх стає все менше, і навіть те, що раніше тішило, втрачає цю здатність, натомість нарастають страждання, життя втрачає сенс, коли воно не має вищих смислів поза самим індивідом, його індивідуальним буттям. Страждати і чекати без надії на радикальне полегшення в такій ситуації немає смислу. Егоїстична логіка підказує вихід – самогубство. Слід зауважити, що такий стан може викликати відчуття приємності болісного чару, меланхолій.

Якщо ж після власної смерті особистості залишається жити те, що є для неї вищим, безмежно дорогим, священним, то й її існування, сповнене страждань, яке, однак, є потрібним, корисним цьому вищому, набуває для неї високого сенсу, є суб'єктивно відповідальним, самовідданим служінням, турботою, дієвим виявом любові. Це – психологія альтруїзму, яка впливає з інтеграції-ідентифікації особи з таким для неї вищим, безмежно дорогим.

Фізичному індивіду важко сформулювати ставлення до себе, до свого кінцевого земного життя як до самодостатньої мети свого існування – воно надто мізерне, ефемерне як смисложиттєва основа буття.

З позиції інтегровано-альтруїстичної мотивації, з одного боку, та окремішно-егоїстичної, з іншого, стає більш зрозумілим, чому релігійна інтеграція-ідентифікація є найбільш потужною загалом і як антисуїцидальний соціальний фактор зокрема. Релігія не лише надає

найвищого сенсу земному життю людини, як створеному Богом для служіння абсолютним істинам, тощо, а й обіцяє особистісне, вічне блаженство кожному, хто гідно вірив і служив. Усе це за наявності віри – надпотужний антисуїцидальний чинник.

Показовою є помітна різниця у рейтингу суїциду переважно протестантських країн (США, Німеччина та ін.), з одного боку, і переважно католицьких – з іншого (Іспанія, Італія та ін.). На думку Е. Дюркгейма, це пов'язано з вищим ступенем інтеграцій з релігійною громадою католицької церкви, що виявляється і в контролі церкви за приватним життям, інтимними переживаннями своїх вірних. Можна додати й інтенсивний вплив на емоційні основи ідентифікації особистості з церквою посередництвом сильних, естетично насичених, вражаючих уяву ритуалів, містичних дійств, святих місць, масових богослужінь. Протестантизм заснований на індивідуальній вірі, на особистісному контакті з Богом, що не сприяє беззастережній емоційній інтеграції з церквою і в разі виникнення егоїстичних, у тому числі суїцидальних тенденцій, гальмує їх не так інтенсивно. В останні десятиліття рейтинг суїциду росте і в багатьох католицьких країнах, і в Ізраїлі, де панує іудаїзм, якому попри споконвічну потужну інтеграцію властивий ще й фаталізм (віра у фатум, долю і в невтручання в перебіг подій, визначених нею). Вочевидь, що це пов'язано з втратою живої віри і зв'язків з церквою, релігійною громадою багатьох громадян цих країн.

Інтеграція з групою може ґрунтуватися не лише на емоційній прихильності, а й на страху перед санкціями, яких зазнають ті члени групи, котрі не дотримуються її імперативів (вимог), порушують закони, моральні норми, традиції. Якщо така група вживає правові, матеріальні, моральні санкції за самогубство стосовно родини небіжчика (позбавлення майна, якихось прав, привілеїв, глум, відчуження тощо), і потенційний суїцидент боїться таких санкцій, то це свідчить про його емоційну інтеграцію з родиною. Якщо ж він інтегрований з групою, механізмами “раціоналізації” та “ідентифікації з агресором” (за З. Фройдом), то його інтеграція має несвідомо-конформістський і садистсько-мазохістський характер.

*Раціоналізація* – це загалом самообман, виправдовування і схвалення суб'єктом насамперед для самого себе, позицій, лінії діяльності авторитарної групи, щоб зняти з себе тягар необхідності виступати всупереч їй в разі незгоди з нею і через це втрачати захищеність, зазнавати санкцій, відчужуватися від неї тощо. Сам суб'єкт не

усвідомлює, що чинить самообман. Його пристосовництво до групи (конформізм) шляхом раціоналізації є неусвідомленим. *Ідентифікація з агресором* – найвищий рівень раціоналізації, на якому суб'єкт не лише виправдовує і схвалює дії групи, навіть вкрай жорстокі та несправедливі, а й зазнає внутрішнього емоційного вдоволення від всілякої діяльності групи. Психологічно таке вдоволення має садистсько-мазохістський характер. Нагадаємо, що в широкому розумінні цих термінів садизм загалом – емоційне задоволення, яке суб'єкт-садист одержує від страждань, котрих прямо чи опосередковано через свою групу завдає іншим. Мазохізм – задоволення від страждань, яких суб'єкт-мазохіст зазнає сам, особливо від “своїх”.

Несвідомо-конформістська, “раціоналізована”, садистсько-мазохістська ідентифікація-інтеграція з групою може бути сильним анти-суїцидальним чинником, якщо група негативно ставиться до самогубств своїх членів. Такому суб'єкту дуже важко знайти в собі психічну потугу, щоб вчинити не як частинка групи, а як автономний, супротивний групі індивід.

Слабо суспільно-інтегрований індивідуаліст, охоплений розчаруваннями, втрачанням здатності насолоджуватися життям, неприємними враженнями, стражданнями тощо, впадає у сумну, ліниву, меланхолійну знемогу, нехіть і байдужість, жаліє себе. У освічених, інтелектуальних суб'єктів у такій ситуації нерідко виникають: філософськи-скептична, пересичена, холодна іронія, дратівливий скепсис, всеохоплююча відраза, огида без загалом стенічних, стимулюючих до дій, до життя емоцій – ненависті, люті, понурої втіхи від того, що все так погано. Врешті-решт все це стає невідступно-нестерпним, і суб'єкт, щоб раз і назавжди позбутися цього, вчиняє самогубство, яке Е. Дюркгейм назвав егоїстичним.

### ***1.3.3. Соціальні засади мотивації альтруїстичного самогубства***

Альтруїстичний суїцид, за Е. Дюркгеймом, також пов'язаний із соціальною інтеграцією. Якщо егоїстичне самогубство виникає під впливом відсутності сенсу життя, то альтруїстичне самогубство походить від сенсу, котрий має існування груп, суспільства, з якими інтегрований, ідентифікований індивід. Альтруїстичний суїцид загалом – це самопожертва задля захисту інтересів своєї групи. Виразний приклад – японські пілоти-камікадзе, які наприкінці світової війни спрямовували свої літаки на ворожі літаки і так гинули [5].



Деякі дослідники стверджують, що такий героїчний, жертвний, альтруїстичний суїцид уможлиблюється в стані стеничного афекту і звуження свідомості. Можливо, що під час самого альтруїстичного суїцидального вчинку стан психіки його суб'єкта дійсно такий. Хоча, хто це може достеменно знати, крім людини, яка здійснювала такий вчинок, але залишилася жива? Проте цілком звести альтруїстичне самогубство до хворобливого стану психіки не вдається вже тому, що здебільшого йому передуює тривале духовне становлення психічно сильної особистості, її глибока ідентифікація з групою, емоційно та раціонально виважений духовно-ціннісний смисложиттєвий вибір. Самопожертва – лиш якийсь піковий момент такого життєвого шляху. Скажімо, прагнення свободи, справедливості, честі для своєї групи переважає страх неминучої смерті від руки ката чи від своєї власної, як-от у тих альтруїстичних самогубців, що привселюдно спалюють себе, відмовляються від їжі.

Можна зауважити, що в таких ситуаціях хворобливо марнославна особа прагне лаврів мученика. Однак і це не змінює психологічне ядро героїчної альтруїстичної мотивації, адже ці лаври самогубець залишає групі, ставлення якої до нього для нього дорожче, ніж власне фізичне існування. Це нехай і марнославний якоюсь мірою, але альтруїстичний героїзм.

Можливе і конформістське, мазохістське альтруїстичне самогубство зі страху перед групою, її осудом, санкціями. Осуд і санкції в такому разі виявляються страшнішими, ніж принесення в жертву групі свого життя та схвалення і захоплення групи.

Деспотичне, репресивне, грубе суспільство вимагає від своїх членів повного самозречення, надальтруїзму. Своєю брутальною жорстокістю воно жахає, і цей жах “забиває” психіку, робить її нечутливою до голосу індивідуалізму і, навпаки, відкритою суспільним навіюванням, у тому числі й тим, що орієнтують на беззастережне принесення в жертву свого життя, на зразок: “смело мы в бой пойдем за власть советов, и как один умрем в борьбе за это”.

Неможливо тепер визначити, чого було більше – любові до Батьківщини чи конформізму, навіяності, емоційного зараження у вражаючому масовому самогубстві, яке вчинили у 73 р. нової ери 960 євреїв у Масаді (Ізраїль) на знак протесту проти римського поневолення.

Демократичне суспільство звільняє особистість від репресивного стану, що пробуджує не лише моральність, одухотворену високими цінностями особистісну відповідальність, свободу думки і вчинку, а й

егоїстичні тенденції, маргінальний індивідуалізм. Воно також робить витонченою, вразливою, делікатною нервову систему і психіку індивіда. З поєднання егоїзму та психічної вразливості випливає не лише егоїстична суїцидальна поведінка, а й суїцид, який Е. Дюркгейм назвав анемічним [5].

#### *1.3.4. Соціальні засади мотивації анемічного суїциду*

Ще один вид суїциду, визначений Е.Дюркгеймом, який пов'язаний з особливостями суспільних умов – анемічний (анемія означає знемога).

Занепад суспільства, деструктивні процеси в ньому так чи інакше стосуються кожного його члена. У психіці індивіда суспільні деструкції відображаються муками, стражданнями, болем, які трансформуються в стани розчарування, апатії, тривоги, депресії і т. ін.

Суспільний занепад призводить до послаблення і руйнації суспільних зв'язків, що багатьма свідомо і несвідомо сприймається як руйнування їх особистісних зв'язків із життям загалом. Основною серед таких руйнацій є декласування – переважна більшість опиняється в гіршому соціально-економічному становищі. Стара соціальна градація зазнає краху, а нова ще тільки формується. Суспільні сили вивільнилися від колишньої зав'язаності в суспільну стратифікацію, але ще дуже далекі від того, щоб ефективно влитися в нові суспільні функціональні структури. Отже, їх суспільна вартість невизначена, що виявляється й у недооцінці професійних знань, умінь, обдарованості, таланту, у нехтуванні ними. А відтак, аморфними стають уявлення про справедливість-несправедливість, правильне-неправильне, моральне-аморальне, законне-незаконне, можливе-неможливе. Відсутнє суспільне регулювання, яке викликало б почуття морального вдоволення, справедливості, захищеності. Е. Дюркгейм назвав такий стан суспільства анемією.

Вочевидь, що наше українське суспільство вже багато років перебуває в стані глибокої анемії.

Найболючіше анемія б'є по тих, хто в попередньому, зруйнованому ладі мав високий статус і статки, а в новому втратив їх. Зі зростанням статусу і заможності ростуть почування власних можливостей, сили, потужності, наснаги, суспільної активності. Чим менш обмеженою у своїх можливостях почувається людина, тим важчі для неї соціальні втрати, обмеження, утиски. Адже суспільно успішна людина не просто фаталістично очікувала кращого у майбутньому, а

активно працювала для цього. Крах надій породжує фрустрацію – відчай, розпач, дратівливу відразу, які виливаються у розлючені, цинічні прокляття, блюзнірство на адресу життя загалом як безглузлого, жорстокого, підступного, болісного “хреста”. Болісне життя стає нестерпним, людина вкорочує собі віку.

Такий анемічний болісний стан і суїцид виникають і в загалом неанемічному, впорядкованому і динамічному суспільстві. Скажімо, індивід постійно, наполегливо прагне до перевершення своїх соціально-статусних і матеріальних здобутків – кар’єри, визнання, грошей. У цьому – сенс його життя, єдиний “ідол”, якому він служить. Високі духовно-моральні ціннісні орієнтації в кращому випадку – на задньому плані. А відтак у його експансивному “ідолослужінні” немає міри, поміркованості, стриманості. Він емоційно підживлює свою життєву наснагу сильними зовнішніми збудниками, враженнями, розвагами, які може собі дозволити завдяки високим статкам і статусу. Зустріч з непереборними перепонами на шляху цієї експансії – з об’єктивними, які виникли внаслідок збігу несприятливих обставин, так і суб’єктивними, що утворились із завищеної самооцінки та непомірних зазіхань, спричиняє анемічну фрустрацію у всій повноті її емоційної палітри. Якщо в душі такого суб’єкта немає правдивої любові, не пробуджується щирий порив до високих духовно-моральних цінностей, анемічний біль може призвести його до суїциду.

Якщо ж такий суб’єкт не зазнав соціального і морального краху, а психічно виснажився своєю непомірною споживацькою активністю і конкурентною боротьбою, його душевні катаклізми, нестерпний психічний біль, через що можуть виникнути суїцидальні настрої, набувають егоїстичного характеру.

Зважаючи на психологічні особливості анемічного самогубства, стає зрозумілішим, як бідність протидіє суїцидальності – вона погамовує експансивно-споживацькі пристрасті, а отже, запобігає краху надій, зазіхань і психічному виснаженню надмірними зовнішніми збудниками. Отож християнське тлумачення бідності як блага має і антисуїцидальний сенс.

Якщо порівняти егоїстичний і анемічний суїциди у філософсько-психологічному аспекті, то необхідно погодитись із твердженням Е. Дюркгейма, що самогубці обох цих видів потерпають від “хвороби нескінченності”. У “егоїстів” ця хвороба породжується надмірним, гіпертрофованим розвитком рефлексуючої свідомості, яка доходить висновку, що життя абсурдне, марне, обтяжливо-нестерпне і вартує

лиш того, щоб його припинити. У “анемічних” – надмірно збудженим чуттєвим хотінням, ненаситною хтивістю, яка не задовольняється, що веде до виправдання самознищення підступністю, жорстокістю життя. Е. Дюркгейм зауважив, що в першому мислення зосереджується саме на собі і через те втрачає об’єкт своєї спрямованості, в другому – пристрасті виходять поза всілякі межі і також втрачають свою мету. Перше губиться у нескінченності мрій, друге – у нескінченності бажань [10].

*Взаємодія суспільної згуртованості і сонячної активності  
у впливі на суїцидальність*

Косміст А. Л. Чижевський зробив висновок, що організм людини в періоди сезонної сонячної активності активується, що виявляється і в різких та бурхливих емоційних переживаннях. Цим він пояснив шокуючий факт: помітне підвищення суїцидальної активності навесні і на початку літа, коли, здавалось би, природно-кліматичні та економічні умови найменше схиляють до песимізму та самознищення.

Однак, тільки крайній, егоїстичний індивідуалізм, на думку А. Л. Чижевського, спричиняє суїцидальну реакцію на сезонну підвищену сонячну активність. У періоди “бурі і натиску”, катаклізмів, коли суспільство консолідується, інтегрується для ефективної боротьби за своє існування, колективна свідомість “з’їдає” егоїстичну індивідуальність, і самогубств стає помітно менше навіть у періоди сонячної активності [41].

***1.3.5. Суспільне ставлення до самогубства як фактор  
суїцидальності***

Як уже зазначалося, суспільне ставлення до самогубства було різним у різних народів і в різні часи. Наприклад, у Стародавньому Єгипті суїцид був цілком прийнятним останнім засобом позбутися нестерпних умов життя. У Стародавній Індії жінку, яка спалювала себе на ритуальному вогнищі після смерті чоловіка, прославляли. Цей звичай називається саті, його багатовіковий відгомін час від часу чути й сьогодні. З давнини у Японії до альтруїстичного самогубства воїнів ставляться як до проявів високої шляхетності та героїзму. Самогубство було і радикальним засобом позбутися ганьби. Обов’язкове самогубство було карою для тих благородних осіб, які заплямували себе нешляхетними вчинками. Так вони рятували “лице” свого роду і касти, вмираючи не ганебною смертю від меча ката, а від

власних рук, що свідчило про благородну мужність і силу духу. Кращим з кращих завжди вважався самурай, здатний зарізати себе навіть від тіні найменшої ганьби. Відбувалися навіть дуелі у формі сеппуку (харакірі). Ці звичаї включали розроблені церемонії, ритуали харакірі (власноручне розтинання своїх нутрощів). Харакірі зазвичай слугувало навіть помстою своєму кривднику.

Востаннє цей звичай виразно виявився під час процедури підписання імператором Японії пакту про беззастережну капітуляцію після поразки у світовій війні – чимало японців зробили собі харакірі. До згадуваних уже пілотів-камікадзе, які наприкінці Другої світової війни спрямовували свої літаки на ворожі кораблі, японське суспільство ставилось як до національних героїв, беззастережно відданих імператору, Японії і японській національній релігії – синтоїзму.

Самогубство воїнів у випадку поразки і, особливо, перспективи потрапити в полон у всіх культурах не засуджується, а здебільшого сприймається шанобливим схваленням і захопленням. Скажімо, іудаїзм завжди категорично забороняв і забороняє суїцид, але наставляє, що єврейський вояк, захоплений ворогом, повинен вбивати себе.

Проте здебільшого суспільне ставлення до самогубств було негативним. Так, у працях великого філософа античної Греції Платона знаходимо суворий осуд суїциду як несприйнятної акції. Жорстокий і цинічний Стародавній Рим заборонив самогубство з суто прагматичних, утилітарних позицій – як даремну втрату рабів, солдатів і селян.

Іслам трактує самогубство як найтяжчий гріх, як спробу видерти свою долю з рук Аллаха. Коран однозначно і рішуче забороняє суїцид. Однак альтруїстична самопожертва в боротьбі з ворогами, з невірним всіляко заохочується, в тому числі й обіцянкою переміщення в рай відразу після самопожертви. Жахливі приклади цього – в ісламському тероризмі останніх часів.

Християнство рішуче, беззастережно засуджує суїцид як посягання на святість людського життя, що належить Богу – Він його дає і тільки Він його має право забрати. Неприпустимо кидати Богу до ніг його дар. У 4-му столітті ця позиція оформилась ідеологічно, коли Святий Августин визнав суїцид одним із найтяжчих гріхів. У 452 році Арлський Вселенський Собор оголосив самогубство важким злочином, що є результатом сатанинської злоби. Празький собор у 563 р. підтвердив цю позицію і дозволив застосовувати каральні санкції до суїцидентів та їхніх родин. Триденський собор (1568 р.) трактував

самогубство як наслідок впадання в гріх зневір'я, відчаю і порушення заповіді “Не убий!”, згідно з тлумаченням блаженного Августина. В період середньовіччя Римська католицька церква заборонила ховати самогубців у освяченій землі, тобто на цвинтарях. Цю санкцію прийняли й інші християнські конфесії. Вона не скасована до цього часу християнськими церквами, хоч в абсолютній більшості випадків ця санкція з гуманістичних міркувань порушується.

За згодою християнських церков каральні органи і законодавство нерідко застосовували до суїцидентів вельми суворі покарання. Наприклад, англіканська церква схвалила трактування англійським законодавством самогубства як безбожного діяння, що повинно каратися конфіскацією майна, навіть якщо воно вчинене вочевидь психічно хворою людиною. Такий самий закон діяв і у багатьох штатах Америки, навіть і тоді, коли вони звільнилися від англійського колоніального володіння.

Доба Просвітництва зламала абсолютне і категоричне неприйняття християнським світом самогубства. Поширюються ідеї про право людини на смерть. Першим ідейним натхненником цього зламу став англійський філософ Д. Юм (XVIII ст.). У своєму знаменитому есе “Про самогубство” він із сарказмом показує неможливість здійснення найзаповітнішої, одвічної мрії людини – про свободу у навколишньому світі; її нездоланну залежність від природних і суспільних сил. Однак, основний пафос есе – право людини прагнути свободи і бути вільним, у тому числі й у виборі смерті, власноручного припинення свого існування. Д. Юм закликає постаратися повернути людям їх вроджену свободу, критично розглянувши всі аргументи проти самогубства і показавши, що це діяння вільне від гріховності і не підлягає осуду [52].

Самогубство стало предметом серйозного вивчення й обговорення за участю провідних суїцидологів світу під час II Вселенського Собору Католицької церкви (1962–1965). Було зроблено висновок, що в абсолютній більшості випадків самогубство здійснюється людиною у стані серйозного психічного розладу, коли вона вже не здатна до свідомого контролю за своїми вчинками. Отож не можна застосовувати санкції до такої особи, і якщо вона була християнином і жила по-християнськи, то християнське поховання її на цвинтарі за участю священника не забороняється.

Помітний відхід від абсолютного засудження суїциду спостерігається і в протестантських церквах. Вони так чи інакше прислухо-

вуються до позицій, висловлених англіканськими теологами Д. Глетчером і Д. Робінсоном, що питання про самогубство є відкритим, оскільки необхідно враховувати конкретні обставини кожної суїцидної ситуації, унікальність кожного людського взаємовідношення і неповторні особистісні особливості кожного індивіда. Як бачимо, йдеться про пріоритет психологічного підходу до суїциду. Сьогодні домінуючою тенденцією в католицизмі, протестантизмі і в багатьох гілках православ'я є підхід священників до суїциду не лише із суто богословських, а й з психологічних, психопатологічних, соціально-психологічних позицій.

У православній частині Російської імперії, в яку входила й Україна, самогубство вважалося страшним, “іудовим” гріхом-зрадою Христу. Самогубців, які йшли з життя з цим непокаяним гріхом, не ховали на цвинтарі і не відспівували. Проте російській владі загалом був притаманний зважений і диференційований підхід до суїциду. Закони, які карали суїцидальну поведінку, постійно уточнювались і доповнювались.

До реформ Петра I за це засуджувала тільки церква, жодної карної відповідальності не було. Перші форми світського покарання за самогубство і спробу самогубства з'явилися у військовому статуті Петра I за 1716 рік. Згодом російське законодавство класифікувало два види самогубства: 1) у стані нормальної, адекватної свідомості – передбачалася карна відповідальність; 2) здійснене в стані порушеної, неадекватної свідомості – не каралося. Покарання постійно пом'якшувалися (1845, 1857, 1866, 1888 р.). Не підлягали жодному карному покаранню особи, які свідомо пішли на смерть з патріотичних мотивів, задля збереження державної таємниці, з прагнення зберегти честь чи цноту. Такі самогубці не позбавлялися церковного поховання, всі їхні розпорядження, оформлені юридично, були чинними. Згідно з Карним кодексом 1903 р., самогубство не вважалося злочином. Карна відповідальність передбачалася за доведення до самогубства. Для порівняння, Англія пом'якшила кару за суїцид у 1870 р., а цілком скасувала карну відповідальність за суїцидальну поведінку – у 1961 р. До 1919 р. карне законодавство Нью-Йорка трактувало замах на самогубство як злочин.

В атеїстичній державі СРСР, в яку перетворилася Російська імперія, внаслідок грандіозного соціального катаклізму, поняття гріха в християнському значенні цього слова на рівні правового регулювання та цілеспрямованого формування громадської думки до

самогубства не застосовувалося. Згідно зі статтею 148 Карного кодексу від 1922 р., суїцидальна поведінка не вважалася злочином. Покарання передбачалося за доведення до самогубства. Але офіційна ідеологія не визнавала, що в радянської людини можуть бути якісь суб'єктивні причини для вкорочення собі віку, крім, зрозуміло, героїчної самопожертви в боротьбі за ідеали комунізму. Отож, суїцидальна поведінка тлумачилась як соціальна аномалія, що є результатом психопатологічного розладу. Самогубствами займався сектор соціальних аномалій при Центральному статистичному управлінні. Дійсні рейтинги фальсифікувались і замовчувались. Офіційно визнавалася статистика “доведення до самогубства”, психопатологічне самогубство. Альтруїстична самопожертва статистично не обліковувалася. Тотальна брехня, на якій засновувався більшовицький лад, панувала і в галузі суїциду.

Природно, що свідоме, інтелектуально зважене самогубство в буржуазному світі загалом і в середовищі російської еміграції розглядалось як цілком закономірне явище. Мовляв, реалії буржуазного світу – цинізм, крайній егоїзм, аморалізм, беззастережно жорстока і підступна, оскаженіла боротьба за виживання тощо призводять до втрати людяності, гуманістичних цінностей, а відтак – до загального розчарування, втоми, депресії і самогубства. І тільки у 70-х рр. ХХ ст. у колишньому СРСР почала утверджуватися концепція, яку започаткувала А. Г. Амбрумова, що розуміння суїциду тільки як суто аутоагресивного акту психічно хворої особи або ж особи, доведеної іншими до відчаю – принаймні спірне. Є всі підстави трактувати суїцид психічно нормальної людини як її соціально-психологічну дезадаптацію в умовах мікросоціального конфлікту. Отже, люди, які опинились у таких умовах, потребують співчуття і допомоги. Вочевидь, ця концепція є гуманною, гуманістичною. Вона загалом залишилась в основі ставлення до самогубства в посттоталітарній, незалежній Україні.

Важко визначити, наскільки ефективним психологічним чинником стримування суїцидальної поведінки був страх перед карою за неї протягом історичного розвитку людства, окремої країни чи навіть в якийсь короткий проміжок часу. Але незалежно від того, наскільки він ефективний, такий страх абсолютно неприйнятний у демократичному, вільному, орієнтованому на гуманістичні цінності суспільстві. Внутрішня свобода особистості не може бути обмежена репресивним, авторитарним табу навіть щодо вільної відмови від життя. Внутрішня



свобода особистості, її вільний вибір ціннісних орієнтацій і ліній поведінки – необхідна умова вдосконалення людини, а відтак – культури, цивілізації, природи, життя на Землі. Ця свобода – найвище завоювання демократичного суспільства. Чимало особистостей готові беззастережно віддати своє життя задля ідеалів свободи. Отже, внутрішня свобода особистості в такому зіставленні є цінністю вищою, ніж навіть життя. Проте в ідеалі внутрішньої свободи, вільного вибору добра і зла, висунутому Ісусом, виявився і темний бік – спокуса свободою вибору небуття.

Гуманне, помірковане, м'яке ставлення до суїциду, що утверджується в цивілізованому світі, уможливило й проблему евтаназії (автаназії) – добровільної смерті безнадійно хворих, які дуже страждають самі і мимоволі виснажують своїх близьких. Провідний борець за дозвіл евтаназії – американський лікар Дж. Кеворкян, який відгукнувся на благання безнадійно хворих і допомагав їм легко піти з життя. В багатьох цивілізованих країнах точаться палкі суперечки про евтаназію: є поодинокі випадки, коли офіційно дозволяли зробити її. З 2001 р. у Суд з прав людини в Гаазі звертається цілком знерухомлена жінка з проханням дозволити її чоловікові допомогти їй позбутися мук шляхом смерті. Але якоїсь виразної позиції щодо евтаназії не вироблено, і тому ми не наважуємося висловити своє ставлення до неї у навчальному посібнику.

### ***1.3.6. Навіювання суїцидальних настроїв засобами масової інформації, літературними творами***

Ще на початку ХХ ст. стало зрозумілим, що на суїцидальність впливають нові технічні засоби передачі інформації: радіо, кінематограф. Так, знаменитий російський адвокат А. Ф. Коні у своїй відомій роботі “Самогубство в законі і в житті” (1923 р.) показав “сумну роль” кінематографа, друкованих видань і навіть непродумано складених соціологічних анкет, в яких представлено “методологію” форм і способів самогубств, з чим йому, як юристу, часто доводилось мати справу.

Якщо такі тенденції були зафіксовані тоді, то в наш час бурхливого розвитку засобів масової інформації і комп'ютерних ігор з поширенням у них некрофільством – садистсько-мазохістським смакуванням смерті, в тому числі й суїцидальної, вони помітно поглибилися. Наприклад, Р. Хасан вивчив статистику самогубств у Австралії за 10 років (1996–2006). Виявилось, що кожної доби

накладають на себе руки в середньому 4,13 чоловіків. Це число різко підстрибує до 4,62 чоловіків у ті декілька днів, які йдуть за публікаціями на сторінках двох провідних австралійських газет: мельбурнської “Ейдж” та сіднейської “Морнінг геральд” – повідомлень про подробиці вчинення суїцидів. Усього було вивчено 19 425 самогубств представників сильної статі.

Самогубство саме чоловіків вивчалось тому, що, по-перше, в Австралії, як і скрізь, газети читають переважно чоловіки. По-друге, в повідомленнях, наведених у названих газетах, здебільшого йшлося про чоловічі суїциди. По-третє, чоловіки в Австралії, як і скрізь, обирають більш потужні, “надійні” засоби вкорочення собі життя, тому й результати переважно “успішні”. Представниці ж прекрасної статі застосовують менш ефективні засоби, їх переважно вдається врятувати, і в статистику завершених самогубств вони не потрапляють.

Сталу особистість без невропатичних зрушень некрофільна інформація не зачепить глибоко, принаймні така особистість завжди здатна свідомо відмежуватися від такої інформації, яка неприємно турбує. Проте в наші часи нестримного посилення невротизації смакування непрофільної інформації загалом і суїцидної зокрема неприпустиме. Основним чинником невротизації психіки особистості в умовах сучасних індустріальних та постіндустріальних цивілізацій є нелюдність карколомно швидкого олюднення світу: загроза економічних і технологічних катастроф; екологічний дискомфорт від надмірного скупчення людей у забруднених, неестетичних, пригнічуючих містах; небувала інтенсифікація контактів; надзвичайно інтенсивний інформаційний тиск на психіку, причому з переважанням “накручуючої”, збуджуючої, тривожної, неприємної інформації; величезні інтелектуальні та емоційні навантаження тих, хто бажає зробити кар’єру, посісти престижний і вигідний соціальний статус і т. ін. Факторів невротизації психіки особистості, “нелюдного олюднення”, негуманістичних сторін індустріальної та постіндустріальної цивілізації надто багато. Немає потреби розглядати і навіть називати їх усі тому, що всі вони діють неспецифічно – різні такі фактори стимулюють однотипні невротичні розлади, в тому числі і з суїцидальними тенденціями.

Якщо некрофільна суїцидогенна інформація потрапляє до невротизованої, неврастенічної особи з суїцидальними тенденціями, то вона посередництвом навіювання, емоційного зараження, наслідування може звузити свідомість цієї особи навколо її суїцидальних

тенденцій і стати “іскрою”, яка спричинить суїцидальний “вибух”. До такого вибуху цілком застосовний чудовий філософський образ Геракліта: “Світом править блискавка”. Навіювальний “гіпнотизм” засобів масової інформації може стимулювати навіть суїцидні епідемії. Спрацьовують, як і у всілякій соціально-психологічній епідемії, соціально-психологічні механізми наслідування та емоційного зараження. Суїцидальні спалахи епідемічного характеру зафіксовані наприкінці минулого століття в багатьох розвинутих країнах світу, хоча, безсумнівно, однозначного зв’язку цих спалахів з відповідною інформацією у *mass media* встановити не вдалось, як і з самогубствами відомих людей.

Масові самогубства, що мають епідемічний характер, відомі здавна. Так, історичні хроніки повідомляють про масові самогубства дівчат у античному Мілеті, які повторювалися декілька років. Російські розкольники масово спалювали себе і топились у часи переслідувань їх офіційною церквою і державою. У 1772 р. в Росії 30 інвалідів повісилися один за одним на тому самому гачку. У водоспад Іматру поблизу Виборга (Фінляндія) протягом одного літа кинулися 59 чоловік. Схожі на епідемію чисельні самогубства охоплювали дівчат у закритих жіночих навчальних закладах Росії на початку ХХ ст.

Епідемія самогубств молодих, інтелігентних, романтично настроєних людей прокотилася Німеччиною після публікації твору І. В. Гете “Страждання молодого Вертера”. В ньому вирішення героєм своїх проблем шляхом вкорочення собі віку естетизоване в тому розумінні, що має відчутний романтично-відчайдушний відтінок і не викликає огиди, відрази, не жахає і не відлякує протиприродністю.

Згадуваний вже А. Ф. Коні попереджав про небезпеку сюжетів, які естетизують суїцид. Він дорікав Л. М. Толстому про небезпеку “останньої краплі”, “іскри”, “блискавки” для невротизованої психіки з суїцидальними тенденціями загалом естетичної, піднесено-шляхетної, хоч і тужливо-трагічної кінцівки його роману “Анна Кареніна”.

А от Ф. М. Достоевський, який приділив велику увагу психології і філософії суїциду, в жодному своєму творі не естетизував самогубства, навпаки, показував потворність, жахаючу огидність цього акту. Достатньо згадати відхід з життя Кирилова у “Бісах”.

Суїцидному некрофільству в літературі, кіно, засобах масової інформації прямо чи опосередковано сприяє філософська концепція самогубства, що формувалася з кінця ХІХ ст. до середини ХХ ст.

## **1.4. Соціально-психологічні, індивідуально-психологічні та особистісні чинники виникнення та перебігу суїцидальної поведінки у молоді**

### **1.4.1. Особливості виникнення та перебігу суїцидальної поведінки у молоді**

*Соціально-психологічними факторами ризику, які можуть сприяти виникненню суїцидальних проявів у підлітків та юнаків, вважаються:*

- серйозні проблеми у сім'ї;
- відвернення однолітків;
- смерть дорогої 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 школі чи інституті або невдачі у навчанні;
- високі вимоги у навчальному закладі до підсумкових результатів навчальної діяльності (іспитів);
- проблеми із працевлаштуванням і погане економічне становище, фінансові проблеми;
- небажана вагітність, аборт і його наслідки (у дівчат);
- зараження СНІД 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 них належать:
  - психічні відхилення у батьків, особливо афективні (депресії та інші душевні захворювання);
  - зловживання алкоголем, наркоманія або інші види антисуспільної поведінки у сім'ї;
  - сімейна історія суїцидів або суїцидальних спроб членів сім'ї;
  - насилля у сім'ї (особливо фізичні і сексуальні);

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

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

– розлучення батьків, залишення одного з них сім'ї або його смерть;

– часті переїзди, зміна місця проживання сім'ї;

– надто низькі або високі очікування батьків стосовно дітей;

– зайва авторитарність батьків;

– відсутність у батьків часу і недостатня увага до становища дітей, нездатність до виявлення прояву дистресу і негативного впливу навколишньої дійсності.

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

– нестабільність настрою або його надмірна мінливість;

– агресивна поведінка, злобність;

– 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 переживанням нікчемності;

– легко виникаюче почуття розчарування;

– надмірна пригніченість, особливо при несуттєвих нездужаннях або невдачах;

– надмірна самовпевненість;

– почуття приниження або страху, що приховуються за проявами домінування, відторгнення або демонстративна поведінка щодо друзів-однолітків чи дорослих;

– проблеми з визначенням сексуальної орієнтації;

– складні неоднозначні стосунки з дорослими, включаючи батьків. Шкільний психолог В. І. Силяхіна вважає, що мотивами суїцидальної поведінки школяра можуть бути:

- шкільні проблеми;
- втрата близької, коханої людини;
- ревності, любовні невдачі, сексуальний протест, вагітність;
- переживання, образи;
- самотність, відчуженість;
- неможливість бути зрозумілим, почутим;
- почуття провини, сорому, невдоволення собою;
- страх покарання, торттури;
- почуття помсти, протесту, загрози;
- бажання привернути до себе увагу, викликати співчуття;
- уникнення наслідків поганого вчинку або складної життєвої ситуації.

Вона зазначає, що це лише загальні мотиви, а часткові можуть бути настільки різними, що їх важко перерахувати [42].

*У суїцидальній поведінці підлітків можна умовно виділити 3 фази:*

а) **фаза обдумування**, що викликається 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 його уваги з підлітком може трапитися нещасний випадок;

б) **фаза амбівалентності**, яка настає за умов появи додаткових стресових факторів. 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 станеться, тоді настає **фаза суїцидальної спроби**. Вона відбувається дуже швидко, адже для підлітків притаманне швидке проходження цієї фази і перехід до третьої.

Як вказує В. І. Силяхіна, більшість суїцидальних підлітків (до 70 %) обмірковують і здійснюють суїцид упродовж 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.

Як зазначає дніпропетровський психолог В. П. Мушинський, “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 виникнення нестерпних життєвих обставин”. *Така поведінка є динамічним процесом і складається з таких етапів:*

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

**2. Етап суїцидальних дій** – починається, коли відповідні тенденції приходять у дію; під суїцидальною спробою розуміється суїцид, який з незалежних від людини обставин був відвернутий і не призвів до летального наслідку; суїцидальні тенденції можуть трансформуватися у завершений суїцид, результатом якого є смерть людини.

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

В. П. Мушинський *наводить вичерпну характеристику форм і методів реалізації суїцидальної поведінки, виділяючи 10 загальних рис, властивих усім самогубствам:*

1. Загальною метою усіх суїцидів є **пошук рішення**, адже суїцид не випадкова дія – його ніколи не здійснюють без сенсу чи безмотивно. Він є виходом із утруднень, кризи чи нестерпної ситуації, йому властива своя логіка і доцільність. Щоб зрозуміти причину суїциду, слід дізнатися про проблеми, для розв’язання яких він був призначений.

2. Загальним завданням усіх суїцидів є **припинення свідомості, повне припинення свого потоку свідомості, незносного болю** як розв’язання болісних і нагальних проблем. Відповідно до цього, суїцид складається з трьох частин: наявності у людини, що впала у відчай, душевного хвилювання, підвищеного рівня тривоги і високого летального потенціалу.

3. Загальним стимулом при суїциді є **нестерпний психічний біль**. Можна стверджувати, що припинення своєї свідомості – це те, до чого рухається 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 передовсім саме через нереалізовані або незадоволені потреби. Зазначимо, що відбувається багато безглузких смертей, але ніколи не буває безглузких і необґрунтованих суїцидів.

5. Загальною суїцидальною емоцією є **безпорадність-безнадійність** – у суїцидальному стані виникає переважне почуття безпорадності-безнадійності. В 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 минушого емоційного та інтелектуального звуження свідомості з обмеженням можливостей у виборі варіантів поведінки, що зазвичай доступні свідомості певної людини, коли вона не перебуває у панічному стані.

8. Загальною дією при суїциді стає **втеча**, що відображає намір людини покинути зону нещастя. Тому суїцид вважають межевою, остаточною втечею. Сенс самогубства полягає у радикальній та остаточній зміні обставин “декорацій” життя.

9. Загальною закономірністю суїциду є **відповідність суїцидальної поведінки загальному стилю поведінки** впродовж життя. Незважаючи на те, що суїцид є вчинком, якому немає аналогу у попередньому житті людини, все ж йому можна знайти відповідність у стилі та характері повсякденної поведінки певної людини. Це і попередні переживання душевного хвилювання, і здатність терпіти психічний біль, і наявність тенденцій до обмеженого мислення, і спроби втечі у важких ситуаціях тощо [13].

#### ***1.4.2. Захисні антисуїцидальні фактори***

За спостереженнями спеціалістів, існують обставини, що є захистом проти суїцидальної поведінки учнівської молоді. Вони поділяються на культуральні і соціодемографічні, сімейні й особистісні.

*Культуральні й соціодемографічні фактори:*

– участь у громадській діяльності (спортивні змагання і події, клуби, товариства тощо);



– добрі, врівноважені стосунки з однолітками у навчальному закладі;

– хороші стосунки з учителями та іншими дорослими;

– підтримка близькими людьми.

*Захисні фактори сім'ї:*

– розвинуті навички спілкування у сім'ї, добрі, сердечні, щирі стосунки між усіма членами сім'ї;

– підтримка молоді сім'єю.

*Особистісні захисні фактори:*

– добрі навички спілкування, уміння спілкуватися з однолітками і дорослими;

– впевненість у собі, своїх силах, переконаність у здатності до досягнення життєвих цілей;

– уміння шукати і звертатися за допомогою під час виникнення труднощів, приміром, у школі та НЗ;

– прагнення радитися з дорослими, приймаючи важливі рішення;

– відкритість до думок і досвіду інших людей;

– відкритість до усього нового, здатність засвоювати нові знання.

До *антисуїцидальних чинників* належать усі чинники розвитку гармонійної, духовної, нормальної особистості. Однак серед них слід виділити ті, що протистоять безпосередньо суїцидальним тенденціям, створюють особливий імунітет, запас протисуїцидальної міцності особистості. До них належить:

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

– наявність таких рис особистості, як щирість, доброзичливість, взаєморозуміння, емпатійність, підтримка, приязнь, що сприяють її спілкуванню з людьми;

– віра в Бога, в божественні цінності Всесвіту і Вічності;

– підвищення значущості особистості у кризових ситуаціях;

– інтелектуальний опір смерті в усіх її видах, у тому числі й самогубству;

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

– піднесення цінності особистості, як концентру історико-культурного процесу;

– підвищення цінності життєвого шляху людини як невід’ємної складової частини історико-культурного поступу людства.

В. І. Силяхіна звертає увагу на низку обставин, які допомагають людині вистояти у важкій для неї ситуації, не дозволяють їй здійснити роковий самовбивчий крок.

Так, людина повинна мати активну життєву позицію, впевненість у тому, що вона сама відповідальна за свою долю, вірити в те, що все, що відбувається, – це результат її вільного вибору. Якщо людина сприймає інших рівними собі, тобто їй не властиве почуття неповноцінності, якщо вона реалістично сприймає оточуючих, їх ставлення до себе, то вона стає стійкою до різних ситуацій, депресії і більш гнучкою у подоланні стану психологічної кризи.

У підлітка, крім обов’язків, має бути ще й “віддушина” у житті – спорт, хобі тощо – все, що не дозволяє навалюватися чорним думкам.

Важливо також мати не одну мету у житті, а декілька, щоб несподівані перешкоди на шляху її досягнення не затягнули підлітка у тенета відчаю. Він повинен мати й інші “замінні” інтереси, на які можна переключатися за будь-яких життєвих невдач.

Школа, сім’я мають не тільки навчати, а й виховувати, формувати особистість підлітка, прищеплювати йому повагу до людської особистості, здатність до співпереживання і співчуття, відчувати почуття розкаювання щодо заподіяних вчинків, здатність до самоконтролю, дотримання моральних норм у людських взаєностосунках, мати адекватну самооцінку. Важливим також є усвідомлення молоддю цінності власної особистості і недоторканості від будь-кого, в тому числі й себе [42].

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 своїм переживаннями.

Ще однією важливою умовою попередження суїциду є здатність дитини самотійно розв’язувати свої проблеми, а не обходити їх – цьому їх слід вчити змалку.

### **1.4.3. Формування адекватного ставлення оточуючих до суїцидальних проявів і можливостей їх виявлення та подолання**

Для ефективного виявлення суїцидальних тенденцій слід сформувавши 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, міфи і перевірені багаторічними науковими спостереженнями факти. Наведемо їх за компетентними джерелами.

**Міф: Більшість самогубств здійснюється майже або зовсім без попередження.**

**Факт:** Більшість людей подають попереджувальні сигнали про можливе самогубство – у формі безпосередніх висловів, фізичних, тілесних ознак, емоційних реакцій або поведінкових проявів. Вони повідомляють про можливість вибору самогубства як засобу позбавлення від болю, напруження, збереження контролю або компенсації втрати. Такі сигнали часто бувають волянням про допомогу.

**Міф: Не слід говорити про самогубство з людиною, котра схильна до нього, оскільки це може подати їй ідею про здійснення цієї дії.**

**Факт:** Розмова про самогубство не породжує і не збільшує ризику його здійснення, а, навпаки, знижує його. Найкращий засіб виявлення суїцидальних намірів – пряме запитання про них. Відкрита розмова з вираженням щирого піклування і турботи щодо наявності у людини думок про самогубство є для неї джерелом полегшення, навіть одним із ключових моментів у відвертанні безпосередньої небезпеки самогубства. Обминання ж цієї теми у розмові може стати додатковою причиною для зведення рахунків із життям.

**Міф: Якщо людина говорить про самогубство, то вона його не здійснює.**

**Факт:** Люди, що зводять рахунки з життям, найчастіше перед цим прямо чи опосередковано дають кому-небудь знати про свої наміри. Це стосується чотирьох з п'яти суїцидентів. Тому, якщо до вас звернулася така людина, ніколи не відмовляйтеся від розмови з нею, відверніть її від цього усіма можливими засобами і, передусім, глибокою зацікавленістю у житті цієї людини.

**Міф: Суїцидальні спроби, що не призводять до смерті, є лише формою поведінки, спрямованої на привертання уваги до суїцидента.**

**Факт:** Суїцидальні форми поведінки або “демонстративні” дії деяких людей є крайнім, останнім закличком або проханням про допо-

могу, що посиляється іншим. Надання допомоги у розв'язанні проблем, встановлення контакту є ефективним методом запобігання суїцидальної поведінки.

**Міф: Самогубець впевнено бажає померти.**

**Факт:** Наміри більшості суїцидентів залишаються двоїстими аж до моменту смерті. Вони відкриті для допомоги інших, навіть якщо ця допомога нав'язується їм. Більшість осіб із суїцидальними тенденціями шукають спосіб продовження життя.

**Міф: Ті, хто покінчує із собою, психічно хворі.**

**Факт:** Дійсно, наявність психічного захворювання є фактором високого ризику самогубства, проте переважаюча більшість суїцидентів не страждає ніякими психічними захворюваннями.

**Міф: Якщо людина одного разу здійснить суїцидальну спробу, то вона більше її не повторить.**

**Факт:** Хоча більшість осіб, які вчиняють суїцидальну спробу, звичайно переходять до самогубства, однак значна частина з них повторюють ці спроби. Так, частота самогубств в осіб, котрі раніше здійснювали суїцидальні спроби, у кілька разів вища, ніж в іншій частині населення.

**Міф: Зловживання алкоголем і наркотиками не впливає на самогубство.**

**Факт:** Залежність від алкоголю і наркотиків є фактором ризику суїцидальної поведінки.

**Міф: Самогубство є надзвичайно складним явищем, тому допомогти самогубцям можуть лише професіонали.**

**Факт:** Дійсно, дослідження свідчать, що суїцид – складне явище, але розуміння і реагування на суїцидальну поведінку у конкретної людини не вимагає глибоких знань у галузі психології або медицини. Вимагається лише прояв уваги до того, що говорить людина, **прийняття цього всерйоз**, надання підтримки і звернення за відповідною допомогою. Адже багато людей гине внаслідок самогубства лише тому, що їм не була запропонована або стала недоступною невідкладна перша допомога і підтримка.

**Міф: Якщо людина має схильність до самогубства, то вона залишиться в неї назавжди.**

**Факт:** Більшість суїцидальних кризових станів є тимчасовими і усуваються при відповідній допомозі. Однак, якщо кризова ситуація триває, полегшення не настає, а допомога не надається, то зберігається ризик суїцидальної спроби. Після отримання професійної допомоги людина найчастіше здатна поновити своє звичайне життя і діяльність.

**Міф: Самогубство – явище, що успадковується.**

*Факт:* Наявність деякої генетичної основи не означає, що людині не можна надати реальної допомоги, адже мова йде про поведінку людини, котру важливо помітити, а після цього звернути на неї увагу лікарів або психологів.

**Міф: Якщо не залишена записка, то не можна вважати самогубством те, що трапалося.**

*Факт:* Лише четверта частина з усіх осіб, що вчинили самогубство, залишають записки.

Оточуючим слід долати в собі міфи, пасивність, скутість поведінки, навіть страх, щоб здійснити, можливо, найгуманніший акт у своєму житті – врятувати найцінніше, що є у суїцидента – його життя. Такий вчинок буде сприяти повазі людини до самої себе як до справжнього гуманіста, котрий утверджує собою цінність життя іншої людини, її особистості як вищої, божественної форми існування Всесвіту.

#### **1.4.4. Визначення в ході спостереження перших загрозливих тенденцій, ознак суїцидальної поведінки підлітків та юнаків**

Суїцидологи зазначають, що при певних несподіваних або драматичних змінах, які впливають на поведінку підлітка, слід сприймати всерйоз певні зміни в його поведінці, словесні й емоційні ознаки, *а саме:*

- 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 школі чи НЗ;
- збільшення споживання тютюну, алкоголю або наркотиків;
- інциденти із залученням правоохоронних органів, участь у правопорушеннях.

При появі цих явищ слід звернути особливу увагу на підлітка або юнака чи дівчину.

##### **Існують поведінкові ознаки суїцидальної загрози:**

- будь-які раптові зміни у поведінці і настроях, особливо тих, 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 учинення суїциду;
- підбиття підсумків, приведення справ до порядку, приготування до акту суїциду;
- нехтування зовнішнім виглядом.

##### **Словесні ознаки суїцидальної поведінки:**

- упевнення у безпорадності і залежності від інших;
- прощання;
- розмови або жарти щодо бажання померти;
- повідомлення про конкретний план;
- подвійна оцінка значущих подій;
- повільна, маловиразна мова;
- висловлювання самозвинувачень.

##### **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;
- неуважність, розсіяність або розгубленість.

**Ознаки депресії у дітей, котрі схильні до суїциду:**

- сумний настрій;
- втрата властивої дітям енергії;
- зовнішні прояви журби;
- порушення сну;
- соматичні скарги;
- зміна апетиту або ваги;
- погіршення успішності навчання;
- зниження інтересу до навчання;
- страх невдачі;
- почуття неповноцінності;
- самообман - негативна самооцінка;
- почуття “заслуженого” відторгнення;
- помітне зниження настрою при найменших невдачах;
- надмірна самокритичність;
- зниження рівня соціалізації;
- агресивна поведінка.

**Депресивні прояви підлітків із суїцидальною поведінкою:**

- сумний настрій;
- почуття суму, нудьги;
- почуття втоми;
- порушення сну;
- соматичні скарги;
- непосидючість, неспокійність;
- фіксація уваги на дрібницях;
- надмірна емоційність;
- замкненість, скупість;
- розсіяна увага;
- агресивна поведінка;
- неслухняність;
- схильність до бунту;
- зловживання алкоголем або наркотиками;

- погана успішність навчання;
- прогули у школі, НЗ, ВНЗ.

В. І. Силяхіна звертає увагу батьків *на такі моменти у поведінці та висловлюваннях підлітків, схильних до кризових ситуацій і суїцидальних спроб:*

- скарги на відсутність сенсу життя: “Навіщо мені жити?”, “Який сенс в тому, що я живу?”;
- висловлювання дитини: “Мені усе набридло!”, “Не хочу нікого бачити, не хочу нічим займатися!”;
- скарги на погані 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 пошкодуєте, але буде пізно!”;
- наведення особливого порядку у своїй кімнаті, серед своїх особистих речей, роздача 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.

*Вчителі, класні керівники повинні мати на увазі й враховувати в роботі такі фактори ризику суїциду:*

- висока конфліктність спілкування;
- ізоляція підлітка у класі чи групі;
- несприятливе сімейне оточення;
- спадковий фактор;
- неадекватна самооцінка;
- конфлікт, психотравмуюча ситуація;
- різка зміна у поведінці;
- асоціальний спосіб життя;
- егоцентризм;
- втрата членів сім’ї, погані стосунки.

Деякі з цих ознак мають, так би мовити, “подвійне” значення, тобто можуть свідчити не тільки про суїцидальну загрозу, а й про



інші особистісні проблеми, кризи у житті юної людини. Проте психологу, педагогу, соціальному працівнику не слід ніколи забувати про “суїцидальну тему” при появі цих ознак. Для уточнення висновку про наявність суїцидальної загрози доцільно використовувати спеціальні психодіагностичні засоби – карти, опитувальники, тести.

### ***Психодіагностика суїцидальних схильностей і дій учнів загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладів***

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

*Мета:* визначення ризику вчинення суїциду.

*Форма проведення:* індивідуальна.

*Обладнання:* бланк карти ризику суїцидальності.

*Час проведення:* 30 хвилин.

*Вік:* з 18 років.

Карта ризику суїцидальності використовується для виявлення ризику вчинення 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. Заповнюючи карту, не слід брати до уваги суб’єктивні оцінки клієнта, а тільки враження, які психолог отримав під час вивчення, анамнезу.

#### *Дані анамнезу*

1. Вік першої суїцидальної спроби – до 18 років.
2. Раніше була здійснена 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.*

1. Ситуація невизначеності, очікування.
2. Конфлікт у любовних або подружніх стосунках.
3. Тривалі конфлікти.
4. Подібний конфлікт був раніше.
5. Конфлікт, обтяжений неприємностями в інших сферах життя.
6. Суб'єктивне почуття неподоланності конфліктної ситуації.
7. Почуття образи, жалю до себе.
8. Відчуття втоми, безсилля.
9. Суїцидальні висловлювання, погрози щодо здійснення суїциду.

## **1.5. Психологічні особливості суїциду неповнолітніх**

### ***1.5.1. Психологічна характеристика суїцидальності неповнолітніх***

Серйозна увага до проблеми самогубства неповнолітніх виникла на рубежі XIX–XX ст. Розроблялися не лише психопатологічні, а й психологічні, моральні, педагогічні аспекти цієї проблеми. Так, видатний російський фізіолог, лікар, психолог В. М. Бехтерев стверджував на основі проведених ним досліджень, що більшість дитячих самогубств пов'язана не з психічними захворюваннями, а з недоліками морального виховання. Відомий український психіатр І. А. Сікорський пов'язував суїциди учнів насамперед з морально-етичними чинниками. В. А. Федоров звинувачував цивілізацію в тому, що вона допустила моральне падіння людини, одним із жахливих проявів чого є дитячі самогубства [30].

Протягом XX ст. пошук чинників, а відтак – ефективних засобів профілактики самогубств дітей і підлітків проводився досить активно у багатьох країнах. Водночас показники суїцидів неповнолітніх зростали. Наприклад, рейтинги самогубств підлітків, дітей у більшості європейських країн, Австралії, США, Канаді з 1950 по 2000 рік зросли втричі. Незалежна психіатрична асоціація Росії наводить моторошну цифру: 10,5 тисяч дітей у цій країні пішли з життя шляхом самогубства протягом 2006–2008 років. Російські суїцидологи стверджують, якщо врахувати незареєстровані суїциди неповнолітніх, ця цифра зросте щонайменше втричі.

## *Суперечливі позиції в суїцидології неповнолітніх*

<b>Міфи</b>	<b>Об'єктивні факти</b>
Ті діти, підлітки, які говорять про самогубство, рідко роблять реальні суїцидальні спроби.	Більшість неповнолітніх суїцидентів висловлювали свої наміри друзям, родичам.
Неповнолітні суїциденти – психічно хворі.	Більшість дітей, підлітків, які роблять суїцидальні спроби або вчиняють завершене самогубство, не діагностуються як психічно хворі.
Пряме запитання, чи хоче підліток вбити себе, провокує його на самогубство.	Якщо прямо запитати про суїцидальні наміри і одержати ствердну відповідь з мотивацією, є шанс надати підліткові допомогу
Дитячі суїциди переважно трапляються без попередження.	Більшість дітей демонструють своє бажання піти з життя, лише дорослі не завжди це помічають.
Якщо дитина зробила суїцидальну спробу, але залишилася жити, вона більше не робитиме таких спроб.	Майже половина дітей з тих, що здійснили незавершений суїцид, повторюють суїцидальні спроби, серед них приблизно 10 % – протягом першого року життя після незавершеного самогубства.
Самознищення в дитячому та підлітковому віці – це переважно нещасні випадки. Насправді вони прагнули не померти, а лише повернути таким радикальним способом, як самознищення, увагу до своїх проблем.	Більшість діє настільки рішуче, що важко сумніватись у серйозності їх намірів дійсно померти.
Кожен неповнолітній, який чинить самогубство, має депресивні розлади.	Хоча депресія часто притаманна неповнолітнім суїцидентам, але не завжди серед таких неповнолітніх трапляються тривожні, емоційно нестабільні, емоційно незрілі імпульсивні особи.

Деякі дослідники дитячої і підліткової суїцидальності вважають, що в цій сфері суїцидології запанували міфи, хибні висновки, які суперечать об'єктивним фактам (О. М. Моховиков, С. М. Трусова та ін.) [52].

### ***1.5.2. Імпульсивність, емоційна незрілість, емоційна нестійкість як суїцидогенні особливості психіки неповнолітніх***

Імпульсивність дітей-самогубців проявляється у нездатності осмислювати, критично-мисленнево зважувати своє суїцидальне рішення протягом якогось тривалого часу, передбачати серйозні наслідки свого вчинку, шукати несуїцидні можливості ефективно захистити себе, відстояти свої інтереси.

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 підлітків, сприйнятливність до навіювальних впливів і до емоційного зараження сприяють суїцидальності через некритичне перенесення неповнолітнім у сферу свого Я душевних колізій тих суїцидентів, і реальних, і героїв художніх творів, з якими йому довелось зіткнутись і які справили на нього сильне приваблююче-заворожуюче враження.

### ***1.5.3. Зовнішні чинники суїцидальності неповнолітніх***

У суїцидологічних публікаціях називаються *різні зовнішні фактори*, які викликають у неповнолітніх переживання, сприятливі для формування суїцидальності. *Серед таких факторів основними є:* 1. Нерозуміння, неприйняття значущими іншими, що викликає переживання образи, самотності, відчуження. 2. Втрата батьківської любові, нерозділене кохання – ключовим негативно забарвленим переживанням є ревності. 3. Смерть, розлучення, втеча від сім'ї когось із батьків – відчай, розпач, образа, ревності. 4. Зневага, вражене самолюбство – образа, злість, ненависть, агресія як прагнення помститися. 5. Приниження, знуцання – переживання в основному подібні на ті, що в попередньому випадку, але спектр може бути значно різноманітнішим. 6. Небажання визнати свою неправоту, провину, попросити вибачення – хворобливі, егоїстичні, “самозакхані” емоції. 7. Любовно-сексуальні ексцеси, невдачі, вагітність –

відчай, страх, тривога, ревності. 8. Погрози, шантаж, примушування, вимагання брутальним насильством і залякуванням – страх, злість, ненависть, відчай. 9. Навіювання некрофільства, самознищення через засоби масової інформації, в спілкуванні з некрофільно налаштованими особами і групами – інтерес, подив, зачарування.

#### ***1.5.4. Сімейні чинники суїцидальності неповнолітніх***

Встановлено, що приблизно половина проявів суїцидальної поведінки у підлітків пов'язана з деструктивними сімейними проблемами, з негативним ставленням до них сім'ї, а саме: з психологічним неприйняттям, відчуженням, духовною ізоляцією, байдужістю і бездоглядністю, відсутністю теплих, приятних емоційних стосунків, тривалими конфліктами між батьками, їх пияцтвом і алкоголізмом, невротичними розладами, депресією, відмовою батьків від дітей у зв'язку з розлученням, втечею, смертю батьків.

*Існує шість типів сімей, сприятливих для формування суїцидальності дітей:* 1) сім'я, зруйнована розлученням; 2) асоціальна, злочинна; 3) обтяжена суїцидами своїх членів; 4) з патологічною взаємозалежністю батьків та дітей; 5) з психопатологіями кровних родичів (Т. М. Мішина, Т. В. Самохіна); 6) формально гармонійна сім'я, що маскує свої конфлікти, чим створюється підґрунтя для формування в дітей низької самооцінки, а відтак – несформованим вмінням чинити опір у кризових ситуаціях (Е. М. Вроно, О. М. Ратинова) [30].

*За характером відносин у сім'ях їх поділяють на:* інтегровані та дезінтегровані; гармонійні та дисгармонійні; корпоративні та альтруїстичні; гнучкі та консервативні; авторитарні та демократичні.

Конфлікти, сприятливі для формування суїцидальності у дітей, виникають у дезінтегрованих, дисгармонійних та корпоративних сім'ях. У таких сім'ях діти зазнають і переживають: нестачу теплоти, доброзичливого спілкування, розуміння, підтримки, турботи; жорстокість, неприязнь, холодність, нехтування, відчуження (В. Hafen; К. Frandsen); інколи – сексуальне насильство; свою непотрібність, обтяжливість для батьків, що приводить їх до висновку, ніби батьки мріють від них позбутися, чекають їхньої смерті; перестановку ролей, коли не батьки емоційно, морально-духовно підтримують дітей, а діти змушені підтримувати батьків таким способом; авторитарний тиск стосовно нереально завищених експектацій (очікувань) та вимог щодо дітей у їх освіті, побуті, спорті та ін.

Найпотужнішим чинником психопрофілактики самогубств неповнолітніх є любов, турбота, піклування, розуміння, підтримка тощо в сім'ї (М. Реск). Проте навіть ідеальна родина не завжди може, здатна захистити неповнолітнього від суїцидальної поведінки під дією таких факторів, як нерозділене кохання, зрада коханих, близьких друзів, втрата авторитету, затягування у “трясовину” наркоманії, правопорушень, проституції, грубі образи, кричуща несправедливість учителів, неформальних шкільних лідерів і т. ін.

### ***1.5.5. Суїцидогенні переживання неповнолітніх***

Американські дослідники (Р. Shaffer та ін.) виділяють дві основні групи неповнолітніх самогубців. Першу утворюють діти з високим інтелектом, відчужені від своїх примітивних, неосвічених батьків. У багатьох з них мати – психічно хвора. Незадовго до того, як накласти на себе руки, вони виглядають пригніченими і самозаглибленими. У другій групі – імпульсивні, агресивні, схильні до насильства неповнолітні, які не зносять критики [30].

Встановлено, що у багатьох випадках дитина вбачає у самогубстві радикальний засіб уникнення конфлікту, неприємної ситуації або ж покарання близьких, люблячих людей, які чимось образили її, “допекли” їй. Суїцидальний афект у таких ситуаціях виникає раптово і триває недовго. Проте афективного стану може вистачити, щоб дитина зробила непоправне, скориставшись тим, що є під рукою – шнурком, висотою, зброєю, отрутою. Самі діти при цьому здебільшого не усвідомлюють виразно, що чинять непоправне. В глибині свідомості їх жевріє уявлення, що, задовольнившись стражданнями тих, кому вони хотіли їх завдати своєю смертю, вони встануть, і всі помиряться тощо. Приводи таких суїцидів переважно зовсім нікчемні, сміховинні. Ще раз зазначимо, що таке може вчинити емоційно невірноважена, збудлива, егоцентрична, примхлива, нетерпляча дитина.

І у повнолітніх суїцидентів, котрі діють не раптово, несподівано для них самих, інтуїтивно, а якийсь час виношують, планують своє самогубство, і у неповнолітніх, зовнішні суїцидогенні чинники спрацьовують тільки тоді, коли вони потрапляють на сприятливий, “родючий” психічний і біохімічний ґрунт, після цього виникають нестерпні, негативно забарвлені емоційні стани, депресивний психічний біль.

Характерними для підліткових депресій є: байдужість, апатія, гнів, лють, що можуть виявлятися у саркастичності висловлювань, туга переважно невиразна, підвищена чутливість, вразливість, низька самооцінка, беспорядність, розчарування в людях, зокрема в друзях, амбівалентне бажання і бути незалежним, і належати комусь сильному, впевненому, здатному зарадити собі в будь-якій ситуації, очікування щирого заступництва батьків, учителів, переживання своєї непотрібності, марноти, безглуздя життя, філософська або метафізична “інтоксикація” – постійні, нав’язливі розмірковування над смисловитими проблемами, сенсом життя і смерті, занепокоєння, тривожність, песимістичність, порушення сну, послаблення чи втрата апетиту, втрата ваги, головний біль, нудота, втомлюваність, нездатність до веселощів, до захоплення грою.

Основними поведінковими патернами для попередньої діагностики депресивного стану підлітка є: збентеження, скутість, дратівливість, непомірна стомлюваність, імпульсивність, плаксивість, висловлювання на кшталт: “Скоро я відпочину”, “Мене з вами не буде...”, “Вам буде краще без мене”, “Я востаннє бачу ці квіти”, напівсуїцидальні спроби, самоушкодження, погіршення успішності, упорядкування справ (роздача речей, настанови, поради тощо), “чорний” гумор стосовно смерті, самогубства, убивства, раптові комунікативні труднощі, раптові вживання у великих дозах наркотиків, алкоголю, відсторонення, відчуження від близьких, страх залишатися на самоті.

При замаскованій депресії у підлітків не спостерігаються ознаки туги, плачу, розлади сну та апетиту. Виразно виявляються: гіперактивність, агресивність, різке зниження успішності, деліквентність, психосоматичні порушення, асоціальна поведінка, порівняно інтенсивне вживання тютюну, алкоголю, наркотиків, втечі з дому.

Згідно з даними, які навела С. М. Трусова, 72,8 % українських неповнолітніх віком 10–17 років ніколи не втрачали бажання жити, у них жодного разу не виникали потяги до смерті; 21,4 % казали, що інколи це траплялось; у 5,8 % час від часу бажання жити зникає. Отже, група суїцидального ризику становить загалом 27,2 %. Неповнолітні з цієї групи ризику менше читають книжок, грають у комп’ютерні ігри, відвідують гуртки за інтересами, але більше перебувають на вулиці та займаються улюбленими справами вдома. У них значно більше проблемних стосунків з батьком (відповідно – 10,4 % проти 2,9 %), матір’ю (9,1 %–3,9 %), братами і сестрами (21,5 %–12,6 %), ровесниками (9,8 %–4,5 %). Вони здебільшого незадоволені мірою

реалізації матеріальних і духовних потреб у своїй родині. 52,2 % з них не хочуть жити так, як живуть їх батьки матеріально, 35,8 % – духовно, 62,7 % – займатися тією ж справою, що й батько, 67,2 % – мати. Серед них більше тих, хто гірше, ніж інші одягається, і тих, кому батьки не дають грошей.

Діти з групи ризику і ті, що ніколи не втрачали бажання жити, дивляться у майбутнє відповідно: з застереженням і страхом – 62,7 % і 56,3 %; з байдужістю – 7,5 % і 3,8 %; з упевненістю і оптимізмом – 34,1 % і 26 %; зі змішаним, суперечливим почуттям – 19,5 % і 13,4 %. У абсолютної більшості неповнолітніх з групи ризику низькі бали за шкалами відкритості, самоповаги, самокерування, адекватного відображення ставлення до себе інших, самоцінності, самосприйняття, самоприхильності і високі за шкалами внутрішньої конфліктності та самозвинувачень. У них – великі відхилення від адекватної самооцінки та рівня домагань, значні розбіжності між Я-ідеальним і Я-реальним, високі рівні тривожності та психічного і фізичного виснаження, переживання самотності, безнадійності, беззмістовності існування [16].



### ***1.5.6. Суїцидонебезпечні ситуативні реакції підлітків***

Суїцидонебезпечні ситуативні реакції підлітків також мають характерні особливості (О. М. Вроно). Так, реакція депривації, яку дають в основному підлітки молодшого та середнього пубертатного віку, виявляється у пригніченні емоційної активності, у втраті інтересу до тих занять, що раніше цікавили. Виникають переважно внаслідок суворого, ортодоксального виховання в сім'ї, практики неминучих покарань за всілякі порушення встановлених правил, відсутності теплих родинних зв'язків, контактів.

Експлозивну реакцію дають, в основному, неповнолітні середнього пубертатного віку (14–16 років). Прояви: афективне напруження, агресивність, брутальність, ворожість до оточуючих, безцеремонне прагнення до лідерства, завищений рівень домагань. Безпосередньо суїцидальна поведінка у структурі такої реакції – це афективна розрядка часто на очах у “напасників”, щоб помститися, завдати їм болісного удару.

Реакція самоусунення прослідковується у неповнолітніх середнього і старшого (юнацького) пубертатного віку з рисами соціальної та емоційної незрілості, “інфантильності”. Мета – усунутись, відійти від конфлікту. Усунення – не обов'язково суїцид. Може бути імітація самогубства або самоушкодження, щоб викликати хворобу.

### ***1.5.7. Суїцидальна поведінка у студентському віці: причини, характеристика***

Перебіг навчального процесу з його типовими стресами та випробуваннями загострює наявні в особистості проблеми, нерідко призводячи до кризи, показником якої є руйнація життєвих планів з гострим почуттям безсилля власної волі.

Класифікацію найбільш типових криз, пов'язаних із циклом навчання у вищому навчальному закладі, та орієнтовні шляхи виходу із кризової ситуації розробила Н. Хазратова [55]:

- криза адаптації до умов навчання у вузі (1 курс);
- криза "середини" навчання (2-3 курси);
- криза завершення навчання і переходу в інший соціальний статус (5 курс – початок трудової діяльності);
- криза відрахування з вузу.

Крім уже зазначених, можна виділити також типові, але, щоправда, меншою мірою пов'язані з навчанням, кризи:

- крах ідеалу кохання (подібна криза так чи інакше спровокована травмуючими подіями у сфері міжстатевих стосунків);
- екзистенціальна криза.

Крім того, трапляються й такі типові студентські психологічні проблеми, як неприйняття свого міжособистісного статусу в групі; конфліктні стосунки з викладачем чи адміністрацією; проблеми самореалізації творчо обдарованих студентів. Будь-яка з цих проблем (або їх комплекс) при загостренні може перерости в критичний стан, спровокувати замах на життя.

#### *Криза першого курсу (криза адаптації до умов навчання у вузі)*

Ця криза гостріше проявляється, як правило, у приїжджих (частіше – у вихідців із села) і зумовлюється не тільки незвичною ситуацією вузівського навчання, а й незвичністю нового місця проживання, неадаптованістю до умов не лише самотійного життя, а й життя в метрополісі. До вступу у вищий навчальний заклад вони мали міцні емоційні зв'язки з батьками, не мали досвіду самотійного життя і вибрали фах (як і навчальний заклад) не самотійно, а з допомогою батьків. Звикнувши до повсякденної опіки батьків, до стабільного життя, не перенасиченого інформацією, підлітки опиняються під впливом сильнодіючих на психіку факторів. Це, насамперед, травмуюча розлука з близькими, необлаштованість побуту, відчуття ізоляваності та втрати дружніх зв'язків (що є наслідком відриву від звичної життєвої ситуації). Крім того, необізнаність з умовами проживання в місті, так само як і з умовами навчання, спричиняє відчуття власної безпорадності, дезорієнтації в ситуації. А це теж призводить до побоювання стати об'єктом кепкувань для інших. Цей страх обмежує дії новачка, робить його замкнутим, сором'язливим, скутим, змушує занурюватись і, як наслідок, може призводити до важких криз і патологічних наслідків. Ефективною допомогою у таких випадках, за умови, якщо дитина вчасно звернулася за допомогою до психолога, може бути психологічний тренінг, в якому беруть участь (крім самих першокурсників) студенти старших курсів, з якими в результаті неофіційного спілкування можна обговорювати питання, що турбують, знайти вирішення для поставлених проблем [19].

#### *Криза другого-третього курсів (криза середини навчання)*

Ця кризу також можна назвати екзистенціальною, бо саме в цей період відбувається переоцінка цінностей. Вона найбільш небезпечна за своїми результатами, тому що за певних негативних умов може

відбуватися втрата сенсу життя, а як вже згадувалося, саме цей чинник може призводити до самогубства. Слід зазначити, що у багатьох студентів, які свого часу успішно адаптувалися до навчання у вищому закладі освіти, середина навчання не проходить гладко. І хоча ця криза (як і всі інші кризи студентського періоду життя) теж трапляється не в усіх, все ж є досить поширеною. Час, коли вона виникає, як і її типові прояви, є дещо “розмитими” (у декого вона починається відразу після закінчення адаптаційних процесів, в інших – тільки на четвертому курсі). Проте найбільш поширеною “симптоматикою” цієї кризи є розчарування у навчанні загалом, в обраному фахові й у власних перспективах та можливостях. У цей період відбувається справжня втрата сенсу – насамперед сенсу навчання. Запитання, які ставить собі студент, звучать так: “Для чого я вчуся? Навіщо мені вчитися далі?” Втрата сенсу навчання супроводжується уявленням про відсутність перспектив, негативними відчуттями, пов’язаними із щоденним відвідуванням університету, інколи це супроводжується виключно критичним ставленням до викладачів. Підвищується втомлюваність; академічна успішність нерідко знижується (при цьому, що цікаво, подібну кризу часто переживають студенти з високою академічною успішністю). Гострота цих переживань досить сильно варіює залежно від індивідуальності та загальної життєвої ситуації, але типовим є те, що колишній життєвий задум студента (скажімо, той, який він мав на першому курсі) руйнується або ставиться під серйозний сумнів – і це за повної відсутності будь-яких зовнішніх загроз для цього задуму. У чому ж причина виникнення цієї кризи? І в кого вона насамперед виникає? Як і багато інших криз, ця криза пов’язана з крахом певних ілюзій. При вступі до вищого навчального закладу абітурієнт мріє про здобуття омріяної професії, про цікавість процесу навчання, захоплене спілкування у студентському середовищі, знайомство з новими друзями, зростання своїх можливостей (зокрема у формуванні власних професійних якостей та умінь). Проте іноді об’єктивна реальність виявляється іншою. І це не означає, що формування професійних умінь не відбувається чи спілкування в студентському середовищі є нецікавим. Річ у тому, що молода людина не відчуває зростання власних можливостей або ж це відчуття виявляється значно меншим від очікуваного відповідно до затрачених зусиль. Водночас постають більш чіткими, помітними ті непривабливі риси ймовірного майбутнього, які раніше не помічалися. Студент третього курсу більш реалістично оцінює можливості власного праце-

влаштування – і виявляється, що цих можливостей зовсім небагато і вони не є надто привабливими. Те саме стосується влаштування особистого життя. Водночас виникає і загострюється тривога в зв'язку з необхідністю професійної й особисто-сімейної самореалізації. Профілактика подібних криз (а саме запобігання занадто гострим проявам такої кризи) пов'язана з формуванням уміння самостійно ставити цілі і приймати рішення. При цьому значну роль відіграє минулий досвід взаємодії з реальністю, коли отримати ті чи інші блага можна було лише в результаті боротьби і праці. Саме такий досвід дає змогу цінувати навіть незначні досягнення, більш спокійно переживати розчарування; він також дає звичку систематичного докладання зусиль навіть за умов незначних результатів [30].

### *Криза відрахування*

Ця криза буває спровокована ситуацією невдалого перескладання академзаборгованості і відрахуванням із вищого навчального закладу. Цікавою особливістю названої кризи є те, що про неї частіше розповідають психологу батьки відрахованого студента, а не сам студент. Н. Хазратова наводить такий приклад: мати студентки, відрахованої після першої сесії, так розповідає про переживання своєї доньки: “Вона нічого мені не розповіла про те, що її відрахували. Приходила пізно і в якомусь дивному стані. Питаю її, в чому справа, а вона відмовчується або каже, що працювала в бібліотеці, а потім заходила до знайомих. Напередодні я прокинулася близько другої години ночі. Бачу, що у ванній кімнаті горить світло. Відчиняю двері: вона там. І накурено у ванній страшно. Вона дивиться на мене і раптом так тихо каже: «Мамо, допоможи мені». Тут і розповіла мені все. А я уже боюсь, чи там тільки відрахування, чи немає чогось гіршого” [55]. Сама подія відрахування з вузу є тільки чинником, який запускає механізм особистісної кризи, але не є її причиною. Причина, на думку дослідниці, криється більш глибоко – її витoki у базовому протистоянні особистості та навчального закладу як джерела обмежень та регламентації. Більшість студентів після проходження адаптації до умов навчання у вузі всерйоз сприймають “правила гри”, що існують у вузі. Але не всім вдається підпорядкувати власне “Я” соціальній регламентації. Найчастіше така проблема (у різних формах) проявляється у тих студентів, які відчувають за собою підтримку батьків і вже мають досвід ухилення з їх допомогою від встановлених правил. Саме тому психологічну допомогу доводиться надавати батькам, а не студентам. Найскладнішою у цій ситуації є

необхідність трансформації надзвичайно поширеного стереотипу про виправданість будь-якого методу допомоги своїй дитині. Як правило, вміння батьків обійти закони (щоб забезпечити своїй дитині перебування в університеті й отримання диплома) заважає студенту адаптуватися до умов навчання. Ще гострішою є ситуація, коли сім'я неповна і мати вбачає сенс свого життя в соціальному облаштуванні своєї дитини. Втім потрібно враховувати і вік батьків студентів, який часто не сприяє суттєвим особистісним змінам; крім того, ця проблема не може бути вирішена тільки за рахунок психологічних методів. При цьому слід зазначити основне – надзвичайно важливою є роль спілкування в допомозі дітям, які перебувають у стресовій ситуації – від цього може залежати їх життя.

#### *Криза п'ятого курсу (криза випускника)*

Звернення з приводу вищеназваної кризи здебільшого відбуваються уже після закінчення вищого навчального закладу (як правило, за два-три місяці після випускних іспитів). Ця криза має певну типову динаміку. Перші її ознаки спостерігаються протягом весняного семестру п'ятого курсу. Вони проявляються у високій напруженості, підвищенні стурбованості, переживанні страху та невпевненості, у загальному відчутті психологічного дискомфорту. Як правило, п'ятикурсник пов'язує цей стан із наближенням захисту дипломної роботи та випускними іспитами. Проте це не зовсім так: після закінчення випробувань цей стан не зникає. Захист дипломної роботи, випускний екзамен та випускний вечір проходять за інерцією “старої” системи мотивів, які спонукали на навчальну діяльність протягом останніх курсів. Як правило, вони обумовлюють очікування, що закінчення вищого учбового закладу буде початком нового, привабливого етапу життя. Навчання сприймається як джерело обмежень, яке необхідно терпіти заради кінцевої мети – отримання диплома. Коли ж воно насправді закінчується, виникає ефект, подібний до описаного В. Франклом явища “екзистенціального вакууму”. Коли вручення дипломів та випускний вечір залишаються позаду, випускник несподівано опиняється наодинці з відчуттям, що він начебто на ходу вистрибнув із швидкого поїзда. Усвідомлення того, що тепер тільки він сам відповідатиме за себе, приходить не відразу. Але поступово воно призводить до відчуття ізольованості, страху, невпевненості. Пошуки роботи, які часто не зразу мають позитивний результат, сприяють фіксації негативних відчуттів. Соціальна невлаштованість, матеріальна несамостійність, враження відірваності від

спільного життя посилюється контрастом зі студентським поживавленим спілкуванням із включеністю в життя академгрупи. У деяких випадках гострота згаданих переживань набуває справжніх кризових форм. Причина цієї кризи пов'язана з найсуттєвішими джерелами страхів юнацького віку. Загалом їх можна інтерпретувати як страх власної нереалізованості – насамперед у двох важливих сферах: професійній (соціально-статусній) та сімейно-інтимній. Тому цей страх сильніше виражений в особистостях з вищим рівнем домагань і меншими вихідними можливостями їх реалізації. Відповідно цей страх переживається значно легше і спокійніше, якщо випускник уже хоча б частково реалізував себе в одній з цих сфер – наприклад, створив сім'ю чи влаштувався на роботу. Допомога студентам з типовими психологічними проблемами передбачає кілька можливих шляхів: *об'єктивація тривоги та страхів*. Цей шлях передбачає, насамперед, конкретизацію очікування п'ятикурсника щодо ситуації закінчення вузу. Необхідно, щоб розмите і невизначене відчуття тривоги та побоювання об'єктивувалося в конкретному страхові: страхові не отримати диплом; страхові не влаштуватися на роботу; страхові опинитися без житла (страхові злиднів). Щоб ефективно боротися з відчуттям страху, необхідно спочатку об'єктивувати його (“заземлити” його на щось); інакше страх має тенденцію ставати безконтрольним і підпорядковувати несвідоме (саме несвідоме, за визначенням З. Фрейда, штовхає людину на самогубство). *Локалізація страху*, – коли страх є об'єктивованим (пов'язаним, скажімо, з працевлаштуванням), з'являється можливість працювати з ним на раціональному рівні; – систематична десенсибілізація. Дослідниця Н. В. Хазратова зазначає, що протягом консультивання студент подумки поступово, крок за кроком, під дією певного чинника занурюється в свій внутрішній світ, у ситуацію, яка є потенційно загрозливою, травмуючою. Так, наприклад, якщо в ситуації невдалого пошуку роботи найстрашнішим для випускника є момент відмови від запропонованих ним послуг, то вищеназвана техніка виглядатиме так: 1) клієнт спочатку уявляє себе в ситуації, коли йому необхідно йти до роботодавця (стан, коли є дискомфорт і легка тривога, але ще немає страху). Необхідно адаптуватися, звикнути до цієї ситуації, прожити її і зробити її таким способом комфортнішою для себе; 2) клієнт уявляє, що входить до кабінету роботодавця. Знову ж, необхідно відчуття цю ситуацію до дрібниць, прожити її, щоб адаптуватися і звикнути до неї; 3) кульмінаційним є уявлення того моменту, який

видається найбільш неприємним і лякаючим: моменту відмови. Його треба уявити найбільш детально і спробувати ще і ще раз пережити свої негативні емоції, не “блокуючи” їх, а, навпаки, сприймаючи їх як належне. Уявне програвання подібних неприємних ситуацій певною мірою зменшує їхню значущість, послаблює зв’язок негативної зовнішньої оцінки з самооцінкою [19; 30].

## **1.6. Соціально-психологічні особливості суїцидальної поведінки різних груп населення**

### ***1.6.1. Самогубство в похилому віці: соціально-психологічні чинники***

*Похилий вік* є завершальним періодом людського буття, умовний початок якого пов’язаний із відходом людини від безпосередньої участі у виробничому житті суспільства. Ознаки похилого віку виявляються в поступовому зменшенні функціональних можливостей людського організму, що проявляється у послабленні здоров’я, втраті фізичних сил, психологічному заглибленні в собі, пов’язаному з оцінкою та осмисленням прожитого життя, а також у соціально-психологічних проблемах, які полягають у зменшенні соціальних контактів та міжособистісних стосунків. Якщо у вітчизняній психології перші 25–30 років життя людини детально вивчені, розбиті на чисельні стадії та етапи, в межах яких виокремлені характерні для них проблеми і кризи, то такий же тривалий період пізнього життя є недиференційованим, а в багатьох аспектах – непізнаним.

Як зазначає Л. Анциферова, проблема виходу на пенсію справедливо називається “шоком відставки”. Цей період означає відокремлення людини від референтної для неї групи, від тієї справи, якій вона присвятила довгі роки. Людина втрачає займаний статус, важливу соціальну роль і значуще місце в суспільстві. Зникає джерело її соціальних стимулів, погіршується матеріальне становище. Суттєвим є й те, що у людини різко змінюється структура її психологічного часу. В хронотопі особистості різко зменшується частка майбутнього часу, який розширював її соціально-психологічний простір, котрий, в свою чергу, був тим заслоном, який перешкоджав домінуванню минулого у когнітивно-емоційній сфері індивіда. Протягом майже всього свого життєвого шляху людина звикла жити планами, близькими і віддаленими цілями, проектами і задумами,

тобто різними формами майбутнього. Для багатьох людей похилого віку пенсія – це втрата майбутнього, за межами якого життєвий світ сповнюється сферою невизначеності, беззмістовності, самотності. Минуле, не будучи відтісненим майбутнім, починає владарювати над життєвим світом індивіда [30].

Точку зору Л. Анциферової поділяє і підтримує К. Муздибаєв, зазначаючи, що чим більше насиченою є часова перспектива подіями, планами і надіями, тим інтенсивніше, змістовніше життя та соціальні контакти людини. І, навпаки, чим менше надій, планів на майбутнє і реальних подій на часовому горизонті, тим бідніше і беззмістовніше життя. Порівняння часової перспективи кількох вікових груп свідчить, що діти 10-12 років не заглядають далеко в майбутнє, у них найкоротша часова перспектива. Юнаки 14-17 років вже істотно її подовжують, але рекордної довжини досягає часовий горизонт у віці 18-24 років. Що ж стосується людей похилого віку, часова перспектива у них значно зменшена. Більшість з них живе теперішнім і минулим [30].

Вивчаючи фази життєвого шляху, Б. Г. Ананьєв вказував, що їх особливості визначаються не лише соціальними чинниками, а й ставленням до життя. З цих позицій він проаналізував так званій “парадокс завершення людського життя”, суть якого в тому, що “вмирання” форм людського існування настає нерідко раніше, ніж “фізичне одряхління” від старості. В умовах соціальної, у тому числі й соціально-психологічної, ізоляції відбувається занепад, звуження сенсу життя, інформаційно-комунікативного формату, що призводить до деградації особистості. Наукові знання про довгожителів підтверджують факт цілісності особистості, коли вона чинить опір умовам, що сприяють такій ізоляції. Філософи стверджують, що значущість людини полягає в тому, чи змогла вона стати господарем свого часу. Доведено, що користь (або почуття корисності), а також праця і взаємодія з іншими є головними чинниками, які забезпечують і передбачають значну тривалість життя, а отже, підтверджують значущість людини [39].

У цивілізованих країнах люди похилого віку займають поважне місце в соціумі як носії великої життєвої мудрості і досвіду. Шанобливе ставлення до них підтверджує і підтримує їхній соціальний статус. У нашій країні декілька десятиріч назад поширився зовсім інший, протилежний за суттю, образ літніх людей – їх сприймають як хворобливих, зайвих, обтяжливих для суспільства. Така ситуація



значно погіршує становище людей похилого віку, поглиблюючи їхню вразливість і щодо вікових, і щодо соціальних та соціально-психологічних змін.

Поширені в наш час стереотипи “старості” стосуються лише кінцевих етапів постпенсійного віку. На початкових етапах, які можуть тривати десятиліттями, люди зберігають працездатність, бажання контактувати і давати користь суспільству. У цих людей, крім великого професійного досвіду, є й позитивний соціально-психологічний досвід життя, закріплений у формі особистих характеристик. Вони відрізняються реалістичним підходом до подій, здатністю долати життєві труднощі без непотрібної агресії і тривоги, розв’язувати конфлікти, протидіяти стресовим та екстремальним ситуаціям. Вони можуть багато чому навчити менш досвідчених. Період пізнього життя за всіма правилами має стати “періодом респектабельності”. Але для цього людям похилого віку треба докласти великих зусиль, щоб змінити громадську думку. А тому активне протистояння соціальним стереотипам старості, які орієнтують людину на інертність, буденність, є найважливішим завданням особистості похилого віку. Неможливість вийти із таких обставин спричинює стан тривоги, аутизації, що, зрештою може викликати суїцидальний вчинок [39].

Слід відзначити, що необхідною умовою тривалості життя, яке задовольняє особистість, є виокремлення нею в навколишньому середовищі тих галузей і тих “значущих інших”, контактуючи з якими і діючи в яких, вона зберігає свою автономність, здатність контролювати події, що відбуваються, і приймати власні рішення. Аналізуючи проблему сенсу життя і вивчаючи його особливості у представників пенсійного віку, Г. Вайзер зробила висновок, що їх умовно можна поділити на дві групи. Перша група включає в себе осіб, які характеризуються звуженням, згасанням сенсу життя, котрий полягає в тому, щоб вижити, зберегти своє здоров’я. Характерно, що представники цієї групи усвідомлюють процес звуження сенсу життя, аналізують причини, бачать глухий кут, але не можуть знайти з нього виходу. Головну причину згасання сенсу життя вони вбачають у змінах соціально-економічних умов життя країни і не пов’язують її з віком. Друга група, навпаки, характеризується розширенням, піднесенням сенсу життя. В ієрархії життєвих сенсів цих обстежуваних виокремлюють такі головні сенси життя: служіння високій ідеї; служіння Батьківщині; високий громадський обов’язок; досягнення соціальної справедливості; життя для людей; піклування про дітей; розширення соціально-психологічного простору тощо.

Аналогічні висновки зробили й інші науковці. Так, Л. Анцифєрова на основі узагальнення результатів відомих праць, що стосується психології пізнього періоду життя, виокремила також два особистісних типи, які відрізняються один від одного рівнем активності, стратегіями подолання труднощів, ставлення до світу, до інших і до себе, задоволеністю життям. Представники першого типу мужньо, без особливих емоційних розладів переживають вихід на пенсію. Для них заняття іншою цікавою справою, налагодження дружніх зв'язків, збереження здатності контролювати своє оточення є умовами задоволеності життям і збільшують його тривалість. Для представників другого типу характерним є розвиток у постпенсійному періоді пасивного ставлення до життя, вони відчужуються від оточення, зужується коло їхніх інтересів і знижуються показники тестів інтелекту. Вони втрачають повагу до себе і переживають важке почуття непотрібності. Ця ситуація – типовий приклад втрати особистісної ідентичності і нездатності людини побудувати нову систему ідентифікації. Як правило, кількість представників другого типу збільшують особи, які не змогли реалізувати найголовніші завдання попередніх вікових етапів. І внаслідок цього, за словами Е. Еріксона, їхня старість супроводжується розчаруванням і відчуттям даремності прожитого, відчаєм. У таких осіб значно швидше настає послаблення процесів приймання і ускладнення комунікативної та рухової активності, що поєднується із негативними змінами у сфері інтелекту, пам'яті та інших психічних функцій. Натомість у першій групі відомі факти високої творчої активності і продуктивності науковців, представників мистецтва та інших професій не лише в похилому, а й у старечому віці [41].

Сучасні люди похилого віку в нашій країні перебувають у найбільш несприятливих для життя умовах: позбавлені елементарних можливостей комфортно доживати свій вік, не маючи соціального захисту і матеріального достатку, вони водночас переживають ще й соціально-психологічну та вікову кризи. Така ситуація загалом є дуже психотравмуючою. І якщо для молодих людей найбільш адекватне прагнення до емоційного розв'язання життєвих проблем, то в похилому віці домінують духовно-релігійні способи протидії стресам.

У психології виокремлюють три групи передумов деформації особистості в похилому віці, які за своєю дією є максимально стресо-

вими, а тому можуть обумовлювати різні деструктивні форми поведінки аж до суїцидальних вчинків. *До них належать:*

- 1) вихід на пенсію;
- 2) смерть одного з подружжя, які прожили разом довге життя;
- 3) переселення в геріатричний будинок, особливо якщо воно відбувається без особистої згоди і бажання людини.

Усі перелічені вище обставини у похилому віці можуть розглядатись як детермінанти суїцидальної поведінки. Правомірність цього висновку може бути підтверджена тим, що, як уже зазначалося, людям похилого віку, крім ознак психологічної кризи (зумовленої самим віком), притаманні ще й ознаки кризи соціальної та соціально-психологічної (звуження комінкативного простору, яке проявляється у висловлюваннях типу: “Я нікому не потрібен”, “Зі мною ніхто не спілкується”, “До мене ніхто не приходить”, “Немає з ким перемовитися словом” та ін.). Більше того, така подвійна криза посилюється ще й наявним стереотипом обтяжливої для суспільства старості. В цих умовах за наявності проблеми, яка характеризується великою особистісною значущістю (наприклад, самотність або важка хвороба і т.д.), деструктивність поведінки стає майже неминучою.

*Як свідчать результати багатьох досліджень, у мотиваційній сфері людей похилого віку домінують такі мотиви самогубства, як:*

- 1) уникання страждань (з’являється із втратою особистісного сенсу свого існування; як результат неможливості виконання попередніх соціальних ролей; унаслідок почуття самотності тощо);
- 2) самопокарання (з’являється як результат всепоглинаючого почуття вини чи сорому);
- 3) відмова (виникає або як особливе ставлення до власних проблем, або як загальна філософсько-негативна оцінка життя).

Отже, найбільш оптимальними шляхами протидії життєвим труднощам у похилому віці, поширеними на особистісному рівні, є активність особистості, здатність реалізувати свої здібності й можливості навіть у постпенсійний період; вміння вбачати у своїй часовій орієнтації майбутнє, не позбавлене життєвого сенсу тощо. Стосовно суспільного рівня цих шляхів, то насамперед необхідно створити такі соціальні умови, які б забезпечували можливість активного і повноцінного життя старшого покоління. Йдеться передусім про сприяння держави щодо продовження періоду продуктивної і працездатної старості. Звичайно, це завдання не може бути реалізоване негайно, оскільки за сучасних умов безробіття стосується й багатьох молодих і

зрілих осіб. Однак вирішувати цю проблему потрібно, оскільки майбутнє твориться теперішнім.

### ***1.6.2. Соціально-психологічні фактори, що детермінують суїцидальну поведінку у військових колективах***

У військовій психології під військовим колективом розуміють організоване, згідно з Конституцією України та військовими статутами, об'єднання військовослужбовців на основі спільності їх ідейних і моральних позицій, спільної служби і бойової діяльності, яку виконують з використанням зброї та бойової техніки під керівництвом командира-єдиначальника і яке характеризується високою згуртованістю, дисципліною, боєготовністю, боєздатністю.

Настрої у військовому колективі є емоційно-оцінювальними реакціями на поведінку людей, події, явища, факти. Позитивний загальний настрій колективу пробуджує у воїнів робочу енергію, підвищує їхню активність, а також відображається на їх настрої.

Міжособистісні психологічні відносини (дружба і неприязнь, симпатія й антипатія) складаються у військовому колективі, в основному, стихійно, вони не сформовані організаційно і менш помітні, ніж службові. Ці обставини часто є причиною недооцінювання їх важливості. Насправді міжособистісні психологічні відносини відіграють вагомую роль в житті колективу і вимагають дуже пильної уваги та постійного вивчення. Проблему міжособистісних взаємин у військовому середовищі вивчали Е. А. Афонін, С. В. Дудін, М. І. Дяченко, Е. С. Кузьмін, В. В. Кирилін, Р. Л. Кричевський, В. С. Перевалов та інші [44].

Емоційні взаємини в колективі виникають на ґрунті певних почуттів: оптимізму, вдячності, задоволення чи, навпаки, песимізму, образи, пригнічення. Перші сприяють створенню прийнятих норм взаємин, другі, відповідно, призводять до їх порушення.

До негативних психологічних явищ належать чутки, безпредметні розмови, плітки – різновиди стихійного чи запланованого, прихованого чи відкритого руху необ'єктивної інформації, яка відхиляє, підбурює або гальмує активність людей.

Другою категорією негативних психічних явищ є страх і груповий його прояв – паніка. З точки зору фізіології, страх – це гальмівний стан кори головного мозку, який викликається надзвичайно сильними зовнішніми подразниками. Розрізняють такі форми страху, як неспокій, хвилювання, тривога, пригнічення, боязнь, переляк і

афективний страх. Усі вони порушують психічну стійкість воїна, негативно відображаються на його поведінці і боєздатності [55].

Під час бою під впливом раптового виникнення небезпеки, незнання обстановки, недостатності бойового досвіду, переоцінювання сил ворога і недооцінювання власних страх підсилюється.

Різновидом страху є паніка. Вона виникає стихійно або викликається навмисно в умовах, коли реальних причин для страху не існує. Така форма поведінки виражається у розгубленості, яка охоплює людину чи людей в умовах вигаданої чи сильно збільшеної небезпеки.

Неабияку роль у формуванні взаємин у військовому колективі відіграють негативні традиції. Таке соціально-психологічне явище негативно впливає на життя і психологію колективу. Традиції підтримуються через бездумне наслідування, некритичний підходів до них. Культивує їх негативний лідер мікрогрупи, який так стверджує чином свій авторитет.

Розглядаючи негативні психологічні явища в колективі, необхідно особливо підкреслити важливість роботи щодо попередження та ліквідації групівщини і хибної товаришкості. Хибна товаришкість є дуже складною соціально-психологічною реальністю. Це, так би мовити, чужорідне включення у загальновійськовий колектив. Таке включення може набувати різного змісту. Наприклад, можна виділити включення, яке має нейтральний характер. Таке спостерігається, коли в колективі виникає невелика контактна група, прагнення якої не суперечать загальним, але мають не колективний, а груповий характер. Члени такої групи не віддають усіх своїх сил колективу, хоч і не вступають з ним у суперечності. Це явище, навіть будучи нейтральним, є чужорідним і не додає сил колективу [44].

Включення може мати й негативний характер, коли прагнення групи значною мірою не збігаються зі спрямуванням військового колективу і, як наслідок, послаблюють його. Включення може бути також ворожим. Мається на увазі злочинний зговір.

Мікрогрупа є живим соціально-психологічним організмом, який підпорядковується у своєму розвитку певним закономірностям. По-перше, негативно спрямована мікрогрупа має свою структуру: лідер; особи, які підтримують його; особи, які виконують волю лідера; особи, які перебувають під загрозою вигнання з групи. По-друге, негативно спрямована мікрогрупа має поживне середовище. Підтримка мікрогрупи буває запланованою чи несвідомою. І можуть надавати

лідеру, всій групі рідні, знайомі, з якими листується, з ким зустрічається той чи інший член групи. Це простіший варіант, гірше, якщо її підтримує офіційна особа, яка займає значну позицію. По-третє, в негативно спрямованій мікрогрупі існує складна система взаємовідносин, яка завжди будується на законах тиску, примушування, насилля. Лідер у такій мікрогрупі є деспотом. Фізичним тиском він намагається здобути авторитет, виявляє брутальність, нетактовність стосовно членів групи, знущається з людей, принижує їх, і це також є формою духовної деспотії. Співвідношення – лідер і його оточення – в негативно спрямованій мікрогрупі завжди означає боязнь відторгнення від групи. Навіть коли її члени схвалюють свого лідера, насправді вони це чинять від страху, який не усвідомлюють і не визнають.

Людина, що виконує волю лідера, ніби позбавлена інтелекту. Її систематично використовують для того, щоб виконати функції, неприємні для інших. Вона не одержує повноцінного соціального та інтелектуального самовираження, розвитку, досвіду; життя її штучно збіднюється і спростовується.

На думку В. Перевалова, позиція відторгнення в негативно спрямованій групі означає, що розвиток людини як особистості, яка перебуває в залежному становищі, різко припиняється. Вона не здатна правильно оцінити свій стан, сліпо, некритично, механічно орієнтується на лідера та інших членів групи, страшенно боїться вигнання. Такі люди лідеру потрібні. Він підтримує свій авторитет боязню інших членів групи опинитися в подібній позиції, якщо він втратить до них довіру. Особи в становищі відторгненого, деморалізовані, найбільше бояться опинитися поза групою. Слід проявляти особливу увагу до таких людей, які втратили реальну соціальну орієнтацію і перебувають на межі вчинення безглузвих дій [22].

Однією з особливостей військових колективів, як вважає В. Вітер, є та, що вони формуються з осіб, що перебували у різних колективах чи групах: шкільних, студентських, спортивних, виробничих тощо. Ці особи мають неоднаковий ступінь емоційної загартованості, загальної і професійної підготовки, рівень розвитку таких колективістських рис також різний, що суттєво впливає на їх адаптацію у військових колективах [61].

Відсутність взаєморозуміння в колективі призводить до конфліктних ситуацій. Під конфліктом розуміють такий спосіб спілкування, який ґрунтується на різноманітних реальних чи ілюзорних, об'єктив-

них чи суб'єктивних, рівною мірою суперечливих сторін, що спілкуються зі спробами їх розв'язання на фоні емоційних станів.

Серйозну стурбованість викликає велика кількість самогубств серед військовослужбовців.

Актуальність цієї проблеми для Збройних сил країни зумовлена тим, що кожна п'ята загибель в армії і на флоті – це самогубство. Суїцидальні випадки в умовах цілодобового спільного проживання воїнів деморалізують особовий склад, негативно позначаються на моральному кліматі у військових колективах і бойовій готовності, викликають негативне ставлення до армії батьків та цивільної громадськості. Факти самогубств серед військовослужбовців часто використовують як аргумент морального виправдання ухилянь від військової служби [44].

У багатьох частинах проявляється прагнення пов'язати самогубства лише з психічними відхиленнями осіб, які їх здійснили. Наперекір цьому поширеному судженню, дослідження показують, що більшість самогубств здійснюють психічно здорові люди. Тільки у 10 % військовослужбовців, які намагалися покінчити життя самогубством, було тверде бажання вмерти. У 90 % – це німий крик про допомогу, адресований людям, що оточують і нічого не помічають.

За даними Т. Семикіної, психологічний стан військовослужбовців, емоційно-вольова сфера можуть характеризуватися переважно тривожним та депресивним фоном, нервовою збудженістю чи апатією, зниженням стресостійкості. Відбувається певне переоцінення власної соціальної ролі та стану в суспільстві, суспільно та особистісно вагомих цінностей.

Загальна невизначеність обумовлює зниження вольової організованості та дисципліни, перевагу пасивної стратегії в поведінці. Вона може стимулювати перегляд “Я-концепції”, підсилювати такі особистісні якості, як конформізм, нерішучість, підозрілість. За цими ж факторами може пов'язуватися більша, ніж раніше, піддатливість до таких масових станів, як психічне зараження, фрустрація. Якщо наведені ознаки переживань набувають поширення, то слабнуть бойові та дисциплінарні якості особового складу Збройних сил, знижується рівень керівництва військовими підрозділами та – як частковий наслідок – поширюються нестатутні відносини.

Таким чином, ситуаційні особливості життєдіяльності військовослужбовців, пов'язані з різними проявами відхиленої поведінки, являють собою своєрідні проєкції наявних у державі моральних,

політичних і правових відносин. Однак ідеалізувати цей висновок буде помилково, як і переоцінювати риси характеру у виникненні різних форм девіацій. Як зауважує С. Дудін, провідна роль у виникненні відхилення у поведінці військовослужбовців, безперечно, належить постійно діючим мікросоціальним факторам, які загалом характеризують специфіку життєдіяльності в системі Збройних сил. Тому адаптація до цих умов відповідно до нормативної поведінки набуває певного психофізіологічного значення. Актуалізація потреб, обумовлена факторами мікросередовища, вимагає їх задоволення, що в наявних умовах здійснюється, як правило, за рахунок відступу від статутних норм. При цьому велике значення в проявах відхиленої поведінки надається типу акцентуації, також попередньому та наявному впливу макросередовища [22].

За психологічною природою нестатутні відносини – явище досить складне. При його визначенні виникає завдання міжпредметного аналізу в межах психології: загальнопсихологічний, соціально-психологічний, психолого-педагогічний аспекти є необхідними. До того ж, враховуючи особливості військової служби, дані психології праці, психології управління, психології особистості, здобутки соціології, педагогіки, певною мірою юридичних і політичних наук, можна визначити поле, в якому відбуваються та оцінюються досліджувані відносини військовослужбовців. Саме такий комплексний підхід видається придатним, бо досліджувані стосунки відзначаються суттєвими суперечностями в сучасному суспільстві.

Встановлюючи поняття нестатутних відносин, слід враховувати, що вони можуть у чомусь доповнювати, а в чомусь бути альтернативними відносинам, визначеним статутом Збройних сил. Як протилежні статутним відносинам, нестатутні відносини можуть розглядатися і в негативному, і в позитивному аспекті. У негативному – як такі, що суперечать статутам, підривають їх основи, отже й боєздатність армії, а в позитивному – як такі, що узгоджують норми з ситуацією, внаслідок чого статутні відносини набувають можливості саморозвитку, саморуху в напрямку їх вдосконалення, оновлення.

Нестатутні відносини набирають сили і масштабу саме тоді, коли статuti не відповідають новим умовам, що виникли в армії, гальмують розвиток армійських структур, потребують перегляду, а статутні відносини втрачають юридичну силу, силу закону і починають трактуватися залежно від динаміки умов чи уподобань тих чи інших військовослужбовців. Ілюстрацією до цього може бути проникнення



ринкових відносин у їх нестатутному варіанті в армійське середовище. Ці, непередбачені статутом, але загалом прогресивні стосунки набувають іноді злочинного характеру: незаконний продаж військової техніки, пального тощо.

Позитивний аспект нестатутних відносин полягає в їх покликанні компенсувати, доповнювати, концептуалізувати стосунки, визначені статутами, оскільки останніми не може враховуватися специфіка різноманітних ситуацій, індивідуальні, вікові, статеві, психологічні та інші відмінності військовослужбовців, рівень їх культури, в тому числі культури спілкування, виховання, освіти. Саме сфера нестатутних відносин є соціально-психологічним простором, де виникають нові норми професійно-службового спілкування та є можливість для реалізації потреб в інтерпретаційній активності, спотворенні. Певною мірою нестатутні відносини можна розглядати відповідно до відомого у соціальній психології поділу відносин на формальні та неформальні. Проте їх не варто зводити до неформальних та неофіційних. Навпаки, вони швидше є формальними, або офіційними, але з відтінком своєрідності, специфічності чи негативності, протилежності, альтернативності, заперечення, протиставлення.

На думку Е. С. Кузьміна, соціально-психологічні детермінанти нестатутних відносин акумулюють різноманітні соціальні, політичні, економічні, національні та інші суперечності суспільства і трансформуються у відповідні мотиви та форми поведінки, комунікативні акти, стосунки і горизонтального, і вертикального аспектів міжособистісної взаємодії. Негативний аспект впливу соціально-психологічних детермінант виявляється у конфліктах особистості та військового колективу, командирів та підлеглих, окремих підрозділів та військовослужбовців між собою, а також у відокремленні різних груп, що конфліктують з присягою, статутами, законами [61].

Функціонально-психологічні детермінанти стосуються труднощів усвідомлення та дотримання статутів, які зумовлені індивідуальними відмінностями у розвитку вищих психічних функцій: сприйняття, уваги, уявлення, мислення, пам'яті, волі, почуттів. Проблема полягає в тому, що порушення статутів часто буває наслідком неухважності, несприйнятливості тощо. Трапляється, що військовослужбовець не здатен належно зрозуміти, а отже, й виконати наказ командира через низький рівень інтелектуального розвитку або емоційну незрілість, а командир виявляє недостатню витримку, імпульсивність. В іншому випадку сприйняттю наказів чи вимог командира підлеглими зава-

жають вади його мовної активності або ж нерозвиненість механізмів пам'яті, коли забування домінує над запам'ятовуванням, через ці індивідуальні відмінності, а іноді й конфлікти виникають реакції, які не відповідають статутним відносинам. Подекуди старшому солдату тільки здалося, як його образив молодший, а наслідком помилки у сприйнятті є знущання, моральні тортури, лайка, бійка; у випадках з командирами – позачергові наряди тощо.

Особистісно-психологічні фактори, або детермінанти, визначають залежність проявів поведінки від рис особистості військовослужбовця, характерологічних властивостей, здібностей, мотивів, установок, ціннісних орієнтацій.

Якщо для молодого бійця служба в армії є лише повинністю і не входить мотивом до структури його особистості, якщо почуття патріотизму, любові до України не трансформуються у бажання захистити її незалежність, суверенітет, – прогноз щодо дотримання ним положень статутів, відповідно, не може бути позитивним. Такий солдат навряд чи виявить старанність в оволодінні військовою спеціальністю, відповідальність, пильність, стійкість, хоробрість, мужність, а також військову чемність, колективізм, готовність до самопожертви, ініціативність та інші необхідні для військової людини якості.

Виникає певний конфлікт цінностей, мотивів, установок солдатів строкової служби, з одного боку, та офіцерів, прапорщиків, сержантів – з іншого. Не отримуючи підтвердження своїх сподівань щодо бажання новобранців служити в армії, кадрові військові сприймають це як особисту образу, виклик їх професійному і життєвому вибору, що й призводить часто до ворожнечі, агресивності, неприйняття. Кожна з сторін такого міжособистісного конфлікту вважає себе безвинною, бо керується певними нормами, і це лише поглиблює суперечність.

Небажання служити у певної частини молоді, за даними С. Маслюк, пояснюється ще й незадовільною фізичною підготовкою, психологічною незрілістю, соціальною інфантильністю, нездатністю до самостійної діяльності, приземленістю потреб, меркантильністю. Останнім часом до цього додалися риси, які формуються цивілізованою ринковою дійсністю в гіршому варіанті. Водночас в армії домінують інші цінності та вимоги до молоді людини, що формують відповідний соціально-психологічний портрет. Ці об'єктивні протиріччя викликають певні особистісні розбіжності, що виявляються у конфліктах, агресивних і депресивних позиціях, певною мірою провокують і нестатутні відносини [22].

Значний вплив на поведінку, особливо молодого людини, мають психофізіологічні чинники: специфіка розвитку, зокрема її нервової системи, позначена несталістю, що виявляється у підвищеній вразливості, швидкій виснажливості, емоційній нестабільності, загальній напруженості. Ще навіть без якихось суттєвих причин, пов'язаних з вирішенням професійних, навчальних, комунікативних та інших завдань, це може провокувати агресивність, збудливість, неадекватні реакції (захисні і наступальні).

Нерозвинена здатність до психологічної рефлексії, саморегуляції дає змогу механізмам підсвідомого виявлятися на поведінковому рівні у стосунках, у тому числі нестатутних. Це накладає певний негативний відбиток на процес спілкування, спільної діяльності у військових підрозділах, спричиняє виникнення і певну фіксацію конфліктного тіла стосунків, що досить чітко спостерігається у неадекватно підвищеному тоні, напруженості вербальної поведінки і командирів, і підлеглих. Звичайно, це є і наслідками психофізіологічної компенсаторної реакції на достатньо високий рівень невизначеності ситуації в армії та в суспільстві загалом.

Психолого-педагогічні детермінанти, що своєрідно “сприяють” нестатутним відносинам, пов'язані, насамперед, із незадовільною психологічною підготовкою командирів (як вихователів, керівників) і призовників до служби в армії (у школах, ПТУ, технікумах, ВНЗ). Доволі часто нетактовність, нездатність врахувати індивідуально-психологічні, вікові особливості молоді провокує прояви порушень статутів і навіть такі серйозні правопорушення, як втеча, дезертирство зі зброєю, а також низку суїцидних спроб і вбивств.

Детермінацію відхиленої поведінки доцільно досліджувати з двох взаємодоповнювальних позицій: суспільства, соціальної ситуації, умов життєдіяльності та індивіда, його особистісно-психологічної природи, типових рис характеру, темпераменту, вікових та статевих особливостей, сфери потреб. Відхилена поведінка являє собою функцію як мінімум цих двох типів факторів, тобто породжена їх взаємодією. Служба в армії для юнака пов'язана з ситуаціями, щодо кожної з яких він має зайняти певну позицію. Таким чином, він опиняється або серед тих, хто відповідає вимогам статуту, або серед його порушників. Позицію військовослужбовця у відповідній ситуації можна пояснити з точки зору соціально-правових або медико-біологічних критеріїв поведінки, а саме: нормативної поведінки (адаптивної) і відхиленої поведінки (неадаптивної).

Виділяють *п'ять етапів військової діяльності*: допризовний період; призов та адаптація до армійських умов; професійне несення військової служби; очікування демобілізації; демобілізація та післядемобілізаційна життєдіяльність.

У *ситуації допризовного періоду* важливу роль у формуванні ставлення до військової служби та до необхідності виконання військового обов'язку відіграє позиція батьків і найближчого оточення. Часто батьки прагнуть зробити все можливе, аби їхня дитина unikнула служби в армії. Мотиви тут можуть бути найрізноманітнішими, але головні з них породжуються страхом або розрахунком. Одні батьки хвилюються, що їхня дитина не подолає труднощів військової служби, стане жертвою дідівщини. Інші з кар'єристських міркувань не бажають, щоб їхня дитина марнувала роки на службу, припиняла навчання. Деякі побоюються, що армія зіпсує їх дитину, нівелює, огрубить її особистість. Трапляються випадки, коли батьки прагнуть вберегти дітей від армії з релігійних міркувань або у зв'язку з необхідністю мати помічника чи захисника, опору (якщо батьки хворі, немолоді). До того ж, у багатьох сім'ях ще пам'ятають про останню війну і дуже свіжі хвилювання, пов'язані з Афганістаном.

Не сприяють призову часто ранні одруження або небажання залишати наречену, розлучатися з друзями, рідними місцями, свободою цивільної людини. Стимулюють негативну мотивацію також критичні судження про службу в армії тих, хто відслужив, які нерідко перебільшують факти.

Чинниками, що негативно впливають на формування ставлення до військової служби у призовників, можна вважати численні повідомлення у засобах масової інформації про негативні прояви функціонування армійського середовища [44].

Проте нерідко зустрічаються протилежні випадки, коли сім'я, педагоги з нетерпінням очікують призову підлітка на службу з надією, що армія “зробить з нього Людину”. Таке “виштовхування” в армію може викликати негативні наслідки, захисну реакцію призовника. “Негативним позитивом” є прагнення окремих молодих людей потрапити в армію, щоб сховатися від покарання або одержати зброю для здійснення злочинних задумів.

Типові форми відхилень у поведінці в допризовний період – імітація фізичного чи психічного захворювання для одержання різних відстрочок або зміна місця проживання, документів. Вживання

алкоголю, наркотиків, сексуальна розпуста, вчинення правопорушень як форми прояву прагнення “нагулятись на волі” перед режимним життям в армії, – з таким минулим дехто з призовників вступає в армійське життя і тому потрапляє до когорти важковиховуваних.

Важливість включення допризовної ситуації в аналіз детермінант відхиленої поведінки полягає в тому, що в армію приходять молоді люди з негативною установкою щодо служби, з “Я-концепцією”, свідомо спрямованою на конфронтацію або на пристосовництво, прислужництво, байдужість, безініціативність, пасивне виконання, відбуття терміну. Суттєвим є також те, що багато призовників мають низьку фізичну підготовку, слабе здоров’я, недостатній інтелектуальний рівень, соціопатичні схильності. Аналіз ситуації допризовного періоду дає змогу зробити висновок про необхідність проведення психологічного відбору призовників у військових комісаріатах.

Після призову і відправлення в частину ситуація змінюється. Первинне включення в армійське середовище, яке формально позначається як курс молодого бійця (тривалість 14–30 днів), потребує від призовника адаптаційних змін організму на всіх структурних рівнях його біологічної та психологічної організації. Фактори, які впливають на військовослужбовця за таких незвичайних умов, за наявності слабких місць у структурі особистості, стають стресовими або психогенними і можуть призводити до виникнення психосоматичних захворювань, що не виявлялися за умов цивільного життя.

Функціональна стратегія організму за таких умов підпорядковується головній меті – “виживанню”. *Пристосування до армійських умов характеризується формуванням* військово-професійної адаптації, найважливіші аспекти якої – адаптація до життя в умовах малої військової групи, до регламентованого способу життя, до вимог військової спеціальності та до нових умов харчування.

Призовнику належить за короткий термін оволодіти новими нормами і нормами діяльності та спілкування, що суттєво відрізняються від норм цивільного життя. Якщо за умов цивільного життя молода людина може самостійно визначати просторово-часові параметри своєї активності, то в армійському житті такі можливості, як правило, обмежені “особистим часом”, який змістовно також регламентований. Якщо в цивільному житті людина за власним бажанням може змінити коло спілкування, розірвати відносини керівництва-наставництва з вчителем, батьками, то в армії командирів не обирають, як і колектив, до якого потрапляє новобранець.

За умов армійської служби істотно змінюється співвідношення формальних і неформальних, офіційних і неофіційних відносин на користь перших, знижується кількість “невиробничих” розмов на “вільну” тему. Психологічно незвичними є також одноманітність зовнішнього вигляду, форм звертання, колективне життя, харчування, відправлення фізіологічних потреб. Важко звикнути до нового режиму сну, норм та якості харчування, до армійського лексикону, особливо призовникам з інтелігентних верств суспільства.

На цьому етапі психологічною підтримкою є спогади про домівку, інтенсивне листування з близькими і, особливо, з друзями, доброзичливе ставлення до новобранців військовослужбовцями попередніх призовів, молодших командирів, офіцерів [55].

У ситуації професійного несення військової служби соціально-психологічними чинниками відхиленої поведінки є, як вважає В. В. Кирилін, ті, що пов’язані з недостатньою підготовкою новоприбулих до несення військової служби; відсутність необхідних умов для нормальної життєдіяльності; із залученням рядових до роботи, не пов’язаної зі службою; з неефективним керівництвом, низькою культурою стосунків у системі керівництва-підлеглості, порушеннями вимог техніки безпеки, статутних вимог щодо зберігання зброї та боєприпасів, харчових продуктів, інших матеріальних цінностей; з недоліками в організації дозвілля, відсутністю можливості для творчих, розвиваючих видів діяльності; з використанням безглузвих форм тренувальної, виховної, загартувальної діяльності; зі зловживанням наказовими формами без пояснення суті і значення того чи іншого наказу [41].

Іноді військовослужбовець припускається думки про непридатність до служби. Професійно-психологічна непридатність особливо відчувається солдатами в екстремальних умовах, де вимоги командирів і товаришів різко зростають. Типові прояви такої непридатності – нездатність засвоїти положення статуту, невміння застосовувати ці положення у поведінці. Такого бійця частіше використовують на підсобних роботах, вважають другим „сортом”, кепкують як з невдахи. Це може спричинити до самовільного залишення частини, іноді навіть зі зброєю для захисту від переслідувачів або вчинення злочину.

Важливим фактором, що визначає відхилену поведінку, є процеси, пов’язані з груповою динамікою, тобто з впливом мікросередовища (малої військової групи) на військово-професійну адаптацію. Військовослужбовець потрапляє в групу, де функціонує сформо-

вана система відносин: кожен має свій вольовий статус, відповідно до якого займає певний рівень у її ієрархічній структурі, де “ступінь свободи” у виборі поведінки залежить від цього статусу. Цей соціально-психологічний феномен, який одержав назву “порядок клювання”, існує в усіх формальних та неформальних малих групах, у тому числі військових. Характер соціального прояву цього феномену залежить від рівня розвитку групи, що певною мірою визначається соціальними та етнічними нормами, прийнятими в суспільстві, ставленням до них та ступенем їх прийняття.

Розподіл статутних ролей в ієрархічному “порядку клювання” відповідно до строку служби можна уявити так: “охоронці традицій” – військовослужбовці з терміном служби 1,5-2 роки; “носії традицій” – військовослужбовці, що прослужили 1-1,5 роки; “виконавці традицій” – військовослужбовці, які прослужили менше 1 року. В цьому контексті під традиціями слід розуміти встановлений порядок поведінки, який регламентує відносини між військовослужбовцями різних призовів. Цей порядок регулюється “тіньовим” кодексом поведінки, в основі якого лежить привілейоване становище військовослужбовців з тривалим терміном служби. В межах цього кодексу способи дій, смаки і традиції підтримуються, зберігаються та передаються наступному призову. Кожен, хто не вписується в цю внутрішньогрупову нормативну систему, піддається переслідуванню або знущанню.

Внаслідок розвитку нездорових внутрішньогрупових відносин з’являється категорія “караючих” і “тих, кого карають”. І ті, й інші є носіями потенційних проявів відхиленої поведінки. Якщо “караючий” має садистські нахили, то може спричинити вбивство. “Той, кого карають”, опинившись в позиції жертви, в крайніх проявах може здійснити суїцид або вбивство своїх катів.

У кожній статусній ролі є своєрідний стереотип мотивації поведінки. Коли вчорашній призовник бере на себе роль “виконавця традицій” (“того, хто карає”), то він забезпечує собі “захист існування” в новому агресивному до нього середовищі і виробляє відповідний стереотип поведінки. “Охоронці традицій” усіляко оберігають встановлений порядок, піддаючи “низькостатусних” внутрішньогруповим репресіям, це дозволяє військовослужбовцям з тривалим терміном служби мати більше ступенів свободи для нейтралізації стрес-факторів [55].

*Найсуттєвішими стрес-факторами (детермінантами) є: суворе регламентування всіх видів відносин (формальних і неформальних);*

необхідність виконувати вимоги військової дисципліни; необхідність підкорення; неможливість усамітнення; постійне “вторгнення” в особистий простір; необхідність стримування фізіологічних і соціальних потреб. Дисциплінарна практика свідчить, що їх нейтралізація відбувається насамперед за рахунок жорстокішого ставлення до “низькостатусних” і виявляється в певних формах відхиленої поведінки. Адаптація до армійських умов “низькостатусних виконавців традицій” залежить від їх конституційних та особистісних особливостей і має характер генетично термінованої взаємодії організму та середовища, що вимагає захисної тактики поведінки. Коли організм інтегрує вплив зовнішніх факторів з роботою своїх гомеостатичних систем, виникає адаптивна поведінка, тобто пристосування до різних умов військово-професійної діяльності. Захисна тактика поведінки, спрямована на те, щоб за будь-яку ціну вийти з-під згубної дії стрес-факторів, набуває таких форм відхиленої поведінки, як симуляція захворювань, членомішництво, втеча, суїцид. У цей період служби нерідко виявляються наркомани і токсикомани.

*Різновидом негативних внутрішньогрупових відносин є відхильні сексуальні стосунки. Тривале перебування в одностатевому середовищі нерідко породжує збочення, особливо у віці 18–20 років, коли лібідо набирає сили і потребує реалізації у контакті з сексуальним партнером. Жорстка ізоляція викликає випадки гомосексуальних зв'язків, одностатеве згвалтування (індивідуальне і групове), прояви прихованих психічних патологій, які зумовлюють маніакальні дії, випадки скотолозтва. Якщо військова частина розташована поблизу цивільних поселень, не виключені випадки індивідуального або групового нападу на жінок з метою згвалтування. Часто такі напади закінчуються для жертв трагічно.*

Наявність у підрозділі “високостатусних” осіб з низькою моральною нормативністю і асоціальним досвідом спричиняє до утворення мікрогруп з делінквентною спрямованістю. Делінквентна мікрогрупа нерідко досить добре організована, може мати лідера, старшого за віком, фізично сильного, з кримінальним досвідом. Іноді лідер використовує фізичну силу низькоінтелектуального члена групи, який легко піддається навіюванням. У групі можуть бути й повністю підлеглі – так звані “шістки”. В таких мікрогрупах виробляється своя ідеологія, яка ґрунтується на певних цінностях. У групі, як правило, поширені різноманітні азартні ігри. Гра йде не стільки на гроші, скільки на пайки їжі, на послуги (прибирання, чищення чобіт, наряд



на кухню тощо), а той, хто програв, часто вимушений красти, щоб віддати борг або виконувати послуги принизливого чи злочинного характеру.

Ситуація набуває зовсім іншого змісту при очікуванні звільнення в запас. Специфічним для цієї фази є сформований “Я-образ” “старого”, “діда”, “дембеля” з вимогою поваги до власної персони, особливо від “молодих”. Плани на життя після демобілізації спонукають до обережної, обачної, запобігливої поведінки, аби не зробити чогось, що може затримати звільнення в запас. Буває, що офіцери, спостерігаючи готовність покомандувати, передають сержантові свої виховні функції, повноваження, вимагаючи лише кінцевого результату. Сержант, не маючи рівня підготовки офіцера, вдається до своїх “виховних заходів”, які ґрунтуються іноді на грубій фізичній силі, погрозах, залякуванні, а також на численних каральних санкціях. Багато з форм “виховної роботи”, яку “дембелі” (рідше прапорщики, офіцери) застосовують до молодих, можна кваліфікувати як аморальні, такі, що порушують норми статуту, а іноді як злочинні, карні (биття, зґвалтування, доведення до самогубства) [55].

Описані вище соціально-психологічні особливості ситуації допризовного періоду і строкової служби створюють умови для визначення “вузьких місць” у структурі особистості, які можуть проявлятися у формі відхильної поведінки. В цьому відображається відома психологічна закономірність, згідно з якою в звичних умовах життя та праці (навчання) людина діє в оптимальному для себе режимі, який сприяє врівноваженню, компенсації різних особистісних властивостей, нівелюванню їх крайньої вираженості.

Однак за умов емоційної напруженості, гострого чи хронічного стресу звичайний тип поведінки або реагування на зовнішні впливи може змінюватися залежно від внутрішніх умов психічної активності. Як правило, за екстремальних чи суб’єктивно екстремальних умов діапазон індивідуальних психологічних і психофізіологічних відмінностей значно розширюється за рахунок сильних і слабких стеничних і астеничних рис особистості. Результатом цих внутрішніх особистісних процесів нерідко стає відхильна девіантна поведінка військово-вослужбовців.

Першим диференційним фактором, внутрішньою умовою відхильної поведінки слід визнати рівень стресостійкості особистості, адаптації солдата до нових, незвичних і часто дискомфортних умов життєдіяльності. Реакція на стрес зумовлюється особливостями

взаємодії симпатичної та парасимпатичної систем. За цим показником складається діапазон індивідуальних відмінностей, на полюсах якого концентруються групи стресостійких і стресонестійких індивідів; відповідно до цього можна визначити деякі характерні типи нормативної та девіантної поведінки. Слід зазначити, що кожна якість залежно від типу особистості і ситуації матиме свої позитивні і негативні прояви, що характеризуватимуть нормативний і девіантний типи поведінки.

Детальніше розглянемо переважні форми поведінки щодо стресостійкості. Оскільки вона, як правило, корелює з сильною нервовою системою, то військовослужбовці цього типу відзначатимуться витривалістю, працездатністю, концентрацією уваги, стійкістю до перешкод, емоційною стійкістю. Якщо ці якості поєднуються з низькою тривожністю, такий військовослужбовець буде надійним у бойовій обстановці і добре адаптуватиметься до умов солдатської служби. Однак життєві прояви цих якостей визначатимуться ступенем нормативності поведінки. Навпаки, при відхильній поведінці, обумовленій засвоєними раніше асоціальними установками або сформованою в армії реакцією протесту на особистісно несприятливу ситуацію, військовослужбовці можуть демонструвати всі ці якості в соціально небажаному напрямку, відзначатися агресивністю, злобністю, впертістю, нестійкістю, непокорю до статутних вимог. Якщо у людей цього типу ще й розвинене прагнення до домінування, влади, управління людьми, то вони, як правило, займають керівні або лідерські позиції, а в крайніх випадках можуть ставати ватажками асоціальних груп, бути організаторами змов, озброєних нападів тощо.

Тепер щодо поведінки стресонестійких індивідів. Передусім це люди зі слабкою нервовою системою, чутливі до зовнішніх впливів, не витривалі, їм властиві низькі працездатність, стійкість до перешкод і ступінь концентрації уваги, а також погіршення результатів діяльності в емоційно напружених і відповідальних ситуаціях. Якщо слабкий тип нервової системи поєднується в індивіда з високою тривожністю і емоційною нестійкістю, то, як правило, початок служби в армії пов'язаний зі станом фрустрації, важкою адаптацією до нових умов життєдіяльності.

При нормативній поведінці у цього особистісного типу можуть загостритися такі характерологічні риси, як нерішучість, боязкість, внутрішня емоційна напруженість від очікування виконання важких завдань. С. Маслюк вважає, що при девіантній поведінці може

розвинутися депресивний стан, страх майбутньої служби, який погіршує якість мислення, уваги, швидкість сенсомоторних дій. Тому такі військовослужбовці потрапляють до розряду “тупих”, “недбалих”, “незграбних”, “нездар”. Ці ярлики надалі визначають низький соціально-психологічний статус солдатів у військовому підрозділі і спонукають або шукати захисту в окремих осіб чи груп, або замикатися в собі [44].

Важливим є друге джерело девіантної поведінки військовослужбовців – *акцентуації характеру*. Їх прийнято розглядати як крайні варіанти норми, що займають проміжне становище між станом психічного здоров'я та типовими психопатологіями. Відомо, що акцентуаційні риси характеру не тільки визначають психічний стан особистості, а й обумовлюють специфіку соціальної адаптації, що дуже важливо для системи Збройних сил. І хоча акцентуації характеру не є психопатологією, на думку Е. Афоніна, слід мати на увазі, що загострення негативних рис за певних умов здатне знизити адаптивні можливості особистості, бути ґрунтом внутрішньо- і міжособистісних конфліктів, природа яких залежить від типу акценту, причому декомпенсація з адаптивною недостатністю відбувається відносно типово, даючи змогу передбачити форму психічного порушення.

В разі експлозивного типу акцентуації характеру військовослужбовця навіть при помірних проявах цієї акцентуації забезпечити його нормальну службу в Збройних силах дуже важко. Через нестійкість настрою, підвищену схильність до навіювань і зниження вольової активності, що сприяють легкому виникненню у них потягу до алкоголю, наркотиків потрібен постійний індивідуальний контроль командирів і психологів.

У випадку гіпертимного типу акцентуації доцільно спрямувати увагу такого військовослужбовця на цікаве для нього заняття, суспільну роботу, де він зможе реалізувати свою енергію.

Особам, яким властивий епілептоїдний тип характеру, в армії можна рекомендувати такий вид діяльності, який потребує посидючості, акуратності, ретельності у виконанні, але не призначати їх на командні посади.

Істероїдів доцільно призначати на посади, що відповідають їхнім творчим здібностям, залучати до гуртків художньої самодіяльності, доручати проведення вечорів та концертів.

Шизоїди, як правило, важко пристосовуються до умов військової служби, але підкоряються порядку і військовій дисципліні. Однак

можлива зовсім несподівана для оточення бурхлива реакція емансипації, яка виникає, коли хто-небудь зазіхне на внутрішній світ їх інтересів. Правопорушення шизоїди здійснюють, звичайно, наодинці. При цьому кримінальні акти відзначаються оригінальністю, вигадливістю і ретельністю підготовки. Невідповідність вироблених шизоїдом “схем” і “принципів” до норм реального життя нерідко наштовхує його на думку про недоцільність існування. За статистичними даними, приблизно 30 % тих, що заподіяли собі смерть або намагалися це зробити, виявляли шизоїдні риси характеру.

Особливості акцентуації циклоїдного типу вимагають до таких військовослужбовців підвищеної уваги і терплячості, особливо в періоди субдепресії. В цей період різкі зауваження, що принижують самолюбство молодого людини, невдачі на службі здатні призвести до афективних реакцій, а подекуди – і до суїцидів.

Для осіб лабільного типу деліквентна (асоціальна) поведінка не характерна, але в період дистимії вони бувають нестримані, втрачають почуття міри. Суїцидні думки виникають часто і швидко реалізуються, але спроби самогубства мають переважно демонстративний характер.

Психастеніки, страждаючи від власної нерішучості у спілкуванні з іншими, часто вдаються до алкоголю чи наркотиків як засобів, що допомагають подолати ці труднощі. Під час військової служби психастеніків доцільно призначати в малу групу з позитивним соціально-психологічним кліматом, заохочувати їх до корисної діяльності, але постійно контролювати, не допускаючи непередуманих дій.

Особливі астено-невротичного типу під час служби в армії добре справляються з роботою за фахом, якщо вона не пов'язана з великою розумовою та фізичною напругою. Бажано уникати сильних емоційних навантажень.

Для осіб нестійкого типу суїцидна поведінка не є типовою, але вони інколи можуть вчинити самогубство “за компанію”, під впливом сильної особистості. В пошуках задоволення часто вдаються до алкоголю чи наркотиків. Алкоголізм і залежність від наркотиків формуються дуже швидко. При суворому контролі, постійному нагляді, жорстких вимогах такі особи справляються із службовими обов'язками і підкоряються дисципліні.

В осіб сенситивного типу акцентуації суїцидні дії позбавлені демонстративності і часто бувають цілковитою несподіванкою для оточення. За умов військової служби вони старанно виконують доручену їм справу, дисципліновані. Покарання, грубі зауваження, глузування переносять надзвичайно болісно.

Для конформних осіб великою психічною травмою є ситуація, коли звичний для них підрозділ їх чомусь виганяє. Одним із можливих наслідків цього може бути розвиток зтяжненого реактивного стану. Як правило, конформні особи успішно справляються з суворо регламентованою роботою, яка не вимагає прояву особистої ініціативи. Слід звернути увагу на те, щоб представники цього типу не потрапили під вплив недисциплінованих осіб [55].

*Узагальнений аналіз ситуацій, в яких опиняється військовослужбовець, дає змогу виділити перелік найважливіших несприятливих факторів, що загалом характеризують складність і специфічність умов військово-професійної діяльності:*

- суворе регламентування всіх видів взаємовідносин;
- наявна потенційна загроза для здоров'я, життя;
- інтенсивне фізичне навантаження;
- обмеження в харчуванні;
- алкогольна депривація (за наявності установок);
- обмеження матеріально-економічного характеру;
- сексуальна депривація;
- ізоляція від спілкування з рідними, близькими, друзями;
- переважно одностатеве спілкування;
- обмеженість у виборі партнера для спілкування;
- примусове спілкування;
- необхідність безумовної підлеглості старшим;
- залежність від старших;
- необхідність дотримання і формальних, і неформальних норм поведінки;
- обмеженість у виборі та прийнятті рішень;
- перебування у середовищі, бідному на інтелектуальні стимули;
- відсутність звичних подразників;
- вимушена відкритість у всіх сферах життєдіяльності (перебування під постійним наглядом, неможливість бути наодинці, постійне “втручання” в особистий простір);
- стимулювання агресивних, „чоловічих” принципів у поведінці;
- тенденція до пригнічення (нівелювання) ініціативи, індивідуальності, обмеження у самовираженні;
- середовище, яке не виключає суттєвого впливу соціопатичних особистостей.

В умовах депривації військовослужбовці потребують звичних соціальних зручностей, нормальних взаємовідносин у підрозділі, можливості усамітнення, звичних подразників, жіночого товариства, реалізації потреб біологічного характеру. Актуалізація цих потреб, з одного боку, і перешкоди для їх задоволення, з іншого, викликають у військовослужбовців стан хронічної фрустрації, що може призвести до розладу захиснокомпенсаторних механізмів. Порушення нервово-психічного балансу особистості, яке виникає внаслідок цього, може відбуватися через невротизацію, соматизацію або девіацію поведінки.

Військова служба має подвійне соціальне значення. З одного боку, вона вкладається в державну функцію захисту національного суверенітету, а з іншого, – певною мірою іноді виступає засобом самореалізації особистості.

Отже, якщо розглядати військову службу як певний етап цілісного життя людини, то одним із головних психологічних чинників ризику в соціальній самореалізації особистості завжди присутній момент невизначеності, або “недобудованості” особистісних психологічних та соціально-психологічних структур. Це дезорганізовує людину, а в крайніх проявах ставить її на межу не тільки нездійсненності життєвих планів, а й нереалізованості особистого життя загалом. Особливої гостроти ця проблема набуває під час загальної суспільної кризи і, зокрема, в її найкритичніший момент нестабільності. Одним з показників особистісної нереалізованості є прийнятий суїцид, обумовлений безпосередньо психологічними та соціально-психологічними факторами – втратою “змістовно-життєвих” цілей, розчаруванням, небажанням продовжувати життя.

Як засвідчують дослідження, суїцидальна спрямованість особистості військовослужбовця обумовлена дією соціально-психологічних факторів. Тобто військовим психологам, крім індивідуально-психологічних якостей особистості, потрібно враховувати і вплив соціально-психологічних факторів на суїцидальну орієнтацію:

– *суїцидальна спрямованість військовослужбовців, насамперед, детермінована індивідуально-психологічними властивостями особистості, що підтверджують виділені кореляційні залежності між такими особливостями особистості, як депресія, знижений настрій, ригідність, невпевненість у собі, тривожність, гіпотонія (схильність до почуття вини), напруженість (фрустрованість);*

– *формування суїцидальної поведінки обумовлене дією сукупності соціально-психологічних факторів: неблагополуччя сімейної ситуації*

військовослужбовців; соціальна дезадаптація до військового колективу, проблеми з командиром; конфліктність у взаєминах з оточенням, страх соціальних контактів;

– *важливу роль у формуванні суїцидального настрою відіграють страхи військовослужбовців, які детермінують виникнення страху військової служби, страху вирішення конфліктів, що призводить до фрустрації та депресивного стану, які є передумовою виникнення суїцидальних дій;*

– *не доведено, що окрема дія такого фактору, як суїцидальна спроба у родичів, попередня суїцидальна спроба військовослужбовців відіграють значну роль у вчиненні суїциду [44; 55].*

Розроблені кандидатом психологічних наук Т. В. Буленко методика вивчення військовослужбовців та програма роботи з військовим колективом спрямовані на попередження суїцидальної поведінки і можуть бути застосовані в практиці роботи у військових колективах.

#### *Методичні рекомендації з вивчення суїцидальних настроїв та взаємин у військовому колективі*

В основі соціально-психологічного механізму військових самогубств лежить наявність конфлікту з військовим колективом, надмірна неорганізованість чи, навпаки, заорганізована служба, особистісні недоліки і слабкості в подоланні труднощів, антилюдський стиль спілкування і поведінки деяких службовців, неувага командирів і начальників.

*Аналіз суїцидальних вчинків дає змогу зробити загальні висновки, врахування яких є необхідним у практичній діяльності кожного командира:*

1. *Всі суїциденти – військовослужбовці строкової служби, переважно молоді воїни.*

2. *За видом самогубство вчинялося через:*

- *повішання,*
- *самостріл у караулі,*
- *викидання з вікна*

3. *За причинами:*

– *на ґрунті службових неприємностей і тяготіння військовою службою – 70 %;*

– *сімейні негаразди 20 %;*

– *боязнь за вчинені злочини – 10 %*

#### *4. За особистісними характеристиками:*

- низька комунікабельність;
- замкнутість;
- скритність;
- відсутність друзів;
- тривожна навіюваність;
- схильність до негативної оцінки подій;
- схильність до різкої зміни настрою;
- запальність та роздратованість.

#### **Мотиви суїцидальних вчинків:**

##### *1. Конфлікти, пов'язані зі сферою службової діяльності військовослужбовців, у тому числі:*

- конфлікти, пов'язані з труднощами військової служби;
- конфлікти між військовослужбовцями різних періодів служби;
- конфлікти між начальниками структурних підрозділів і підлеглими;
- конфлікти з військовослужбовцями інших національностей.

##### *2. Особистісно-сімейні конфлікти, в тому числі:*

- нерозділене кохання, зрада (дівчини, дружини);
- розлучення;
- хвороба, смерть рідних;
- статева неспроможність.

##### *3. Конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою суїцидента, в тому числі:*

- боязнь кримінальної відповідальності
- боязнь ганьби за свої негативні вчинки.

##### *4. Стан здоров'я, в тому числі:*

- психічні захворювання;
- соматичні захворювання;
- фізичні недоліки.

##### *5. Матеріально-побутові та інші мотиви.*

Важливо пам'ятати, що при всіх життєвих ситуаціях військовослужбовці по-різному реагують на них. Науковий підхід до аналізу причин, мотивів самогубств потребує глибокого проникнення в суть явищ, що відбуваються, знання справжнього становища справ серед підлеглих.

#### *Ознаки суїцидальної поведінки*

**1. Занурення в себе:** прагнення бути наодинці з собою – природне, притаманне для кожній людині. Але слід бути уважним, коли замкне-



ність, відокремлення стають глибокими та довготривалими, коли людина занурюється в себе, уникає вчорашніх друзів і товаришів.

**2. Вередливість:** кожна людина час від часу вередує, хандрить. Цей стан може бути викликаний погодними умовами, самопочуттям, втомлюваністю, службовими та сімейними неприємностями. Але коли настрій щоденно коливається між піднесенням і пониженням, то це явна причина для тривоги. Існують різноманітні свідчення, що подібні емоційні коливання є провісниками смерті.

**3. Депресія:** глибокий емоційний спад, який у кожної людини проявляється по-різному. Деякі військовослужбовці стають замкнутими, занурюються в себе, але при цьому маскують свої почуття настільки добре, що люди довго не помічають перемін в їхній поведінці. Єдиний спосіб у таких випадках – пряма відверта розмова з людиною.

**4. Агресивність:** багатьом актам самогубства передують спалахи роздратування, гніву, жорстокості до інших. Нерідко такі явища є закликком суїцидента звернути на нього увагу, допомогти йому. Однак цей заклик зазвичай дає протилежний результат – неприязнь людей, їх відчуження від суїцидента. Замість уваги людина відчуває осуд зі сторони своїх товаришів.

**5. Зловживання алкоголем та наркотиками:** сприяють розвитку суїцидальних думок і намірів.

**6. Сексуальна активність:** інколи недоречна сексуальна поведінка відображає відчайдушне прагнення особистості полегшити таким способом пригнічуючу його депресію. Він шукає сексуального задоволення. Коли воно довго не досягається, суїцидальні думки можуть посилюватися.

**7. Порушення апетиту:** Відсутність чи, навпаки, надмірне підвищення апетиту тісно пов'язані з саморуйнівними думками і повинні завжди розглядатись як загрозна для життя хвороба. Офіцери мають помічати втрату маси тіла чи, навпаки, її стрімкий зріст у підлеглих.

**8. Роздавання подарунків:** деякі люди, які планують вчинення суїциду, попередньо роздають близьким, друзям, товаришам по службі свої речі. Спеціалісти із суїциду стверджують, що така акція – прямий провісник майбутнього нещастя. В кожному такому випадку рекомендується серйозна та відверта бесіда з суїцидентом для в'яснення його намірів.

**9. Психологічна травма:** кожна людина має свій індивідуальний емоційний поріг. До нього може призвести велике емоційне потрясіння чи ряд дрібних травмуючих переживань, які постійно накопичуються. Розлука з рідними, з будинком, зі звичним розкладом життя, виникнення значних фізичних та моральних навантажень, притаманних службі, незнайома обстановка та атмосфера можуть здатись молодому воїну трагедією його життя. Якщо до цього додати розлучення батьків, смерть близьких, особистісні негаразди, то у нього можуть виникнути думки і настрої, що спонукають до суїциду.

**10. Зміни в поведінці:** раптові, неочікувані зміни в поведінці військовослужбовців мають стати предметом уважного спостереження. Коли стримана, небагатослівна, замкнута людина (інтроверт) неочікувано для інших починає багато жартувати, сміятися, говорити (веде себе як екстраверт), варто придивитися до неї. Така зміна, імовірно, свідчить про глибокі переживання, самотність, які людина намагається приховати під маскою радощів і безтурботності. Іншим тривожним симптомом є зниження енергетичного рівня, підсилення пасивності, байдужість до служби, спілкування, життя.

**11. Загроза:** будь-яке вимовлене бажання піти з життя має сприйматися серйозно. Найчастіше воно виражене словами: “Ви будете винні у моїй смерті”, “Ви ще пожалієте, коли мене не стане”, “Я не хочу жити серед вас”. Ці заяви можна інтерпретувати як пряме попередження про самогубство, до якого готуються. В такому разі не можна допускати байдужості, агресивності до суїцидента, які тільки підштовхнуть його до виконання погроз. Навпаки, необхідно проявити витримку, спокій, запропонувати йому допомогу, консультацію у спеціалістів, психолога.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ ОФІЦЕРСЬКОМУ СКЛАДУ

Офіцерському та командному складу слід:

- уважно ставитися до появи у військовослужбовців зазначених вище ознак, особливо якщо вони проявляються неодноразово;
- не вважати свою участь даремною, марною. Кожен офіцер здатен надати допомогу суїциденту;
- вступати в контакт із підлеглим. Спокійно і відверто з’ясувати його стан, настрій, наміри;
- утримуватися від осуду, агресивності, жорстокості до потенційного суїцидента, та водночас від надмірного співчуття, жалості до нього.

Офіцери відповідають за життя і безпеку своїх підлеглих, не тільки за фізичну безпеку, а й за здоровий моральний психічний стан.

Якщо є сумніви, необхідно попросити допомоги у фахівців.

Зневаження ознаками суїциду знецінює участь і дії з попередження суїцидальних випадків.

Слід пам'ятати, що суїцид – травмуюча подія для всього військового колективу. Найбільш ефективний засіб, який запобігає суїциду – людське взаєморозуміння. Виховання такого розуміння, співчуття, милосердя у особистого складу – найважливіша потреба часу.

### **Методикатвизначення осіб з підвищеним ризиком суїцидальної поведінки**

*Група підвищеного ризику самогубств:*

1. Молодий вік.
2. Попередні спроби вчинити самогубство.
3. Наявність психічного захворювання.
4. Зловживання алкоголем та наркотиками.
5. Сімейні драми і трагедії: смерть, розлучення, конфлікти.
6. Наявність тяжких хронічних невиліковних захворювань.
7. Істотні зміни в житті: вихід на пенсію, втрата роботи, діти починають своє доросле життя і т.д.

В основу дослідження покладена “Карта ризику суїцидальності”, яка містить такі фактори:

#### *I. Дані анамнезу*

1. Вік першої суїцидальної спроби – до 18 років.
2. Раніше була спроба вчинити суїцид.
3. Суїцидальні спроби у родичів.
4. Розлучення чи смерть одного з батьків (до 18 років).
5. Нестача тепла в сім’ї в дитинстві чи юності.
6. Повна безпритульність у дитинстві.
7. Початок статевого життя – 16 років або раніше.
8. Основне місце в системі цінностей належить любовним стосункам.
9. Виробнича сфера не відіграє ролі в системі цінностей.
10. В анамнезі було розлучення.

#### *II. Актуальна конфліктна ситуація.*

11. Ситуація невизначеності, очікування.
12. Конфлікт у сфері любовних чи подружніх стосунків.
13. Тривалий службовий конфлікт.

14. Такий конфлікт був раніше.
15. Конфлікт обтяжений неприємностями в інших сферах життя.
16. Суб'єктивне відчуття невизначеності конфліктної ситуації.
17. Почуття образи та жалості до себе.
18. Почуття втомленості, безсилля.
19. Суїцидальні висловлювання з погрожуваннями суїцидента.

### *III. Характеристика особистості.*

20. Емоційна нестійкість.
21. Імпульсивність.
22. Емоційна залежність, необхідність близьких емоційних контактів.
23. Довірливість.
24. Емоційна в'ялість.
25. Хворобливе самолюбство.
26. Самостійність, відсутність залежності у прийнятті рішень.
27. Напруження потреб (сильно виражене бажання досягнути своєї цілі, висока інтенсивність цієї потреби).
28. Наполегливість.
29. Рішучість.
30. Безкомпромісність.
31. Низька здатність до утворення компенсаторних механізмів, витіснення фруструючих факторів.

Використовуючи різні способи отримання інформації, психолог заповнює карту, керуючись такою таблицею:

Характеристика наявності фактора	1 група фактора пп. 8, 9, 11-31	2 група фактора пп. 5-7	3 група фактора пп. 1-4,10
1. Відсутній	-0,5	-0,5	-0,5
2. Слабко виражений	+0,5	+1,0	+1,5
3. Присутній	+1,0	+2,0	+3,0
4. Наявність не виявлено	0	0	0

Отримані бали сумуються, отримана сума дає прогноз:

- менше 8,8 – ризик суїцидента незначний;
- 8,8–15,4 – ризик суїцидента спроби;
- більше 15,4 – ризик суїцидента великий.

### *Приклад схеми індивідуальної бесіди з суїцидентом*

1. Встановлення емоційного контакту. Необхідно переконати людину, що її проблеми будуть зрозумілими. Не спростовувати, не критикувати, не висловлюватися критично.
2. Встановлення послідовності подій: що вплинуло на стан, переконати в типовості ситуації. Підтримка успіхами та досягненнями. Визначити причину конфлікту. Застосовувати структуровані бесіди, паузи.
3. Спільне планування діяльності з визначення кризової ситуації:
  - висловлення гіпотез про можливість подолання конфлікту;
  - планування;
  - схилення військовослужбовця до словесного оформлення плану;
  - фокусування ситуації.
4. Етап завершального прийняття рішення:
  - логічна аргументація;
  - раціональне навіяння впевненості, побудова майбутніх перспектив життя.

### **Заступникам командирів частин із роботи з особистим складом, психологам частин ПЛАН-ЗАВДАННЯ**

*на проведення роботи з вивчення і складання соціально-психологічної  
характеристики осіб, схильних до суїцидальних дій*

#### **ЗРОБИТИ:**

1. Написати листа батькам (родичам) військовослужбовця, попередньо провівши бесіду з ним.
2. Заповнити карту соціально-психологічних якостей. Мати і вести лист бесід в особовій справі.
3. Консультації лікаря. Наявність у медпункті обліку військовослужбовців групи ризику.
4. Визначати ступінь тривожності (не рідше 2 рази в місяць).
5. Визначити рівень емоційного стану (тест САН, не рідше двох разів на місяць). –
6. Знати динаміку змін психологічного стану кожного військовослужбовця, схильного до суїцидальних дій.

#### **ВИВЧИТИ:**

1. Мотиви, спрямованість, ціль на майбутнє.
2. Періодичність отримання і наявність листів.
3. Статус у колективі (соціометричний опитувальник).

4. Наявність друзів (хто конкретно).
  5. Хто має найбільший вплив.
  6. Взаємовідносини з земляками.
  7. Стан справ у сім'ї, стан здоров'я близьких родичів.
  8. Його особиста оцінка взаємовідносин у колективі.
  9. Взаємовідносини з безпосереднім командиром.
  10. Перенесені захворювання, травми, наявність суїцидів чи психологічних відхилень у найближчих родичів.
  11. Схильність до конфліктів. Переважаючий тип поведінки особистості в конфліктній ситуації.
- До кінця року показати звіт про виконану роботу, а також соціально-психологічну характеристику осіб, схильних до суїцидальних дій. Форма довільна, що відображає питання плану-завдання.

### **ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ВЗАЄМИН У ПІДРОЗДІЛАХ**

Оцініть атмосферу взаємин у своєму підрозділі за п'ятибальною шкалою:

1. Дружелюбні...	5 4 3 2 1	Ворожі...
2. Товариські...	5 4 3 2 1	Кожен сам за себе...
3. Поважні....	5 4 3 2 1	Грубі...
4. Теплі...	5 4 3 2 1	Холодні...
5. Надійні...	5 4 3 2 1	Байдужі...

Визначається інтегральний бал оцінки атмосфери за шкалою (відповідно позитивний та негативний). Отримані дані зіставляються та аналізуються.

### **ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ОЦІНКИ ВЗАЄМИН МІЖ КЕРІВНИМ СКЛАДОМ І ПІДЛЕГЛИМИ**

Для курсантів (солдатів)

1. Для мене найбільш авторитетний:
  - сержант... (вказати номер / прізвище);
  - офіцер ... (вказати номер / прізвище).
2. У нашому підрозділі найбільшим авторитетом користуються:
  - сержант ... (вказати номер / прізвище);
  - офіцер ... (вказати номер / прізвище).
3. Найчастіше у підрозділах грубить та хамить:
  - сержант ... (вказати номер / прізвище);
  - офіцер ... (вказати номер / прізвище).

4. У нашому підрозділі є нервові та агресивні:

– сержант ... (вказати номер / прізвище);

– офіцер ... (вказати номер / прізвище).

Під час використання опитувальника опитуваним пропонується бланк, на якому номерами записані всі посадові особи підрозділу. Відповідаючи на запитання, опитуваний вказує лише номери, які позначені прізвищами. Можна запропонувати опитуваним прізвища, але при цьому знизиться рівень відвертості тих, хто відповідає.

### **ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ОЦІНКИ ВЗАЄМИН МІЖ КУРСАНТАМИ, СОЛДАТАМИ, СЕРЖАНТАМИ**

1. Найбільш надійні і вірні хлопці в нашому підрозділі – це .....

2. Я готовий виконати будь-яке завдання разом з .....

3. Якщо у мене будуть особисті переживання, то зможу ними поділитися лише з .....

4. Я був би радий, якби в нашому підрозділі не було таких, як .....

5. Я намагаюсь уникати спілкування з ....., тому що він .....

### **ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ОЦІНКИ ЗАДОВОЛЕНОСТІ МАТЕРІАЛЬНО-ПОБУТОВИМИ ТА СОЦІАЛЬНИМИ УМОВАМИ ЖИТТЯ**

1. В умовах армії службові обов'язки я виконую з бажанням.

2. Теперішня служба мене влаштовує.

3. Перебуваючи на службі, я відчуваю свою значимість і корисність.

4. Побут у казармі мене задовольняє.

5. Медичне обслуговування мене задовольняє.

6. Система харчування, його якість та організація мене влаштовує.

7. Система відпочинку в умовах служби мене задовольняє.

8. Військовій справі мене вчать по-справжньому.

9. В умовах служби я маю можливість збагатитися духовно.

10. Культура взаємин в армії мене задовольняє.

Досліджувані відповідають на запитання “Так” чи “Ні”. Підраховується кількість позитивних та негативних відповідей. Вираховується відсоткове відношення, результати аналізуються та узагальнюються.

## **ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ СТАНІВ ТА ДІЙ ДИСЦИПЛІНАРНОЇ ПРАКТИКИ В ПІДРОЗДІЛАХ**

*Запитання для сержантів, командирів (офіцерів):*

1. Для того, щоб забезпечити дисципліну, сержантові необхідно.....
2. Авторитет можна набути завдяки .....
3. Покарання в дисциплінарному порядку підлеглих – це ....
4. Після покарання підлеглий стає.....
5. У вихованні підлеглих обов'язково.....
6. Даючи догану, я відчуваю.....
7. Я даю догану за такі вчинки.....

*Запитання для курсантів (солдатів)*

1. Догана для мене – це.....
2. Найчастіше мене карають .....
3. Найбільш неприємне покарання – це ...
4. Найбільш образливе, коли....
5. Виносячи мені догану, сержант....
6. Найбільш поширене покарання в нашому підрозділі – це....
7. Якби я був сержантом, то, караючи підлеглого, ніколи ....
8. Найбільше мені хотілося б .....

Досліджуваним видають бланки з незавершеними реченнями або зачитують їм речення. Завдання полягає в тому, щоб самостійно завершити речення. Написані закінчення речень узагальнюються та аналізуються.

### **ХАРАКТЕРИСТИКА СПІЛКУВАННЯ В КОЛЕКТИВІ**

1. Напруженість, взаємні образи, конфлікти.
2. Нестатутні відносини, грубість, приниження.
3. Байдужість, відхиленість.
4. Товариська взаємодопомога, доброзичливість, підбадьорення.
5. Дружба, колективізм, згуртованість, узгодженість спільних дій.

На окремому аркуші кожен опитуваний записує порядкові номери відповідей, які він обирає.

Офіцер може за короткий час оцінити характер взаємин солдат і степінь їх сумісності за допомогою іншої методики.

Суть її полягає в тому, що солдат письмово відповідає на такі запитання:

1. З ким дружите в нашому підрозділі?
2. З ким хотіли б дружити?



3. З ким хотіли б виконувати бойове завдання?
4. З ким хотіли б разом працювати?
5. З ким хотіли б відпочивати у звільненні.

Даючи відповіді на запитання, військовий називає не більше трьох прізвищ службовців. Прізвища можуть повторюватись. Якщо опитуваний не може відповісти, то ставить прочерк. Аркуш із прізвищами підписується і здається офіцерові для оцінювання. Кожне прізвище отримує свій порядковий номер, а кількість виборів позначається стрілками.

Складається соціограма.

Методика може визначити авторитетність кожного військового і його місце в системі взаємин.

## **ОЦІНКА СТИЛЮ МІЖОСОБИСТІСНОГО СПІЛКУВАННЯ**

Військовому пропонується вибрати один із п'яти варіантів на поставлене запитання. Запитання і запропоновані відповіді оформлюються на окремому бланку, який видається кожному опитуваному.

### **I. Активність у спілкуванні порівняно з іншими військовими.**

1. Я майже не беру участі у спілкуванні.
2. Я спілкуюсь у міру необхідності.
3. Я менш активний, ніж інші.
4. Я такий же активний у спілкуванні, як й інші.
5. Я більш активний у спілкуванні, ніж інші.

### **II. Звичне коло в колективі.**

1. Ні з ким у колективі не спілкуюсь.
2. Спілкуюся лише з офіційними (посадовими) особами.
3. Спілкуюся лише з однією людиною.
4. Спілкуюся з досить вузьким колом людей.
5. Активно спілкуюся з досить великою кількістю осіб.

### **III. Потреба у спілкуванні.**

1. Зовсім не відчуваю потреби у спілкуванні.
2. Досить рідко з'являється бажання спілкуватися.
3. Хотів би спілкуватися з деякими особами
4. Хотів би спілкуватися з групою осіб.
5. Відчуваю велику потребу у спілкуванні з колективом.

## АНКЕТНИЙ ЛИСТ

1. У нашому підрозділі напружена обстановка. Служити дуже тяжко.
2. Мені хотілося б служити в будь-якому іншому підрозділі.
3. За час служби я вже зазнав фізичного насилля до себе.
4. Я зустрічався з сержантами, які дозволяють фізичні приниження.
5. Я відчував фізичні приниження від офіцера підрозділу.
6. У мене такий настрій, що просто не хочеться жити.
7. Побутові умови у нас задовільні.
8. У бані я миюся щотижня.
9. Харчування в їдальні мене повністю задовольняє.
10. Розпорядку дня в підрозділі дотримують.
11. Постільна та натільна білизна змінюється щонеділі.
12. Листи надходять регулярно.
13. Мені неприємні взаємини з такими військовослужбовцями, як (вказати прізвища, військові звання, причину).

### ***1.6.3. Психологічні особливості самогубств серед співробітників органів внутрішніх справ***

Самогубства, що вчиняють співробітники органів внутрішніх справ, належать до категорії найтяжчих надзвичайних подій. Вони мають не тільки моральні та економічні наслідки, а й значний суспільний резонанс.

Щорічно через самогубства органи внутрішніх справ втрачають від 200 до 300 співробітників.

Абсолютна кількість випадків самогубств серед працівників МВС України досягла свого максимуму у 1994 – 1998 рр. (63 – 58 випадків). У 1999 – 2000 рр. спостерігалось зниження кількості самогубств (45 – 47). Подальше зниження відбулося в 2001 р. (32) та досягло мінімального значення в 2002 р. (15).

З 2003 по 2008 рік спостерігалось поступове зниження кількості самогубств, при цьому рейтинг суїцидальної активності працівників ОВС області був значно нижчий, ніж рейтинг суїцидальної активності працівників МВС України. Найбільш виразною ця різниця була в 1999, 2003 та 2008 роках. Починаючи з 1999 р., при виконанні службових обов'язків загинуло 805 працівників органів внутрішніх справ, поранено 5234 працівники. З них безпосередньо під час

охорони громадського порядку загинуло 260 працівників (32 %), поранено 3417 (65 %).

За цей же час покінчив собою 531 працівник органів внутрішніх справ, що складає близько 66 % від числа загиблих при виконанні службових обов'язків і в 2 рази більше, ніж загинуло безпосередньо під час охорони громадського порядку [26].

Упродовж останніх років спостерігається стабільне зменшення кількості працівників, які загинули при виконанні службових обов'язків (з 29 випадків у 2004 р. до 15 – у 2009 р.). Однак ця статистика засвідчує, що у цьому ж 2009 р. система МВС України втратила внаслідок самогубств більше працівників міліції (15), ніж їх загинуло безпосередньо під час охорони громадського порядку та боротьби зі злочинністю (10).

Протягом останніх 5–7 років проблема профілактики суїцидальних дій співробітників ОВС України займає на перше місце серед питань, що вимагають підвищеної уваги кадрового апарату і відомчих медичних структур. Будь-який випадок суїциду стає надзвичайною подією, що прирівнюється хіба що до особливо тяжкого злочину, вчиненого співробітником міліції. Крім того, не може не викликати заклопотаності те, що постійне обговорення теми “суїцидальна настороженість” не дає змогу виявити такі гострі і, разом з тим, “незручні” проблеми, як побутове пияцтво, уживання наркотиків, брутальні форми поведінки співробітників ОВС. Значна кількість публікацій, що з'явилися останнім часом у відомчих друкованих виданнях, здавалося б, висвітлюють усі аспекти аутодеструктивних дій. При цьому варто пам'ятати, що дослідження самогубства як феномена складається з двох основних складових – природничо-наукового (власне медичні, у тому числі психіатричні, психофізіологічні, біохімічні й інші аспекти) і гуманітарного (соціологічні, психологічні, культурологічні, філософські й інші аспекти) [28].

Що стосується даних природничо-наукового розділу суїцидологічних досліджень, то для відповіді на поставлене питання, особливий інтерес становить інформація щодо поширеності суїцидальних дій серед психічно хворих людей. За даними наукової літератури, кількість самогубств, учинених психічно хворими, у загальнолюдській популяції коливається від 25 % до 13 % усіх суїцидентів [35], тобто їхня процентна вага незрівнянно більше, ніж у вибірці співробітників ОВС (у середньому 2 %–3 %). Варто враховувати, якщо в загальнолюдській вибірці психічно хворі суїциденти частіше страждали

важкими розладами психіки (шизофренія, маніакально-депресивний психоз, реактивні стани психотичного реєстру), що були основною причиною самогубства, то суїциденти, зареєстровані в системі МВС як особи, які страждають психічними захворюваннями, найчастіше мали синдромальні легкі порушення невротичного реєстру, роль яких у здійсненні суїцидального акту виглядає часом досить гіпотетичною.

Аналіз причин і умов здійснення суїциду показав, що найбільше число самогубств вчинене серед співробітників у віці від 25 до 35 років (48 %) зі стажем служби в органах внутрішніх справ від 3 до 10 років (55 %). У більшості з них є сім'ї (66 %), діти (68 %), тобто добровільно пішли з життя співробітники зрілого, працездатного віку [38].

Матеріали службових розслідувань засвідчують, що в 49 % випадків самогубства тією чи іншою мірою були пов'язані з сімейно-побутовими конфліктами, у тому числі наявною матеріальною скрутою. Більше половини (56 %) самогубств вчинені у стані алкогольного сп'яніння. Це свідчить про незнання керівниками ситуації в сім'ях співробітників, їхніх сімейно-побутових проблем [65].

Найбільш суїцидонебезпечним віком співробітників органів внутрішніх справ, за середніми даними, є період від 31 до 40 років – 41 %, що приблизно відповідає частці осіб цього віку, службовців у МВС України (близько 38 %). Частка співробітників у віці до 30 років складає близько 50%. Кількість самогубств серед них дещо нижче (46 %). Отже, як і серед цивільного населення, відзначається тенденція до збільшення кількості самогубств з віком.

У 40 % випадків стаж служби в органах внутрішніх справ співробітників, що вчинили самогубства, не перевищував три роки, що приблизно відповідає частці співробітників зі стажем служби до 3-х років в органах внутрішніх справ (35 %). Рівень самогубств дещо зростає зі збільшенням стажу служби. Так, частка співробітників із стажем більше 15 років складала близько 8 %, а кількість самогубств серед цієї категорії була 12 %. Ця закономірність, мабуть, є похідною від віку співробітників.

Переважну більшість самогубств загалом у МВС вчиняють особи молодшого (53,06 %), а також середнього (28,16 %) керівного складу, що також приблизно відповідає їх частці серед усього особового складу органів внутрішніх справ і не дозволяє говорити про достовірне переважання самогубств серед тієї або іншої категорії співробітників. Суїциденти переважно не мали стягнень і характеризувалися позитивно [71].

Слід зазначити, що найпоширенішим способом є самогубство через повішення (61 %), у 32 % для реалізації аутоагресивної цілі використовувалася вогнепальна зброя, переважно табельна (22 %). Здійсненню таких надзвичайних подій сприяло грубе порушення порядку зберігання і видачі табельної зброї, ослаблення контролю керівниками підрозділів за діяльністю підлеглих, несення ними служби. Спосіб і місце здійснення самогубства є непрямими вказівками на причину конфліктної ситуації, саме так як її бачить суїцидент. Так, для самогубств на ґрунті сімейно-побутових конфліктів характерне повішення за місцем проживання. При конфліктах, пов'язаних зі сферою службової діяльності, більш характерні самогубства із застосуванням табельної зброї. Звертає на себе увагу і те, що близько 25 % осіб, що вчинили суїциди, під час вступу на службу в МВС України не проходили обстеження в центрах психологічної діагностики. Як правило, суїцидальні дії відбувалися у вихідні дні (42%), за місцем проживання (65%), з вісімнадцяти до двадцяти чотирьох годин. Кожне п'яте самогубство було здійснено під час несення служби, в службовому приміщенні, частіше з нуля до шести годин ранку. Суїциденти переважно були одружені (74 %) і мали дітей (73 %).

На рівень суїцидів серед співробітників органів внутрішніх справ України в основному впливають ті ж чинники, що й на число самогубств населення країни загалом. Такими є:

- зниження рівня життя і зростання соціальної напруженості і рівня злочинності в суспільстві;
- інтенсивне соціально-майнове розшарування, відставання рівня доходів співробітників від зростання цін і їх нездатність забезпечити гідний рівень життя своїй сім'ї на одержуваний грошовий зміст;
- наростання роз'єднування, атомізації суспільства, що загострюють у людини відчуття самотності, викликають емоційну депривацію, відчуття відчуженості від оточення (зокрема товаришів по службі і керівників служб і підрозділів ОВС);
- зростання психічної захворюваності при відносному пом'якшенні законодавчих заходів з обліку і лікування осіб із психічними порушеннями, збільшення серед населення адекватних форм поведінки, а також хворих алкоголізмом і наркоманією [26; 35].

Водночас є ряд специфічних для системи ОВС особливостей: наявність медичного і психологічного відбору до органів внутрішніх справ, що дає змогу відсіяти велику частину осіб з нервово-психічною патологією; переважно чоловічий склад професійних колективів,

що приводить до зміни співвідношення між завершеними самогубствами і спробами самогубств на користь перших, обумовлює вибір самих летальних способів самогубств (повішення, вогнепальні поранення).

Слід відзначити й наявність стресогенних чинників з тривалою дією службової діяльності:

- можливість екстремальних (пов'язаних із загрозою для життя, здоров'я, іншими тяжкими наслідками) ситуацій, які є штатними для діяльності співробітників; необхідність використання заходів примушення (фізичного і психічного) діяти в конфліктних ситуаціях і пов'язані з цим негативні емоції;

- висока відповідальність і напруженість роботи, пов'язана із здійсненням владних повноважень, носінням зброї;

- ненормований робочий день [28].

Останнім часом на перший план висувалися невідповідність між становищем співробітника під час виконання службових обов'язків і становищем поза службою, в побуті, обумовлені низьким грошовим змістом, порушенням соціальних прав і пільг співробітників органів внутрішніх справ, передбачених законодавством.

Крім того, чинники службової діяльності, які можуть робити профілактичний вплив на рівень самогубств серед співробітників. Насамперед, це певний соціальний статус, соціальна стабільність, наявність згуртованих професійних колективів. Стійкі професійні колективи зі сприятливим морально-психологічним кліматом є одним із найістотніших чинників сучасного суспільства, що перешкоджають розвитку суїцидальної поведінки.

Близько 60 % самогубств вчинені співробітниками після вживання алкоголю, що істотно перевищує аналогічний показник серед цивільного населення України. Прямого зв'язку між концентрацією алкоголю в крові і тягарем суїцидальних дій не виявлено. Тому розвиток суїцидальних намірів при сп'янінні залежить не тільки від чинника інтоксикації, а й від індивідуальних особистих особливостей співробітників органів внутрішніх справ і ситуативних моментів. Тягар наслідків багато в чому залежав від випадкових обставин, наприклад, від наявності в даний момент швидких і дієвих засобів для здійснення самогубства [65].

Аналіз результатів службових перевірок показує, що в основі соціально-психологічної дезадаптації співробітників, які вчинили самогубство, майже в половині всіх випадків було зловживання алкоголем, що також є відмінною рисою формування суїцидальної

поведінки співробітників від цивільного населення. Можливо, цим частково пояснюється високий рівень самогубств серед співробітників у період свят, під час яких збільшується кількість спиртних напоїв, що вживаються. В цих випадках спиртні напої вживали саме для того, щоб полегшити реалізацію суїцидальних намірів, що вже є. При цьому алкоголь був непрямую причиною самогубства. Аналогічна роль сп'яніння і тоді, коли алкоголь різко знижував критичні функції і самоконтроль, унаслідок чого вчинялася суїцидальна дія.

Таким чином, суїцидальна поведінка співробітників органів внутрішніх справ у стані сп'яніння залежить від обставин, на фоні яких алкогольна інтоксикація в одних випадках виконувала роль “приголомшливого засобу” (46 %), в інших – служила “пусковим чинником” (30 %), в третіх – була “підсилувачем” переживань із формуванням психопатологічних реакцій, що призводять до ідеї самознищення (24 %).

Підвищена суїцидальна небезпека осіб, які зловживають спиртними напоями, пов'язана не тільки з чинниками інтоксикації, а й з особливостями особи, що формується в процесі зловживання алкоголем: афектною нестійкістю, збудливістю, схильністю до імпульсних дій з психопатичними, істеричними виявами.

Ще однією особливістю самогубств, вчинених співробітниками органів внутрішніх справ, є безпосереднє або опосередковане ототожнення себе з людиною, що раніше вчинила самогубство. Про поширеність такої поведінки свідчить те, що в підрозділах, де вже траплялося самогубство, ризик нового самогубства, за вибірковими даними, досить високий. Проведений аналіз матеріалів службових перевірок дозволяє дати коротку характеристику типових конфліктних ситуацій, що спонукали співробітників ухвалити рішення про самогубство. 50–60% всіх випадків самогубств і замахів пов'язані з особистісно-сімейними конфліктами, у тому числі 16 % самогубств учинені з мотивів ревності або невдалої любові, в кожному другому випадку стосунки між подружжям були порушені через зловживання спиртними напоями, а також недостатню матеріальну забезпеченість. У 24 % випадків конфлікти були обумовлені відсутністю допомоги у вихованні дітей і веденні домашнього господарства через постійну зайнятість на службі.

У ряді випадків їм сприяли професійні конфлікти, в основі яких були порушені взаємостосунки з керівниками, близько 8 % самогубств ставали наслідком кримінальних, адміністративно-правових

конфліктів, через страх можливого покарання за вчинене співробітниками правопорушення, у зв'язку з відчуттям сорому, розкаяння, переживань з приводу заподіяної шкоди. Причинами самогубств у решті випадків були: наявність якого-небудь захворювання, розлади на сексуальному, релігійному або іншому ґрунті, різні морально-етичні переживання, матеріальна, комунально-побутова скрута і т.п. Серед безпосередніх мотивів (подій), що призвели до самогубств, переважали ревності, подружня зрада (реальна або підозрювана).

Серед мотивів, обумовлених наявністю психопатологічних розладів, переважали ідеї винності, уявного важкого захворювання, зміни самовідчуття, переслідування. Мотиви суїцидальних дій переважно виникали як стійкі поєднання двох або більше сфер конфліктів або "суїцидальних комплексів". Серед них найбільш часто виявлялися: сімейні негаразди на фоні зловживання алкоголем; сімейні конфлікти на фоні соматичного або психічного захворювання; поєднання сімейної конфліктної ситуації з професійним конфліктом; поєднання зловживання алкоголем із конфліктними ситуаціями на роботі і в сім'ї. Найбільший ризик у здійсненні аутоагресивних дій становлять психопатичні особи (з переважанням істеричних і збудливих реакцій), а також особи з різними депресивними станами. Досить високий ризик завершеного суїциду в осіб з органічним ураженням головного мозку, а також у співробітників із наявністю в анамнезі важких черепно-мозкових травм і мозкових інфекцій (менінгіти, арахноїдити й ін.).

Аналіз пресуїцидальної поведінки осіб із наявністю нервово-психічних розладів показав, що більш ніж 60 % таких хворих вчиняють суїцидальні дії при загостренні хвороби, з цілком реальних мотивів і мотивів, які виникають в інших суїцидентів [71].

Ці дані свідчать про те, що шляхи до практичного вирішення проблеми профілактики суїцидальної поведінки співробітників органів внутрішніх справ складні і далеко не однозначні. Профілактика такої надзвичайної події можлива лише під час проведення спеціально розробленого комплексу заходів, що включає цілеспрямовану діяльність кадрових і виховних апаратів, психологічної служби і лікувальних установ.

Статистика самогубств свідчить про наявність у співробітників органів внутрішніх справ, що наклали на себе руки, таких особистісних рис, як: недостатній самоконтроль, неадекватна самооцінка своїх можливостей, недостатність компенсаторних механізмів психологічного захисту, безкомпромісність, нездатність адекватно долати конфлікти у сфері міжособових відносин.



Більш ніж у 61 % випадків у матеріалах службових перевірок є вказівки на те, що самогубства вчинені за умови, коли керівники підрозділів, працівники кадрових апаратів мало надавали уваги виховній роботі з підлеглими (особливо з молодими співробітниками), рідко цікавилися їх поведінкою поза службою, в сім'ї, не проявляли належної уваги організації побуту і дозвілля співробітників, погано вивчали їхній моральний і фізичний стан. Ряду суїцидів передували події, що свідчили про необхідність вживання тих або інших заходів керівництва, направлення до психолога або психіатра, вирішення питання про звільнення з органів внутрішніх справ, що, проте, не було зроблено своєчасно. Здійсненню таких надзвичайних подій також сприяло порушення порядку зберігання і видачі табельної зброї, ослаблення керівниками підрозділів контролю за діяльністю підлеглих під час несення ними служби

Трапляються випадки порушення вимог про обов'язковий лікарський огляд осіб, що приймаються на службу до органів внутрішніх справ і вивчення кандидата за місцем проживання. Близько 8 % осіб, що вчинили суїцидальні акти, були прийняті на службу без проходження ними ВЛК або всупереч її рішення. Четверта частина суїцидентів не проходили психодіагностичного обстеження під час прийняття на службу.

Відбираючи кандидатів на службу, керівники не завжди вивчають психологічні висновки стосовно них або ігнорують висновки центрів психологічної діагностики і практичних психологічних підрозділів, поверхню ставляться до результатів установлених перевірок.

Робота з попередження суїцидальних дій проводиться в загальній системі заходів профілактики надзвичайних подій і травматизму співробітників органів внутрішніх справ, а також у системі психопрофілактики.

Трудність проблеми, що розглядається, особливо її профілактичного напрямку, пов'язана з відсутністю специфічності суїцидальних виявів. Немає такої людини, яка за своїми індивідуальними якостями обов'язково повинна закінчити життя самогубством, немає такої ситуації, а також психопатологічних порушень, які неодмінно привели б людину до суїциду.

Практичне вирішення проблеми профілактики суїцидальної поведінки серед співробітників органів внутрішніх справ можливе лише на основі комплексного підходу, що забезпечить вивчення особи суїцидента, особливості мікросоціального клімату у формальній і неформальній сферах спілкування, а також професійного, матеріального і побутового статусів.

Основним завданням такої роботи має бути запобігання самій можливості появи суїцидальних переживань, своєчасне розпізнавання станів із потенційною загрозою суїциду і, більш того, на ліквідацію умов, що їх породжують.

Вищеназвані завдання можна успішно бути вирішити тільки під час проведення комплексу психопрофілактичних і психогігієнічних заходів.

Психогігієна передбачає проведення комплексу заходів щодо збереження і зміцнення психічного здоров'я, забезпечення якнайкращих умов для психічної діяльності людини. Під час проведення психогігієнічних заходів необхідно враховувати вплив на психіку людини (здорової і хворої) умов зовнішнього середовища: соціальних, виробничих (службових) і побутових чинників.

Психопрофілактика передбачає систему заходів, орієнтованих на зниження нервово-психічної захворюваності і сприяє впровадженню їх у практичну діяльність. Методи психопрофілактики включають вивчення динаміки нервово-психічного стану співробітника і під час трудової діяльності, і в побутових умовах.

Робота зі збереження нервово-психічного здоров'я співробітників органів внутрішніх справ вимагає безперервного, щоденного вивчення індивідуальних особливостей кожного співробітника, його виконавської дисципліни, успіхів в освоєнні передових форм і методів роботи, настрою, а також сімейно-побутової сторони життя. Це, у свою чергу, вимагає від керівників органів внутрішніх справ, навчальних закладів, працівників кадрового апарату і медичних установ МВС України постійного вдосконалення знань в області психогігієни і психопрофілактики.

В умовах діяльності органів внутрішніх справ психопрофілактика включає такі етапи діяльності:

- ретельний кадровий і медико-психологічний відбір осіб для роботи в органах внутрішніх справ, тобто проведення спеціального професійного відбору з урахуванням психологічних особливостей, установок і стану нервово-психічного здоров'я співробітників;
- проведення заходів щодо професійної орієнтації;
- формування згуртованих, працездатних службових колективів;
- своєчасне вирішення конфліктних ситуацій на службі і в побуті;
- раннє виявлення осіб з нервово-психічними розладами або нестійкістю, віднесення їх до “групи ризику”, ставлення на облік, динамічне спостереження; обстеження, лікування й експертиза відповідно до медичних свідчень [38].

Профілактика суїцидальної поведінки серед співробітників органів внутрішніх справ під час проходження служби здійснюється за такими напрямками:

1. Проведення заходів щодо усунення причин і умов, що сприяють виникненню станів соціально-психологічної дезадаптації, що приводить до розвитку суїцидальної поведінки.

2. Розвиток особи співробітника, формування в нього психологічної стійкості до різних стресових ситуацій.

3. Здійснення роботи зі згуртування службового колективу.

4. Своєчасне виявлення суїцидальних тенденцій і дій у співробітників у стані соціально-психологічної дезадаптації або які перебувають у пресуїцидальному періоді [65].

Особливо мають насторожувати суїцидальні думки, натяки, вислови (в пресуїцидальному періоді – 20 % випадків самогубств співробітників). Поява ж постійних ідей самогубства, суїцидальних висловів і спроб (13 %), прямі або символічні “прощання” (9 %), збуджена поведінка або “зловісний” спокій, нерідко не властива раніше зібраність – показник гострої суїцидальної кризи, загрозливої життю. Зафіксувати наявність таких висловів іноді вельми скрутно, про них, як правило, знають найближчі люди, на очах яких розвивається конфлікт в пресуїцидальний період і які не завжди повідомляють про них на роботу або до медичних установ.

Профілактика суїцидальної поведінки серед співробітників органів внутрішніх справ вимагає проведення комплексу спільних заходів щодо професійного відбору і орієнтації кандидатів на службу; виявлення співробітників із нервово-психічними розладами і станами психоемоційної напруги; своєчасного усунення пресуїцидальних станів, а також проведення психогігієнічних і реабілітаційних заходів зі збереження і зміцнення психічного здоров'я особового складу.

Таким чином, стан профілактики самогубств серед осіб із психічною патологією (тобто медичний розділ профілактики самогубств) при ОВС перебуває на набагато більш високому рівні, ніж у загально-республіканській популяції.

Якщо розглядати показники суїцидальної активності на 1000 співробітників ОВС порівняно з суїцидальною активністю в загально-республіканській популяції загалом і порівняно з чоловічою частиною населення зокрема (самогубства в системі МВС відбуваються в 100 % випадків чоловіками), то, хоча показники загально-республіканської вибірки і мають більш високі значення, статистично значи-

мих відмінностей від показників суїцидальної активності співробітників ОВС не відзначається ( $p > 0,1$ ).

Зіставивши цю інформацію з відзначеними вище даними про поширеність суїцидів серед психічно хворих, робимо висновок, що, хоча медична (у тому числі психіатрична) профілактика аутодеструктивної поведінки, здійснювана шляхом детального добору на етапах прийому на службу (у межах роботи військово-лікарських комісій), своєчасного виявлення психічно хворих співробітників і здійснення щодо них необхідних медико-реабілітаційних заходів, є високоефективною, проте кардинального поліпшення суїцидологічної обстановки в ОВС не спостерігається. Як уже відзначалося вище, профілактика суїцидальної активності складається не тільки з медичних, психіатричних заходів, а й з комплексу соціальних, соціально-психологічних інтервенцій, що здійснюють фахівці відділів із роботи з особовим складом.

#### ***1.6.4. Соціально-психологічні особливості суїцидальної поведінки засуджених***

Важливе значення для соціальної психології та юриспунденції має актуалізована на сучасному етапі проблема суїциду серед осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі. Як свідчать результати численних досліджень, утримуваття людини під арештом сприймається і оцінюється нею як максимальна за дією стресогенна ситуація. Поряд з такими типовими для життя подіями, як смерть одного з подружжя, розлучення, невилікована хвороба тощо, вона здатна обумовлювати суїцидальну поведінку.

Перебуваючи в місцях позбавлення волі, людина відчуває на собі дію одночасно кількох стрес-чинників, що, як відомо, призводять до втрати особистісних резервів і здатності до пристосування. *В умовах пенітенціарних закладів до таких стрес-чинників належать (Я. Кондратьєв, В. Васильєв):*

- 1) ізоляція від суспільства і розміщення в замкнутому середовищі;
- 2) наявність певного режиму (дію цього стрес-чинника одні науковці вважають позитивною, оскільки режим привчає до дисципліни, дотримання елементарних правил поведінки, а отже є хорошим засобом ресоціалізації; інші науковці – негативно, оскільки він нівелює особистість як таку, позбавляє її індивідуальності тощо);
- 3) різке обмеження потреб;

- 4) зміна звичного стереопиту життя;
- 5) постійне спілкування з обмеженим колом осіб;
- 6) примусове включення до одностатевих соціальних груп і т.ін. [21].

Зазначені стрес-чинники обумовлюють своєрідну динаміку емоційних станів засуджених, в якій з моменту арешту і до звільнення можна спостерігати декілька критичних для особистості та сприятливих для суїциду періодів. А саме:

1. *Період після арешту.* Перебування людини у слідчому ізоляторі супроводжується постійним переживанням нею страху перед майбутнім покаранням. Як відомо, умови в деяких слідчих ізоляторах значно гірші від тюремних чи інших установ виконання покарання. А тому, якщо в них потрапляє особа зі слабкою волевою регуляцією, низьким самоконтролем та слабкими психологічними механізмами захисту, можливим стає припущення, що, якщо не суїцидальна поведінка, то принаймні суїцидальні думки для неї будуть типовими (питання винності чи невинності такої особи ми зараз не розглядаємо, хоча, зрозуміло, що її невинність у цьому випадку буде ще одним провокуючим суїцид чинником).

2. *Період, що настає після набуття вироком законної сили* (психічний стан людини характеризується здебільшого апатією, а в окремих випадках – готовністю спокутувати провину).

3. *Період, що настає після прибуття до установ виконання покарань* (це найбільш травмуючий психіку людини період, коли найгостріше відчувається зміна звичного стереотипу життя та спілкування, обмеження потреб, ворожість нового оточення. В емоційній сфері людини домінують виключно почуття безнадійності та приреченості. Психологи називають стан людини у цьому періоді “психологічним паралічем” або “психологічною смертю”. Перебуваючи в ньому, вона найбільше схильна до суїциду).

4. *Період появи і розвитку інтересів* (виробляється стратегія і тактика поведінки людини в нових умовах). Цей і наступний період характеризується відносним спокоєм, без проявів гострих деструктивних форм поведінки.

5. *Період відносної особистісної стабілізації* (реалізуються знайдені можливості виживання; може виникнути переоцінка цінностей).

6. *Період, що передує звільненню.* Приблизно за 3–8 місяців до звільнення починається ще один небезпечний і напружений період. У цей час психіка багатьох людей не витримує величезного тиску, пов'язаного з очікуванням волі, а тому деякі з них здійснюють спробу

втечі з місць позбавлення волі, інші завдають собі різних тілесних ушкоджень різної міри тяжкості, ще інші – намагаються накласти на себе руки. Як свідчить практика, серед детермінантів поведінки останніх можна виокремити їх особистісні характеристики (сегестивність, домінування емоційної сфери над раціональною, слабкий самоконтроль та ін.), а також особливості зовнішніх соціальних чинників (відсутність сім'ї, роботи, житла і т. ін.) [9].

Психологічною проблематикою суїцидальної поведінки засуджених займається чимало науковців. Так, О. Ковальов, М. Тимонін та Е. Суслов за результатами проведеного дослідження виокремили риси соціально-психологічного портрету засуджених, схильних до суїциду. Їхні властивості: демонстративна поведінка, неадекватні вчинки і висловлювання, метою яких є викликання співчуття від оточуючих. Афективність у діях суїцидентів пояснюється домінуванням слабого типу нервової системи. Неможливість адекватно реагувати і сприймати навколишній світ розвиває у суїцидентів негативне ставлення до всього, що відбувається. В зв'язку з цим у засуджених-суїцидентів спостерігається розвинутий негативізм, відсутність віри у свої можливості та соціальну підтримку. У суїцидентів також відсутня віра в майбутнє та часова перспектива. Як уже зазначалося раніше, часова перспектива – це поняття, в яке індивід вміщує свої життєві цілі та плани. Вона серйозно впливає на його повсякденну поведінку. А тому відсутність позитивного образу майбутнього призводить до відсутності життєвих планів і обмеження часової перспективи теперішніми та минулим, що в свою чергу обумовлює дезорієнтацію та деформацію особистості [29].

Наявність зазначених характеристик впливає на появу і розвиток у суїцидентів агресивності. Вони дуже дратівливі, погано керують емоційним станом у стресових ситуаціях. Такі соціально-психологічні характеристики, як образливість, почуття вини розвиваються у засуджених-суїцидентів унаслідок пережитої психологічної травми. Почуття вини спостерігається у всіх суїцидентів, але вони визначають себе винними не у вчиненні злочину, а в тому, що завдали душевних страждань своїм близьким, яких позбавили спілкування з собою на час відбування покарання. Відомо, що у більшості засуджених існує стійкий імунітет проти самозасудження. Вони оцінюють призначене їм покарання як надмірно жорстке і несправедливе. Ніхто з них не переживає, як правило, каяття. Єдине їхнє дорікання проявляється як звинувачення себе за те, що “попався”. Таке зневаження і цинізм

стосовно потерпілих є своєрідним психологічним захистом, що дає змогу засудженим зміцнювати емоційно-вольовий рівень своєї поведінки. Вказані характеристики можна об'єднати в комплекс вини, формування якого підштовхує засуджених до вчинення самогубства.

Засудженим-суїцидентам притаманна вражена інтегральна поведінка. Вони замкнуті, пояснюють свою поведінку через “власний світ і його бачення”. Нейротизм суїцидентів проявляється, як правило, у вигляді невротичних розладів, які виникають унаслідок незадоволеності потреб. Невротикам притаманні дратівливість, гарячкуватість, агресивність, швидка втомлюваність, неадекватна самооцінка і рівень домагаться тощо.

*Соціально-психологічний аналіз колективу засуджених дає можливість виокремити в ньому таку структуру неформальних груп (В. Васильєв, М. Єнікєєв, Я. Кондратьєва та ін.):*

1) лідери (найвищий щабель в ієрархії міжособистісних стосунків, який користується всіма благами і привілеями);

2) нейтральні (становлять так звану “мовчазну більшість”, яка віддає перевагу праці, навчанню і хорошій поведінці і яка підтримує позицію того кола осіб, яке дозволяє їм безконфліктно існувати);

3) співробітники з адміністрацією (головний мотив поведінки осіб цієї групи – якнайшвидше досягнення свободи. Вони користуються поблажливостю адміністрації, яка, проте, тим не позбавляє їх помсти іншими засудженими);

4) порушники або “знехтувані” (це особи, умови життя яких у місцях позбавлення волі найтяжчі). Вони опиняються в “подвійній ізоляції”: з одного боку – це ізоляція від суспільства, а з іншого – ізоляція від собі подібних. Це найбільша група ризику стосовно суїцидальної поведінки. Повне ігнорування іншими засуджених, найтяжча і найгірша кара поряд з деякими особистісними характеристиками (ослаблена морально-вольова регуляція, нетрадиційна сексуальна орієнтація тощо) стають головними детермінантами суїциду серед них [75].

У цьому контексті важливо розглянути ті соціально-психологічні мотиви, приводи і причини, що детермінують суїцидальну поведінку. М. Мелентьєв та А. Тищенко підкреслюють з цього приводу, що чітко диференціювати ту чи іншу причину суїцидального вчинку неможливо. Дуже часто у ході дослідження виникає комплекс причин. Натомість із наукової точки зору цілком виправданим є виокремлення однієї причини як домінуючої в генезисі формування суїцидальних тенденцій особистості. Враховуючи сказане, автори звер-

тають увагу на такі причини: 1) конфлікт у сім'ї (засуджений тяжко переживає розрив сімейних відносин, тим більше, якщо рідні від нього відмовилися); 2) факт винесення вироку і визнання особи винною; 3) глибоке каяття і переживання за вчинене; 4) конфліктні взаємовідносини в місцях позбавлення волі з іншими засудженими; 5) групова ізоляція, групове невизнання, групове відторгнення (це складне соціально-психологічне явище, яке має яскраво виражену антигромадську спрямованість; будучи результатом негативних взаємовідносин в середовищі засуджених, “відторгнуті” особи змушені займати найбільш низьке становище в її статусно-рольовій структурі); 6) неадекватна сексуальна поведінка; 7) негативні явища субкультури засуджених (наявність традицій “карної романтики”, хибних уявлень про честь і гідність; 8) негативне ставлення до засудженого відповідно до виду його правопорушення (репутація є тим важливим критерієм, який визначає статус засудженого у соціальній ієрархії неформального середовища. Саме тому в середовищі засуджених з більшою значущістю, ніж в інших соціальних групах, певні види правопорушень користуються повагою і наділені потенціалом автоматично підвищувати статус засудженого, а інші знижують його, або, що набагато гірше, викликають обурення та гнів, роблять засудженого об'єктом зневаги та образ); 9) авторитетність – неавторитетність особистості, відповідно до місця її якостей на “шкалі цінностей”, прийнятих у середовищі засуджених; 10) види взаємовідносин серед засуджених [41].

Проблема самогубства серед засуджених має ще один аспект вияву. Йдеться про психологічні та соціально-психологічні зміни особистості тих засуджених, що відбувають довічне покарання або отримували раніше найвищу міру покарання. Саме ці зміни обумовлювали їхню суїцидальну поведінку (відомо, що людина легше переносить важку, але швидкоплинну муку, ніж довгу і відносно легшу). Соціально-психологічний стан таких засуджених характеризується глибокою депресією, апатією, втратою почуття реальності, фізичною і розумовою деградацією, байдужістю до оточення, небажанням спілкуватися. Найбільшого ураження в них зазнає сфера ціннісних орієнтацій та потреб. Як зазначають В. Морогін і Г. Залевський, в умовах довічного ув'язнення одні потреби і цінності взагалі втрачають сенс, інші – набувають гіпертрофованого значення. Результати проведеного ними дослідження засвідчують, що такими потребами і цінностями для засуджених є насамперед здоров'я, честь і особиста свобода [29].



За критерієм достовірності суїцидальної поведінки та наявності виражених психологічних характеристик усіх засуджених-суїцидентів можна поділити на: істинних, афективних, демонстративних, прихованих і неправдивих (О. Ковальов, М. Тимонін, Е. Суслов). *Істинні суїциденти*: спробу самогубства вчиняють, як правило, під впливом подій, що справили на них величезний вплив. У випадку невдалої спроби самогубства вони виношують думку про її повторення. *Афективні суїциденти*: вчиняють самогубство після події, яка має для них високий емоційний фон. Вони позбавляють себе життя у стані афекту. *Демонстративні суїциденти*: вчиняють самогубство для демонстрування іншим значущості власної персони, привертання уваги до події, що відбувається в пенітенціарному закладі. *Приховані суїциденти*: засуджені, поведінка яких не супроводжується яскравою суїцидальною спрямованістю; вони мають стійкі суїцидальні цілі та плани, реалізації яких залежить від збігу сприятливих обставин. До числа *неправдивих суїцидентів* належать засуджені, що перебувають у пенітенціарних закладах на спеціальному обліку через висловлювання про готовність здійснити самогубство. Такі засуджені ніколи не здійснювали спроб суїциду і самоушкоджень. Практика свідчить, що серед засуджених найбільший відсоток становлять істинні та афективні суїциденти [9].

### **1.7. Особливості роботи психолога з клієнтами із суїцидальними намірами**

Самовбивство вважається страшною, безсоромною справою. Тому деякі консультанти, працюючи з депресивними клієнтами, мимоволі нехтують такою можливістю і вважають, що клієнт не може навіть думати про це. Якщо консультант проявляє таку сліпоту, виникає більша небезпека для благополуччя і навіть життя клієнта. Проблема полягає, як правило, не в приховуванні самогубцем своїх намірів, а в тому, що його не почують, коли йтиметься про них.

*Розрізняють* спробу самогубства (парасуїцид) і реалізоване самогубство. За даними Daves (1968; цит. за: Kennedy, 1977), жінки в чотири рази частіше, ніж чоловіки намагаються покінчити життя самогубством, а чоловіки в чотири рази частіше схильні до самогубства.

Важливе питання, хто все-таки і в яких ситуаціях частіше здійснює самогубство. Уже згадувалося, що не всі люди у стані депресії

намагаються здійснити самогубство, але не в депресивному стані самогубство здійснюється дуже рідко, що дає змогу охарактеризувати **такі групи потенційних самогубць**:

1. Одинокі чоловіки (розлучені і які не мають близьких друзів), старші 40 років.

2. Особи, які проживають самі.

3. Алкоголіки.

4. Люди, які пережили втрату близьких.

5. Люди похилого віку, які мають соматичні захворювання.

**Є дві умови**, що сприяють спробам самогубства. *Перша* – збільшення стресу до рівня, що важко переживається клієнтом. *Друга* – нездатність подолати стрес ні самому, ні за допомогою інших. Як правило, рішення про самогубство не виникає раптово. Часто йому передують серія спроб поділитися своїми намірами з іншими людьми. Найбільша ймовірність спроби самогубства випадає на вершину екзистенційної кризи.

Coleman (1972) вирізняє **три фактори**, які дуже підвищують ризик при схильності до самогубства: міжособистісні кризи, падіння рівня самооцінки, втрата смислу життя й перспективи.

Shnidman (1969) вирізняє **чотири умови**, що сприяють можливості самогубства:

1. Депресія.

2. Дезорієнтація з галюцинаціями.

3. Намагання повернути втрачений контроль над оточенням (наприклад, смертельно хвора людина може спробувати здійснити самогубство, щоб взяти під контроль час своєї смерті).

4. Залежність від інших і велике невдоволення таким становищем. Дуже важлива риса потенційного самогубця – *амбівалентність*. Вона ускладнює розкриття дійсних намірів. Тому про тих, хто намагався здійснити самогубство, інколи можна почути: “Не схоже на депресію. Учора ввечері в нього був хороший настрій”.

### *Завдання консультанта*

Консультант, зустрічаючись із клієнтом, що має суїцидальні наміри, передусім зобов’язаний проаналізувати власні настанови й почуття власного самогубства, знати їх наперед. У роботі ніколи не слід приховувати своїх справжніх почуттів. Тісний контакт із консультантом може стати міцною ниткою, що пов’язує людину, яка втратила останню надію з життям.

Інколи допускають, що обговорення з клієнтом можливості самогубства лише підсилює їх наміри. Однак, як правило, бесіда про почуття, що підштовхують до самогубства, зменшує вірогідність реалізації намірів. Тому консультант не повинен ухилятися від обговорення з депресивним клієнтом проблеми самогубства. Цим він показує клієнту, що думки про самогубство можуть бути сприйнятій зрозумілі іншою людиною.

Розглядаючи дуже серйозно будь-який намір самогубства, все ж слід не забувати про змогу маніпулятивної загрози, щоб переконати консультанта у важливості своєї проблеми і претендувати на максимум його часу. Більшість симулянтів є істеричними особами. Деякі клієнти говорять про самогубство з бажання відомстити тим, хто нібито недостатньо їх любить. Загалом елемент ворожості міститься майже в кожному самогубстві.

Зустрівшись у консультуванні з депресивним клієнтом, який висловлює суїцидні наміри, дуже важливо оцінити ризик їх реалізації. Від правильного прогнозу може залежати життя клієнта. За думкою Pretsee (1972), якщо людина вже обрала спосіб самогубства, який обов'язково гарантує смерть, і цей спосіб є легко доступним, то ризик суїциду стає дуже значним.

Ступінь очевидності самогубства консультант може з'ясувати, коли поставить клієнту другорядні запитання (Bird, 1973). Запитувати прямо – “Чи не збираєтесь ви здійснити самогубство?” — небажано, тому що таке запитання спонукає клієнта до заперечення. Ефективна також практика поступового розпитування клієнта, а саме:

*Консультант:* Як Ваші справи? *Клієнт* знизує плечима. *Консультант:* Не все добре? *Клієнт* трясє головою. *Консультант:* Сумно? *Клієнт* киває головою. *Консультант:* Усе здається безнадійним? *Клієнт:* Так. *Консультант:* Життя інколи здається безнадійним? *Клієнт:* Інколи. *Консультант:* Чи часто Ви думаєте про те, що хотіли б померти? *Клієнт:* Більшу частину часу. *Консультант:* Виникає бажання покінчити з життям? *Клієнт:* Інколи. *Консультант:* Обдумували Ви, як це зробити? *Клієнт:* Ще так далеко не зайшов.

Така поступовість опитування дає змогу точніше дізнатися, як далеко зайшов клієнт у своїх думках про смерть. Очевидно, що клієнт має явні суїцидні наміри, однак прямої загрози самогубства немає.

Засновник логотерапії V. Frankl пропонує оцінювати замість вірогідності самогубства величину життєвого потенціалу і запитувати клієнта не про причину небажання жити, а про зміст життя для нього.

Чим більше знаходиться ниток, що зв'язують клієнта з життям, тим менша ймовірність самогубства. Існують певні правила консультування осіб, які мають намір самогубства (Schuts, 1982; Berman, Cohen-Sandler, 1983; цит. за Corey, 1986, Вігої, 1973; Kennedy, 1977).

*Концентровано завдання консультанта можна сформулювати так:*

1. З такими клієнтами треба частіше зустрічатися.

2. Консультант має звертати увагу суїцидного клієнта на позитивні аспекти його життя. Наприклад: “Ви згадували, що раніше багато чим цікавились. Розкажіть про свої захоплення” або “Завжди є заради чого жити. Що думаєте про це?” Такі запитання допомагають клієнту вишукати ресурси для подолання важкого стану життя.

3. Дізнавшись про намір клієнта здійснити самогубство, не слід панікувати, намагатися відвернути його якимось заняттям і застосувати моралізаторство (“Від цього нічого не зміниться”, “Чи знаєте Ви, що релігія вважає самогубство величезним гріхом?”). Така тактика лише переконує клієнта, що його ніхто не розуміє, і консультант – також.

4. Спеціаліст повинен залучити до роботи з клієнтом між консультативними зустрічами близьких для нього людей (родичів, друзів).

5. Клієнт повинен мати змогу у будь-який час зателефонувати, щоб той міг консультувати його емоційний стан.

6. При високій ймовірності самогубства слід ужити запобіжних заходів – поінформувати близьких клієнта, обговорити питання про госпіталізацію. Консультанту не завжди легко це виконати.

Клієнт починає заперечувати свої наміри і переконує, що не треба про нього турбуватися. Проте консультанту краще покластися на свою інтуїцію і врахувати небезпечні ознаки в поведінці клієнта, оскільки заспокійливі заяви консультанта мають – у випадку загрози самогубства – зробити максимум можливого, щоб вплинути на вибір клієнта на користь життя.

7. Консультант не повинен дозволяти клієнту маніпулювати собою способом погрози самогубства.

8. Консультант зобов'язаний не забувати, що він не Бог і, не зважаючи на найкращі наміри, не завжди здатен протистояти самогубству. Найбільшу відповідальність за власні дії несе сам клієнт. Консультант не може повністю відповідати за клієнта. Він лише професійно відповідальний за попередження реалізації суїцидних намірів. Однак незаперечна аксіома – якщо клієнт дійсно хоче покінчити з життям, ніхто не здатен зупинити його. Як відзначає Kennedy (1977), “Ми говоримо «так»

життю клієнта, але ж повинні бути готовими до того, що деякі клієнти все-таки скажуть своєму життю «ні»”.

9. Консультант має дослівно, в письмовій формі, документувати свої дії, щоб у випадку нещастя міг довести собі й іншим, що діяв професійно і вжив усіх заходів для того, щоб запобігти катастрофі.

10. Консультант має знати специфіку консультування осіб, які намагалися здійснити самогубство. Консультування спрямовується на подолання спроб до самогубства, які ще лишаються після невдалої спроби. Hamilton і Moss (цит. за Kennedy, 1977) виділяють три етапи консультування: в гострій стадії, в стадії одужання і після одужання.

11. Особливо важлива робота консультанта у двох перших стадіях. Під час першого контакту після невдалого самогубства актуальними є унікальність ситуації й самопочуття “самогубця-невдахи”. Людина, яка випробувала максимальну напругу душевних сил, розуміє, що не померла, але обставини, що призвели до спроби піти з життя, лишилися. Момент “пробудження” – початок нового етапу життя цієї особи. Тому важливо, який вплив буде вписаний у чистий аркуш свідомості клієнта. Час першого контакту не повинен обмежуватися, клієнту слід дозволити висловитися.

12. Від консультанта, що зустрічається з таким клієнтом, вимагається непідробна віддача всіх своїх душевних сил. Ідеться про дещо більше, ніж обов’язки консультанта. Після спроби самогубства клієнт максимально чутливий і дуже вразливий, він гостро відчуває внутрішній стан консультанта. У першій стадії не слід починати обговорення основного конфлікту і поступово можна перейти до причин психосоматичного змісту самогубства. Саме консультування має бути спрямованим на зменшення тривоги й безнадійності. Стадія одужання починається, коли клієнт може повернутися до свого попереднього оточення. У другій стадії, як, до речі, і після повного одужання, можливе повторення суїцидних намірів.

Особливо провокативний вплив чинить оточення, безпосередньо пов’язане із травмувальним фактором. Тому на другому етапі дуже важливою є робота консультанта із сім’єю суїцидента.

Допомога сім’ї почасти вирішує проблематичні обставини. Загалом спроба самогубства – суттєва причина для змін у сімейному житті, точніше кажучи, такі зміни стають неминучими. Лише зміна умов життя по-справжньому буває цілющою для таких клієнтів.

Спроба клієнта здійснити самогубство, а тим більше здійснення самогубства, є для консультанта дуже важкою психічною травмою.

## РОЗДІЛ II

# ОСНОВНІ МЕТОДИ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З СУЇЦИДЕНТАМИ

### 2.1. Психодіагностика аутоагресивної (суїцидальної) поведінки

*Основне завдання діагностичного етапу* – оцінка суїцидального ризику -міри вираженості аутоагресивних проявів та ймовірності реалізації суїцидальних дій.

*Основним способом діагностики аутоагресивної поведінки* є клінічне або психологічне інтерв'ю, в результаті якого при дослідженні основних причинних факторів (біографічних, особистісних, ситуаційних) можуть бути визначені характер, особливості аутоагресивної активності і ступінь вираженості суїцидального ризику.

*Завданням психопатологічного дослідження* є визначення наявності та характеру психічних розладів (психопатологічних симптомокомплексів), які вплинули на формування суїцидальної активності або були супутніми щодо неї. Для цього додатково використовуються різні психофізіологічні методи дослідження.

*Завданням психологічного дослідження, яке проводиться при непсихотичних формах психічних порушень і у практично здорових осіб, є виявлення основних ситуативних причин, особистісних особливостей патопсихологічних установок, форм психологічного захисту і долаючої поведінки, що призвели до формування суїцидогенного конфлікту.*

*Основними методами вивчення суїцидальної поведінки при психологічному дослідженні* є спостереження, оцінка стану і поведінки суїцидента під час обстеження; різні види тестування.

**Шкалювання суїцидальної активності** – це діагностичні кількісні способи, критерії оцінки вираженості аутоагресивної активності і суїцидального ризику (Н. В. Агадзе, 1988, Г. Я. Пилягина, 1997). Зазвичай такі шкали являють собою набір ознак у формі анкет, що дозволяє ранжувати в балах імовірність вчинення суїцидальних дій, ступінь вагомості, серйозності здійсненої суїцидальної спроби й т.д. Описано різноманітні шкали оцінки рівня суїцидальної активності: оцінки вираженості та динаміки суїцидального ризику (Г. Я. Пилягина, 1997); оцінки суїцидальності (А. А. Куракін, 1980); оцінки суїцидальних намірів та ідей (А. Т. Веск та ін., 1974); ступені вираженості пресуїцидального синдрому і серйозності суїцидальних намірів (В. А. Процик, 1992). Основними аспектами шкал оцінки суїцидаль-

ного ризику найчастіше використовуються об'єктивні обставини, пов'язані з суїцидальною спробою, а також самооцінка суїцидентом своєї поведінки. При оцінці серйозності вчинених суїцидальних дій враховуються: ступінь ізоляції при їх здійсненні; тривалість пресуїцидального періоду; приготування до здійснення суїцидальної спроби з можливим усуненням перешкод при їх реалізації; ступінь бажаності та очікування смерті; наявність посмертної записки.

Для верифікації психологічного стану суїцидента доцільним є проведення психодіагностичного дослідження з використанням традиційних тестових методик, що застосовуються для оцінки вираженості соціально-психологічної дезадаптації (Г. Я. Пилягіна, 1997): самооцінки, рівня реактивності та особистісної тривоги Ч. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, самооцінки психічних станів Г. Айзенка, діагностики соціально-психологічної дезадаптації К. Роджерса і Р. Даймонда, безнадійності А. Бека, значимості життєвих подій.

### ***2.1.1. Психотерапія як метод корекції і превенції аутоагресивної (суїцидальної) поведінки***

Психотерапія спрямована на вирішення психологічних проблем суїцидента, які призвели до суїцидогенезу. Значимість роботи психотерапевта, психолога в корекції аутоагресивної поведінки пов'язана з тим, що основою добровільного бажання піти з життя є особистість в ситуації психологічної (екзистенціальної) кризи і суїцидогенного конфлікту, що, безумовно, є сферою психотерапевтичного, психокорекційного втручання (І. П. Короленко, А. Л. Галин, 1978; А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко, 1980; К. Менингер, 2000; З. Шнейдман, 2001; Суїцидологія, 2001).

*До прицільних методів психотерапевтичної корекції суїцидальної активності належать:* кризова психотерапія, аксіологічна корекція, когнітивна психотерапія. Разом з тим, у психотерапевтичній корекції суїцидальної активності часто використовуються такі традиційні методи психотерапії, як раціональна, сугестивна, гештальттерапія, психоаналіз, психосинтез, клієнт-центрована, медитативна та ін. На відміну від кризової психотерапії, спрямованої на перетворення кризової ситуації, традиційні методи психотерапії спрямовані на особистісне зростання (активацію внутрішньоособистісних ресурсів), на зміну основних особистісних налаштувань, установок, які спричинили формування аутоагресивної поведінки, що частіше вико рис-

товується або на початкових стадіях суїцидогенезу, або у віддаленому постсуїцидальному періоді.

**Кризова психотерапія** (А. Г. Амбрумова, А. М. Полеев, 1986; Г. В. Старшенбаум, 1987), що використовується в суїцидології, являє собою невідкладну, ургентну психотерапевтичну допомогу пацієнтам, які перебувають у кризовому стані і потребують корекції аутоагресивних проявів. Цей метод психотерапії націлений на виявлення та корекцію неадекватних установок, що призвели до розвитку аутоагресивної поведінки, а також на пошук і тренінг не апробованих пацієнтом способів розв'язання суїцидогенного конфлікту. Здійснюється в індивідуальній, сімейній, груповій формах. Включає такі етапи:

1. *Кризова підтримка*: спрямована на встановлення терапевтичного контакту, розкриття суїцидонебезпечних переживань, мобілізацію особистісного захисту (активізацію антисуїцидальних факторів) і укладання терапевтичного договору (визначення кризової проблеми і форм її корекції, поділення відповідальності за результати спільної роботи).

2. *Кризове втручання*: спрямоване на виявлення і корекцію неадаптивних установок, що блокують оптимальні способи подолання кризи, розв'язання суїцидогенного конфлікту й активізацію психотерапевтичної установки.

3. *Підвищення рівня адаптації*: спрямоване на вироблення і тренінг способів адаптації, що ведуть до розв'язання психотравматичного суїцидогенного конфлікту.

**Когнітивна психотерапія** (А. Beck, О. Brown, R. A. Streer, 1989) – це психотерапевтичний метод, спрямований на розпізнавання та усунення невідповідності об'єктивної реальності та основних ситуаційних установок суїцидента, його сприймання дійсності в умовах суїцидогенного конфлікту. Когнітивна психотерапія значно ефективніша в корекції почуття безнадійності у суїцидентів, а відповідно, у превенції повторних суїцидальних дій, ніж фармакотерапія.

**Аксіологічна корекція** (В. Д. Ларивеч, 1983) розроблена як метод психотерапії на основі аксіології (науки про цінність), спрямованої на переорієнтацію особистісних цінностей. Ефективна у корекції і профілактиці аутоагресивної поведінки. За змістом близька до логотерапії В. Франкла.

### ***2.1.2. Профілактика аутоагресивної (суїцидальної) поведінки***

Профілактика аутоагресивної поведінки містить різноманітні заходи, спрямовані на зниження рівня аутоагресивної активності,



зокрема, на запобігання формуванню суїцидальних спонукань, вчиненню суїцидальних дій і рецидивування суїцидальної поведінки. Розрізняють такі види профілактики аутоагресивної поведінки (А. Г. Амбрумова, В. А. Тихоненко, 1980; А. П. Чуприков, Г. Я. Пилягіна, В. Ф. Войцех, 1999):

### **1. За змістом:**

– *спеціалізовані психіатричні* – терапевтичні (медикаментозні і немедикаментозні) заходи, спрямовані на запобігання формуванню (рецидивуванню) аутоагресивної активності, а також на лікування психічних розладів, що призводять до суїцидогенезу;

– *психологічні корекційні заходи*, спрямовані на зміну особистісних установок стасовно аутоагресивних проявів, на підвищення рівня психологічної захищеності, на формування “антисуїцидального бар’єру” (активізацію антисуїцидальних факторів особистості) і, таким чином, на запобігання формуванню (рецидивуванню) аутоагресивної активності;

– *соціальні заходи*, спрямовані на зміну соціального статусу, соціально-економічних умов життя потенційних суїцидентів, і здатні попередити формування (рецидивування) аутоагресивної активності або вчинення аутоагресивних дій;

– *інформаційно-навчальні заходи*, спрямовані на поширення знань про особливості генезису і формування аутоагресивної поведінки, способи “самодопомоги” при виникненні аутоагресивних проявів, наявність і характер роботи суїцидологічних служб, спеціалізовані навчальні суїцидологічні програми для спеціалістів, які працюють у галузі суїцидології та в суміжних галузях.

### **2. За послідовністю:**

– *первинна* – заходи, що проводяться з суїцидентами для запобігання вчиненню суїцидальних дій; інформаційно-навчальні заходи з питань суїцидології для будь-яких категорій населення;

– *вторинна* – заходи, що проводяться з суїцидентами, які здійснили суїцидальну спробу, запобігання рецидивуванню суїцидальної поведінки;

– *третинна* – заходи, що проводяться з близьким оточенням (родичі, друзі і т.і.) суїцидентів, які здійснили суїцидальну спробу, для попередження рецидивування суїцидальної поведінки; а також спрямовані на превенцію формування суїцидальної поведінки імітаційного характеру в такому оточенні.

*Основою профілактики суїцидальної поведінки є суїцидальна превенція* (Суїцидологія, 2001). Слово “превенція” походить від латинського “*praevenire*” – передувати, упереджувати. Знання соціальних і психологічних провісників суїциду може допомогти зрозуміти його і запобігти йому. Суїцидальна превенція полягає, насамперед, у здатності розпізнати ознаки небезпеки реалізації суїцидальних дій на ранніх стадіях формування суїцидогенезу. Для цього необхідне знання принципів формування аутоагресивних спонук і вміння використовувати цю інформацію в інтересах суїцидента.

*Основне завдання превенції на початковому етапі при відсутності аутоагресивних проявів – профілактична, просвітницька робота, спрямована на руйнування соціальних міфів і помилкових суджень про самогубство, через які не запобігаються чимало суїцидів.*

Міжособистісний або внутрішньоособистісний конфлікт в умовах соціальної, психологічної, екзистенціальної кризи на тлі психічної дезадаптації може набути суїцидогенного характеру. У всіх випадках вирішальним моментом формування маніфестуючих суїцидальних проявів є саме суїцидогенний конфлікт. Прийняття суїцидального рішення (поза залежністю від причин, умов, форм дезадаптації) відбувається тільки після етапу особистісного переопрацювання суїцидогенного конфлікту.

Знаходження перших ознак аутоагресивних спонук вказує на необхідність превентивного психокорекційного втручання. До ознак можливої суїцидальної небезпеки належать насамперед суїцидальні сигнали (погрози) або суїцидальні комунікації. Це характерні прояви суїцидальних намірів людини у міжособистісному спілкуванні, які належить розглядати як попереджувальні знаки про наявність аутоагресивних спонук і можливість вчинення суїцидальних дій.

*Виділяють п'ять основних ознак суїцидальних комунікацій:*

- 1. Форма:** вербальна, в тому числі письмова.
- 2. Характер:** прямий (відкритий) або непрямий, побічний (замаскований).
- 3. Зміст:** прояв афектів (почуття провини або засудження), спроба пояснити свій вчинок, доручення або прохання до оточуючих.
- 4. Об'єкт:** певна особа або група.
- 5. Мета:** крик про допомогу (благання про порятунок), вираження ворожості (звинувачення інших, самозвинувачення).

Крім цього суїцидальний ризик підвищується, якщо кризовому стану і актуальному суїцидогенному конфлікту передували спроби

самогубства, наявність у анамнезі невротичних, особистісних розладів або депресивних станів, а також прояви безпорадності, безнадійності та соціальна ізоляція.

Наявність висловлюваних антивітальних переживань, суїцидальних фантазій, думок, намірів в умовах актуальної психотравмуючої ситуації і суїцидогенного конфлікту належить до передсуїцидального періоду суїцидогенезу і вимагає проведення суїцидальної інтервенції. Слово інтервенція походить від латинських слів *inter* (між) і *venire* (приходити).

*Суїцидальна інтервенція (кризове втручання)*, будучи за змістом “входженням між”, являє собою психіатричне або психотерапевтичне втручання (психологічну корекцію), спрямоване на купірування аутоагресивних проявів і запобігання акту самознищення. Суїцидальна інтервенція здійснюється і в найближчому постсуїцидальному періоді, коли психологічна значимість суїцидогенного конфлікту зберігає свою актуальність. У процесі проведення суїцидальної інтервенції при необхідності використовуються психофармакологічні засоби згідно з клінічними показами і в адекватному терапевтичному обсязі.

Психологічною основою суїцидальної інтервенції є амбівалентність аутоагресивних мотивів. Це психічний стан, який характеризується одночасним існуванням і суїцидогенних, і антисуїцидальних мотивів. Оскільки абсолютно суїцидальних особистостей не буває, то в процесі суїцидогенезу людина почуває змішані емоції. Навіть найбільш пристрасне бажання вмерти за своєю психологічною сутністю є амбівалентним.

Такий амбівалентний стан, як правило, завжди виникає у пресуїцидальному періоді. Частина особистості, що зазнає найчастіше образи і несправедливості, прагне припинити нестерпні переживання шляхом “вийняття себе” з ситуації, а інша частина – хоче жити, далеко не завжди усвідомлюючи, що вона здатна знести, перетерпіти обставини, які склались, і знайти конструктивний спосіб поведінки у психотравмувальній ситуації. Суїцидальне рішення “все закінчити зразу і остаточно” завжди минає. Суїцидальні спогади можуть з’являтися, зникати, виникати знову, але майже завжди минають. Необхідно підкреслити, що реалізація суїцидальних дій трапляється значно рідше, ніж антивітальні переживання і суїцидальні думки, фантазії. Важливо пам’ятати, що в більшості випадків суїцидальні наміри виникають імпульсивно і відсутність адекватного способу афективного відреагування потенціює необхідність реалізації суїцидаль-

них дій. Ці закономірності суїцидогенезу використовуються під час проведення суїцидальної інтервенції, спрямованість якої – активізація антисуїцидальних факторів особистості.

Суїцидальна інтервенція спрямована на опрацювання особистісних характеристик, які зумовлюють схильність до патологічних форм аутоагресії. Це: яскраво виражена індивідулістичність; екстернальний локус-контроль з орієнтацією на ригідні власні цінності і критерії оцінки ситуації; алекситимія – труднощі у висловлюванні власних думок та почуттів; схильність до афективно-звуженого сприймання ситуації – нездатність “приєднуватись” до думок та почуттів інших і т.і.

Потреба в афективному відреагуванні зумовлена тим, що у потенційних суїцидентів виражені тривожність, емоційна чутливість, специфічні форми самоаналізу зі схильністю до неадекватного самозвинувачення чи самовиправдання, постійна напруженість.

До провідних мотивів аутоагресивних спонук належить прагнення до самоутвердження тільки тим способом, який задовільняє суб’єкта, внаслідок неадекватно високих домагань, на тлі високої тривожності, невпевненості в собі, яка свідомо і несвідомо витісняється, і невдоволеності досягнутим результатом.

Оскільки поведінка потенційного суїцидента характеризується боротьбою мотивів досягнення та уникання невдач на тлі інфантильних установок, то суїцидогенного характеру набувають ситуації, що відрізняються невизначеністю, надмірністю чи тривалістю психічного навантаження, на які він реагує імпульсивними вчинками як характерним варіантом афективної “розрядки”. На опрацювання цих характеристик спрямоване власне кризове втручання. Водночас метою кризової підтримки є вплив на актуальний психоемоційний стан, що безпосередньо викликає формування аутоагресивної активності. Емпатичний супровід стану психофізіологічної декомпенсації на тлі загострення тривожно-параноїальних, ананкастичних і сенситивних рис при неефективності механізмів психологічного захисту здатний дезактуалізувати суїцидогенний конфлікт і мотивувати суїцидента на проведення кризового втручання або будь-якого тривалого психотерапевтичного впливу.

Унаслідок відсутності суїцидологічної служби в нашій країні і спадкоємності між відповідними лікувальними закладами в роботі з суїцидентами, а також наявної упередженості щодо звернення за допомогою з приводу проблем, пов’язаних із суїцидальними тенденціями, суїцидальна інтервенція надається переважно у формі невід-

кладної психіатричної та психотерапевтичної допомоги. В реальних умовах допомога особам, які здійснили суїцидальну спробу, обмежується однією-двома зустрічами з психіатром або психологом, оскільки перебування в умовах загальносоматичного стаціонару суїцидентів є короткочасним, а критерієм їх виписки з відділення слугує їх соматичний, але не психічний стан.

Проводячи суїцидальну інтервенцію, надаючи невідкладну суїцидологічну допомогу, необхідно враховувати певні аспекти аутоагресивних проявів та особливості суїцидогенезу, що сприяє ефективності психокорекційної роботи, яка ведеться:

### *1. Право на смерть.*

Суїцидент – насамперед особистість, яка має внутрішнє право на добровільну смерть, тобто здатна відважитися на самогубство і вчинити суїцидальні дії. Для суїцидента саморуйнування аж ніяк не є етичною проблемою, а являє собою результат нестерпного емоційного стресу.

### *2. Внутрішня логіка суїцидальної поведінки.*

Рішення про самогубство навіть при найгострішому пресуїцидальному періоді – імпульсивних суїцидальних діях – завжди мають внутрішню логіку суїцидогенезу, визначений причинно-наслідковий ланцюжок розвитку. Однак ця логіка суїцидогенезу може не усвідомлюватись і не декларуватись у скаргах. Ефективність суїцидальної інтервенції ґрунтується на розумінні психологом і усвідомленні суїцидентом логіки розвитку суїцидальної поведінки як варіанта дезадаптивного реагування в екстремальних умовах.

### *3. Оцінка ступеня ризику самогубства.*

Насамперед необхідно завжди визначати серйозність суїцидальних намірів. Від швидкоплинних, розпливчастих думок про таку “можливість” до здійснення розробленого плану суїциду в умовах актуального суїцидогенного конфлікту може минути дуже короткий період. Чим більш розроблений метод самогубства, тим вищий потенційний ризик смертельного кінця.

Особи з високим суїцидальним ризиком на фоні “холодного”, не афектованого пресуїцидального періоду становляться до свого рішення дуже ретельно і продумано. Суїциденти з таким варіантом суїцидальної поведінки, часто зумовленим негативним життєвим балансом, завжди реалізують суїцидальні дії. Але і вони побіжними суїцидальними сигналами дають зрозуміти іншим про свої наміри.

Однак у більшості випадків схильність до саморуйнування виражена в осіб, які в умовах психотравмувальної ситуації реагують на актуальні проблеми імпульсивними, гнівними емоціями, спрямованими на значимих близьких. Зміщення, відреагування гніву з об'єкта на суб'єкт, перенесення дієвої агресії на себе трансформує її в аутоагресію. Імпульсивність та схильність до тунелізованої свідомості збільшує суїцидальний ризик. Ступінь вираженості суїцидального ризику визначає обсяг корекційного втручання та його характер.

У ситуації високого суїцидального ризику суїцидент не має залишатися насамоті. Можливість розділити тягар афективного стану з близькою людиною чи професіоналом різко знижує вираженість аутоагресивних спонук. Це також дає змогу ситуативно упередити реалізацію суїцидальних дій. Надалі суїциденту обов'язково має бути надана кваліфікована допомога.

#### *4. Оцінка наявності і вираженості психопатологічних розладів.*

Цей аспект важливий для психологів, у роботі яких трапляються випадки аутоагресивної поведінки. Обов'язковість психіатричного обстеження суїцидента пов'язана з тим, що характер аутоагресивної поведінки безпосередньо залежить від нозоспецифічності і ступеня вираженості психопатологічних розладів.

Розпочинаючи роботу з суїцидентом, дуже важливо виявити наявність і ступінь вираженості психічних, насамперед афективних, порушень (почуття безнадійності і безпорадності), особистісних розладів (ступеня дезорганізації поведінки), алкогольної чи наркотичної залежності. В такому разі обов'язковою є психофармакологічна терапія, спрямована на лікування основного захворювання, оскільки в основі аутоагресивної поведінки лежать його психопатологічні механізми. Іноді альтернативою допомоги суїциденту, якщо ситуація виявляється безнадійною і безпосередньо загрожує життю, стає госпіталізація у психіатричну лікарню. Але це не є панацеєю, оскільки сам факт госпіталізації не купірує аутоагресивних проявів. Самогубство може бути здійснене невдовзі після виписання з лікарні або безпосередньо під час лікування. Після з лікарні суїциденти, у яких зберігається високий суїцидальний ризик, дуже погано пристосовуються до умов життя. Деякі з них у подальшому покінчують собою, інші повторюють суїцидальні спроби, через що знову потрапляють у лікарню. Іноді наявність в анамнезі стаціонарного психіатричного лікування стає додатковим суїцидогенним фактором. Тому таким суїцидентам необхідне ретельне психіатричне обстеження та лікування, а також тривала реабілітаційна поственція.

## *5. Емпатичний контакт.*

Суїциденти особливо страждають від сильного почуття відчуження, тому дуже потребують уважного вислуховування і впевненого прийняття їх внутрішнього відчаю та безпорадності.

Якість терапевтичних взаємовідносин є запорукою успішності психотерапевтичної корекції. Суїцидент потребує обговорення свого болю та фрустрації. Але він може не прийняти прямих порад (ситуативних вказівок) психотерапевта (психолога), оскільки в кризовому втручанні більш доречним є не моралізування – раціональна оцінка неадекватності поведінки суїцидента, а людяна підтримка.

Суїцидолог має вміти розуміти невербальні “висловлювання” в процесі суїцидальної інтервенції, оскільки при збереженні актуальності суїцидогенного конфлікту суїцидент може дисимулювати аутоагресивні спонуки, що зберігаються, і здатен до повторних імпульсивних вчинків. Незважаючи на те, що основні провісники самогубства часто завуальовані, вони можуть і мають бути розпізнані.

## *6. Відкрита розмова про бажання самогубства.*

Кращий спосіб втрутитися у кризу пряма відкрита розмова про наявні суїцидальні спонуки і ступінь їх вираженості. Коли людина думає про самогубство і, нарешті, знаходить когось, кому небайдужі її переживання і хто згоден обговорити цю заборонену тему, то вона часто відчуває полегшення. Це дає їй можливість зрозуміти свої почуття, відредагувати їх і досягнути катарсису, тобто якісно зменшити актуальність суїцидальних намірів. Людину в стані відчаю необхідно запевнити, що вона може говорити про почуття не соромлячись, навіть про такі негативні емоції, як ненависть, гіркота чи бажання помститись. Але необхідно пам'ятати, що суїцидент часто боїться засудження, нерозуміння і нехтування оточуючим.

Відкрите обговорення теми самогубства допомагає розглянути конструктивні підходи у розв'язанні суїцидогенного конфлікту. Якщо кризова ситуація та емоції виражені, то надалі слід з'ясувати, як людина виходила з таких ситуацій у минулому. Це може бути корисним позитивним досвідом для розв'язання конфлікту.

Доцільно запропонувати суїциденту точно визначити внутрішнє джерело психічного дискомфорту і подумати про альтернативні розв'язання ситуації.

“Живильним середовищем” суїциду є секретність. Суїцидента слід підштовхнути до того, щоб він ідентифікував проблему і якомога точніше визначив, що її ускладнює. Принципово важливо відкрити

суїцидентам закономірність внутрішньої емоційної амбівалентності. Це основа для прийняття того, що смисл життя не зникає, навіть якщо воно викликає душевний біль. Дуже важливо зміцнити їх сили в усвідомленні того, що кризові проблеми, зазвичай, минуці і рішення про самогубство не є незворотним.

#### *7. Орієнтація на майбутнє, терапевтичне значення надії.*

Психотерапевтична, психокорекційна робота зі схильними до саморуйнування людьми є серйозною і відповідальною. Кризова терапія накладає на спеціаліста певну відповідальність. Для того, щоб створити суїциденту почування й усвідомлення життєвої перспективи, можливе укладання з ним суїцидального контракту – домовленості про контакт перед тим, як він відважиться на суїцидальні дії для того, щоб обговорити альтернативи поведінки. Така домовленість може виявитись вельми ефективною.

Емоційні проблеми, що призводять до суїциду, внаслідок їх глибинної особистісної основи, рідко вирішуються цілком, навіть коли уявляється, що суїцидогенний конфлікт розв'язався. Тому ніколи не слід обіцяти суїциденту цілковиту конфіденційність. Подаючи суїцидальні сигнали, людина у відчаї просить про допомогу. Завдання спеціаліста – надати суїциденту цю допомогу в найбільш повному обсязі та адекватній формі. В процесі терапії доцільно зосереджуватися більшою мірою на невербальних проявах, почуттях суїцидента, а вже потім на його словах, уявленнях, декларативному, раціональному описанні проблем. Це зумовлено тим, що суїциденти мають афективно-звужену свідомість і тунелізоване мислення, що унеможлиблює самостійну адекватну взаємодію з реальністю і формування конструктивної долаючої поведінки.

Коли усвідомлюється суїцидальна амбівалентність, відбувається афективне відреагування: суїцидент почуває образу, несправедливість втрати менш фатальними, а ситуацію більш минущою і пересічною, з реальною перспективою конструктивного виходу. Орієнтація на майбутнє – переключення з “застрягання на минулому” на можливість адекватного перетворення теперішнього, надія на конструктивне розв'язання суїцидогенного конфлікту – допомагає людині вийти з полону думок про самогубство.

Саморуйнівні дії чиняться, якщо люди втрачають надію на вихід з суїцидогенної ситуації, а їх близькі якимось чином підтверджують марність їх надій. Але надія має бути реальною і не може будуватися на пустопорожніх втішаннях. Оскільки суїциденти страждають від



внутрішнього емоційного дискомфорту, все довкола здається їм похмурим. Необхідно з'ясувати, що залишається позитивно значимим для людини і використовувати це під час проведення кризової терапії.

Коли самогубство здійснено, необхідно обов'язково надати кваліфіковану психотерапевтичну допомогу оточенню суїцидента, його родичам і друзям. Така кризова допомога є суїцидологічною поственцією (E. Shneidman, 1985). За своєю сутністю, це варіант третинної профілактики аутоагресивної поведінки. Надання суїцидологічної поственції запобігає розвитку аутоагресивної активності у найближчому оточенні суїцидента. При цьому можливе запобігання розвитку імітаційної поведінки, що є характерною для підлітків (кластерні самогубства) або формування родинного суїцидального сценарію: у випадку загибелі внаслідок самогубства батьків – різке підвищення суїцидального ризику у дітей, особливо за наявності у них різноманітних психічних порушень.

### ***2.1.3. Організаційні і правові принципи надання допомоги суїцидентам***

Сучасна система організації суїцидологічної допомоги складається з лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на надання спеціалізованої допомоги суїцидентам (А. Г. Амбрумова, С. В. Бородин, А. С. Михлин, 1980; А. Г. Амбрумова, В. К. Тихоненко, 1980; А. П. Чуприков, Г. Я. Пилягина, 2001). *Така допомога має певні етапи:*

**1. Первинної допомоги:** долікарська допомога, яка може бути надана будь-якою людиною, або перша лікарська допомога, що надається суїциденту в момент вчинення суїцидальних дій, а також безпосередньо після них, у тому числі за наявності соматичних ускладнень внаслідок суїцидальної спроби.

**2. Екстреної допомоги:** може бути надана лікарем будь-якої спеціальності, найчастіше надається бригадою швидкої допомоги, в лікарні швидкої допомоги або в будь-якому іншому лікувальному закладі. Невідкладну психіатричну допомогу пацієнтові з суїцидальною поведінкою при необхідності здійснюють психіатри в лікувальному закладі. В цей період надається і невідкладна психотерапевтична (психологічна) допомога.

**3. Амбулаторно-консультаційної допомоги:** амбулаторна робота проводиться суїцидологами (психіатр, психотерапевт, медичний психолог) у спеціалізованих кабінетах соціально-психологічної допо-

моги при поліклініках загальносоматичного профілю або у спеціалізованих суїцидологічних кабінетах при психоневрологічних диспансерах.

**4. Госпітальної допомоги:** стаціонарна спеціалізована допомога надається пацієнтам із суїцидальними проявами в умовах кризового стаціонару або у психіатричних лікарнях тоді, коли аутоагресивна поведінка зумовлена вираженими психопатологічними розладами.

На базі постійної науково-дослідницької та лікувально-консультативної роботи в галузі терапії та профілактики аутоагресивної поведінки, що проводиться в Українському НДІ соціальної та судової психіатрії та наркології, була запропонована програма невідкладної суїцидологічної допомоги особам, які здійснили суїцидальну спробу. Ця програма спрямована на надання невідкладної психіатричної та психотерапевтичної, психокорекційної допомоги, як правило, здоровим особам, які вчинили суїцидальні дії в момент афекту, і суїцидентам із межовими нервово-психічними розладами в гострому постсуїцидальному періоді.

*Основною метою невідкладної суїцидологічної допомоги є корекція негативних емоцій, зменшення афективного компонента психологічного стану суїцидента і посилення когнітивного.*

Оцінюючи стан суїцидента і здійснюючи психотерапевтичну, психокорекційну роботу, важливо враховувати тип ситуаційної реакції і позицію особистості в суїцидогенному конфлікті.

Варіант невідкладної суїцидологічної допомоги, що пропонується, є модифікацією комплексу невідкладного психотерапевтичного втручання, розробленого Московським суїцидологічним центром під керівництвом А. Г. Амбрумової (А. Г. Амбрумова, А. М. Полеев, 1986; Г. В. Старшенбаум, 1987). Він складається з таких етапів:

**1. Діагностичний (1–2 зустрічі),** який включає:

– збір інформації (ознайомлення з історією хвороби, огляд соціально-психологічного портрету);

– діагностика суїцидальної поведінки (оцінка серйозності суїцидальної спроби, збір анамнезу, з'ясування мотивів суїцидальної поведінки);

– виявлення неконструктивного типу “долаючої поведінки”.

**2. Терапевтичний (2–5 зустрічей),** який включає кризову підтримку і кризове втручання. *Кризова підтримка* спрямована на:

– зняття негативних афективних переживань (відреагування почуттів);

- прояснення конфліктної ситуації і досягнення розуміння проблеми;

- структурування ситуації (формування в свідомості пацієнта об'єктивної картини процесу дезадаптації в його розвитку);

- активізацію антисуїцидальних установок.

Метою *кризового втручання* є:

- подолання виключності ситуації, зняття її гостроти через встановлення послідовності подій, вербалізації переживань і пошуку джерела емоцій;

- включення актуальної екзистенціальної кризи в контекст попереднього життєвого досвіду пацієнта;

- посилення особистісної ідентифікації;

- формулювання кризи та обговорення неапробованих способів розв'язання суїцидогенного конфлікту;

- терапевтичне планування, відпрацьоване оформлення пацієнтом планів на конструктивне подолання кризи на основі досвіду особистих успіхів і досягнень, подолання життєвих криз;

- мотивацію на подальшу особистісну психотерапевтичну роботу.

Слід зазначити, що для здорових осіб, які вчинили суїцидальні дії в момент афекту, цього обсягу психокорекційної допомоги буває достатньо, оскільки здійснена суїцидальна спроба має обривальний характер, а критичне ставлення сприяє швидкій зміні психологічного стану. За наявності психопатології особистості, невротичного регістру необхідна більш тривала і глибока психотерапевтична робота, а також можливе підключення психофармакологічного впливу.

Принципи надання будь-яких видів допомоги особам із наявністю психічних і поведінкових розладів відповідають Закону України про психіатричну допомогу, прийнятому у 2000 році. Цей Закон є законодавчим забезпеченням гарантій надання якісної психіатричної допомоги, зокрема спеціалізованої суїцидологічної. Психіатрична допомога, згідно зі *статтею 4* Закону, надається на основі принципів законності, гуманності, дотримання прав людини та громадянина, добровільності, доступності і згідно з сучасним рівнем наукових знань, необхідністю і достатністю заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями. Крім того, одне з основних положень Закону, наведених у *статті 3*, – це положення про презумпцію психічного здоров'я, згідно з яким кожна особа вважається такою, що не має психічного розладу, поки наявність такого розладу не буде встановлена на основі і в порядку, передбаченому цим Законом.

Основне завдання Закону стосовно суїцидології – це не лише власна оцінка психічного здоров'я, а й визначення наявності можливості заподіяння людиною самій собі чи іншим психофізичної шкоди внаслідок психічного розладу. Оцінка психічного здоров'я здійснюється через психічне обстеження і виключно з цілями, безпосередньо пов'язаними з психічним захворюванням чи його наслідками (*стаття 11*). В ході психіатричного обстеження вирішуються питання про наявність чи відсутність у особи психічного розладу, про необхідність надання їй психіатричної допомоги, про її вид і порядок надання.

Якщо особа чинить чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що містять небезпеку для неї чи інших (зокрема, це стосується аутоагресивних проявів), або не здатна самотійно задовольняти свої основні життєві потреби на адекватному рівні, чи завдасть значної шкоди своєму здоров'ю в зв'язку з погіршенням психічного стану у випадку ненадання їй психіатричної допомоги, то психіатричне освідчення особи може бути проведене без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника. Рішення про це приймає лікар-психіатр за заявою, що містить відомості, які дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність у особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона діє таким чином.

**Тяжким психічним розладом** (*стаття 1*) слід вважати порушення психічної діяльності (запаморочення свідомості, порушення сприймання, мислення, волі, емоцій, інтелекту чи пам'яті), що позбавляють людину здатності адекватно усвідомлювати навколишню дійсність, свій психічний стан та поведінку.

З заявою про необхідність проведення психіатричного освідчення можуть звернутися родичі особи, яка підлягає психіатричному освідченню, лікар будь-якої медичної спеціальності, інші особи. Заява лікаря-психіатра про необхідність психіатричного обстеження особи примусово підлягає судовому розгляду та розглядається судом за місцем проживання цієї особи в триденний термін з дня її надходження (*стаття 22*).

У всіх інших випадках психіатричне обстеження та психіатричне втручання може бути проведене виключно на прохання чи усвідомленої згоди особи.

Відповідно за відсутності тяжкого психічного розладу до початку будь-якого психіатричного втручання необхідно одержати усвідомлену згоду особи (*стаття 1*) на таке втручання. Йдеться про

усвідомлену інформаційну згоду, вільно висловлену особою, здатною зрозуміти інформацію, що надається доступним способом про характер її психічного розладу та прогноз його можливого розвитку, мету, порядок і тривалість надання психіатричної допомоги, про методи діагностики, лікування, лікарські засоби, які можуть застосовуватися в процесі надання психіатричної допомоги, про їх побічні ефекти та альтернативні методи лікування.

Однак Закон передбачає можливість примусового не лише освідчення, а й лікування, що може бути використане і в суїцидологічній практиці. Згідно зі *статтею 14*, підставою для невідкладної (примусової) госпіталізації може бути виключно тяжкий психічний розлад. Критерієм визначення саме такого випадку є те, що особа внаслідок тяжкого психічного розладу чинить чи виявляє реальні наміри вчинити дії, які становлять безпосередню небезпеку для неї чи інших, і в зв'язку з цим може бути госпіталізована в психіатричний заклад без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника, її обстеження та лікування уможлиблюється тільки в стаціонарних умовах.

Подальші дії, пов'язані з примусовою госпіталізацією, описані в *статті 16* Закону. Згідно з положенням цієї статті, особа, госпіталізована в психіатричний заклад за рішенням лікаря-психіатра на підставах, передбачених *статтею 14* Закону, підлягає обов'язковому протягом 24 годин з моменту прийому обстеженню комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу для прийняття рішення про доцільність госпіталізації. Якщо госпіталізація визначається недоцільною, і особа не виявляє бажання залишитися у психіатричному закладі, то вона підлягає негайному виписуванню. Якщо госпіталізація особи в психіатричний заклад примусово визначається доцільною, то представник психіатричного закладу, в якому перебуває особа, протягом 24 годин направляє в суд, за місцем знаходження психіатричного закладу, заяву про госпіталізацію особи в психіатричний заклад примусово.

Така заява розглядається судом за місцем знаходження психіатричного закладу протягом 24 годин з часу її надходження (*стаття 22*). Судові справи про надання психіатричної допомоги примусово розглядаються у присутності особи, стосовно якої вирішується питання про надання їй такої допомоги. Участь у розгляді таких справ прокурора, лікаря-психіатра або представника психіатричного закладу, що подали заяву, та законного представника особи, стосовно якої розглядаються питання, пов'язані з наданням їй психіатричної допомоги, є обов'язковим.

Необхідно зазначити, що знання законодавчих норм стосовно надання психіатричної, в тому числі суїцидологічної, допомоги, безумовно, важливі щодо аутоагресивної поведінки. Вирішення питань про характер аутоагресивної активності, про рівень суїцидального ризику, психічний стан суїцидента дає змогу не лише надати якісну медичну допомогу, а й здійснити її у найбільш адекватному обсязі.

#### ***2.1.4. Основні методи психокорекційної роботи з суїцидентами***

Для корекції наявної соціально-психологічної дезадаптації та попередження можливого суїциду використовуються методики психокорекції та психотерапії, вибір яких залежить від професійних уподобань та міри володіння ними консультантом. Застосовуються різноманітні способи впливу (раціональний аналіз, парадоксальні, провокативні та інші техніки). Нижче ми наводимо найбільш загальний спосіб дій, перелік перших кроків, які можна застосовувати в суїцидальній інтервенції:

**1. Пошук ознак можливої небезпеки здійснення суїциду.**

**2. Припущення, що індивід насправді може здійснити суїцид.**

Боязнь того, що ви будете почувати себе незручно, перебільшивши можливість самогубства, – ніщо порівняно з тим, що хтось може загинути в результаті вашої бездіяльності.

**3. Встановлення емпатійних взаємостосунків.** Ви можете зробити рішучий крок вперед, якщо станете на позицію прийняття людини, яка опинилась у стані відчаю. Надалі багато залежатиме від ваших взаємостосунків. Слід зробити спробу зрозуміти настанови, цінності, спосіб бачення світу клієнта. Це може сприяти виникненню у людини відчуття того, що її зрозуміли і прийняли такою, як вона є, викликати почуття спорідненості, прихильності, довіри до консультанта. Такі дії консультанта будуть сприяти також зникненню почуття самотності, відчуженості, закинутості, які часто супроводжують стани соціально-психологічної дезадаптації, життєвої кризи та передують суїцидальній поведінці.

**4. Безконфліктність.** Не дискутуйте, не виявляйте агресії, якщо ви не керуєте ситуацією, то можете не лише програти, а й втратити людину.

**5. Пошук ядра конфлікту.** Запитувати про ситуацію, яка склалася, слід спокійно і зрозуміло. Необхідно виділити конкретні труднощі в поведінці клієнта та проаналізувати всю його кризову ситуацію.

**6. Пошук ресурсів.** У кожної людини є щось важливе в житті, що допомагає їй долати труднощі. Суїцид може виникнути саме через втрату такої опори. Слід з'ясувати, чи залишилося ще щось цінне для людини, чи є ще люди або ситуації, які її хвилюють. Дуже важливим є відслідковування поведінки суїцидента – виявлення ознак емоційного поживлення, зацікавлення допоможе знайти необхідний ресурс, вказати на той предмет, який не байдужий для клієнта і може бути використаний для створення альтернативи смерті. Такими предметами можуть бути: він сам, його сім'я, кохана людина, кар'єра, спогади минулого та ін. Для цього варто спробувати розглянути ситуацію в іншій площині, а не так, як пропонує клієнт, якщо його бачення її не містить хоч якогось прийняттого способу адаптації. Так, якщо інтелектуальні способи корекції виявляються малопродуктивними, можна спробувати тілесноорієнтовані, соціометричні або інші техніки. Інший напрям роботи – виявити дієві антисуїцидальні цінності, способи поведінки серед оточуючих суїцидента людей, літературних персонажів, легенд, народної мудрості. Цього можна досягти оповіданням відповідних історій з життя, літератури та за допомогою відповідних терапевтичних технік.

*При роботі з суїцидальним клієнтом слід враховувати певні правила (за Х. Хензелером):*

1. Щоб розкрити головну причину самогубства, завжди потрібно шукати привід для образ. Приводом потрібно вважати те, що відбувається незадовго до вчинку самогубства. Потрібно шукати саме образу. Цей зовнішній привід, як правило, виявляється, каналом, що веде в глибину неусвідомлюваної проблематики.

2. Якщо хтось здійснює численні спроби самогубства чи багато разів переживає суїцидальні кризи, не здійснюючи спроб самознищення, то можна припустити, що є певний спільний знаменник усіх цих спроб. Тобто для всіх випадків варто шукати спільну тему. Це правило стосується лише тих клієнтів, у яких було декілька спроб самогубства.

3. Важливо слухати, що говорить клієнт; ще важливіше – чути, як він це говорить. Не менш важливо дослухатися до своїх та його реакцій на слова, що прозвучали в розмові. Інтерпретація проблеми клієнта вибудовується на основі цих чотирьох моментів.

Особливе місце в профілактиці суїциду належить службі екстреної психологічної допомоги “*телефоном довір'я*”. Статистичні дані свідчать, що суїцидальних звернень у такі служби надходить

чимало. Наявний на сьогодні рівень теоретичних знань і накопичений досвід практичної роботи в цій сфері дає змогу проводити роботу з профілактики суїциду як з особами, які висловлюють суїцидальні думки та наміри, так і з тими, хто перебуває в стані соціально-психологічної дезадаптації, життєвої кризи тощо. Позитивною стороною телефонного консультування є те, що суб'єкту, який перебуває у важкому психічному стані, значно легше звернутися за допомогою, в будь-який час набравши відповідний номер телефону, і отримати її анонімно, повністю контролюючи рівень своєї довіри співбесіднику. Недоліком такої роботи є те, що комунікація відбувається лише через один канал – слуховий, що обумовлює необхідність використання особливих технічних прийомів для отримання інформації та психотерапевтичного впливу на клієнта. Тому одним із завдань телефонного консультанта при неможливості здійснення по телефону достатнього корекційного впливу є спрямування клієнта до спеціалістів, у яких він може отримати потрібну допомогу.

При роботі з особами, які перебувають у стані соціально-психологічної дезадаптації, телефонному консультанту рекомендується слідкувати за появою висловлювань, які можуть бути індикаторами суїцидальних думок і намірів. До них належать: “Я більше не можу”, “Йй буде краще без мене”, “Життя нічого не варте”, “Всім вже все одно”, “Ви моя остання надія”, “Надто пізно”, “Я просплю довго, ви нічим не зможете мені завадити” і т. і. За наявності таких висловлювань рекомендують уточнити, що саме клієнт має на увазі (Г. Хемблі). Деякі абоненти, які говорять про суїцид, заперечують намір здійснити його. При реальному намірі вчинити суїцид таке уточнення дозволяє розкрити тему, прояснити проблему.

Пріоритетним при роботі з суїцидально-налаштованим клієнтом є уміння достатньо довго підтримувати розмову. Це дає можливість поглиблювати взаєностосунки між клієнтом і консультантом, отримувати від клієнта якомога більше інформації, яка може допомогти ідентифікувати того, хто говорить, та його місцезнаходження, прослідкувати його дзвінок та, якщо є така можливість, – поговорити з його родичами.

Наступним кроком є оцінювання міри ризику здійснення суїциду. Далі слід виявити м'яке, обережне піклування про клієнта, допомогти людині зробити вибір на користь дій, які виключають самогубство, хоча б на певний час. Необхідно усвідомлювати, що такі клієнти нагально потребують любові, піклування, підтримки та надії. Тому



слід давати все це їм людяно, з емоційною теплотою, співчуттям і підтримкою, оскільки переважна більшість самогубців прагнуть, щоб хоч хтось був небайдужим до них, до їхніх проблем, виявив піклування про них. Якщо клієнт відчує, що він ще комусь небайдужий, потрібний, він може активно спробувати знайти або відновити втрачений сенс життя, життєдайні для нього інтереси.

Необхідно дати змогу клієнту висловитись. Якщо під час бесіди він згадує про якісь свої позитивні дії або сподівання, то рекомендується акцентувати їх, допомогти йому зосередитися на них. Наприклад, якщо клієнт згадує, що перед тим, як вбити себе, він вирішив зателефонувати в службу екстреної телефонної допомоги, то консультанту варто посилити цей позитивний момент, сказати, що він дуже радий, що клієнт зробив саме так. Отже, замість здійснення самогубства, клієнт може виразно усвідомити існування альтернативних виборів поведінки, можливих у його становищі, насамперед – звернення за допомогою.

Одним із способів завершення роботи з такими клієнтами є *“підписання” контракту* про нездійснення самогубства. Вважається, що ризик самогубства помітно знижується, якщо людина може впевнено пообіцяти, зробити заяву про те, що вона не вб’є себе, незалежно від тих несприятливих обставин, які можуть виникнути.

Сьогодні у нашій державі людей, які здійснили суїцидальну спробу, кладуть у реанімаційне відділення психіатричної лікарні, де їм надають необхідну медичну допомогу, а також проводять цілодобове спостереження за психічним станом. Серйозність отриманих пошкоджень впливає на тривалість перебування в лікарні. Роль психіатра переважно обмежується діагностичними завданнями – при виявленні психопатологічних розладів суїцидента переводять у психіатричне відділення. Якщо встановлено, що людина психічно здорова, що суїцидальна спроба була *“ситуативною реакцією”*, то при незначних пошкодженнях перебування її в лікарні триває від кількох годин до 1–3 діб.

Більшість із таких виписаних осіб після пережитого ними не мають наміру повторити суїцидальну спробу і вдруге не потрапляють у лікарню з таким діагнозом. Проте чимало осіб, які здійснили суїцидальні спроби і виписані з лікарні без необхідних психокорекційних впливів, у стані психологічної кризи можуть повторити спроби самогубства, вибравши для цього більш надійний спосіб позбавлення себе життя. Оскільки під час суїцидогенної психоло-

гічної кризи виникають непатологічні порушення психіки та поведінки, то таким особам має надаватися вчасна психокорекційна та психотерапевтична допомога, спрямована на вихід клієнта з кризи та підвищення його адаптаційних можливостей. При цьому необхідно враховувати особливості факторів, які впливають на суб'єкта в його постсуїцидальному періоді.

*Постсуїцидний стан* являє собою сукупність таких складників, як конфліктна, кризова ситуація, що призвела до суїцидальної спроби, сам суїцидальний акт, особливості його переривання і реанімації, соматичні наслідки, нова ситуація і особистісне ставлення до неї суїцидента. *Після здійснення спроби самогубства в найближчому постсуїциді виділяють три головних компоненти (Д. С. Ісаєв, К. В. Шерстньов):*

1. Актуальність конфлікту.
2. Ступінь фіксованості суїцидальних тенденцій.
3. Особливості ставлення до здійсненої спроби.

На цій основі прийнято *виділяти 4 типи постсуїцидальних станів:*

*1. Критичний.*

1.1. Конфлікт втратив свою надзвичайну гостроту; спроба самогубства привела до зниження суїцидогенного психічного напруження.

1.2. Зникання суїцидального мотиву.

1.3. Ставлення до здійсненої спроби – з почуттям сорому та страху, розумінням того, що суїцид не змінює стану справ, не вирішує проблемної ситуації. Ймовірність повторення суїциду мінімальна.

*2. Маніпулятивний.*

2.1. Актуальність конфлікту зменшилася через сприятливий для суб'єкта вплив на оточуючих.

2.2. Відсутність суїцидальних тенденцій.

2.3. Ставлення – незначне почуття сорому та страх перед смертю.

Чітке закріплення такої поведінки задля досягнення своїх цілей. Ймовірність повторення висока.

*3. Аналітичний.*

3.1. Конфлікт залишається актуальним.

3.2. Суїцидальних тенденцій немає.

3.3. Ставлення – каяття. Пошуки інших шляхів вирішення конфлікту. Ймовірність повторення суїциду зростає, якщо не буде знайдений інший шлях розв'язання конфлікту.

*4. Суїцидально-фіксований.*

4.1. Конфлікт актуальний.

4.2. Суїцидальні тенденції зберігаються.

4.3. Ставлення до суїциду позитивне.

*На першому етапі*, в перші години після того, як суїцидента поклали в стаціонар, відбувається його *включення у психотерапевтичне середовище відділення*. Це дозволяє використовувати динаміку взаємостосунків, емпатійну та практичну підтримку персоналу для прискорення виходу суїцидента з кризового стану, для послаблення його психічного напруження, тривоги, розгубленості. Результатом такої підтримки може бути поява впевненості, що можливе існування оточення, яке здатне прийняти індивіда таким, який він є, надати йому підтримку та допомогу. Важливий вплив здійснює також репутація лікувального закладу – як правило, психіатричної лікарні. Перебування в такому закладі може сприяти усвідомленню того, що людина здійснила щось таке, що виходить за межі норми, та спонукати до пошуку альтернативних способів поведінки у схожих ситуаціях, під час розв'язання схожих проблем.

*Другий етап психотерапевтичної програми – мобілізація власних психічних резервів суїцидента*. Оскільки час перебування в стаціонарі обмежений, в середньому 4-5 днів, цей етап лише ініціюється, а його продовження може проходити амбулаторно. При корекції психологічної кризи слід враховувати увесь комплекс умов і механізмів її виникнення і розвитку. Фрустрація, яка переходить у кризу, об'єктивно сприймається як втрата, провал, неуспіх. Однак те, що для одних людей є втратою, іншими сприймається як щось цілком природне. Оцінити значимість події для конкретного індивіда (без чого неможливо локалізувати істинну проблему) можна, проаналізувавши ієрархію особистісних цінностей, смислів конкретної особистості, як вербально-смиислового рівня образу світу. Тому на індивідуальних та групових терапевтичних заняттях робиться спроба допомогти пацієнту усвідомити та проаналізувати ті змістовні характеристики його образу світу, які були сприятливі для спроби самогубства, як найкращого, на думку суїцидента, способу адаптуватися до навколишнього світу. Результатом психокорекційної роботи має бути набуття нових або/та усвідомлення тих витіснених аспектів власного образу світу, які розширяють, збагатять, урізноманітнять внутрішню картину світу суб'єкта та забезпечать життєдайні способи його адаптації.

Робота з людьми, які здійснили суїцидальну спробу, повинна включати також вміння працювати з тими суб'єктами, які не виявляють бажання зустрічатися з психологом або психотерапевтом, але

змушені це робити в межах лікування у медичному стаціонарі. В Тому велике значення має вміння консультанта зацікавити суїцидента продовжити роботу, знайти емоційний контакт із людиною, співчутливо зрозуміти її проблеми, ввійти до неї в довіру. В такій ситуації може бути корисним не акцентувати увагу клієнта на здійсненій ним суїцидальній спробі, а намагатися провести роботу з ним, співчутливо аналізуючи проблеми в його соціальному та мікросоціальному оточенні: образи, відчай, самотність, відсутність перспектив та бажання що-небудь робити тощо. В таких випадках ефективним може виявитися застосування еріксоніанських методів психотерапії, зокрема розповідання терапевтичних історій, які дозволяють обійти опір клієнта та не вимагають від нього психічного напруження. При достатній кваліфікації консультанта, ефект можна отримати, застосовуючи неемпатичні способи корекції, провокативні методи психотерапії тощо.

Психотерапевтичний та психокорекційний напрямок роботи з особами, які здійснили суїцидальну спробу, вибирається в основному залежно від професійної кваліфікації консультантів, міри володіння ними психотерапевтичними методами, оскільки більшість психотерапевтичних систем розраховані на розв'язання достатньо широкого спектру проблем. Усі вони більш-менш придатні для забезпечення достатнього корекційного впливу на картину світу клієнта, для здійснення її змістових та структурних змін.

Елементи *раціональної психотерапії* виникають при кожній зустрічі з клієнтом. Вони ґрунтуються на логічному аналізі стану людини, роз'ясненні його причин, природи, симптоматики, перебігу, прогнозів. Цей вид терапії підвищує рівень обізнаності індивіда щодо природи його теперішнього стану, сприяє зниженню характерного для стану психологічної кризи напруження та тривоги. В процесі терапії консультант намагається не лише змінити ставлення суїцидента до тієї чи іншої психотравмуючої події, а й більш глибоко вплинути на його особистість – перевиховати, змінити його ціннісно-орієнтаційну сферу тощо. Це має величезне значення для лікування і для загального оздоровлення особистості та профілактики рецидивів.

*Гештальттерапія* спрямована на корекцію процесів сприйняття, опрацювання та актуалізації інформації людиною. Гештальтпідхід базується на п'яти ключових поняттях: відношенні фігури і фону; усвідомленні та зосередженні на теперішньому; на протилежності; функції захисту; зрілості і відповідальності. Ми вибираємо з фону те,

що важливе або значиме для нас – це стає гештальтом. Коли суб'єкт перебуває в кризовому стані, фігурою, як правило, є те почуття, яке переважає над іншими. Наприклад, почуття гніву, страху, якщо вони домінують, стають фігурами, водночас все інше відступає на задній план, стає тлом, фоном. Як тільки потреба задоволена, гештальт завершується, тобто втрачає свою значимість. Формується новий гештальт. У цьому ритмі завершення та формування гештальтів функціонує психіка. В кризових станах з наступною дезадаптацією гештальт залишається незавершеним. Гештальт-прийоми дають змогу зробити фігуру більш чіткою, сприяють вираженню раніше не виражених почуттів. Отже, травмуючий індивіда гештальт завершується і виникає можливість перейти до інших прихованих проблем.

Актуальність зосередження на тут і тепер обумовлена тим, що люди в кризовому стані мають тенденцію проектувати в своє майбутнє травмуючі події. Вони не живуть в теперішньому і постійно не звертають увагу на необхідність усвідомлення того, що відбувається в цей момент у світі і в середині себе. Вимога до учасників гештальт-групи залишатись у ситуації тут і тепер, уникати звертання до минулого досвіду і не будувати планів на майбутнє нормалізує саморегуляцію організму з наступною соціальною адаптацією.

*Біхевіоральна психотерапія.* Форми біхевіоральної терапії можна віднести до двох різновидів: а) форми, орієнтовані на розвиток окремих умінь, наприклад, уміння дискутувати, вирішувати інтерперсональні конфлікти, б) форми, націлені на поглиблення досвіду аналізу ситуації спілкування, тобто на підвищення адекватності аналізу власної особистості, позиції партнера зі спілкування, групової ситуації загалом. Використовуючи динаміку стосунків, які виникають між членами терапевтичної групи, вдається послабити почуття унікальності власних переживань, підвищити рівень співчуття іншим людям.

Після терапії змінюються когнітивні установки. Сприяння вираженню агресивності допомагає індивіду позбутися почуття невпевненості в собі. Взаємодія в групі у процесі групової психотерапії сприяє зростанню активності та спонтанності поведінки, її спрямованості на конструктивний вихід з ситуацій безнадії та безвиході, стимулює пошук прийнятних способів вирішення проблеми. Зрештою, групова терапія спрямована на досягнення головної мети – особистісної самореалізації, депривація якої є постійним і кардинальним фактором психологічної кризи.

Включення в групи соціально-психологічного тренінгу рекомендується при зменшенні гостроти афективного напруження і дезактуалізації суїцидальних тенденцій. У процесі соціально-психологічного тренінгу можуть застосовуватись у поєднанні і взаємодоповненні елементи різних психотерапевтичних технік.

*Психодрама* – це психотерапевтичний груповий процес, в якому використовується драматична імпровізація для вивчення внутрішнього світу клієнта. Вона ґрунтується на припущенні, що дослідження почуттів, формування нових стосунків і моделей поведінки більш ефективно при виконанні дій, які реально наближені до життя, ніж при використанні вербальних методів. Застосовується і вербальна, і невербальна комунікація. Розігруються сцени, що зображують, наприклад, спогади минулого, незавершені ситуації, внутрішні драми, фантазії, сни та інше, які клієнт так чи інакше пов'язує з власною суїцидальною поведінкою. Ці сцени або наближені до реальної життєвої ситуації, або виводять назовні внутрішні переживання. Якщо потрібно, інші ролі можуть взяти на себе члени групи або неживі об'єкти. Використовуються різноманітні техніки – обмін ролями, дублювання, техніка дзеркала, конкретизація, максималізація, монолог. В результаті терапії досягається зміна внутрішнього образу психотравмуючої ситуації, зміна ракурсу бачення її, розуміння мотивів поведінки інших.

*Використання гіпнозу та інших сугестивних технік у корекції кризових станів є адекватним з таких причин:* 1) гіпноз дає змогу на деякий час виключити контроль свідомості над поведінкою; 2) гіпноз дозволяє посилити вплив на несвідоме; 3) у гіпнозі значно підвищується сприйнятливність психіки до прийому та переробки інформації з наступною реалізацією її в поведінці.

Ефект сугестивної терапії полягає в посиленні активної установки на звільнення людини від обтяжливих переживань, зміцненні її волі, в можливості більш простого доступу до витіснених переживань, акцентуації уваги людини на позитивних моментах її минулого життя та змалювання можливого щасливішого майбутнього, наданні альтернативних моделей поведінки через розповідання терапевтичних історій.

*Аутогенне тренування* – спрямоване на розвиток уміння саморегуляції особистості, розширення резервів її адаптації. Завдання аутогенного тренування в роботі з суїцидентами полягає в прискоренні їх виходу з кризового стану, в корекції наявних афективних розладів, формуванні навичок саморегуляції емоційної та мотива-

ційно-поведінкової сфер у стресових ситуаціях. Для цього використовуються прийоми створення позитивного емоційного фону, відреагування агресивних бажань. Кінцевою метою є підвищення самооцінки, впевненості в собі, почування внутрішньої свободи і розкнутості, підвищення оптимістичного настрою, посилення рівня контролю емоцій та поведінки.

*Елементи НЛП (нейролінгвістичного програмування)* можуть використовуватись і в сукупності з іншими методами, і самотійно. Застосування в процесі психотерапевтичної інтервенції питань, спрямованих на виявлення глибинної структури висловлювань суїцидента, сприяє усвідомленню тих неусвідомлених ним елементів внутрішнього образу світу, які можуть містити інформацію про можливі вибори, які до цього часу залишалися за межами його внутрішнього поля зору. Це дозволить усвідомити справжню причину здійсненого суїцидального вчинку, власну ієрархію цінностей, змінити актуальні цілі та виявити альтернативні способи поведінки. Техніки НЛП досягають ефекту також при потребі змінити емоційне ставлення, переживання, які супроводжують стресові стани. Техніки, спрямовані на роботу з внутрішньою картиною світу, дають змогу довільно змінювати ті її елементи, які можуть відігравати важливу роль у виникненні депресивних станів та суїцидальної поведінки.

*Системна сімейна психотерапія* в роботі з суїцидальними хворими розглядає прояви аутоагресивної поведінки як симптом, що свідчить про порушення у взаємостосунках в системі найближчого оточення. Тому профілактика повторного суїциду неможлива без корекції цих стосунків. Концепція сімейної терапії полягає в тому, що кожний вчинок або подія пов'язані з багатьма іншими подіями і вчинками на зразок замкнутого ланцюга. Такі події і вчинки з часом формують послідовні стереотипи, які періодично повторюються і дія яких зберігає рівновагу у сім'ї. Вся поведінка загалом, включаючи симптом, встановлює і підтримує ці стереотипи. Тому основним об'єктом уваги консультанта є функціонування поведінки і те, як функція одного вчинку, в нашому випадку – суїцидальної спроби, зв'язана з функцією інших вчинків членів родини. Суїцидальна поведінка розглядається не як особистісна характеристика індивіда, а як вияв поведінки, що залежить від поведінки близьких родичів.

У сімейній психотерапії широко використовуються соціометричні техніки, що при роботі з суїцидентами дозволяє уникнути можливий опір клієнта, внести в процес терапії елемент неочікуваного, нового

досвіду в розумінні як власної поведінки, так і поведінки його мікросоціального оточення. Такі техніки є ефективним психотерапевтичним інструментом, який можна застосувати для корекції кризових станів, проявів соціально-психологічної дезадаптації та профілактики рецидивів. До переваг таких технік належать можливості: зміщення психотерапевтичного процесу від інтелектуального та емоційного обговорення до реальної взаємодії; розміщення теперішнього, минулого і передбачуваного майбутнього в систему “тут і тепер”; рельєфного показу і драматизації актуальної проблеми. Ці техніки містять важливі елементи особистісної проекції та ідентифікації, як правило, завжди бувають достатньо несподіваними та цікавими для клієнтів.

Використовуючи техніки сімейної терапії, психотерапевт може виявити соціальну обумовленість суїцидальної поведінки, допомогти ідентифікованому пацієнту усвідомити причини його вчинку, особливості сприйняття ним взаєностосунків у родині, його уявлення про них, про навколишню дійсність і дати можливість побачити в цьому новому гештальті альтернативні можливості адаптації.

*Р. Шерман і Н. Фредман* наводять приклад застосування сімейної терапії у роботі з людьми, схильними до самогубства. Багато індивідів, схильних до самогубства, створюють ретельно продумані фантазії, що включають людей, з якими вони найчастіше взаємодіють. Схильна до суїциду людина може фантазувати, наприклад, що всі вчителі в школі або колеги на роботі будуть глибоко шоковані і переживатимуть провину, коли почують про її смерть. Фантазії можуть включати в себе засмучених батьків і родичів, які шкодують через ті неприємності, яких вони завдали кандидату в самогубці. Суб'єкт може також фантазувати про те, що його смерть стане корисною всім членам його родини – після його смерті у них, мовляв, буде менше труднощів.

Якщо консультант зуміє виявити фантазії клієнта, то зможе зрозуміти приховані причини, які лежать в їх основі. Працюючи з такими фантазіями, він може виявити також реальні, але неприємні для суб'єкта наслідки його самогубства, “забруднити” ці фантазії і зробити їх непривабливими в очах клієнта. Така техніка може бути використана в роботі лише з тими суїцидентами, які з більшою ймовірністю відчуватимуть відразу до самогубства.

Вітчизняні психологи *О. Ф. Бондаренко, Л. В. Сохань* та інші акцентують увагу на таких напрямках і методах допомоги у подоланні



життєвих криз, в основі яких лежить значущість особистості, особистісного буття.

Низку дієвих методик та різноманітних вправ для позбавлення від депресії пропонує німецький учений *Р. Меркле*.

## **2.2. Методи психологічної профілактики та корекції суїцидальних тенденцій в учнівській молоді**

### **2.2.1. Бажана упереджувальна поведінка батьків і оточуючих зі схильними до суїциду дітьми та підлітками**

Стратегічними напрямками батьківської допомоги дітям із суїцидальним ризиком спеціалісти вважають покращення взаємовідносин у сім'ї, підвищення самооцінки, самоповаги дитини, а також заходи з покращення міжособистісного спілкування у сім'ї. Всі ці заходи мають привести до піднесення самоцінності особистості дитини, її життя до такої міри, коли суїцидальні дії втрачають будь-який сенс.

*Для підвищення самооцінки доцільно вживати таких заходів:*

- завжди підкреслюйте все добре й успішне, що властиве вашій дитині. Це підвищує впевненість у собі, зміцнює віру у майбутнє, покращує її стан;

- не чиніть 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 осуджуйте її, знайте, що шлях до підвищення самооцінки проходить через самостійність і власну успішну діяльність дитини;

- тактовно і розумно підтримуйте усі починання своєї дитини, які підвищують самооцінку, особистісне зростання, фізичний розвиток, успішність 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.

*Якщо ваші діти виявляють суїцидальні тенденції або відчай, то слід поводитися так.*

1. Залишайтеся самими собою, щоб дитина сприймала вас як щиру, чесну людину, якій можна довіряти.

2. Дитина має відчувати себе на рівних з вами, як з другом, що дозволить встановити з донькою або сином довірливі, чесні стосунки, зрештою – довірити вам усю правду, те, що на умі у дитини.

3. Важливо не те, що ви говорите, а як ви це говорите, чи є 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, що замовчується нею, дозвольте їй вилити вам душу.

6. Не думайте, що вам слід говорити щоразу, коли виникає пауза у розмові з дитиною, використовуйте час мовчання для того, щоб краще подумати і вам, і дитині.

7. Виявляйте щиру участь та інтерес до дитини, не вдавайтеся до допиту з пристрастю, ставте прості, щирі запитання (“Що трапилось?”, “Що відбулося?”), які будуть для дитини менше загрозливими, аніж складні, “розслідувальні” запитання.

8. Спрямовуйте 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, підтримуйте її, а не інших людей, котрі можуть завдати їй болю, 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, 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 врятовують своє життя – варто тільки довіряти їм.

12. І останнє – якщо ви не знаєте, що говорити, не говоріть нічого, але будьте поруч!

*Якщо ж існує реальний суїцидальний ризик або вже відбулася спроба, то батькам можна порадити таке:*

– 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 наявні 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 і що говорять дорослі; тому не можна виливати на дитину несвідому чи свідому агресію; іноді корисною стає невербальна комунікація – жести, доторкання тощо;

– якщо батьки відчують, що дитина начебто відвертає їхню 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.

### ***2.2.2. Рекомендації педагогічним працівникам щодо надання превентивної допомоги учневі при потенційному суїциді***

*Педагогічним працівникам можна рекомендувати у разі виникнення ознак суїцидальної поведінки в учнів надавати такі види допомоги:*

- підбирайте ключі до розкриття 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 разі 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 учнів у критичний для них час.

### ***2.2.3. 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.

*I. 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 під час виникнення 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 вчинення суїциду; до неї також відносять інформаційно-навчальні заходи з питань суїцидології для всього населення;

– *вторинну профілактику*, яка полягає в роботі з суб’єктами, що здійснювали спробу самогубства, щоб уникнути рецидивів у них суїцидальної поведінки;

– третинну профілактику – з надання допомоги близькому оточенню осіб, які вчинили суїцидальну спробу, щоб уникнути рецидивів суїцидальної поведінки в такому оточенні.

*III. Метою невідкладної суїцидальної допомоги є корекція негативних емоцій, зменшення афективного компонента і посилення самоусвідомлення.*

Оцінюючи стан суїцидента і ведучи психоконсультативну психокорекційну, психотерапевтичну роботу, слід враховувати особливості ситуаційної реакції і позицію особистості в суїцидальному конфлікті.

*IV. Складниками 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 для зміцнення чи відновлення міжособистісних зв'язків, із 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, враховуючи попередній життєвий досвід людини;

г) усвідомлення тієї проблеми, яка є основою суїцидального наміру, і спроба знайти більш конструктивний спосіб реалізації цієї потреби;

г) формування в особистості мотивації для особистої психотерапевтичної роботи.

На цьому етапі важлива роль належить умінню психотерапевта встановлювати емоційний контакт з людиною, розуміти її проблему,

яку слід проаналізувати в соціальному й особистісному контексті, зважаючи на 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 повторним суїцидальним спробам.

**3. Аксіологічна корекція** ґрунтується 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 й вивищувати 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 суїдологічну кризу. 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 відповідає перед людством.

**5. Гештальттерапія** спрямована на корекцію процесів сприйняття, опрацювання та актуалізації інформації та ґрунтується 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, відреагуються 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 залежить від фахової підготовки і кваліфікації психотерапевта, його досвіду розв’язання суїцидальних проблем клієнта.

## 2.3. Формування навичок психологічної допомоги при суїциді

### 2.3.1. Виявлення психологічного сенсу суїциду

Уважно прочитайте наведені нижче уривки з творів художньої літератури та приватні історії. Визначте психологічний сенс суїциду в кожному окремому випадку. Проілюструйте свою думку цитатами із запропонованих описів.

1. Проїшов деякий час, і Мартін затужив. Він був здоровий і сильний чоловік, а робити йому було однозначно нічого. В житті його утворилася відверта порожнеча. “Все наше життя – помилка і ганьба! Так, наше життя – помилка і ганьба!”. Мартін ставав відлюдькуватим. Йому з кожним днем ставало все важче спілкуватися з людьми. Їхня присутність обтяжувала. Люди діяли йому на нерви. Слава залишала його байдужим. ...І в цю хвилину вся безнадійність його становища ясно відкрилася йому. Життя його пройшло; воно згасало, схилилося до заходу. Він подумав про те, як багато він тепер спить і як хочеться йому постійно спати. Раніше сон був для нього тягарем. А тепер тягар – життя. Життя стало нудним і гірким. Воно стало болісним, як яскраве світло для хворих очей. У Мартіна було все, але йому нічого не було потрібно. Врешті, сон – єдиний засіб відпочити від життя - перестав діяти. Йому потрібен спокій, і він знайшов його на дні океану.

2. Нехай всі думають, – міркувала Анастасія, “яка вона нещасна, як страждала”, – вона дала волю своїй фантазії. Ось приїде він – йому ж одразу зателефонують – приїде, вбіжить у кімнату, а я вже мертва. Він кинеться до мене, цілувати буде..., можливо, я ще відчую останній поцілунок... А там – усе. Він страждати буде, катуватися, що не встиг... Нехай..., – Анастасія думала про це не без задоволення і все ковтала і ковтала сподійне. Останнє, що встигла зробити, перш ніж згасла її свідомість, – покликати покоївку.

3. Анна знову стала думати: “Так, на чому я зупинилася? На тому, що я не можу придумати становища, в якому життя не було б мукою, що всі ми створені для того, щоб страждати, і що всі ми знаємо це і всі вигадуємо засоби, як би обманути себе. А коли бачиш правду, що ж робити?”

– На те й дано людині розум, щоб позбутися того, що непокоїть, – сказала одна дама, наче відповідаючи на думки Анни. “Позбутися того, що непокоїть, – повторювала Анна. – Так, дуже непокоїть мене, і на те дано розум, щоб позбутися; отже, потрібно позбутися. Чому ж



не згасити свічу, коли дивитися більше немає на що, коли бридко дивитися на все це? Все неправда, все брехня, все омана, зло!..”

“Туди! – казала вона собі, дивлячись у тінь вагона, на шпали. – Туди, і я покараю його і позбудуся від усіх і від себе”.

4. Маші чомусь ще сумніше стало, і все на світі їй здавалося таким темним й холодно в цю хвилину, що вона з мимовільним жахом заплющила очі, намагаючись нічого не бачити, не чути. Господи! та невже немає мені чесного виходу! – з жахом скрикнула вона після довгих дум.

Ні, так жити не можна ... неможливо, – шепотіла вона, дивлячись в ополонку. – Ніж так мучитися, краще одразу покінчити... Хвилина – і кінець! всьому кінець!.. Зійти вниз і в першу ж ополонку... Так що ж? Так чи не так? Е, та що тут думати!.. Ні, страшно!.. А жити? Хіба жити краще? Там одну хвилину буде холод: хвилина – і скінчено! А тут все життя! Всеньке, всеньке життя тільки холод, холод! Ні, вже краще зважитися одразу! Раптом Маша помітила перехожого:

Завадять! – промайнула думка. – Краще перечекати, щоб вже не встигли витягнути.

А тепер вже все. Нема чого полошитися! Ну, прощай Маша, – сказала вона собі, зітхнувши утішним зітханням.

5. Через декілька днів після того, як Вірі виповнилося 37, сталася катастрофа. Вона вже два роки, як розлучилася з чоловіком. Але жила добре – працювала референтом у великому банку. Познайомилася з хлопцем. Він дарував їй дорогі подарунки, а головне – дуже зацікавлено її слухав, особливо – про роботу. Потім якось сказав досить жорстко: “Мені там, Вірочко, один хитрий папірець потрібен...”. І Вірочка поперлася до головного в кабінет, почала порпатися в столі... Той повернувся раніше... Стояв у дверях, мовчав. Вона вилетіла з кабінету, як куля. Використана одноразова куля... Вдома знайшла в аптечці снодійне. Три упаковки. Випила все. Лягла. Вранці прокинулася через те, що, як звичайно, в 6.00 включилось радіо. Ледь встала, одяглася, сіла в метро – і вже там до неї дійшло: щось не так. Коли згадала, облилася холодним потом...

6. У 32 роки у тренера з фігурного катання Марини виявили розсіяний склероз. Через рік вона вже лежала, майже нічого не могла робити сама. Навколо метушилися мати і наречений – годували з ложечки, носили судно... Їй чомусь зовсім не думалося про те, як їй пощастило з рідними. Думки були лише про те, що вона стала рослиною, і жити так далі неможливо. Марина обдумувала спосіб

самогубства. На кухні в холодильнику лежали ліки. Якщо вдасться доповзти туди і все проковтнути, завдання буде виконане. Але легко сказати – доповзти. І Марина почала тренуватися. Після довгих тижнів спроб врешті доповзла. Але розсипала таблетки, а поки збирала – повернулася мати. Вона не зрозуміла істинних намірів доньки. Була страшенно щаслива, плакала і всім по телефону розповідала, яка її донька сильна, і що вона обов'язково видужає. ...Марина поглянула на себе очима матері і розвернулася на 180 градусів – усю свою волю спрямувала на видужання. Тепер їй 38, і вона знову може кататися на ковзанах.

Який психологічний феномен описаний у наведених нижче монологів суїцидентів? Яку роль відіграє цей феномен у формуванні суїцидальних тенденцій?

1. Я була у повному відчаї. Мені здавалося, Боже мій, просто несила це перенести, що все навколо було утягнуте в жахливий вир сум'яття. І я подумала, що в мене залишається один вихід. Потрібно просто втратити свідомість, вирішила я. Це видавалося єдиним шляхом до позбавлення. А єдиний спосіб позбутися свідомості вбачався в тому, щоб, залізши кудись якнайвище, кинутися головою вниз.

2. У віці 10 років, начебто прокинувшись від сну, я зіткнулася з жахами світу. Я покинула чарівну цнотливість і з головою занурилася в безодню темної сторони цього життя. Я дізналася, що зовсім незахищена від жахливого болю, і чудово розуміла, що моя сім'я скоро зруйнується, і тому стала віддалятися від неї. У 15 років всі мої сили витрачалися переважно на те, щоб боротися з ненавистю до себе, але, на жаль, я не розуміла, що відбувається зі мною. Одного разу хлопець, з яким я зустрічалася, раптово перервав зі мною стосунки. Ніколи до цього я не відчувала такого жахливого болю і не уявляла, як можна його позбутися. Вдома, на самоті, я кидалася з кімнати в кімнату, буквально розриваючись від виру почуттів.

### ***2.3.2. Техніки психологічної допомоги***

#### *Техніка активного слухання*

**Уміння слухати** – найважливіше вміння в консультуванні. Активно слухати – це означає, насамперед, чути клієнта. Сюди належить сприйняття не лише вимовлених ним слів, а й інших аспектів спілкування.

*Виділяють 3 аспекти слухання:*

– **лінгвістичний** – слова, словосполучення, метафори, які використовує клієнт для того, щоб повідомити про почуття, які виникли у нього;

– **паралінгвістичний** – темп мовлення, висота і гучність голосу, особливості вимови, активність і чіткість артикуляції; це додаткова інформація про те, що відчуває клієнт; правильність її розуміння потрібно перевіряти в ході бесіди, запитуючи, наприклад, “Якщо я правильно Вас зрозумів, Ви тепер відчуваєте ...” або “Я почув, як затремтів Ваш голос. Що Ви тепер відчуваєте?”;

– **невербальний** – “мова тіла” – міміка, жести, постава при сидінні чи стоянні, відстань, на якій клієнт перебуває від консультанта, дотики до консультанта; правильність їх розуміння також час від часу варто перевіряти у ході бесіди; в межах консультування більш ефективно звертати увагу клієнта на те, як він сидить, як говорить, який у нього вираз обличчя, а не пропонувати йому готові інтерпретації з цього приводу.

Описані нижче дії допомагають консультанту “приєднатися” до клієнта в процесі консультування і дати йому відчути, що його слухають і чують. Ця схема – “основа”, яка також допомагає консультанту відстежувати те, як він поводить себе в ситуації консультування:

*Сядьте навпроти людини, яку Ви слухаєте.*

*Розслабтеся, слухаючи співрозмовника.*

*Зберігайте відкриту поставу.*

*Підтримуйте зоровий контакт.*

*Трохи нахиліться до свого співрозмовника.*

Використовуйте “мінімальні поштовхи” для того, щоб підтримати свого співрозмовника (напр., кивки головою в потрібних місцях, включення в мовлення “мм” і “так”, уточнюючі чи розвиваючі думку запитання час від часу, використання відповідного виразу обличчя).

Усі зазначені дії мають виконуватися ненав’язливо, так, щоб не викликати у клієнта відчуття, що його затисли в кут, чи йому щось загрожує, чи його особистісні межі порушено. *Серед основних якостей ефективного слухача виділяють такі:* почуття гумору, оптимізм, душевна теплота, спонтанність, неупереджене ставлення, привітність, відкритість, відсутність повчального тону, вдумливе ставлення.

### ***Правила активного слухання:***

1. Перше завдання – установка на слухання – істинне бажання слухати і почути. Для цього необхідна повага до способу мислення іншої людини, бажання дізнатися те, що вона думає, відчуває насправді.

2. Відображення сказаного – повторення співрозмовнику того, що Ви почули, продемонструє Ваше розуміння його переживань, допоможе Вам ліпше зрозуміти його, а йому – себе. Це можна зробити своїми словами або словами співрозмовника, мета – вловити суть того, що Вам говорять. Ця техніка також допомагає переміщувати акценти.

3. Важливо сказати, що з розповіді зрозуміло, а що – ні. Це стимулює людину чіткіше і зрозуміліше висловлюватися.

4. Відображення почуттів – розповідь співрозмовнику про те, які почуття виникають у зв'язку з його розповіддю. Це можуть бути почуття до нього чи до себе. Потрібно намагатися виражати їх позитивно, але чесно. Важливо щоразу давати співрозмовнику привід для просування вперед у його роздумах, а не намагатися виразити свої власні думки: “Коли ви так розповідаєте про свою доньку, мені теж дуже сумно і я теж спантеличена її вчинком”.

5. Потрібно шукати зрушення в осмисленні ситуації клієнтом. Однією з ознак того, що відбулося щось корисне в процесі розмови, є виникнення змін у розумінні клієнтом подій, у переживанні їх, особливо коли ці зміни мають позитивний, конструктивний характер.

6. Потрібно бути готовим до того, що процес буде тривалим і повільним. Сенси змінюються повільно, тому треба бути терплячим.

7. Потрібно бути готовим відійти вбік. Інколи людям потрібен час і простір, щоб пропрацювати те, що було почато в розмові. Якщо стає зрозумілим, що саме це потрібно клієнту, треба надати йому таку можливість, запевнивши, що він може будь-коли, коли відчує потребу, знову звернутися по допомогу.

### ***Техніка відображення думок і почуттів***

*Відображення думок і почуттів* – це стратегія у процесі консультування, коли консультант “повертає” клієнту зміст його думок чи почуттів, повторюючи сказане ним для того, щоб 1) продемонструвати клієнту, що він його чує і розуміє, 2) допомогти клієнту продовжити розповідь, вибудувати ланцюжок суджень і знайти відповідь на свої запитання, 3) надати клієнтові можливість глибше зрозуміти свої думки та почуття, поглянувши на них й почувши їх з

уст іншої людини. Тут обов'язково використовуються ключові слова, які клієнт вживає у своєму мовленні, а також повторюються інтонації, з якими він говорив це.

*Наприклад:*

**Клієнт:** Деякий час ми жили у Ліверпулі. Нам обом подобалося це місто, незважаючи на те, що мені було дещо важче там облаштуватися.

**Консультант:** Вам було важче влаштуватися у Ліверпулі.

**Клієнт:** Так. Адже це було для мене новим. А моя дружина була родом з тих місць, у неї там були друзі. В дітей також не було ніяких проблем. Їм сподобалася нова школа. Здавалося, всі вони отримують від цього задоволення, але тільки не я.

**Консультант:** Всі, окрім Вас, отримували від цього задоволення.

Якщо розповідна інтонація клієнта замінюється питальною інтонацією консультанта при відображенні думки, то, найімовірніше, далі піде дуже коротка відповідь клієнта:

**Клієнт:** Деякий час ми жили у Ліверпулі. Нам обом подобалося це місто, незважаючи на те, що мені було дещо важче там облаштуватися.

**Консультант:** Вам було важче влаштуватися у Ліверпулі?

**Клієнт:** Так.

Відображення почуттів дає можливість консультанту-психологу проявити свою емпатію, а також перевірити правильність свого розуміння почуттів клієнта.

*Наприклад:*

**Клієнт:** Раніше я працював у просторому офісі на Фліт-стріт. Там були сотні, а можливо, й тисячі подібних офісів. Ми всі сиділи там, роблячи те, що повинні були робити. За цю роботу нам добре платили, і я думаю, що зміг би пропрацювати там усе своє життя.

**Консультант:** Ви говорите це так, наче ця робота Вам до смерті набридла...

**Клієнт:** Та так воно й було! Тепер я розумію, що ненавидів кожную хвилину, яку провів там.

**Консультант:** У Вашому голосі чується злість...

**Клієнт:** Я був злий на самого себе, що так довго з цим мирився.

Відображення думок і почуттів може буде ефективнішим, якщо психолог "повертатиме" клієнту ті думки чи висловлені, або завуальовані почуття, які клієнт якось виділив у своєму монолозі (інтонаційно чи зробив перед цим значну паузу, стишив чи підвищив голос, зробив акцент за допомогою міміки або жесту).

Така стратегія консультування має використовуватися так, щоб допомагати клієнту розвивати свою думку, стимулювати його до дослідження обговорюваної проблеми, а також до дослідження своїх почуттів.

### *Техніка подолання аутоагресії*

Описані прийоми роботи можуть бути використані як з дорослими, так і з підлітками-суїцидентами, а також при відповідній модифікації – з дітьми.

### **Колаж із достоїнств**

**Мета** – зниження аутоагресії, пошук в собі позитивних якостей, знання про які витіснене у зв'язку з особливостями самосвідомості суїцидальних клієнтів.

**Необхідні матеріали:** ножиці, папір формату А1, маркери, газетно-журнальні вирізки – тексти, фотографії, клей (можливо, стрічки, фольга, кольоровий папір).

**Потребує багато часу** – від 40 хвилин до декількох годин. Може бути використана як домашнє завдання.

**Процедура.** Терапевт пропонує клієнту виготовити список своїх достоїнств, використовуючи тексти і фотографії з газет і журналів. Їх потрібно вирізати й акуратно наклеїти на великий папір. Якщо клієнтові важко знайти в собі позитивні риси (це часто спостерігається в суїцидентів, особливо з яскраво вираженою депресією), то терапевт може сам зробити перший крок: назвати і наклеїти назву тієї особистісної риси клієнта, яка насправді викликає повагу. Тут важливо бути максимально щирим! У ході роботи клієнт коментує свої вибори й послідовність виконання роботи. Терапевт надає зворотний зв'язок і стимулює подальший пошук. Готовий список потрібно перечитати. Чим він більший, тим це ліпше для ефективної терапії. Можна порадити клієнтові повісити цей список над своїм ліжком у палаті чи вдома.

### ***Гострий діалог***

**Мета** – подолання гетероагресії, надання можливості висловити свої почуття в безпечних умовах, зняття психоемоційного напруження.

**Матеріал:** порожній стілець.

**Процедура.** Терапевт пропонує клієнту уявити, що на порожньому стільці сидить людина, яка викликає у клієнта найбільше агресії на

даний момент. Терапевт стимулює клієнта посваритися зі своїм уявним опонентом, висловити йому все, що хотілося б сказати. При цьому клієнт повинен відповідати сам собі від імені уявного співрозмовника. Тобто клієнт говорить і за себе, й від імені тієї, людини, до якої відчуває злість, ненависть, гнів. Важливо спонукати клієнта до якнайповнішого висловлювання своїх почуттів, тому терапевт має дозволити йому кричати, активно жестикулювати, можливо, навіть ударити стілець.

### ***Сімейний альбом***

**Мета** – демонстрація наявності життєвих досягнень клієнта, наявності в його житті любові, дружби, суб'єктом яких він був.

**Матеріали:** фотоальбом і фотокартки клієнта різних періодів життя, бажано, починаючи з раннього дитинства, ножиці, маркери, ручка, наклейки (якщо клієнт – дитина, можна використати яскраві наклейки фігурок тварин чи квітів, щоб прикрасити альбом).

**Потребує багато часу** – декілька годин.

**Процедура.** Терапевт просить клієнта розкласти всі фотографії в хронологічному порядку. Після цього вони разом вирішують, як будуть розмішувати фотографії в альбомі. Клієнт клеїть фотографії в альбом. Терапевт просить коментувати кожний знімок і підписувати його на наклейці; він акцентує увагу клієнта на тих моментах життя, де він був успішним, коханим, сам проявляв турботу і любов стосовно інших людей. Коли клієнт згадує несприятливу життєву ситуацію, пов'язану з подіями, відображеними на знімку, важливо з'ясувати, як саме він реагував на цю ситуацію, які способи для її подолання використав, що спільного між цією ситуацією і теперішніми подіями в його житті, як він міг би перенести досвід розв'язання таких проблем у свою сучасну історію. Бажано надавати зворотний зв'язок щодо підписів до фотографій. При роботі з дітьми терапевт може виконувати роль "секретаря", підписуючи під фотографіями коментарі, надиктовані дитиною.

Ця техніка може бути ефективно використана і в роботі з дослідження почуттів, пов'язаних із втратою.

### ***Порівняння***

**Мета** – діагностика самоствавлення суїцидента, формування більш позитивного бачення себе і ставлення до себе.

**Інструкція.** Прислухайтеся, придивіться до себе. На кого, на що Ви схожі? Які почуття у Вас викликає цей образ? Знайдіть симпа-

тичніше, більш позитивне порівняння. Що саме Вам у ньому подобається? Приміряйте до себе цей новий образ. Як Вам з ним? Це Ви? Пройдіться по кімнаті у цьому образі. Відчуйте його всім своїм тілом. Наберіть постави, відповідної цьому образу. Походіть так. Які елементи цього образу найближчі до Вашого Я? Якій частині Вашого Я цей образ найприємніший? Зосередьтеся на цих приємних відчуттях. Згадайте їх принаймні тричі на день.

Терапевт має надати також зворотний зв'язок щодо названого позитивного образу, виділивши найсильнішу сторону цього образу, яка справді може підтримати клієнта.

### ***Переорієнтація на інші цінності***

(використовується у ситуації, коли спонукою до самогубства є втрата певних життєвих цінностей)

**Мета** – самоаналіз ціннісних орієнтацій, переорієнтація пріоритетів, пошук нових цінностей життя.

**Матеріали:** ручка, аркуш паперу формату А4.

**Інструкція.** Розділіть аркуш на три колонки. У першій колонці складіть список того цінного для Вас у житті, що Ви на сьогодні втратили. У другій колонці запишіть ті, які залишаються сьогодні з Вами. Скільки їх? Спробуйте продовжити список так, щоб він налічував стільки ж пунктів, як попередній. Перечитайте його. Яка з названих у другому списку цінностей викликає у Вас найприємніші почуття? Що з названих Вами у другому списку могло б підтримувати Вас у житті? У третій колонці перерахуйте ті речі чи людей, чи явища, які доступні Вам на даний момент, але про які Ви ніколи не думали як про цінні. Намагайтеся, щоб їхній перелік був не менший, ніж попередні. Перечитайте список і подивіться, що з нього справді робить Ваше життя світлим, приємним. Нижче таблиці випишіть це в окремий список і доповніть його найприємнішими для Вас цінностями з другого списку. Перечитайте новий (четвертий) перелік. Уявіть своє життя, побудоване за цими орієнтирами. Які відчуття у Вас виникають у зв'язку з цими уявленнями? Як Ви могли б реалізувати такі цінності у своєму житті сьогодні?



### **2.3.3. Особливості телефонного консультування клієнта, який виявляє суїцидальні наміри**

#### *Принципи консультування суїцидального клієнта*

1. Не впадайте у паніку.
2. Ввічливо і відкрито прийміть його особистість.
3. Стимулюйте бесіду, не випускаючи з поля зору жодної значущої інформації.
4. Тактовно шукайте ситуації, в яких клієнт був би потрібним.
5. Ведіть розмову так, наче ваш час нічим не обмежений.
6. Відроджуйте надію і шукайте альтернативи виходу.
7. Не проявляйте ані тіні негативних емоцій.
8. Дозвольте клієнту проявляти жаль.
9. Суїцид, який почався, належить розглядати як прохання про активну допомогу.
10. Блокувати суїцидальні дії, використовуючи інтервенцію.
11. Бути впевненим, що зроблено усі необхідні дії.
12. Обговорити розмову і свій стан із супервізором.

#### **Як допомогти?**

Потенціальні суїциденти й так страждають від невимовного почуття провини. Якщо потенційний помічник говорить про самогубство як про щось аморальне, він може підсилити й так важку для людини депресію. Для суїцидента самогубство – не теологічна проблема, а результат нестерпного болю.

*Підбирайте ключ* до розгадки самогубства – суїцидальна превенція полягає в умінні впізнати ознаки небезпеки. Вловіть прояви безпорадності та безнадії і визначте, чи не самотня ця людина, наскільки вона ізольована.

*Прийміть суїцидента як особистість* – припустіть можливість, що людина насправді є суїцидальною особистістю.

*Встановіть турботливі взаємостосунки.*

*Вислуховуйте* – “Я чую тебе”. Не намагайтеся втішити загальними словами на зразок “Ну, не все так погано”, “Вам стане краще”, “Не варто цього робити”. Дайте йому можливість висловитися. Ставте запитання й уважно вислуховуйте. Якщо людина страждає від депресії, то їй

потрібно більше говорити самій. Інколи найкращим помічником може бути мовчазне вислуховування її монологу.

*Не сперечайтесь.* Зараз його біль – найсильніший, навіть якщо він викликаний відносно дріб'язковими причинами. Заяви на зразок “Подумай, адже ти живеш набагато краще за інших; тобі потрібно дякувати долі” одразу блокують обговорення проблеми і викликають недовіру й пригніченість.

*Обговорюйте* – відкрите обговорення планів і проблем знімає тривожність. Не бійтеся говорити про це. Більшість людей відчують ніяковість, говорячи про самогубство, і це проявляється в запереченні чи уникненні цієї теми. Бесіди не можуть спровокувати самогубство, а уникнення цієї теми підвищує тривожність, підозрілість до терапевта. Кращий спосіб втручання в кризу – це турботливо і прямо запитати: “Таке враження, що ти насправді говориш...”, “Більшість людей задумувалися про самогубство...”, “Ти колись думав, як здійснити його?”, “Ти думаєш про самогубство?”, “Як ти думаєш, чому в тебе з'явилися ці почуття?”, “Якщо ти раніше роздумував про самогубство, то що тебе зупиняло?” Якщо ви отримуєте відповідь, переходьте на конкретику. “Пістолет? А ти колись стріляв? А де ти його візьмеш? Що тоді станеться? А якщо ти промахнешся? Хто тебе знайде? Ти думав про свій похорон? Хто на нього прийде?” Невисловлене, приховане ви маєте зробити явним. Допоможіть клієнту відкрито говорити і думати про свої задуми.

*Будьте уважним* до опосередкованих показників при передбачуваному самогубстві. Кожне жартівливе згадування чи погрозу потрібно сприймати серйозно. Підлітки часто заперечують, що говорили серйозно, намагаються висміювати терапевта за його надмірну тривожність, можуть зображати гнів. Скажіть, що сприймаєте їх всерйоз.

*Підкреслюйте тимчасовий характер проблем* – визнайте, що його почуття дуже сильні, проблеми – складні. Дізнайтеся, чим ви можете допомогти, оскільки він вам вже довіряє. Дізнайтеся, хто ще може допомогти в цій ситуації.

*Не пропонуйте невиправданих втішань.*

*Запропонуйте конструктивні підходи* – замість говорити суїциденту “Подумай, якого болю завдасть твоя смерть близьким”, попросіть його поміркувати про альтернативні рішення, котрі, можливо, ще не спадали йому на думку. Потенційного самогубцю потрібно стимулювати, щоб він ідентифікував проблему і якомога точніше визначив,

що її поглиблює. Потрібно також з'ясувати, що залишається позитивно значущим для людини. Що вона ще цінує? Що з цього цінного для неї є досяжним тепер? Хто ті люди, котрі продовжують їх хвилювати? Можливо, тепер, коли життєва ситуація проаналізована, виникли якісь альтернативи? З'явилося почуття надії?

*Вселяйте надію* – вона не може будуватися на порожніх втішаннях. Потрібно допомогти суїцидальному клієнтові відкрити нове розуміння життя в контексті його кризи. Темрява і світло, радість і печаль, щастя і страждання – нероздільно переплетені нитки в тканині людського життя.

### ***Оцініть рівень ризику самогубства***

Не залишайте людину на самоті в ситуації високого ризику суїциду – залишайтеся з нею якомога довше, доки не вирішиться криза чи не прийде допомога. Тут можна укласти з суїцидентом так званий контракт – домовленість про нездійснення самогубства протягом певного часу. Допомога спеціалістів – ними можуть стати священник (якщо він не затятий мораліст), сімейний лікар, психотерапевт, психолог, психіатр, соціальний працівник. Інколи єдиною альтернативою допомогою суїциденту є госпіталізація в психіатричну лікарню.

Важливість збереження турботи і підтримки – якщо критична ситуація минула, то спеціалісти чи сім'ї НЕ можуть дозволити собі розслабитися. Емоційні проблеми, які призводять до самогубства, рідко розв'язуються повністю і за V-короткий час, навіть коли здається, що все найгірше вже позаду. Ситуація не вирішується доти, доки суїцидент не адаптується повністю в житті.

### ***Вказівки телефонному консультанту***

1. Запитайте, чи є хтось поблизу.
2. Слідкуйте за енергетикою бесіди (не засинайте разом з абонентом).
3. Уважно збирайте інформацію! Не закидайте абонента запитаннями.
4. Якщо у нього є зброя, дізнайтеся, чи є кулі, де вони; якщо таблетки – то скільки їх є.
5. Запитайте про алкоголь (якщо абонент вживав алкоголь – це збільшує ризик).
6. Не давайте заснути; не дозволяйте лягти.
7. Запитайте: “Яка частина вас хоче жити?”
8. Запитайте: “Що ви хочете сказати своєю смертю? Кому?”

*Реакції консультанта, які можуть виникати у процесі розмови й ускладнювати консультацію*

1. **ПАНІКА** (“Я не спроможна чим-небудь зарадити”) її треба подолати: клієнт шукає можливість поговорити і довіритися; консультант може бути єдиною ниточкою, яка зв’язує його зі світом.

2. **СТРАХ** (“Раптом, незважаючи на мою допомогу, він все одно це зробить”) – свідчить про бажання уникнути розмови або негативних емоцій; кожна людина відповідальна за свій вибір, але психолог має можливість допомогти.

3. **ФРУСТРАЦІЯ** (“Ще одна довга розмова, якої я не хочу”) – пов’язана із необхідністю виконувати важку роботу; однак допомога може бути надана дуже швидко: перше завдання допомоги – зниження інтенсивності переживання безнадії.

4. **ГНІВ** (“Невже можна бути таким дурним і слабким, щоб таке замислити?!”) – може легко опанувати консультанта, відображаючи його безпорадність у конкретній ситуації; усвідомлення гніву збільшує міру свободи й ефективність надання допомоги.

5. **ОБРАЗА** (“Клієнт, можливо, використовує мене”) – часто виникає стосовно тих осіб, чиї суїцидальні погрози не сприймаються серйозно; завжди потрібно пам’ятати, що суїцидальні погрози є криком про допомогу, а не маніпуляцією.

6. **ВНУТРІШНІЙ КОНФЛІКТ** (“Якщо людина чогось бажає, навряд чи хтось її може зупинити”) – виникає тоді, коли консультант намагається зробити вибір; однак перед ним клієнт, і в консультанта немає вибору, надавати допомогу чи ні.

7. **ВІДЧУТТЯ БЕЗВИХОДУ** (“Ця ситуація безнадійна – як я можу примусити його хотіти жити?”) – часто виникає через “нагромадження проблем”, висунутих клієнтом; в них не варто губитися, а важливо знайти головну і спробувати змінити ставлення до неї.

8. **ЗРЕЧЕННЯ** (“У якій ситуації моє рішення могло би бути аналогічним”) – свідчить про наявність у консультанта прихованих суїцидальних тенденцій; ця реакція не відображає реальну ситуацію клієнта, а впливає з намірів консультанта, які потрібно пропрацювати під час супервізії.

*Перші кроки до подолання реактивної неспсихотичної депресії*

1. Якомога більше гострої і кислої їжі. Якомога менше солодощів.
2. Будь-які напої пити через соску чи соломинку.

3. Ходити в середньому темпі без особливих цілей.
4. Максимально обмежити спілкування, перегляд телепрограм, читання літератури.
5. Спати стільки, скільки хочеш. Особливо приємно з улюбленою м'якою іграшкою (навіть якщо ти – дорослий).
6. Мінімум сильних відчуттів.

#### **2.3.4. Психологічна допомога людям, які пережили суїцид близьких**

На думку Е. Ліндемана, робота з тими, хто перебуває в скорботі, спрямована на звільнення від зв'язку з померлими, реадаптацію до навколишньої реальності, в якій вже немає того, хто помер, і формування нових взаємостосунків.

Люди, які пережили суїцид близьких, переживають гостре горе і потребують, насамперед, інтенсивної опіки. Метою *інтенсивної опіки* є попередження декомпенсації і повернення клієнта до його нормального стану, в якому він може повністю користуватися ресурсами подолання.

##### **Етапи інтенсивної опіки:**

- Перенесення відповідальності. Людині пропонують тимчасово перекласти вирішення всіх проблем і відповідальність на близьких.
- Організація вирішення невідкладних завдань (догляд за дітьми, вирішення питання про тимчасову непрацездатність того, хто переживає гостре горе, тощо).
- Віддалення клієнта від стресового оточення. Тимчасовий переїзд до доброзичливих родичів, подорож, про яку мріяв клієнт. Це може бути і госпіталізація, але вона виправдовує себе лише під час направлення пацієнта до спеціалізованого кризового стаціонару, де здійснюється професійна кризова психотерапія.
- Зниження рівня збудження і дистресу. Використовуються психотерапевтичне втручання (вислуховування розповіді про пережите, заохочення до висловлювань почуттів) і фармакотерапія.
- Встановлення довірливих стосунків. Необхідне для налагодження психотерапевтичного впливу.
- Прояв турботи і тепла, оживлення надії.

Одним зі способів, яким близькі суїцидента можуть допомогти самі собі подолати із руйнівні емоції, є *активне реагування*.

*Активне реагування* – це не реакція; це використання людиною якомога більшої кількості частин своєї особистості для просування вперед; це не забування того, що сталося. Активне реагування

передбачає хороші думки про померлу людину; воно вчить не відчувати провини за те, що сталося; воно означає здатність знову відчувати до себе добрі почуття.

Активне реагування потребує часу, протягом якого можуть повертатися деструктивні переживання, але їх потрібно усвідомлювати, обговорювати і намагатися трансформувати у більш продуктивні. Важливо зрозуміти, що почуття депресії, гніву, провини, зниження самооцінки є природним переживанням суїциду близької людини. Але буде корисним відсортувати ці почуття і переглянути, якого розвитку можна очікувати від цих почуттів.

Активне реагування передбачає звертання за консультативною допомогою чи за підтримкою до друзів, які зможуть зрозуміти і підтримати.

Важливим є **траур** – це тайм-аут, який ми можемо взяти у реального світу, щоб подумати про померлого і наші з ним стосунки. Крім того, допомогти пережити суїцид близької людини може традиційне влаштування похорон і панахиди без будь-яких обмежень, які можуть здаватися необхідними з огляду на особливі обставини смерті.

Активному реагуванню заважають нескінченні фантазії про спасіння: “Якби я тільки поводив себе інакше...”. Важливо прийняти те, що неможливо керувати всім, що відбувається. У будь-якому разі наші можливості обмежені. Перешкодою може бути також думка про те, що закінчення скорботи означає забування чи зрада людини, яку любиш. Але любов потрібно виражати іншими засобами, відмінними від скорботи. Очевидно, померлому було б не дуже приємно бачити близьку йому людину постійно пригніченою і засмученою.

Активному реагуванню допомагають: якась корисна діяльність; спочатку це може бути влаштування церемонії похорону і поминок. Люди зазвичай відзначають важливі події церемоніями. Церемонії допомагають зрозуміти важливість подій, значущість людей, задіяних у цих подіях, повноцінно пережити свої почуття. Більшість дослідників вважають, що відмова від традиційних церемоній похорону у випадку самогубства є великою помилкою рідних. Надалі корисною діяльністю може стати допомога іншим людям у благодійних акціях чи просто заняття улюбленою справою. Знаходження підтримки: більшу здатність активного реагування проявляють ті, чиє оточення надає їм можливість відчувати себе у безпеці, зв'язаними з іншими, частиною всього світу. Розмова – найважливіший спосіб активного реагування.

Людина ніколи не зможе відмінити того, що сталося, чи зробити його менш трагічним. Але в результаті активного реагування вона зможе йти далі життям більш продумано, творчим, продуктивним шляхом, не заперечуючи того, що сумне – це сумне, але сприймаючи речі такими, якими вони є.

**Допомога вислуховуванням.** Головним моментом психологічної допомоги є створення такого клімату, в якому може найвиразніше проявитися власна здатність людини до самоцілення. Головна функція психолога – *слухання*. Мета психологічної допомоги – *полегшення переживання втрати, болю, особистої трагедії. Близькому оточенню особи, яка пережила втрату, слід враховувати:*

– не потрібно намагатися владнати справу, шукати потрібну відповідь. Вислови на зразок “Будь мужньою заради дітей” частіше дратують і звучать недоречно. Врешті, лише відповіді самих людей і є найбільш доречними;

– розуміння людиною того, що сталося, корегується саме, якщо їй дають можливість здійснити таку корекцію;

– важливу роль відіграє вислуховування, спрямоване на те, щоб зробити безпечним усвідомлення вже відомої інформації. Пропозиція вислухати – це найкращий спосіб допомоги людині, яка потребує розмови.

*Ознаки емпатійного слухача можна подати через такі висловлювання клієнта:*

1. Він (консультант) говорить “Так” з відкритою сприймаючою інтонацією.

2. Я (клієнт) і він спілкуємось один з одним з теплотою і адекватністю.

3. Він слухає паузи.

4. Він не претендує на те, щоб дізнатися усю правду.

5. Він відчуває те ж, що і я.

6. Він входить у мою ситуацію, мій стан.

7. Він відображає мої думки і почуття.

8. Він приймає мене таким, яким я є, і не осуджує.

9. Він дозволяє мені запинатися на словах.

10. Мої проблеми стають його проблемами.

### ***Види психологічної допомоги людям, які пережили суїцид близьких***

*Групи самопомоги* – родичі суїцидентів – самостійно організовують собі можливість бути почутими людьми, котрі розу-

міють їх стан, оскільки самі пережили самогубство близької людини; вони збираються в групи, щоб вислухати один одного, поділитися своїми переживаннями; такою групою може керувати спеціаліст (психолог, соціальний працівник), може вона працювати і самотійно.

*Психотерапія* – вона стає своєрідним навчанням, а не лікуванням, оскільки її найважливішим завданням є прискорити й оптимізувати процес адаптації людини до жорсткого стресу. Чим раніше людина звертається за допомогою, тим ефективнішою буде психотерапія.

*Сімейна терапія* – коли вся сім'я разом відвідує психотерапевта, котрий допомагає їм поговорити між собою. Терапія недовготривала, але сама сім'я може її продовжувати, збираючись періодично разом і обговорюючи свої переживання у зв'язку з подією.

*"Інші терапевти"* – люди, які пережили суїцид близької людини, можуть стати "терапевтами" для тих, хто потрапив у таку ж ситуацію. Це прискорить і процес їхнього власного одужання, оскільки є способом активного реагування.

### **Розмова з дітьми про суїцид близьких**

Діти потребують правдивої інформації про суїцид. Вони мають гостру інтуїцію, тому одразу ж відчують, що дорослі щось замовчують, приховують. Крім того, діти мають можливість нафантазувати собі, що це вони винні у трагедії.

Правда рано чи пізно стане їм відомою. Важливо, щоб батьки самі розповіли їм про все звичайно, в доступній і конкретній формі, так, щоб прояснити всі запитання, які виникають у дитини, і допомогти їй зрозуміти сутність того, що сталося. Це можна зробити, наприклад, так: "Твоя мама (тато, дідусь, сестра) погано себе почувала. Вона настільки погано себе почувала, що вирішила, що не може більше жити. Тому вона вбила себе. Я знаю, це звучить жахливо, і це справді жахливо. Ми всі дуже сумуємо за нею".

Враховуючи те, що діти мислять конкретно, вони не розуміють абстракцій, тому всі пояснення повинні бути конкретними і чіткими, щоб не залишалось місця для невиправданих фантазій і страхів. Разом з тим, діти мислять емоційно. Намагаючись зрозуміти складні думки, вони часто покладаються на емоційний настрій розповідача. Тому все залежить від тону, яким дитині розповідають про смерть.

Дитині важко самотійно зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки. Тому їх треба пояснити чітко і конкретно. Діти вірять, що, коли вони будуть хорошими, то й світ буде хорошим, і навпаки. Тому коли трапляється трагедія, діти часто думають, що у цьому є їхня провина.



Не потрібно говорити дитині забагато одразу – лише необхідний мінімум інформації. Важливо вислухати, що дитина скаже у відповідь, і сказати їй, що вона може говорити з вами про це тоді, коли захоче.

У дитини виникнуть певні переживання. Важливо допомогти дитині виразити і прояснити свої почуття, тому їх треба обговорювати. Корисним може стати розповідання історій і казок.

### ***Техніки ігрової психотерапії в роботі з дітьми, які пережили втрату близьких***

#### *Розфарбовування фігур хлопчиків і дівчаток* (автор Барбара Тьорнер)

Техніку можна використовувати як засіб вираження почуттів, пов'язаних з тими чи іншими подіями в житті дитини, в тому числі при переживанні втрати близької людини.

Терапевт малює контур дитячої фігурки відповідно до статі і віку клієнта (можна скористатися підготовленим шаблоном). Показуючи фігурку дитини, терапевт просить її подумати, як “цей хлопчик” чи “ця дівчинка” почувають себе в ситуації, близькій до ситуації самої дитини: “Давай розфарбуємо цю фігурку, щоб побачити, як вона себе почуває”. Під час малювання терапевт починає обговорення з дитиною і стимулює її до висловлювання почуттів. Потім можна перейти до розмови про одне з почуттів, яке найбільше хвилює дитину, обговорюючи з дитиною, що це за почуття; коли воно виникає; що дитина відчуває, коли воно з'являється; як можна до нього поставитися.

#### *Використання художніх і вербальних метафор* (автор Гленда Шорт)

Ця техніка допомагає дітям реалізувати свої пізнавальні, емоційні і творчі можливості й виразити переживання, пов'язані з втратою). Дитині також дається можливість обговорити, як вона жила після цих подій.

Терапевт просить дитину пригадати, як вона жила і почувала себе до того, як втратила близьку людину, створюючи коротку історію чи малюнок. Потім просить розповісти про те, що змінилося в її житті і як вона почуває себе тепер. Тут також дитина має вигадати коротку історію про себе чи намалювати щось. Психотерапевт, повторюючи вголос ті чи інші висловлювання дитини, акцентує увагу клієнта на певних сторонах його внутрішнього світу. Він може попросити дитину подумати про будь-яке природне явище чи подію життя, які

він хотів би відобразити на своєму малюнку, щоб краще передати свій погляд на власне життя до і після втрати.

*Приклад:* Шестирічна дівчинка зобразила своє життя до розлучення батьків у вигляді квітки на тлі блакитного неба, жовтого сонечка і зеленої трави і розповіла, що в її сім'ї раніше всі були щасливими. На іншому малюнку вона зобразила сприйняття свого життя в теперішньому, після розлучення батьків – квітка втратила барви, похилилася, майже впала (“dead flower” – “мертва квітка”).

### **2.3.5. Групова робота з суїцидентами**

*Програма розвитку психологічного імунітету*

(автори О. В. Комаров, В. В. Сулицький)

**Психологічний імунітет організму** – це такий психологічний стан, формування якого залежить від розвитку адаптивних здібностей та навичок.

Робота повинна мати систематичний та безперервний характер і максимально охоплювати всі аспекти особистості суїцидента. Головне в ній – обрати мету. Досягнення позитивного результату можливе лише за гармонійного впливу на такі компоненти структури особистості, як: *когнітивний компонент* – інформаційне наповнення достовірною інформацією за головних питань наявної проблеми, включаючи вміння аналізувати, виокремлювати причинно-наслідкові зв'язки тощо.

*Емоційний компонент* – у взаємозв'язку з когнітивним компонентом утворюється певне ставлення до наслідкових явищ. Це надає можливість краще орієнтуватись у власних почуттях, виокремлювати емоційну основу поведінки інших людей.

*Поведінковий компонент* – акумулювання знань і вмінь у певний поведінковий акт, який є результатом психопрофілактичних заходів.

Слід враховувати певні особистісні конструкти, на які безпосередньо здійснюється вплив:

- навички спілкування;
- навички саморегуляції в стресових і екстремальних ситуаціях;
- розвиток впевненості в собі;
- розв'язок проблеми взаємовідносин із протилежною статтю;
- розв'язок проблеми поганого настрою і суму;
- розв'язок проблеми сутності життя;
- навички міжособистісної взаємодії;
- здатність відстоювати свій погляд тощо.

*Програма розвитку психологічного імунітету передбачає виконання певних завдань:*

– Мінімізація та намагання повного усунення причин психологічного характеру, які лежать в основі виникнення деструктивної поведінки.

– Оволодіння учасниками психотехнологіями перебудови негативних установок в особистісно значимі та розвиваючі.

– Пошук індивідуальних і групових стратегій подолання негативних переживань і почуттів.

*Заняття 1.* Вироблення групових принципів на основі життєвих позицій учасників групи.

Особливістю проведення першого заняття є те, що сама робота не повинна мати характер ні терапії, ні корекції, а тільки ознайомчої бесіди, консультативного характеру. Дуже важливо простежити розбіжності у суб'єктивній оцінці учасників власних особливостей з об'єктивними явищами, зрозуміти їх причини, побудувавши якомога більше робочих гіпотез. На занятті доречний набір таких запитань:

1. Опишіть, яка Ви людина.
2. З якими очікуваннями Ви прийшли на це заняття?
3. Що Ви бажаєте отримати від цих зустрічей?
4. Що Ви очікували від заняття, яке проходило сьогодні?
5. Що Вам запам'яталося?

Головне завдання першого заняття – налагодження первинних стосунків між учасниками групи, які є основою для довірливої та результативної роботи.

*Заняття 2.* Емоційний аспект самооцінки учасників групи до притаманних їм негативних проблем.

Заняття передбачає діагностику емоційного стану на основі його самоусвідомлення шляхом візуалізації образів та усвідомлення захисних механізмів, за допомогою яких виникає можливість неглибокого переживання негативних переживань.

*Основні поняття, на які акцентується увага при проведенні та обговоренні вправи:* самоповага, самоповага-неповага, почуття провини, Я-концепція, самоусвідомлення, відповідальність за власні особливості, самооцінка, самопізнання.

Кожному з учасників пропонується намалювати себе, але не власний портрет, а те, як він себе бачить і відчуває. На зображенні не має бути ні імен, ні прізвищ, тому що піддаватися аналізу будуть не учасники групи, а малюнки для з'ясування ставлення учасника до себе.

Діагностику емоційного самоствавлення можна провести на основі історії життєвого шляху. Малюнок складається з трьох окремих сюжетів: Я-минуле, Я-теперішнє, Я-майбутнє.

*Питання, які ставляться у процесі обговорення:*

1. Яка проблема актуальна для цієї людини?
2. Що Ви бачите на зображенні?
3. Що, крім зображення себе, бажала передати ця людина?
4. Яке почуття виникає, коли Ви дивитесь на цей малюнок?
5. Що подобається (не подобається) у зображенні?
6. Як ця людина ставиться до себе?
7. Чим відрізняються малюнки один від одного?
8. Побудуйте розповідь за зображенням.

Якщо застосовується варіант поєднання малюнків, то пропонується завдання, починаючи з ведучого, почергово скласти розповідь з усіх малюнків. Це породжує відчуття взаємопов'язаного кола та почуття необхідності кожного члена групи.

Вже на цьому занятті починається початковий етап формування навичок нейтралізації психічної напруги та здатність долати негативні переживання шляхом їх візуалізації та вміння знаходити правильне рішення.

*Заняття 3. Опанування світом власних емоцій.*

Заняття передбачає роботу з власною Я-концепцією учасників групи шляхом опанування ними навичками нейтралізації психічної напруги та переведення її на власний розвиток і розкриття нових можливостей додання проблем через усвідомлення образу “Я-чуттєвий”.

Основним завданням заняття є розвиток здібностей жити в умовах негативних переживань. Для цього доцільно є застосовувати певні вправи:

*“Наш настрій”* – учасникам групи пропонується описати свій настрій за допомогою будь-якої метафори або образу, наприклад, “сонячний день”, “тяжкі хмари”, “небесна синява”, “одинока сосна” тощо. Ті образи що схожі один з одним, об'єднуються і будують окрему картину. У процесі побудови картини робота спрямована на окремі почуття і стосунки.

*“Заплющ очі”* – Яка емоція домінує в цей момент? Яке місце вона займає? Звідки вона взялася?

*“Конфлікт емоцій”* – учасникам групи пропонується обрати роль визначених емоцій, почуттів, що є у нього в певний момент. Наступним етапом є обговорення можливості ужитися з такою кількістю емоцій.

Запитання можуть моделюватися у ході обговорення образів. Це дає змогу більш вагомо та чіткіше намалювати шлях виникнення негативних переживань та формувати певні форми поведінки.

*Заняття 4.* Розвиток і закріплення навичок дій у стресовій ситуації.

Заняття передбачає формування вміння трансформації енергії психічної напруги, що виникає внаслідок стресової ситуації в пошукову активність виходу з цього стану.

Завданням заняття є програвання психодраматичного переживання почуття провини за щось.

*Основні питання, які необхідно вирішити на занятті:*

1. Ситуація стресу.
2. Пошук джерела можливостей.
3. Цінність досвіду, що набутий у проблемній ситуації.
4. Розповіси, що буде, якщо тебе не буде?
5. Я помру, тому що....
6. Я не помру, тому що...
7. Як ти живеш, коли ти дійсно живеш?

### ***Рекомендовані вправи***

*“Кришталева ваза”*: в центрі кола розташовується кришталева ваза.

Ведучий: “Ця кришталева ваза – посуд для ваших бажань, надій, сподівань, думок та почуттів. У нього ви можете покласти те, що для вас уявляється важливим і цінним. Це те, що ви дуже любите і те, що для вас найдорожче”. Після цього ведучий миттєво неочікувано розбиває вазу. Важливо обговорити, що у цей момент відчули учасники, що їм забажалося зробити. Головне – сказати їм, що те, що вони пережили – це реальна модель стресу, реальна напруга, і те, що вони відчули – є реакцією на цей стрес.

*“Життя – Смерть”* – учасники групи пишуть на двох аркушах “життя” та “смерть”. Потім роздають аркуші тим, кому більше підходить поняття “життя”, а кому “смерть”. Обговорюються конкретні почуття і ставлення до цих категорій.

*20 засобів виходу зі стресової ситуації (групове обговорення).*

*Написати епітафію на себе.* Наприклад, групі пропонується обговорити питання про те, навіщо жити і що вдалося досягнути за свій вік. Потім членам групи треба написати епітафію на “власній могилі”. Особливістю є те, що робота ведеться не тільки зі змістом епітафії (хоча він є відображенням того, що про себе уявляє людина), а й із процесом її написання та читання.

## Заняття 5. Зниження деструктивної конфліктності.

Мета заняття – усвідомлення власної конфліктності. Основними завданнями є:

- визначення та оволодіння конструктивними стратегіями поведінки у конфлікті;
- навчання засобами аналізу конфліктних ситуацій;
- пошук індивідуальних та групових стратегій трансформації деструктивної конфліктності у конструктивну.

### Рекомендовані вправи

*“Острів”* – Уявіть собі, що ви пливете на пароплаві. Раптом ви зазнаєте аварії. Тепер Ви на острові, і найжахливіше те, що, крім Вас та тих, хто врятувався, на острові нікого немає. Щоб вижити протягом місяця, поки прийде рятувальний корабель, вам потрібно чимось харчуватися, ймовірно, Вам потрібно з’їсти свого товариша. Поміркуйте та обговорить, кого можна з’їсти.

*“Боротьба за вплив”* – група поділяється на три частини, одна з них є за своєю структурою низько організованим утворенням, інша, навпаки – високоорганізована група, в якій є внутрішній лад та ієрархічність стосунків. Третя частина уособлює в собі радників (мозок). Завдання: треба переманити на свій бік “богів”. Перша та друга групи можуть звернутися за допомогою до радників, але приносячи у жертву одного з членів групи. Робота ведеться через аналіз процесу, почуттів та взаємостосунків.

### Заняття 6. Трансові переживання.

Заняття передбачає формування здатності до рефлексії власних станів, таких, що є джерелом задоволення власних досягнень, “перемогою над собою”; стану катарсису в результаті “звільнення” від негативних емоцій (агресії, подразливості тощо)

Переживання таких станів є важливою потребою для особистості, фрустрація яких викликає стан незадоволеності, загального дискомфорту, який веде до зростання напруги. Важливо навчити членів групи рефлексії цих станів для того, щоб не виникало фіксації на незадоволенні потреби в переживанні свого “Я”.

Для проведення заняття доцільно застосовувати певні вправи.

### *Діалог із дзеркалом*

Кожному учаснику видається невелике дзеркало. Інструкція: “Запитай його: хто ти? Чекай відповіді. Подивись, як зміниться твоє обличчя, коли ти отримаєш відповідь. Запитай його: що ти справді бажаєш? Подивись, як зміниться твоє обличчя, коли ти отримаєш

відповідь” тощо. Робота ведеться з образами, почуттями, думками, що виникли у процесі виконання вправи, так і після нього.

### ***Картина на стіні***

Група “малює” на стіні картину у власному уявленні.

*Заняття 7. Підсумкове.*

Проводиться для закріплення навичок, отриманих у процесі тренінгу.

### ***Питання для обговорення:***

1. Що мені дали тренінги?
2. Чи задоволений я тим, що відбувалося?
3. Чи задоволений я собою?
4. Що важливого я отримав із тренінгів?
5. Життя після тренінгів.

На останньому занятті головне – створити умови для того, щоб учасники занять змогли надати один одному зворотний зв’язок з усього курсу групових занять. Це впроваджується формулою – дякую тобі (Ім’я), за те...

## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамова Г. С. Практическая психология: учеб. для студ. вузов. – Изд 6-е., перераб. и доп. / Г. С. Абрамова. – М : Академ. Проект, 2001. – 480 с.
2. Асанова Н. К. Пресуицидальное состояние у девочки-подростка: нарушенный образ тела и роль отца / Н. К. Асанова // Моск. психотерапевтич. журн.– 2007. – № 2. – С. 186–210.
3. Блинова О. Є. Психологічні фактори суїцидальної поведінки у підлітковому віці / О. Є. Блинова // Актуальні проблеми суїцидології : зб. наук. праць. – К., 2002. – Ч. 1. – С. 31–33.
4. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика / А. Ф. Бондаренко. – Изд. 3-е, испр. и доп. – М. : Независимая фирма “Класс”, 2001. – 336 с.
5. Войцех В. Ф. Факторы риска повторных суицидальных попыток / В. Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, Вып. 3. – С. 14–22.
6. Гашека Т. В. Практичні рекомендації для проведення психокорекційної роботи з підлітками за наявності суїцидальних ідеацій / Т. В. Гашека // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. – № 7. – С. 68–72.
7. Гашека Т. В. Профілактика самогубства серед підлітків: методика для вимірювання суїцидальної поведінки / Т. В. Гашека // Практична психологія та соціальна робота. – 2005. – № 4. – С. 53–56.
8. Гратис К. Зона риска [О самоубийствах подростков] // Природа и человек. – 2002. – № 2. – С. 18–20.
9. 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. – К. : РВВ КІВС, 2000. – С. 152–155.
10. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / Э. Дюркгейм.– СПб. : Союз, 1998. – 496 с.
11. Ефремов, В. С. Основы суицидологии / В. С. Ефремов.– СПб : Диалект, 2004. – 479 с.
12. Заброцький М. Психологу про суїцид / М. Заброцький, Л. Скаковська, Л. Лавренюк // Психолог. – 2007. – Трав. (№ 20). – С. 25–30.
13. Завадська Н. В. Проблема самогубства у підлітковому середовищі / Н. В. Завадська // Соціальний працівник. – 2007. – Січ. (№ 2). – С. 10–12.



14. Загальнопсихологічні особливості суїциду / за ред. В. П. Москальця // Психологія суїциду. – К., 2004. – С. 7–81.
15. Иванов Д. А. О роли алкоголя в суицидальных проявлениях / Д. А. Иванов // Психология и соционика межличностных отношений. – 2005. – № 7. – С. 10–14.
16. Иванов Д. А. Суицидальные действия юношей при психическом инфантилизме и другой пограничной психопатологии / Д. А. Иванов // Психология и соционика межличностных отношений. – 2005. – № 6. – С. 19–21.
17. Калініна Ю. Запобігання суїцидальній поведінці серед підлітків / Ю. Калініна // Психолог. – 2005. – Верес. (№ 35). – С. 26–32.
18. Карсон Р. Расстройства настроения и суицид / Р. Карсон, Д. Батчер, С. Минека // Карсон Р., Батчер Д., Минека С. Аномальная психология. – С. Пб. : Питер, 2004. – С. 360–462.
19. Кибрик Н. Д. Дезадаптация и суицид у студентов вузов / Н. Д. Кибрик // Научные и организационные проблемы суицидологии. – М. : Изд-во Моск. НИИ психиатрии, 1983. – С. 97–105.
20. Кльоц Л. А., Соціальному педагогу про суїцид / Л. А. Кльоц, М. М. Заброцький // Соціальний працівник. – 2007. – Верес. (№ 17). – С. 15–31.
21. Ковалев О. Г. Психологические проблемы суицидального поведения осужденных в пенитенциарных учреждениях России / О. Г. Ковальов, Н. Т. Тимонин, Э. А. Суслов // Психологический журнал. – 1998. – Т. 19, № 5. – С. 30–37.
22. 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.
23. Коханенко Л. Проблеми самогубства: Погляди І. Сікорського та сучасні дослідження / Л. Коханенко // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – № 4. – С. 49–51.
24. Лестер Д. Самоубийство за решеткой / Д. Лестер, Б. Данто. – Рязань : Стиль, 1994. – 200 с.
25. Лісова О. С. Психологія суїцидальної поведінки / О. С. Лісова. – Чернівці : [б. в.], 2004. – 233 с.
26. Логвиненко О. І. Врахування детермінантів професійної деформації працівників ОВС як фактор запобігання суїцидальним проявам / О. І. Логвиненко, О. В. Тимошук; За заг. ред. С.І.Яковенка / Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика: Зб. наук. праць. – К. : РВВ КІВС, 2000. – С. 103–106.

27. Медведєв В. С. Самогубство як проблема юридичної психології / В. С. Медведєв // Актуальні проблеми суїцидології: зб. наук. праць. – К., 2002. – Ч. 2. – С. 121–126.

28. Медведєв В.С. Суїцид та професійна деформація працівників органів внутрішніх справ / В. С. Медведєв; за заг. ред. С. І. Яковенка // Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика : зб. наук. праць. – К. : РВВ КІВС, 2000. – С. 62–65.

29. Мелентьев М. П. Предупреждение самоубийств среди лиц, осужденных к лишению свободы / М. П. Мелентьев, А. П. Тищенко. – К. : Медиздат, 1994. – 150 с.

30. Михайлова М. Н. Факторы риска суицидального поведения студентов / М. Н. Михайлова // Факторы риска при неврологических и пограничных заболеваниях : сб. научн. тр.– Томск : Изд-во Томск. мед. ин-та, 1988. – С. 101–103.

31. Могдалєва И. В. “Суицидальный герой”: к постановке проблемы / И. В. Могдалєва // Наука. Релігія. Суспільство. – 2006. – № 2. – С. 127–131.

32. Моховиков А. Н. Суицидальное поведение / А. Н. Моховиков // Моховиков А. Н. Телефонное консультирование. – М., 2002. – Гл. 21. – С. 288–378.

33. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование / А. Н. Моховиков. – М. : Смысл, 1999. – 410 с.

34. Напрасная смерть. Причины и профилактика самоубийств / под ред. Д. Вассерман ; [пер. с англ. Е. Ройне]. – М. : Смысл, 2005. – 310 с.

35. Нарижный Ю. О. Суициды и меры по их предупреждению среди сотрудников ОВД / Ю. О. Нарижный; за заг. ред. С. І. Яковенка // Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика: зб. наук. праць.– К. : РВВ КІВС, 2000.– С. 96–99.

36. Осетрова О. А. Психоаналитический аспект исследования феномена суицида / О. А. Осетрова // Дніпропетр. нац. ун-т. Вісник. – Д., 2003. – Вип. 9 : Соціологія. Філософія. Політологія. – С. 98–107.

37. Патопсихологія суїцидальної поведінки / за ред. В. П. Москальця // Психологія суїциду.– К., 2004. – С. 145–209.

38. Пашукова Т. И. Диагностика и психокоррекция эгоцентризма в профилактике суицидов у сотрудников органов внутренних дел / Т. И. Пашукова // Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика: зб. наук. праць / за заг. ред. С. І. Яковенка. – К. : РВВ КІВС, 2000. – С. 144–148.

39. Пельцман Л. Стрессовые состояния у людей, потерявших работу / Л. Пельцман // Психологический журн. – 1992. – Т. 13, № 1. – С. 126–130.

40. Прийменко В. М. Суїцидальна поведінка. Психологічний аналіз і профілактика: метод. рек. для практ. психологів і соціальних педагогів / В. М. Прийменко. – К. : КМПУ ім. Б. Д. Грінченка, 2005. – 43 с

41. Психологія суїциду : посібник / за ред. В. П. Москальця. – К. : Академвидав, 2004. – 286 с. – (Альма-матер).

42. Пилягина Г. Я. Особенности суицидогенеза различных форм аутоагрессивного поведения в молодом возрасте / Г. Я. Пилягина // Проблемы медичної науки та освіти. – 2003. – № 4. – С. 53–57.

43. Подмазін С. Діти із суїцидальними тенденціями: Психологічна підтримка / С. Подмазін // Психолог. – 2002. – Берез. (№ 12). – С. 8–13.

44. Полегешко О. Психологія суїциду // Психолог. – 2006. – Груд. (№ 47). – С. 23–30.

45. Попередження суїцидальної поведінки дітей і підлітків // Все для вчителя. – 2003. – Жовт. (№ 30). – С. 53–64.

46. Психологічні травми і самогубство: (Поради фахівців) // Безпека життєдіяльності. – 2006. – № 4. – С. 43–44.

47. Психология экстремальных ситуаций : хрестоматия / сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко. – М. : АСТ; Минск : Харвест, 2002. – 480 с.

48. Психологія суїцидальної поведінки. Діагностика, корекція, профілактика : зб. наук. праць / за заг. ред. С. І. Яковенка. – К., 2004.

49. Пурло Е. Ю. Возможность превенции суицида через работу с кризисными состояниями: интегративный подход / Е. Ю. Пурло // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. – № 6. – С. 67 – 74.

50. Пурло Е. Ю. Исследование возможности использования краткосрочной интегративной групповой психотерапии для превенции суицида / Е. Пурло // Психология и соционика межличностных отношений. – 2006. – № 2. – С. 52–59.

51. Пурло Е. Ю. Опыт применения интегративной психотерапии как способ превенции суицида / Е. Ю. Пурло // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. – № 5. – С. 31–42.

52. Пурло Е. Ю. Понятие суицида в интегративном подходе: кризисное измерение // Психология и соционика межличностных отношений. – 2005. – № 10. – С. 18 – 23.

53. Рибалка В. В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій в учнівській молоді / В. В. Рибалка. – К. : [б. в.], 2008.

54. Рибалка В. В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій проблемної особистості / В. В. Рибалка. – К. : Шкільний світ, 2009. – 119 с.

55. Розанов В. А. Опыт организации системы суицидальной превенции в подразделениях Украинской армии / В. А. Розанов, А. Н. Моховиков, С. П. Тронько, Е. Е. Матвиевский; за заг. ред. С. І. Яковенка // Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика: зб. наук. праць. – К. : РВВ КІВС, 2000. – С. 161–164.

56. Романовська Д., Робота з підлітками, схильними до суїциду / Д. Романовська, С. Собкова // Психолог. – 2006. – Квіт. (№ 15). – С. 26–29. – (Психопрофілактика суїциду).

57. Скаковська Л. А. Практичному психологу про суїцид / Л. А. Скаковська // Практична психологія та соціальна робота. – 2005. – № 4. – С. 57–62; Психолог. – 2004. – Черв. (23/24). – С. 61–63.

58. Собко В. Роздуми про суїцид / В. Собко // Персонал плюс. – 2006. – Серп. (№ 33). – С. 6.

59. Сокирська Л. Попередження суїцидальної поведінки дітей та підлітків / Л. Сокирська // Соціальний педагог. – 2007. – Січ. (№ 1). – С. 30–34.

60. Соколова Е. Т. Связь психологических механизмов защиты с аффективно-когнитивным стилем личности у пациентов с повторными суицидальными попытками / Е. Т. Соколова, Ю. А. Сотникова // Вестник МУ. Сер. 14. Психология. – 2006. – № 2. – С. 12–28.

61. Сорокопуд В. Від карооких ведмежат до темних тіней дитячого суїциду / В. Сорокопуд // Дзеркало тижня. – 2006. – 21 січ. – № 2. – С. 22.

62. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г. В. Старшенбаум. – М. : Когито-Центр, 2005. – 375 с. – (Клиническая психология).

63. Суїцидальна поведінка особистості / за ред. Т. М. Титаренко // Психологія життєвої кризи. – К. : Агропромвидав України, 1998. – С. 159–178.

64. Суицидология: прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / сост. А. Н. Моховиков. – М. : Когито-Центр, 2001. – 568 с.

65. Телефонко Б. М. Причини та попередження самогубств серед особового складу органів внутрішніх справ / Б. М. Телефонко, О. С. Візняк; за заг. ред. С. І. Яковенка // Психологія суїцидальної поведінки:

Діагностика, корекція, профілактика : зб. наук. праць. – К. : РВВ КІВС, 2000. – С. 10–14.

66. Тененьова Ю. Планета самогубців / Ю. Тененьова // ПіК. – 2004. – № 20. – С. 26–29.

67. Трусова С. М. Соціально-психологічні передумови та профілактика суїцидальної поведінки підлітків і юнацтва / С. М. Трусова. – К. : Академвидав, 2000. – 200 с.

68. Хазратова Н. В. Психологічні проблеми та особистісні кризи студентського віку / Н. В. Хазратова // Особистісні кризи студентського віку : зб. наук. статей / за ред. Т. М. Титаренко. – Луцьк, 2001. – С. 14–18.

69. Харченко Є. М. Психосоціальні аспекти суїцидальної поведінки при церебральному атеросклерозі / Є. М. Харченко // Київ. міжнар. ун-т. Вісник / ред. кол. : Т. О. Піроженко та ін. – К., 2006. – С. 182–190. – (Психологічні науки ; Вип. 8).

70. Цимбалюк І. Самогубство як проблема девіантної поведінки / І. Цимбалюк // Психолог. – 2003. – Груд. (№ 46). – С. 12–14.

71. Цільмак О. М. Профілактика самогубств серед співробітників ОВС / О. М. Цільмак // Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика : зб. наук. праць / за заг. ред. С. І. Яковенка. – К.: РВВ КІВС, 2000. – С. 83 – 88.

72. Чудакова О. Феномен суїциду / О. Чудакова // Соціальна психологія. – 2003. – № 2. – С. 134–141.

73. Шавроцька Н. та ін. Суїцид як соціально-психологічний феномен / Н. Шавроцька, О. Гончаренко, І. Мельникова // Психолог. – 2002. – Жовт. (№ 38/39). – С. 46–57.

74. Шебанова С. Г. Мотивація суїцидальної поведінки неповнолітніх як об'єкт комплексного аналізу / С. Г. Шебанова // Актуальні проблеми суїцидології : зб. наук. праць. – К., 2002. – Ч. 2. – С. 60–66.

75. Шмаров И. В. и др. Конфликты среди осужденных и профилактика правонарушений в местах лишения свободы / И. В. Шмаров. – М. : Медицина, 1981. – 200 с.

76. Шумакова Л. П. Психологическая помощь по предупреждению суицидального поведения / Л. П. Шумакова // Актуальні проблеми суїцидології : зб. наук. праць. – К., 2002. – Ч. 2. – С. 81–87.

77. Юрчук О. Ф. Особенности экспертного лингвистического анализа предсмертных посланий суицидального характера / О. Ф. Юрчук // Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика : зб. наук. праць / за заг. ред. С. І. Яковенка. – К. : РВВ КІВС, 2000. – С. 181–186.

# Навчальний план та програма спецкурсу “ПСИХОЛОГІЯ СУЇЦИДУ”

## Пояснювальна записка

Гострота, складність, психологічна основа проблематики суїциду спонукали введення спецкурсу “Психологія суїциду” для студентів спеціальності “Психологія” щодо опанування ними науковими теоріями саморуйнівної поведінки, основними її чинниками, засвоєння прикладних аспектів зазначеної проблеми і формування навичок надання психологічної допомоги при суїциді.

Спецкурс “Психологія суїциду” належить до циклу вибіркових професійно-орієнтованих дисциплін, спрямованих на практичну підготовку спеціалістів-психологів.

**Мета курсу:** ознайомлення студентів із широким колом теоретико-методологічних питань психології суїциду, формування системи наукових знань у галузі теорії суїцидальної поведінки, практики психологічного консультування та терапії осіб із суїцидальними намірами, формування вмінь та навичок консультативної роботи та попередження суїцидальних спроб серед населення.

### **Завдання курсу**

*Сформуувати у студентів:*

- знання з теорії суїцидальної поведінки, мотивації та факторів, які детермінують суїцидальну спрямованість особистості;
- понятійний апарат з психології суїциду на базі ознайомлення з основною психологічною літературою;
- вміння та навички роботи з діагностичними методиками із суїцидології та інтерпретації отриманих даних для встановлення психологічного діагнозу;
- навички проведення консультування осіб, схильних до суїцидальних намірів, та опанування студентами методиками та техніками терапії щодо осіб, які здійснили спробу самогубства.

### **Вимоги до знань та вмінь студентів**

*Знати:*

- теорії та концепції суїцидальної поведінки;
- мотивацію та фактори, які детермінують суїцидальні спроби;
- основні методи діагностики суїцидальної поведінки.

*Вміти:*

- виявляти медико-психологічні фактори суїцидального ризику;
- проводити психологічні консультування та терапію осіб, схильних до суїцидальних намірів, та осіб, що вчинили суїцидальні спроби.

Спецкурс “Психологія суїциду” читається для студентів V курсу факультету психології після дисциплін: “Основи психологічного консультування”, “Основи психотерапії” (чи водночас із ними).

### ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН КУРСУ

№	Назва теми	Лекції		ПЗ		Самост.роб.	
		д.ф.	з.ф.	д.ф.	з.ф.	д.ф.	з.ф.
1	Теоретичні основи психології суїцидальної поведінки	2	2	2	2	-	4
2	Загальнопсихологічні особливості суїциду. Суїцид і суїцидоподібні вчинки	4	-	4	2	-	4
3	Соціальні фактори мотивації суїцидальної поведінки	2	-	-	-	4	6
4	Соціально-психологічні, індивідуально-психологічні та особистісні чинники виникнення та перебігу суїцидальної поведінки у молоді	2	2	-	-	4	4
5	Психологічні особливості суїциду неповнолітніх	2	-	4	2	-	4
6	Психологічні особливості суїцидальної поведінки окремих категорій осіб (засуджених, військовослужбовців та ін.)	2	-	2	-	-	2
7	Корекція суїцидальності	2	2	2	2	-	2
8	Методи психологічної профілактики та корекції суїцидальних тенденцій в учнівської молоді	4	-	2	-	4	4
9	Формування навичок психологічної допомоги при суїциді	4	2	-	-	2	6
	Всього:	24	8	16	8	14	38

## *Програма спецкурсу “Психологія суїциду”*

### **Тема 1. Теоретичні основи психології суїцидальної поведінки.**

#### ***Основні питання:***

1. Соціально-історичний аспект проблеми самогубства.
2. Поняття та основні теорії суїцидальної поведінки.
3. Особливості переживання людьми самогубства близьких.
4. Основний психологічний зміст передсмертних послань суїцидентів.

***Основні поняття:*** суїцид, парасуїцид, суїцид-спроба, соціально-психологічна дезадаптація особистості, суїцидальна поведінка, аутоагресія, руйнівна поведінка особистості.

*Література:* 3, 7, 9, 14, 16, 20, 23.

### **Тема 2. Загальнопсихологічні особливості суїциду. Суїцид і суїцид-доподібні вчинки.**

#### ***Основні питання:***

1. Суїцидальна мотивація.
2. Неусвідомлюване самогубство.
3. Ризикована гра і ризикована безпечність.
4. Психопатологічне і афективно-невропатичне самогубство.
5. Демонстративно-шантажна форма суїцидальної поведінки.
6. Внутрішні і зовнішні форми суїцидальної поведінки.
7. Способи самогубства.

***Основні поняття:*** суїцидальні прояви, “незавершений суїцид”, постсуїцидальний стан, недиференційований ґрунт, ситуаційні суїцидальні реакції.

*Література:* 7, 11, 12, 16, 18, 22.

### **Тема 3. Соціальні фактори мотивації суїцидальної поведінки.**

#### ***Основні питання:***

1. Групова згуртованість як чинник, що впливає на суїцидальність.
2. Соціальні засади мотивації егоцентричного самогубства.
3. Соціальні засади мотивації альтруїстичного самогубства.
4. Соціальні засади мотивації анемічного суїциду.
5. Взаємодія суспільної згуртованості і сонячної активності у впливі на суїцидальність.
6. Суспільне ставлення до самогубства як фактор суїцидальності.



7. Навіювання суїцидальних настроїв засобами масової інформації, літературними творами.

**Основні поняття:** суїцидальна поведінка, суїцидальні тенденції, постсуїцидальна криза, емоційна напруга, аутодеструктивна поведінка, аутоагресивний акт, групова згуртованість, егоцентричне самогубство, альтруїстичне самогубство, аномічний суїцид.

*Література:* 6, 7, 9, 12, 16, 17.

**Тема 4. Соціально-психологічні, індивідуально-психологічні та особистісні чинники виникнення та перебігу суїцидальної поведінки у молоді.**

**Основні питання:**

1. Особливості виникнення та перебігу суїцидальної поведінки у молоді.

2. Захисні антисуїцидальні фактори.

3. Формування адекватного ставлення оточуючих людей до суїцидальних проявів і можливостей їх виявлення та подолання.

4. Як визначити в ході спостереження перші загрозові тенденції, ознаки суїцидальної поведінки підлітків та юнаків.

5. Психодіагностика суїцидальних схильностей і дій учнів загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладів. Карта визначення ризику суїцидальності (В. М. Прийменко)

**Основні поняття:** психічне здоров'я, антисоціальна поведінка, мотиви самогубства, психотичний стан, загрозові тенденції, кризовий стан.

*Література:* 5, 7, 8, 9, 11, 13.

**Тема 5. Психологічні особливості суїциду неповнолітніх.**

**Основні питання:**

1. Психологічні особливості суїциду неповнолітніх.

2. Суперечливі позиції в суїцидології неповнолітніх.

3. Імпульсивність, емоційна незрілість, емоційна нестійкість як суїцидогенні особливості психіки неповнолітніх.

4. Зовнішні чинники суїцидальності неповнолітніх.

5. Сімейні фактори суїцидальності неповнолітніх.

6. Суїцидогенні переживання неповнолітніх.

7. Суїцидонебезпечні ситуативні реакції підлітків.

8. Основний психологічний зміст передсмертних послань суїцидентів.

**Основні поняття:** потенційний суїцид, превенція суїциду, емоційні прояви, суїцидальна загроза, патологічний захист, етап нормотворчості, гедоністичні установки, деструктивні фактори, механізм наслідування, сцена странгуляції, процес закарбування (імпринтінг).

*Література:* 4, 8, 16, 21, 22.

### **Тема 6. Психологічні особливості суїцидальної поведінки окремих категорій осіб (засуджених, військовослужбовців та ін.)**

**Основні питання:**

1. Самогубство серед осіб похилого віку.
2. Особливості суїцидальної поведінки військовослужбовців.
3. Особливості суїцидальної поведінки засуджених.

**Основні поняття:** психологічний феномен, аутоагресія, суїцидальна загроза, емоційні порушення, індукований суїцид, груповий суїцид, ефект Веттера.

*Література:* 7, 12, 16, 18, 21.

### **Тема 7. Корекція суїцидальності.**

**Основні питання:**

1. Психодіагностика аутоагресивної (суїцидальної) поведінки.
2. Психотерапія як метод корекції і превенції аутоагресивної (суїцидальної) поведінки.
3. Профілактика аутоагресивної (суїцидальної) поведінки.
4. Організаційні і правові принципи подання допомоги суїцидентам.
5. Основні методи психокорекційної роботи з суїцидентами.

**Основні поняття:** провокуючі фактори, конструктивна поведінкова реакція, шкала депресії, суїцидальний ризик, соматичні розлади, суїцидоманія, психопатологія, суїцидальний фактор, психалгічні реакції, інтерперсональні взаємини, егоцентричне переключення, пресуїцид.

*Література:* 7, 11, 13, 16, 20, 24.

## **Тема 8. Методи психологічної профілактики та корекції суїцидальних тенденцій в учнівській молоді.**

### ***Основні питання:***

1. Бажана упереджувальна поведінка батьків та оточуючих зі схильними до суїциду дітьми та підлітками.
2. Рекомендації педагогічним працівникам щодо надання превентивної допомоги учневі при потенційному суїциді.
3. Професійні науково-методичні заходи і підходи у профілактичній та корекційній роботі психологів із суїцидентами.

***Основні поняття:*** керування емоціями, емоційна напруга, коняктивна поведінкова реакція, суїцидальний ризик, емоційні порушення, позитивний психологічний клімат, екстремальна ситуація, прогноз суїцидальної поведінки, рівні адаптації.

***Література:*** 4, 7, 9, 11, 12, 14, 17.

## **Тема 9. Формування навичок психологічної допомоги при суїциді.**

### ***Основні питання:***

1. Виявлення психологічного сенсу суїциду.
2. Техніки психологічної допомоги: активне слухання.
3. Особливості телефонного консультування клієнта, який виявляє суїцидальні наміри.
4. Принципи консультування суїцидального клієнта.

***Основні поняття:*** активне слухання, суїцидальні наміри, парасуїцид, суїцидальний абонент, превенція аутоагресивної поведінки, суїцидальний ризик, гострий діалог, реактивна непсихотична депресія.

***Література:*** 7, 8, 10, 14, 16, 21.

## **Методичні вказівки до проведення практичних занять із спецкурсу “Психологія суїциду”**

Важливою формою навчання є практичні заняття, які дають можливість значно розширити пізнання предмету шляхом вивчення додаткової літератури та сформувати вміння і навички практичного застосування отриманих теоретичних знань через індивідуальне виконання студентом відповідно сформульованих завдань.

Проведення практичних занять названого спецкурсу спрямоване на глибоке вивчення природи суїциду, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних чинників виникнення і перебігу суїцидальних тенденцій і ситуацій, шляхів вияву і засобів профілактики суїцидальної поведінки.

Під час проведення практичного заняття студенти роблять повідомлення, невеликі доповіді і реферати, предметом яких можуть бути не тільки вказані в темі практичних занять питання, а й окремі, як правило, *особливі* випадки, які мають дискусійний характер та ін.

Практичні заняття зі спецкурсу “Психологія суїциду” орієнтовані також на оволодіння студентами методами виявлення суїцидальних схильностей і поведінки потенційних суїцидентів та конкретними методами психологічної профілактики суїцидальних тенденцій серед населення (на наведених конкретних прикладах роботи психолога з суїцидентами).

Практичні заняття включають проведення попереднього контролю знань, умінь та навичок студентів, постановку загальної проблеми викладачем і її обговорення за участю студентів. Оцінки, отримані студентом за окремі практичні заняття, враховуються під час виставлення підсумкової оцінки з цього спецкурсу.

### **ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ**

#### ***Практичне завдання 1***

**Тема:** Проблема суїциду в Україні.

#### ***Питання для обговорення***

1. Характеристика сучасного стану проблеми суїциду в Україні: основні тенденції та риси.
2. Кризове суспільство як сприятливий фактор виникнення суїцидальних тенденцій.
3. Особливості організації допомоги суїцидентам в Україні.

### ***Теми рефератів***

1. Культуральний аспект проблеми смерті.
2. Проблема самогубства у художній літературі.
3. Оцінка самогубства в традиціях різних народів.

***Завдання для самостійної роботи:*** Опрацювати статтю: Полищук Ю. И. О спорном понимании самоубийства как психологического явления. // Вопр. психологии. – 1994. – №1. Дати відповідь на запитання: 1) Яку природу має явище самогубства? 2) Чи припустима однозначна оцінка сили вчинку самогубства?

### ***Література***

1. Бердяев Н. О самоубийстве. Психологический этюд / Н. Бердяев // Психол. журн. – 1992. – № 1, 2.
2. Полищук Ю. И. О спорном понимании самоубийства как психологического явления. / Ю. И. Полищук // Вопр. психологии. – 1994. – № 1.
3. Психологія суїциду / за ред. В. П. Москальця. – К., 2004.
4. Суицидология: прошлое и настоящее / сост. А. Н. Моховиков. – М. : [б. в.], 2001.

### ***Практичне завдання 2***

***Тема:*** Діагностика суїцидальних тенденцій.

### ***Питання для обговорення***

1. Використання опитувальників і шкал репресивності й тривожності.
2. Застосування проєктивних методик для діагностики суїцидальних тенденцій.
3. Складання профілю біографії та визначення типу її структури за розповіддю історії життя.

### ***Теми рефератів***

1. Психологічний портрет самогубці (на матеріалі аналізу особистості літературно-художнього персонажа).
2. Зв'язок характерологічних рис і суїцидальних тенденцій особистості.

***Завдання для самостійної роботи:*** Опрацювати монографію К. Леонгарда “Акцентуированные личности”. Визначити типи

акцентує на особистостях, для яких суїцидальна поведінка може бути найбільш властивою. Обґрунтувати свої міркування.

### ***Література***

1. Актуальні проблеми суїцидології : зб. наук. праць. – К., 2002.
2. Дьоміна О. О. Клініко-психологічні особливості суїцидальної поведінки при гострій реакції на стрес / О. О. Дьоміна // Укр. вісн. психоневрології. – 2002. – Т. 10.
3. Моховиков О. М. Чи викликає психічний біль суїцид? Досвід використання шкали психічного болю Е. Шнейдмана / О. М. Моховиков, О. Ю. Донець // Форум психіатрії і психотерапії. – 2000. – Т. 2.
4. Психологія суїцидальної поведінки. Діагностика, корекція, профілактика : зб. наук. праць / за заг. ред. С. І. Яковенка. – К., 2004.
5. Психологія суїциду : посібник / за ред. В. П. Москальця. – К., 2004.

### ***Практичне завдання 3***

**Тема:** Профілактика підліткового суїциду.

### ***Питання для обговорення***

1. Детермінанти суїцидальної поведінки дітей та підлітків в Україні.
2. Роль алкоголю та наркотиків у виникненні та реалізації суїцидальних тенденцій у підлітковому віці.

**Практичне завдання:**

Розробка багатоаспектної програми профілактики самогубств серед підлітків, яка могла би бути запропонована для реалізації в освітніх та виховних закладах та для позашкільної роботи з підлітками.

### ***Теми рефератів***

1. Соціально-психологічні передумови суїцидальної поведінки підлітків та юнацтва.
2. Суїцидальні дії підлітків при психічному інфантилізмі та іншій пограничній психопатології.

**Завдання для самостійної роботи:** Опрацювати: Подмазин С. И. Как помочь подростку с “трудным характером”. – К., 1996. Намітити основні шляхи подолання підліткової “важковиховуваності”.

### ***Література:***

1. Друзь О. В. Алкоголь і наркотики в генезі суїцидальної пове-

дінки осіб молодого віку / О. В. Друзь // Форум психіатрії і психотерапії. – 2000. – Т. 2.

2. Психотерапия у детей и подростков / под ред. Х. Ремшмидта. – М. : Мир, 2000.

3. Соломко І. Втеча від життя / І. Соломко // Політика і культура. – 2001. – № 13.

4. Трусова С. М. Соціально-психологічні передумови та профілактика суїцидальної поведінки підлітків та юнацтва / С. М. Трусова. – К., 2000.

#### ***Практичне завдання 4***

***Тема:*** Ризик суїциду у психічно хворих осіб.

#### ***Питання для обговорення***

1. Прогностичні ознаки суїцидентів із депресивним станом.
2. Основні відмінності у суїцидальній поведінці депресивно хворих і осіб з гострою афективною реакцією.
3. Ознаки суїцидальної небезпеки при шизофренії.
4. Зовнішні фактори, які підвищують ризик самогубства при психопатіях.

#### ***Теми рефератів***

1. Суїцидонебезпечні стани в осіб інволюційного віку та їх профілактика.
2. Чинники суїцидальної поведінки у хворих на шизофренію.
3. Частота і поширеність самогубств серед психічно хворих.

#### ***Література***

1. Конончук Н. В. О суицидальных попытках при депрессиях / Н. В. Конончук // Журн. невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1990. – Т. 90, вып. 4

2. Психологія суїциду : посібник / за ред. В. П. Москальця. – К. : [б. в.], 2004.

3. Фельдман М. Д. Психічні розлади у практиці сімейного лікаря: тривожні стани / М. Д. Фельдман // Медицина світу. – 2001. – Е.ХІ, чис. 3. – С. 121–129.

#### ***Практичне завдання 5***

***Тема:*** Техніки психологічного консультування.

### ***Питання для обговорення:***

1. Особливості телефонного консультування.
2. Кризова психологічна інтерференція: поняття, напрямки, методи й техніки.

### ***Практичні завдання з відпрацювання окремих технік психологічного консультування:***

1. Встановлення невербального контакту.
2. Техніка відображення почуттів. Техніка зворотного зв'язку.
3. Освоєння директив як методу впливу.
4. Засвоєння техніки переказу як методу впливу у ситуації інтерв'ю.
5. Прийоми роботи з аутоагресією.
6. Прийоми пошуку альтернативних рішень.

### ***Теми рефератів***

1. Українська соціально-психологічна консультативна телефонна служба: історія становлення, основні принципи та завдання її функціонування.
2. Розвиток методів психотерапії постсуїцидальною кризою.

***Завдання для самостійної роботи:*** Написати листа від імені психолога людині, яка зважилася на самогубство (підліткові чи дорослому – на вибір). Можливий алгоритм написання листа: означити розподіл відповідальності; уточнити можливості психолога і адресата; повідомити безоцінно психологічну інформацію; окреслити свою позицію через зворотний зв'язок; намітити перспективи адресата. У виконанні завдання допоможе підручник Абрамової Г. С. “Практическая психология”. – М., 2000.

### ***Література***

1. Абрамова Г. С. Практическая психология / Г. С. Абрамова. – М. : [б. и.], 2000.
2. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование.
3. Пилипенко Н. М. Адаптація особистості до життєвої кризи / Н. М. Пилипенко // Журн. прикладного психолога. – 2000. – Вып. 6.
4. Психология суициду : посібник / за ред. В. П. Москальця. – К., 2004.
5. Суицидология: прошлое и настоящее / Сост. А. Н. Моховиков. – М. : [б. и.], 2001.



## СИСТЕМА РЕЙТИНГОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАТЬ ЗІ СПЕЦКУРСУ “ПСИХОЛОГІЯ СУЇЦИДУ”

Зарубіжний та вітчизняний досвід показує, що значно активізує навчальний процес та підвищує його результативність і ефективність рейтинговий контроль знань.

Рейтинг – це інтегративна кількісна оцінка якості навченості студента з навчальної дисципліни. Він розглядається як форма організації самостійної роботи студентів та контролю навчальної діяльності та активно впливає на характер навчального процесу у вузі.

Як складова частина нових технологій навчання, рейтинг є основою для впровадження системи контролю, яка б відповідала таким вимогам: реальність, оперативність, мінімальність витрат часу на проведення контрольних заходів та перевірку завдань; охоплення контролем усіх студентів та всього матеріалу що вивчається; використання наслідків контролю для диференціації навчання. Важливими вимогами до системи рейтингового контролю є також: підготовка та здача студентом викладачеві після вивчення кожної теми звітних матеріалів, що відображають розуміння та застосування теорії, прийомів і методів діяльності відповідно до мети навчання; використання системи стимулів і мотивів, які активізують пізнавальний процес та сприяють розвиткові мислення, уміння аналізувати рівень виконання завдань.

Під час впровадження рейтингової оцінки ми намагались уникнути формалізації, статистичного підходу до неї. По-перше ми враховували не тільки види контролю, а й брали до уваги види пізнавальної діяльності, активність, регулярність, інтенсивність, послідовність їх здійснення; по-друге форми контролю усіх видів пізнавальної діяльності мають визначену оцінку, яка дає можливість аналізувати студентові і викладачеві рівень досягнення конкретної мети цієї діяльності.

Згідно з зазначеною системою, контролю обліку та узагальненню підлягають діяльність студентів на семінарських заняттях, лекціях та результати виконання ними самостійних робіт, а саме: вивчення окремих тем; написання рефератів та їх захист; виконання аналізу проходження самостійних психологічних тестів, ведення конспектів лекцій; ведення та захист конспектів із питань для самостійної роботи; виступи на практичних заняттях; участь в активних формах

навчання (контрольними заходами є поточний, рубіжний та підсумковий контроль).

Результати навчальної діяльності студентів оцінюються за такими критеріями: безпомилковість володіння матеріалом; здатність до застосування; творчість; активність, самостійність.

Підсумковий залік з відповідною позитивною оцінкою виставляється, якщо студент набрав мінімальну кількість балів за результатами відповідних видів діяльності. Передбачаються також завдання, які не є обов'язковими для виконання, але дають можливість набрати додаткові бали для збільшення загального підсумку.

### **Питання для самоконтролю**

1. Соціально-історичний аспект проблеми самогубства.
2. Проблема суїциду в Україні.
3. Основні тенденції та риси суїциду в Україні.
4. Основні теорії суїцидальної поведінки.
5. Психологічні особливості особистості суїцидентів.
6. Соціально-психологічні фактори ризику, що сприяють виникненню суїцидальних проявів.
7. Індивідуально-психологічні та особистісні чинники виникнення суїцидальної поведінки у молоді.
8. Мотивація суїцидальної поведінки школярів.
9. Фази суїцидальної поведінки підлітків.
10. Етапи суїцидальної поведінки.
11. Характеристика форм і методів реалізації суїцидальної поведінки.
12. Захисні антисуїцидальні фактори.
13. Виявлення суїцидальних тенденцій учнівської молоді.
14. Зовнішні чинники суїцидальності неповнолітніх.
15. Сімейні фактори суїцидальності неповнолітніх.
16. Суїцидогенні переживання неповнолітніх.
17. Ознаки суїцидальної поведінки підлітків.
18. Соціальні засади мотивації егоцентричного самогубства.
19. Соціальні засади мотивації альтруїстичного самогубства.
20. Соціальні засади мотивації аномічного суїциду.
21. Навіювання суїцидальних настроїв засобами масової інформації, літературними творами.
22. Особливості передсмертних послань суїцидентів.
23. Особливості роботи з дітьми, які пережили втрату.

24. Аутоагресивна поведінка при депресії в осіб похилого віку.
25. Соціально-психологічні чинники самогубства в похилому віці.
26. Соціально-психологічні особливості суїцидальної поведінки засуджених.
27. Особливості повторних суїцидів.
28. Неусвідомлюване самогубство.
29. Ризикована гра і ризикована безпечність.
30. Спільні риси суїцидальної поведінки.
31. Особливості підліткового і дитячого суїциду.
32. Самогубство і психічні розлади.
33. Технології надання психологічної допомоги суїцидентам.
34. Особливості переживання людьми самогубства близьких.
35. Психопатологічне і афективно-невропатичне самогубства.
36. Суспільне ставлення до самогубства як фактор суїцидальності.
37. Самогубство психічно нормальної людини.
38. Способи самогубства.
39. Групова згуртованість як чинник, що впливає на суїцидальність.
40. Взаємодія суспільної згуртованості і сонячної активності у впливі на суїцидальність.
41. Особливості надання психологічної допомоги при суїциді.
42. Виявлення психологічного сенсу суїциду.
43. Техніки психологічної допомоги суїциденту.
44. Правила психотерапії суїцидального клієнта.
45. Особливості телефонного консультування клієнта, який виявляє суїцидальні наміри.
46. Психодіагностика суїцидальної поведінки.
47. Профілактика аутоагресивної поведінки.
48. Психотерапія як метод корекції і превенції суїцидальної поведінки.
49. Основні методи психокорекційної роботи з суїцидентами.
50. Особливості профілактики суїциду у навчальних закладах.
51. Особливості поводження батьків та оточуючих зі схильними до суїциду дітьми та підлітками.
52. Специфіка роботи психолога з клієнтами із суїцидальними намірами.
53. Психологічна допомога людям, які пережили суїцид близьких.
54. Характеристика методик вивчення схильності до суїцидальної поведінки.
55. Методики на виявлення суїцидальних намірів.

## **Методичні вказівки та тематика рефератів зі спецкурсу “Психологія суїциду”**

Спецкурс передбачає написання реферату з однієї із запропонованих тем. Тему реферату студент вибирає самостійно із запропонованих тем або пропонує самостійно за погодженням з викладачем. Методичні вказівки з кожної теми, приблизний план і рекомендована література мають бути погоджені з викладачем.

Захист реферату здійснюється на практичному занятті чи оцінюється викладачем самостійно. Зараховується до самостійної роботи і є одним із видів поточного контролю.

### **ТЕМИ РЕФЕРАТІВ**

1. Культуральний аспект проблеми смерті.
2. Проблема самогубства у художній літературі.
3. Оцінка самогубства в традиціях різних народів.
4. Використання опитувальників і шкал репресивності й тривожності.
5. Застосування проєктивних методик для діагностики суїцидальних тенденцій.
6. Складання профілю біографії та визначення типу її структури за розповіддю історії життя.
7. Соціально-психологічні передумови суїцидальної поведінки підлітків та юнацтва.
8. Суїцидальні дії підлітків при психічному інфантилізмі та іншій пограничній психопатології.
9. Суїцидонебезпечні стани в осіб інволюційного віку та їх профілактика.
10. Чинники суїцидальної поведінки у хворих на шизофренію.
11. Частота і поширеність самогубств серед психічно хворих.
12. Українська соціально-психологічна консультативна телефонна служба: історія становлення, основні принципи та завдання її функціонування.
13. Розвиток методів психотерапії постсуїцидальної кризи.

### **Методичні вказівки до проведення самостійної роботи студентів під час вивчення спецкурсу “Психологія суїциду”**

Складність і значущість оволодіння матеріалами названого спецкурсу передбачають інтенсивну самостійну роботу студента над спеціальною навчальною літературою, науковою літературою, науковими статтями та діагностичним інструментарієм.

Самостійна робота студента є основним засобом засвоєння навчального матеріалу в час, вільний від обов'язкових навчальних занять, без участі викладача.

Самостійна робота студентів при опануванні матеріалом спецкурсу “Психологія суїциду” включає:

- опрацювання теоретичних основ лекційного матеріалу (теми № 3, 4);
- вивчення окремих питань, що не розглядають у курсі лекцій;
- підготовку до практичних занять;
- завдання з опрацювання окремих статей та ситуацій;
- написання листа від імені психолога людині, яка зважилася на самогубство;
- відпрацювання окремих технік психологічного консультування (встановлення невербального контакту; техніка відображення почуттів; техніка зворотного зв'язку; освоєння директив як методу впливу; засвоєння техніки переказу як методу впливу у ситуації інтерв'ю; прийоми роботи з аутоагресією; прийоми пошуку альтернативних рішень);
- самостійний підбір та проведення діагностичних методик на виявлення ризику суїцидальності та схильності до суїцидальних дій;
- систематизацію вивченого матеріалу та підготовку до заліку.

Самостійна робота реалізується у виступах студентів з доповідями, повідомленнями на практичних заняттях, наукових гуртках, наукових конференціях і т.д.

У процесі самостійної роботи студентам надається методична допомога, а також здійснюється контроль та аналізуються її результати викладачем.

### **Методичні вказівки до написання курсових робіт**

Навчальним планом не передбачено написання курсових робіт зі спецкурсу “Психологія суїциду”. Однак тематика курсових робіт із навчальних дисциплін “Клінічна психологія”, “Основи психодіагностики” включає й теми курсових робіт із вищезазначеного спецкурсу. Досить часто логічним продовженням попередніх наукових досліджень є дипломна робота студента.

Курсова робота – самостійне навчально-наукове дослідження, яке має на меті виявити рівень загальнонаукової та спеціальної підготовки студента, а також його здатність застосовувати дотримані знання на практиці, схильність студента до аналізу матеріалу з теми дослідження та вміння робити висновки.

Курсова робота виконується з певних навчальних курсів для систематизації, закріплення і поглиблення теоретичних знань та отримання навиків застосування цих знань у практичних ситуаціях під керівництвом викладача.

Тематика курсових проектів (робіт) має відповідати завданням навчальної дисципліни і тісно пов'язуватися з практичними потребами конкретного фаху. Тема курсової роботи та графік її виконання затверджуються на засіданні кафедри.

Мета написання курсової роботи:

- систематизувати отримані теоретичні знання з вивченої дисципліни та перевірити якість цих знань;
- навчити студентів самостійно осмислити проблему, аналізувати нормативно-правові акти, літературні джерела та матеріали юридичної практики;
- сформувати навик застосування отриманих знань під час виконання практичних завдань;
- навчити студентів самостійно формулювати висновки, пропозиції й рекомендації;
- формувати у студентів професійний рівень правової свідомості та правової культури;
- навчити студентів правильно організувати свою дослідницьку роботу та оформити її результати.

Основна вимога до курсової роботи – її науковість, що передбачає творчий підхід до обраної теми, правильне та глибоке висвітлення всіх її аспектів, усвідомлення результатів дослідження та вміння робити узагальнення, висновки і рекомендації щодо вдосконалення досліджуваної проблеми.

Об'єкт дослідження, за матеріалами якого буде виконуватися курсова робота, обирається студентом самостійно.

Для написання якісної курсової роботи потрібен ретельний і обміркований добір літературних джерел, складання загального бібліографічного опису. Особливу увагу слід звернути на питання, які були не досить висвітлені у сучасній літературі чи лише поставлені у працях дослідників. Якщо з цієї проблеми існує декілька точок зору, то автор курсової роботи має коротко викласти кожен з них, дати їм критичну оцінку й обґрунтувати, чому він дотримується тієї чи іншої концепції, або висунути та довести власну точку зору.

Робота має виконуватися відповідно до розроблених кафедрою загальної та соціальної психології методичних рекомендацій щодо написання курсових та дипломних робіт і затверджених вченою радою університету.

# Додатки

ДОДАТОК А

## Тест на професійний стрес

**Інструкція.** “Прочитайте пропозиції і виберіть той пункт, що найбільше підходить для Вас. Довго не роздумуйте. Найщиріші відповіді приходять першими”.

1. Дві людини, які добре Вас знають, обговорюють Вас. Які з тверджень вони, найімовірніше, стали б використовувати:

а) Х – дуже замкнута людина, здається, що ніщо надто його (її) не турбує;

б) Х – чудова людина, але Ви повинні бути обережні, коли говорите йому (їй) щось час від часу;

в) здається, що в житті Х усе завжди відбувається не так, як треба;

г) я незмінно знаходжу Х дуже нудним і непередбаченим;

г) чим менше я бачу Х, тим краще.

2. Чи властиві Вам у житті деякі з таких найбільш поширених особливостей:

– почуття, що Вам мало вдається зробити що-небудь правильно;

– почуття, що Вас переслідують, заганяють у кут або в пастку;

– погане травлення;

– поганий апетит;

– безсоння ночами;

– короткочасні запаморочення і прискорене серцебиття;

– надмірна пітливість під час відсутності фізичного навантаження і спеки;

– панічне відчуття в натовпі або в зачиненому приміщенні;

– втома й брак енергії;

– почуття безнадійності (“яка користь у всьому цьому”);

– слабкість або нудота без яких-небудь зовнішніх причин;

– дуже сильне роздратування з приводу дрібних подій;

– нездатність розслабитися вечорами;

– регулярні пробудження серед ночі або дуже рано;

– труднощі в прийнятті рішення;

– неможливість перестати обмірковувати або переживати події

минулого дня;

– слізливість;

– переконання, що Ви ні з чим до ладу не можете справитися;

– недолік ентузіазму навіть стосовно найбільш значимих і важливих життєвих справ;

– небажання зустрічатися з новими людьми й освоювати новий досвід;

– нездатність сказати “ні”, коли тебе просять щось зробити;

– відповідальність більша, ніж та, з якою Ви можете справитися.

3. Наскільки Ви оптимістичні в даний час:

а) більше, ніж звичайно;

б) як звичайно;

в) менше, ніж звичайно.

4. Чи подобається Вам дивитися спортивні змагання?

5. Чи можете Ви дозволити собі поніжитися в ліжку у вихідні дні, не переживаючи при цьому почуття провини?

6. Чи можете Ви в розумних межах (професійних або особистісних) говорити відверто:

а) із керівником;

б) із колегами;

в) із членами родини.

7. Хто звичайно несе відповідальність за найважливіші моменти у Вашому житті:

а) Ви самі;

б) хтось інший.

8. Коли Вас критикують на роботі керівники, як Ви звичайно відчуваєте себе:

а) дуже засмученим;

б) помірковано засмученим;

в) мало засмученим.

9. Ви закінчуєте робочий день із почуттям задоволення від досягнутого:

а) часто;

б) іноді;

в) тільки зрідка.

10. Чи переживаєте часто почуття, що у Вас є невладжені конфлікти з колегами?

11. Обсяг виконуваної Вами роботи перевищує відведений для цього час:

а) постійно;

б) іноді;

в) тільки зрідка.

12. Чи часто Ви уявляєте собі, які у Вас професійні перспективи:

а) як правило, так;



- б) іноді;
- в) лише зрідка.

13. Чи можете Ви сказати, що, як правило, у Вас удосталь часу, який Ви витрачаєте на себе?

14. Якщо Ви хочете обговорити з ким-небудь свої проблеми, чи легко Вам звичайно знайти слухача?

15. Чи перебуваєте Ви на шляху, який більш-менш забезпечує досягнення Ваших головних життєвих цілей?

16. Ви нудьгуєте на роботі:

- а) часто;
- б) іноді;
- в) дуже рідко.

17. Ви із задоволенням збираєтеся на роботу:

- а) у більшості випадків;
- б) у деякі дні;
- в) лише зрідка.

18. Чи відчуваєте Ви, що на роботі належно цінують Ваші здібності й справи?

19. Чи відчуваєте Ви себе належно винагородженим на роботі за Ваші здібності та справи (маючи на увазі статус і просування по службі)?

20. Чи є у Вас почуття, що Ваші керівники:

- а) активно заважають Вам у роботі;
- б) активно допомагають Вам у роботі.

21. Якби 10 років тому Ви мали можливість побачити себе таким професіоналом, яким Ви є сьогодні, Ви б урахували, що:

- а) перевершили власні очікування;
- б) відповідаєте власним очікуванням;
- в) не досягли власних очікувань.

22. Якби Ви повинні були оцінити в балах симпатії до самого себе за шкалою від 5 (максимум) до 1 (мінімум), який бал Ви б поставили самі собі?

### **Ключі до відповідей:**

Поставте собі бали відповідно до поданих ключів і просумуйте їх:

1. а) 0; б) 1; в) 2; г) 3; д) 4.

2. За кожне “так” по 1 балові.

3; 9; 12; 17; 21. а) 0; б) 2; в) 1.

4; 5; 13; 14; 15; 18; 19. “так” – 0, “ні” – 1.

6. За кожен “так” – 0, за кожен “ні” – по 1 балові.

7. а) 0; б) 1.

8; 11; 16 а) 2; б) 1, в) 0.

10. “ні” – 0, “так” – 1.

20. а) 1; б) 0.

22. За “5” – 0; за “4” – 1; за “3” – 2; за “2” – 3; за “1” – 4.

Підсумуйте бали. Якщо ви одержали:

– **від 0 до 15 балів** – стрес не є проблемою вашого життя;

– **від 16 до 30 балів** – у вас помірний рівень стресу для зайнятого і багато працюючого професіонала. Проте варто проаналізувати ситуацію та подивитись, як можна розумно зменшити стрес;

– **від 31 до 45 балів** – стрес становить безумовну проблему. Очевидна необхідність корекційних дій. Чим більше ви будете працювати при такому рівні стресу, тим важче що-небудь зробити з ним. Це серйозний привід для ретельного аналізу вашого професійного життя;

– **від 46 до 60 балів** – на цьому рівні стрес являє собою головну проблему, і щось має бути зроблене негайно. Ви можете виявитися дуже близькі до стадії виснаження в загальному адаптаційному синдромі (стресі). Напруга має бути ослаблена.

*ДОДАТОК В*

### **Опитувальник на “вигорання” МВІ**

Авторами цього опитувальника є американські психологи К. Маслач і С. Джексон. Він призначений для вимірювання ступеня “вигорання” в професіях типу “людина–людина”. Цей варіант адаптований Н. Є. Водоп’яноюю.

**Інструкція.** Дайте, будь ласка, відповідь, як часто Ви переживаєте почуття, які названі нижче в опитувальнику. Для цього на бланку відповідей відмітьте за кожним пунктом позицію, яка відповідає частоті ваших думок і переживань: ніколи, дуже рідко, іноді, часто, дуже часто, щодня.

*Текст опитувальника*

Я почуваю себе емоційно спустошеним.

Після роботи я почуваю себе, як “вижятий лимон”.

Вранці я відчуваю втому і небажання йти на роботу.

Я добре розумію, що відчувають мої підлеглі й колеги, і намагаюся враховувати це в інтересах справи.

Я відчуваю, що спілкуюсь із деякими підлеглими та колегами, як із предметами (без теплоти й прихильності).

Після роботи на деякий час хочеться усамітнитися від усіх і всього.

Я вмю знаходити правильне рішення у конфліктних ситуаціях, які виникають під час спілкування з колегами.

Я відчуваю пригнічення та апатію.

Я впевнений, що моя робота потрібна людям.

Останнім часом я став “черствим” у ставленні до тих, із ким працюю.

Я помічаю, що моя робота робить мене жорстокішим.

У мене багато планів на майбутнє, і я вірю в їхнє здійснення.

Моя робота все більше мене розчаровує.

Мені здається, що я забагато працюю.

Буває, що мені дійсно байдуже те, що відбувається з деякими моїми підлеглими і колегами.

Мені хочеться усамітнитись і відпочити від усього і всіх.

Я легко можу створити атмосферу доброзичливості та співпраці в колективі.

Під час роботи я відчуваю приємне поживлення.

Завдяки своїй роботі я вже зробив у житті багато дійсно цінного.

Я відчуваю байдужість і втрату інтересу до багатьох речей, які радували мене в моїй роботі.

Останнім часом мені здається, що колектив і підлеглі все частіше перекладають на мене тягар своїх проблем і обов’язків.

Обробка результатів

Відповіді досліджуваного оцінюються: **0 балів** – “ніколи”, **1** – “дуже рідко”, **3** – “інколи”, **4** – “часто”, **5** – “дуже часто”, **6** – “щодня”.

### Ключ

*Шкала “емоційного виснаження”* – відповіді за пунктами 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (максимальна сума балів – 54).

*Шкала “деперсоналізації”* – відповіді за пунктами 5, 10, 11, 15, 22 (максимальна сума балів – 30).

*Шкала “редукції особистісних досягнень”* – відповіді за пунктами 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (максимальна сума балів – 48).

### Висновки

Чим більша сума балів за кожною шкалою окремо, тим більше в досліджуваного виражені різні сторони “вигорання”. Можна також враховувати суму балів усіх шкал.

### Тест акцентуації характеру

У кожної людини можна визначити не одну сотню особистісних рис, а саме: доброту, принциповість, цілеспрямованість та ін., які особливо не виділяються і проявляються однаковою мірою.

Кілька яскравих особистісних рис складають малюнок особистості. У такому разі кажемо: “Він людина цілеспрямована й дуже принципова, на нього можна покласти у скрутній ситуації”, або “Це добра, чуйна людина, завжди допоможе”. Якщо ж у людини виділяється одна з особистісних рис, причому дуже яскраво, помітно, то це так звана акцентуація характеру чи психотип особистості.

Якщо ця властивість характеру, яскраво виражена в акцентуації особистості, заважає людині жити в суспільстві або суспільству важко прийняти цю людину, то йдеться про психопатичну особистість; коли ж ця властивість з плином часу ще й посилюється, то маємо справу з проявом психічного захворювання.

К. Леонгард зазначив, що “...акцентуація – це, по суті, ті ж індивідуальні риси, але які мають тенденцію до переходу в патологічний стан”.

Ми розглядаємо риси характеру в межах звичайного малюнка особистості й виділяємо 13 типів акцентуації, тобто яскраво виражених характерів-психотипів, які описали у роботі вінницькі колеги І. А. Слободянюк, О. О. Холодова, О. І. Олексенко.

### Інструкція до тесту

Зробіть табличку (див. бланк для відповідей). У клітинки (1 - 104) записуйте свої відповіді зліва направо ряд за рядом. Відповідаючи на твердження тесту, оцінюйте ступінь своєї згоди або незгоди такими балами:

*+2 – цілком правильно, я звичайно так і роблю;*

*+ 1 – правильно, але бувають відчутні винятки;*

*0 – важко сказати,*

*-1 – неправильно, але іноді бувають такі ситуації;*

*-2 – зовсім неправильно, це невласливе моєму звичайному життю.*

Намагайтеся не відповідати “Важко сказати”, віддайте перевагу одній із решти чотирьох відповідей, співвіднівши її зі своїми звичками, бажаннями, вчинками. Причому будь-яке з наведених у тесті тверд-

жень потрібно оцінювати за принципом “як правило” і зі звичного для вас способу життя. Адже ми всі час від часу буваємо то веселими, то роздратованими.

### Бланк для відповідей

									0	1	2	3
4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6
7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5
6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8
9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
2	3	4	5	6	7	8	9	00	01	02	03	04

Прізвище, ім'я \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Можна підготувати наперед необхідну для дослідження кількість бланків або запропонувати кожному перед початком тестування накреслити їх для відновлення за поданим зразком.

Тестування можна проводити й індивідуально, і з групою дітей одночасно. Під час індивідуального тестування дитині видають текст тесту, що містить 104 твердження, які вона має уважно прочитати, оцінити за своєю згодою чи незгодою, і записати певний бал у бланку для відповідей.

Під час групового тестування також можна роздати тексти тесту (якщо їх є достатня кількість). При цьому потрібно попросити дітей, щоб вони не робили в тексті жодних поміток. Допускається й усне тестування: дослідник читає всі 104 твердження вголос, обов'язково двічі кожне з них, а діти відразу оцінюють своє ставлення певним балом у бланку для відповідей.

Відповіді й оцінки в *балах* доцільно записати на дошці.

Якщо в тестованих виникають запитання щодо змісту тверджень тесту, дослідникові потрібно пояснити незрозумілі слова чи смисл усього твердження.

Час для проведення тесту разом з поясненням інструкції – приблизно 35 – 40 хв.

### Текст тесту

1. Я ніколи не довіряю незнайомим людям і не раз переконувався, що маю в цьому рацію.

2. Мені не раз доводилося переконуватися, що дружать із вигоди.

3. Я завжди почуваю себе бадьорим і повним сил. Як правило, настрій у мене добрий.

4. Моє самопочуття дуже залежить від того, як ставляться до мене люди.

5. Мій настрій поліпшується, коли мене залишають самого.

6. Я не можу спокійно спати, якщо вранці треба піднятися у певний час, я надто поміркований, постійно тривожуся й непокоюся про все.

7. Найменші неприємності прикро вражають мене; після засмучення і занепокоєння виникає погане самопочуття.

8. У мене поганий і неспокійний сон, часто бувають болісно-тужливі сновидіння; ранок для мене – найтяжча пора доби.

9. Мій настрій звичайно такий же, як і в людей довкола.

10. За друзями, з якими довелося розлучитися, я довго не сумую і швидко знаходжу нових.

11. Я погано сплю вночі й відчуваю сонливість удень, часто буваю роздратованим.

12. Мій настрій легко змінюється без поважних причин.

13. Тижні доброго самопочуття чергуються в мене з тижнями, коли я почуваюся погано.

14. Я вважаю, що в людини мусить бути велика і серйозна мета, заради якої варто жити.

15. У мене трапляються напади поганого самопочуття з роздратованістю і почуттям нудьги.

16. Я сплю мало, але вранці встаю бадьорим і енергійним.

17. Мій настрій дуже залежить від товариства, в якому я перебуваю.

18. Ніколи не дотримуюся загальної моди, а ношу те, що мені самому сподобалося.

19. Погане самопочуття виникає в мене внаслідок хвилювання й очікування неприємностей.

20. Часто соромлюся їсти при сторонніх людях, я надмірно чутливий.
21. Завжди боюся, що мені не вистачить грошей, і дуже не люблю брати в борг.
22. Я вважаю, що самому не варто виділятися серед інших людей.
23. Я легко знайомлюся.
24. Про свій одяг я мало думаю.
25. У якісь дні я просинаюся веселим і життєрадісним, в інші – без усякої причини з самого ранку пригнічений і сумний.
26. Інколи в мене вовчий апетит, інколи нічого не хочеться їсти.
27. Життя навчило мене не бути надто відвертим навіть із друзями.
28. Сон у мене дуже міцний, але іноді бувають жахливі сновидіння.
29. Я люблю ласощі й делікатеси та ненавиджу заздалегідь розраховувати свої витрати.
30. Мій сон багатий на яскраві сновидіння.
31. Я не можу знайти собі друга до душі й страждаю від того, що мене не розуміють, прагну триматися далі від інших людей.
32. У мене настрій псується від очікування можливих неприємностей, від непевності в собі, від турботи про близьких.
33. Якщо в мене щось позичили, я соромлюся про це нагадати.
34. Мені здається, що інші люди мене зневажають, дивляться на мене з погордою.
35. Перш ніж познайомитись, я завжди хочу дізнатися, що це за людина, що про неї кажуть інші.
36. Я прагну бути з людьми, важко переносю самотність.
37. У майбутньому мене найбільше турбує моє здоров'я; дорікаю батькам, що в дитинстві вони приділяли мало уваги моєму здоров'ю.
38. Я люблю вдягнутися так, щоб личило мені.
39. Інколи я люблю великі товариські компанії, інколи уникаю їх і шукаю самотності.
40. У мене не буває зажури й суму, але може бути розлюченість та гнів.
41. Зради я ніколи не пробачив би.
42. Я легко сходжуся з людьми за будь-яких обставин, охоче знайомлюся, люблю мати багато друзів і тепло ставлюся до них.
43. Я люблю яскравий одяг, що впадає у вічі.
44. Я люблю самотність, свої невдачі я переживаю сам.
45. Я багато разів зважую всі “за” і “проти”, але все ж не відважуюсь ризикнути; можу випереджати інших у міркуваннях, але не в діях.

46. Моя сором'язливість заважає мені познайомитися з тим, з ким хотілося б.

47. Я уникаю нових знайомств, мені не вистачає рішучості у всьому.

48. Намагаюся жити так, щоб інші не могли сказати про мене нічого поганого.

49. Не люблю багато роздумувати про своє майбутнє, тим більше – наперед розраховувати свої витрати.

50. Я почуваюся таким хворим, що мені не до друзів.

51. Інколи до грошей я ставлюся легко, витрачаю їх не задумуючись; інколи боюся залишитися без грошей.

52. Інколи мені добре з людьми, інколи вони набридають мені.

53. Мене приваблює лише те нове, що відповідає моїм принципам та інтересам.

54. Для мене головне, щоб одяг був зручним, охайним і чистим.

55. Я переконаний, що в майбутньому здійсняться мої бажання і плани.

56. Я віддаю перевагу тим друзям, які дуже уважні до мене.

57. Я люблю придумувати нове, все переінакшувати й робити по-своєму, не так як усі.

58. Мене часто непокоїть, що мій костюм не в порядку.

59. Я боюся самотності, проте часто виходить так, що я опиняюся на самоті.

60. Самотнім я почуваю себе спокійніше.

61. Я вважаю, що жодна людина не має відриватися від колективу.

62. Люблю різноманітність і зміни в житті.

63. Товариство людей мене швидко втомлює і дратує.

64. Періоди, коли я не дуже стежу за тим, щоб дотримуватися всіх правил, чергуються з періодами, коли я дорікаю собі за недисциплінованість.

65. Часом я задоволений собою, часом сварю себе за нерішучість і млявість.

66. Я не боюся самотності, свої невдачі переношу сам і ні в кого не шукаю співчуття й допомоги.

67. Я дуже акуратний у грошових справах, засмучуюся і відчуваю прикрість, коли не вистачає грошей.

68. Я люблю зміни в житті – нові враження, нових людей, нове оточення.



69. Я не терплю самотності, завжди прагну бути серед людей; з боку інших найбільше ціную увагу до мене.

70. Я допускаю опіку над собою в повсякденному житті, але не над моїм душевним світом.

71. Я часто довго роздумую над тим, правильно чи ні я щось сказав або зробив стосовно інших.

72. Я часто побоююся, що мене помилково вважатимуть порушником законів.

73. Майбутнє видається мені похмурих і безперспективним, невдачі гнітять мене, і найперше я звинувачую самого себе.

74. Я намагаюся жити так, щоб майбутнє було гарним.

75. При невдачах мені хочеться втекти кудись далеко й не повертатися.

76. Незнайомі люди мене дратують, до знайомих я вже якимось звик.

77. Я легко сварюся, але швидко й мирюся.

78. Періодами я люблю “задавати тон”, бути першим, але деколи це мені набридає.

79. Я певен, що в майбутньому доведу всім свою правоту.

80. Віддаю перевагу раз і назавжди встановленому порядку, мені подобається навчати людей правил і порядку.

81. Я люблю всякі пригоди, навіть небезпечні, охоче йду на ризик.

82. Пригоди й ризик приваблюють мене, якщо в них мені дістається перша роль.

83. Я люблю опікувати тих, хто мені подобається.

84. На самоті я розмірковую чи розмовляю з уявним співбесідником, мимоволі думаю про можливі неприємності та біди, які можуть трапитися в майбутньому.

85. Нове мене приваблює, але водночас непокоїть і тривожить; невдачі доводять мене до відчаю.

86. Я боюся змін у житті, нова обстановка мене лякає.

87. Я охоче наслідую авторитетних людей.

88. Одним людям я підкоряюся, іншими керую сам.

89. Я охоче вислуховую ті поради, які стосуються мого здоров'я.

90. Трапляється, що зовсім незнайома людина відразу викликає в мені довіру й симпатію.

91. Деколи моє майбутнє видається мені світлим, деколи – похмурих.

92. Завжди трапляються люди, які слухаються мене й визнають мій авторитет.

93. Якщо в моїх невдачах хтось винен, я не залишаю його безкарним.
94. Я вважаю, що для цікавої і привабливої справи всякі правила й закони можна обійти.
95. Я люблю бути першим, щоб мене наслідували, йшли за мною інші.
96. Я не прислухаюся до заперечень і критики, завжди думаю і роблю по-своєму.
97. Коли трапляється невдача, я завжди шукаю, що я зробив неправильно.
98. Маленьким я був уразливою і чутливою дитиною.
99. Мені не подобається керувати людьми, відповідальність мене лякає.
100. Вважаю, що нічим не відрізняюся від більшості людей.
101. Мені не вистачає посидючості й терпіння.
102. Нове мене приваблює, але часто швидко втомлює і набридає; мені не до пригод.
103. У хороші хвилини я задоволений собою, у хвилини поганого настрою мені здається, що бракує позитивних якостей.
104. Деколи я легко переношу зміни у своєму житті й навіть люблю їх, але часом їх побоююсь й уникаю.

### **Результати тестування розшифровуються так:**

1. Підраховується сума балів у кожній вертикальній колонці, наприклад, сума балів, поставлених дитиною у клітинках під №1, 14, 27, 40, 53, 66, 79, 92. Визначаючи суму, слід враховувати знак “+” чи “-”. Сума балів кожної колонки має діапазон від +16 (якщо всі вісім тверджень оцінено тестованим +2, тобто “цілком правильно”) до -16 (якщо всі твердження оцінено -2, тобто “зовсім неправильно”).

2. Розкодовується найменування зашифрованих у вертикальних колонках типів характеру:

- I (1, 14, 27, 40, 53, 66, 79, 92) параноїк,
- II (2, 15, 28, 41, 54, 67, 80, 93) епілептоїд,
- III (3, 16, 29, 42, 55, 68, 81, 94) гіпертим,
- IV (4, 17, 30, 43, 56, 69, 82, 95) істероїд,
- V (5, 18, 31, 44, 57, 70, 83, 96) шизоїд,
- VI (6, 19, 32, 45, 58, 71, 84, 97) психастеноїд,
- VII (7, 20, 33, 46, 59, 72, 85, 98) сенситив,
- VIII (8, 21, 34, 47, 60, 73, 86, 99) гіпотим,
- IX (9, 22, 35, 48, 61, 74, 87, 100) конформний тип,

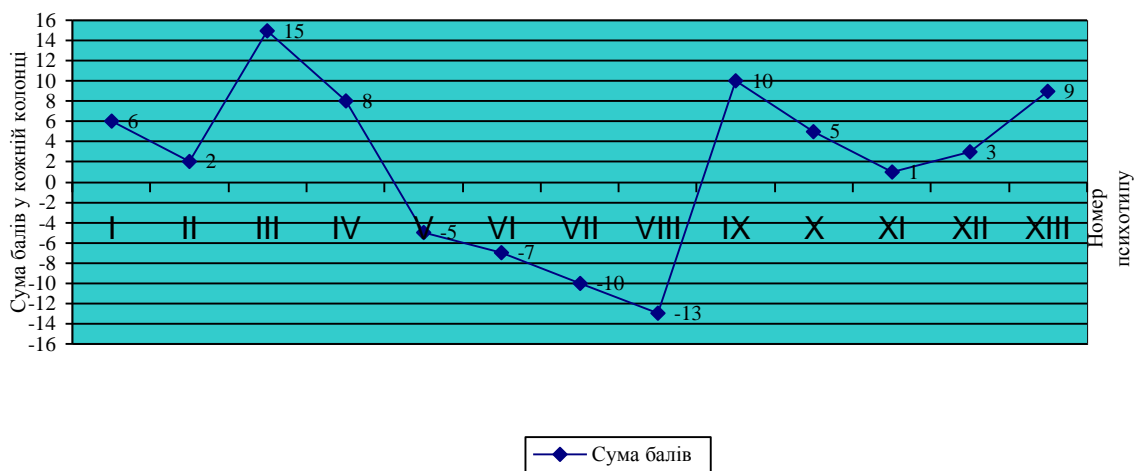
X (10, 23, 36, 49, 62, 75, 88, 101)	нестійкий тип,
XI (11, 24, 37, 50, 63, 76, 89, 102)	астенік,
XII (12, 25, 38, 51, 64, 77, 90, 103)	лабільний тип,
XIII (13, 26, 39, 52, 65, 78, 91, 104)	циклоїд.

3. Визначається ступінь вираженості кожного з психотипів за допомогою побудови графіка “Рисунок особистості”. Наведемо приклад побудови графіка на підставі розшифрування результатів тестування одного з підлітків.

Номер психотипу		I	II	V		I	II	III	X		I	II	III
Сума балів у кожній колонці	6	2	15	8	5	7	10	13	10	5	1	4	9

Якщо крива не виходить за межі точок +10 і -10, то це означає, що психотип перебуває в межах звичайного рисунка особистості (ці точки прийняті спеціалістами за нормативні).

Графік "Рисунок особистості"



Якщо крива виходить за межі точки +10, то це означає, що якийсь психотип у тестованого проявляється найяскравіше.

Якщо ж одна чи кілька точок перебувають за межами точки -10, то це означає, що в тестованого проявляється антитип, тобто риси, властиві людині з протилежним характером. У нашому випадку в підлітка найбільш яскраво проявляються риси гіпертима (точка +15, що відповідає психотипу III, зрозміщена вище 10 лінії) і антигіпотима (точка -13, яка відповідає психотипу VIII, – нижче -10 лінії).

Не слід забувати про те, що багато людей – неакцентовані особистості, тобто в них у рисунку особистості немає помітних “виступів”.

**Тест смисложиттєвих орієнтацій (ТСО)**

Тест смисложиттєвих орієнтацій є адаптованою версією тесту “Ціль у житті” (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо і Леонарда Махелика. Методика була розроблена авторами на основі теорії прагнення до змісту і логотерапії Віктора Франкла (Франкл, 1990) і переслідувала ціль емпіричної валідації ряду представлень з цієї теорії, зокрема представлень про екзистенціальний вакуум і ноогенні неврози. Суть цих уявлень полягає в тім, що невдача в пошуку людиною змісту свого життя (екзистенціальна фрустрація) і відчуття втрати, що випливає з її змісту (екзистенціальний вакуум), є причиною особливого класу щиросердечних захворювань – ноогенних неврозів, що відрізняються від раніше описаних видів неврозів. Спочатку автори прагнули показати, що а) методика вимірює саме ступінь “екзистенціального вакууму” у термінах Франкла; б) останнє характерно для психічно хворих і в) він не тотожний просто психічній патології (Crambaugh, Mahotick, 1964, p.201). “Ціль у житті”, що діагностує методика, автори визначають як переживання індивідом онтологічної значимості життя (там само).

Оригінальна методика в її остаточному варіанті складається з 20 шкал, кожна з яких являє собою твердження з закінченням, що роздвоюється: два протилежних варіанти закінчення задають полюси оцінної шкали, між якими можливі сім градацій переваги.

Обстеженим пропонується вибрати найбільш придатну із семи градацій і підкреслити чи обвести відповідну цифру. Обробка результатів полягає у підсумовуванні числових значень для всіх 20 шкал і перекладу сумарного балу в стандартні значення (процентилі). Висхідна послідовність градацій (від 1 до 7) чергується у випадковому порядку зі спадної (від 7 до 1), причому максимальний бал (7) завжди відповідає полюсу наявності мети в житті, а мінімальний бал (1) – полюсу її відсутності.

Поряд з описаною вище формалізованою частиною А тест Крамбо і Махелика містить також частини В і С. Частина В складається з 13 незакінчених пропозицій щодо теми змісту і безглуздості життя, а в частині 3 обстежуваному пропонується викласти коротко, але конкретно, його устремління і цілі в житті, а також розповісти, наскільки успішно ці устремління і цілі реалізуються. Автори тесту підкреслюють, що частини В і С не потрібні для більшості досліджень, однак дуже корисні при індивідуальній роботі в клініці за

умови, що їх оцінює психіатр, клінічний чи консультуючий психолог (Crumbaugh, Maholick, 1981).

*Інструкція:* Вам будуть запропоновані пари протилежних тверджень. Ваше завдання – вибрати одне з двох тверджень, що, на Вашу думку, більше відповідає дійсності, і відзначити одну з цифр 1, 2, 3 залежно від того, наскільки Ви впевнені у виборі (чи 0, якщо обидва твердження, на Ваш погляд, однаково правильні).

1. Зазвичай мені дуже нудно	3 2 1 0 1 2 3	Зазвичай я повний енергії
2. Життя здається мені завжди хвилюючим і захоплюючим	3 2 1 0 1 2 3	Життя здається мені зовсім спокійним і рутинним
3. У житті я не маю визначених цілей і намірів	3 2 1 0 1 2 3	У житті я маю дуже ясні цілі і наміри
4. Моє життя видається мені вкрай безглуздим і безцільним	3 2 1 0 1 2 3	Моє життя видається мені цілком осмисленим і цілеспрямованим
5. Щодень здається мені завжди новим і несхожим на інші	3 2 1 0 1 2 3	Щодень здається мені цілком схожим на всі інші
6. Коли я піду на пенсію, то займуся цікавими речами, якими завжди мріяв зайнятися	3 2 1 0 1 2 3	Коли я піду на пенсію, я намагатимусь не обтяжувати себе ніякими турботами
7. Моє життя склалося саме так, як я мріяв	3 2 1 0 1 2 3	Моє життя склалося зовсім не так, як я мріяв
8. Я не домогся успіхів у здійсненні своїх життєвих планів	3 2 1 0 1 2 3	Я здійснив багато чого з того, що було мною заплановане в житті
9. Моє життя порожнє і нецікаве	3 2 1 0 1 2 3	Моє життя наповнене цікавими справами
10. Якби мені довелося	3 2 1 0 1 2 3	Якби мені довелося сто-

підбивати сьогодні підсумок мого життя, то я б сказав, що вона була цілком осмисленим		годні підбивати підсумок мого життя, то я б сказав, що воно не мало змісту
11. Якби я міг вибирати, то я б побудував своє життя зовсім інакше	3 2 1 0 1 2 3	Якби я міг вибирати, то я б прожив життя ще раз так само, як живу зараз
12. Коли я дивлюся на навколишній світ, він часто приводить мене в розгубленість і занепокоєння	3 2 1 0 1 2 3	Коли я дивлюся на навколишній світ, він зовсім не викликає у мене зачепокення і розгубленості
13. Я людина дуже обов'язкова	3 2 1 0 1 2 3	Я людина зовсім не обов'язкова
14. Я думаю, що людина має можливість здійснити свій життєвий вибір за своїм бажанням	3 2 1 0 1 2 3	Я думаю, що людина позбавлена можливості вибирати через вплив природних здібностей і обставин
15. Я можу назвати себе цілеспрямованою людиною	3 2 1 0 1 2 3	Я не можу назвати себе цілеспрямованою людиною
16. У житті я ще не знайшов свого покликання і ясних цілей	3 2 1 0 1 2 3	У житті я знайшов своє покликання до мети
17. Мої життєві погляди ще не визначилися	3 2 1 0 1 2 3	Мої життєві погляди цілком визначилися
18. Я вважаю, що мені вдалося знайти покликання і цікаві цілі в житті	3 2 1 0 1 2 3	Я навряд чи здатний знайти покликання і цікаві цілі в житті
19. Моє життя – в моїх руках, і я сам керую ним	3 2 1 0 1 2 3	Моє життя не підвладне мені і воно керується зовнішніми подіями

20. Мої повсякденні справи мене задовільняють	3 2 1 0 1 2 3	Мої повсякденні справи призводять до суцільних неприємностей та переживань
---	---------------	--

### КЛЮЧІ ШКАЛ ТЕСТУ СЖО

Для підрахунку балів необхідно перевести відзначені випробуванням позиції на симетричній шкалі 3 2 1 0 1 2 3 в оцінки за висхідною чи спадною асиметричною шкалою за таким правилом:

– у висхідну шкалу 1234567 переводяться пункти 1, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 16, 17;

– у спадну шкалу 7654321 переводяться пункти 2, 5, 6, 7, 10, 13, 14, 15, 18, 19, 20. От приклад перекладу відповідей на перші п'ять пунктів тесту оцінки за асиметричною шкалою:

1. 3 2 1 0 1 2 3 -> 3

2. 3 2 1 0 1 2 3 -> 1

3. 3 2 1 0 1 2 3 -> 4

4. 3 2 1 0 1 2 3 -> 5

5. 3 2 1 0 1 2 3 -> 2

Після цього сумуються бали асиметричних шкал, що відповідають позиціям, відзначеним випробуванням.

Загальний показник ОЖ – усі 20 пунктів тесту;

Субшкала 1 (Цілі) – пп. 3, 4, 10, 16, 17, 18.

Субшкала 2 (Процес) – пп. 1, 2, 4, 5, 7, 9.

Субшкала 3 (Результат) – пп. 8, 9, 10, 12, 20.

Субшкала 4 (Локус контролю – Я) – пп. 1, 15, 16, 19.

Субшкала 5 (Локус контролю – життя) – пп. 7, 10, 11, 14, 18, 19.

Норми, необхідні для оцінки результатів, наведені в таблиці 1.

Середні і стандартні відхилення субшкал і загального показника ОЖ N

Таблиця 1

Шкала	Чоловіки		Жінки	
	X	$\sigma$	X	$\sigma$
1. Мета	32,90	5,92	29,38	6,24
2. Процес	31,09	4,44	28,80	6,14
3. Результат	25,46	4,30	23,30	4,95
4. ЛК–Я	21,13	3,85	18,58	4,30
5. ЛК–життя	30,14	5,80	28,70	6,10
Загальний показник ОЖ	103,10	15,03	95,76	16,54

## Інтерпретація субшкал

1. *Цілі в житті*. Бали за цією шкалою характеризують наявність чи відсутність у житті обстежуваного цілей у майбутньому, що додають до життя свідомість, спрямованість і тимчасову перспективу. Нижчі бали за цією шкалою навіть при загальному високому рівні ОЖ будуть належати людині, що живе сьогоднішнім чи вчорашнім днем. Разом з тим, високі бали за цією шкалою можуть характеризувати не тільки цілеспрямовану людину, а й прожектера, плани якого не мають реальної опори в сьогоденні і не підкріплюються особистою відповідальністю за їхню реалізацію. Ці два випадки нескладно розрізнити, з огляду на показники за іншими шкалами СЖО.

2. *Процес життя викликає інтерес і емоційну насиченість*. Зміст цієї шкали збігається з відомою теорією про те, що єдиний сенс життя полягає в тому, щоб жити. Цей показник говорить про те, чи сприймає випробуваний сам процес свого життя як цікавий, емоційно насичений і наповнений змістом. Високі бали за цією шкалою і низькі за іншими будуть характеризувати гедоніста, що живе сьогоднішнім днем. Низькі бали, за цією шкалою, – ознака незадоволеності своїм життям у сьогоденні; при цьому, однак, їй можуть додавати повноцінного змісту спогади про минуле чи націленість у майбутнє.

3. *Результативність життя чи задоволеність самореалізацією*. Бали до цієї шкали відбивають оцінку пройденого відрізка життя, відчуття того, наскільки продуктивною і осмисленою була прожита її частина. Високі бали за цією шкалою і низькі за іншими будуть характеризувати людину, що доживає своє життя, в якого все у минулому, але минуле здатне додати зміст решти життя. Низькі бали – незадоволеність прожитою частиною життя.

4. *Локус контролю–Я (Я–господар життя)*. Високі бали відповідають уявленню про себе, як про сильну особистість, що володіє достатньою волею вибору, щоб побудувати своє життя відповідно до своїх цілей і уявлень про його зміст. Низькі бали – невіра у свої сили контролювати події власного життя.

5. *Локус контролю – життя чи керованість життям*. При високих балах – переконання в тім, що людині дано контролювати своє життя, вільно приймати рішення і втілювати їх у життя. Низькі бали – фаталізм, переконаність у тім, що життя людини непідвладне свідомому контролю, що воля вибору ілюзорна, і безглуздо що-небудь загадувати на майбутнє.



**Карта ризику суїцидальності  
(автор Н. Конончук)**

1. Дані анамнезу.
2. Вік першої суїцидальної спроби – до 20 років.
3. Раніше була вчинена суїцидальна спроба “особливо небезпечно” – не раніше, ніж рік тому).
4. Суїцидальні спроби у родичів.
5. Розлучення або смерть одного з батьків (до 18 років).
6. Нестача тепла у сім’ї в дитинстві або юності.
7. Повна або часткова бездоглядність у дитинстві.
8. Початок статевого життя до 20 років.
9. Надання великого значення в системі цінностей інтимним стосункам.
10. Недостатнє значення виробничої сфери в системі цінностей.
11. Наявність в анамнезі розлучення (власного).
12. Актуальна конфліктна ситуація.
13. Ситуація невизначеності, очікування.
14. Конфлікт у любовних чи подружніх стосунках.
15. Тривалі конфлікти.
16. Подібний конфлікт був раніше.
17. Конфлікт, обтяжений неприємностями в інших сферах життя.
18. Суб’єктивне почуття нездоланності конфліктної ситуації.
19. Почуття образи, жалю до себе.
20. Відчуття втоми, безсилля.
21. Суїцидальні висловлювання, погрози.
22. Характеристика особистості.
23. Емоційна лабільність.
24. Імпульсивність.
25. Емоційна залежність, необхідність надто близьких емоційних контактів.
26. Довірливість.
27. Емоційна в’язкість.
28. Хворобливе самолюбство.
29. Самостійність, незалежність у прийнятті рішень.

## ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

### А

Автоматичне самогубство 48  
Аксіологічна корекція 151, 152, 182  
Акцентуації 104, 115, 116, 174, 236  
Альтруїзм 20, 54  
Альтруїстичне самогубство 20, 56, 57, 217  
Альтруїстичний суїцид 56, 57  
Амбівалентність 28, 49, 72, 78, 146, 155, 160  
Аналітичний постсуїцидальний стан 186  
Анамнез 81, 123, 136, 158, 162, 249  
Анемічне самогубство 20, 59  
Анемічний суїцид 59  
Аутоагресія 10, 216, 218  
Аутоагресивна поведінка 17, 162, 227  
Аутогенне тренування 174, 183  
Афект 19, 35, 57, 86, 154, 162, 163  
Афектація 46  
Афективна демонстрація 18, 23  
Афективна поведінка 18, 22  
Афективна суїцидальна поведінка 19, 145  
Афективно-невропатичне самогубство 47, 48

### Б

Біхевіоральна психотерапія 173

### В

Вектори суїциду 22  
Внутрішній конфлікт 24, 25, 196

### Г

Галюцинації 34, 45  
Гештальттерапія 172  
Гіперактивність 87  
Глибинні мотиви 21  
Гнів 20, 21, 28, 31, 32, 33, 35, 87, 121, 144, 196

### Д

Девіантна поведінка 113  
Дезадаптація 119, 216  
Делінквентність 104  
Демонстративна суїцидальна поведінка 18, 145  
Демонстративність 18

Депресія 29, 36, 83, 118, 121, 146, 219  
Депривація 117, 173  
Деструктивні переживання 198  
Деформація особистості 110  
Дискурс 40  
Дистимічні реакції 26  
Душевні захворювання 68

## **Е**

Евтаназія 76  
Егоїстичне самогубство 19, 56  
Ейфоричний стан 40  
Ейфорія 17, 26  
Екзистенційно-гуманістична терапія 37  
Екзистенція 41  
Екстремальність 16, 108, 125  
Емоційна незрілість 84, 217  
Емоційні розлади 109  
Етап суїцидальних дій 71  
Етап суїцидальних тенденцій 71  
Етап постсуїциальної кризи 72  
Ефект Вертера 23

## **Ж**

Життєва криза 25, 87, 95  
Життєвий шлях 97, 106  
Життєтворення 10

## **З**

Завершений суїцид 26, 51, 71  
Задум 18  
Замкнутість 24, 120  
Захисний механізм 22  
Зцілення 8

## **И(І)**

Індукований ПТСР 43  
Інстинкт 20, 43  
Інстинкт життя (“Libido”) 20, 43  
Інстинкт смерті (“Tanatos”) 20, 43  
Інтеграція 53, 54, 55, 56

Інтровертована агресія *12*  
Інтроект *22*  
Інтроективний вектор *22*  
Істинна суїцидальна поведінка *19*  
Інфантильність *106*

## **К**

Когнітивна психотерапія *151, 152, 182*  
Когнітивні процеси *45*  
Комплекс *16, 90*  
Комплекс неповноцінності *21*  
Контракт *28, 34*  
Концепція *16, 25*  
Конфлюентний вектор *23*  
Конфлюенція *22*  
Кризова ситуація *151, 152, 182, 197*  
Кризова психотерапія *151, 152, 182, 197*  
Критичний постсуїцидальний стан *185*

## **Л**

Лібідо *43, 112*  
Лідер *101, 102, 112, 143*

## **М**

Маніакальне самогубство *47*  
Маніпулятивний постсуїцидальний стан *185*  
Менталітет *14*  
Модель поведінки *27*  
Мотивація *41, 42, 52, 54, 56, 57*  
Мотиви *15, 18, 21, 23, 39, 40, 44, 48, 63, 70*

## **Н**

Нав'язливий стан *55*  
Намір *70, 71, 72, 75, 76, 83, 121, 122, 134, 135, 145, 146*  
Нарцисизм *21*  
Невротизація *46*  
Несуїцидальна аутоагресивна поведінка *17*  
НЛП *43, 175*

## **П**

Парасуїцид *18*  
Передсмертні послання *45, 46, 47*  
Поведінковий патерн *87*

Покинутість 37  
Посттравматичний стресовий розлад 27, 33, 34, 35, 36, 37, 38  
Похилий вік 95  
Почуття провини 18, 28, 29, 31, 33, 35, 37  
Превенція 154, 193, 218  
Пригнічення 100, 117  
Проективний вектор 22  
Прощання 31, 139  
Прояснення 8, 163, 181  
Психічне здоров'я 12, 25, 217  
Психодрама 174  
Психопатизація 46  
Психопатологічне самогубство 48, 64  
Психопатологія 85, 115, 218  
Психотравма 26, 43  
ПТСР-терапія 38  
ПТСР-синдром 38

## Р

Раціоналізація 55  
Раціональна психотерапія 42, 172  
Ретрофлексивний вектор 22  
Ретрофлексія 22  
Референтна група 106  
Ризикована поведінка 49

## С

Самогубство 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 29, 30, 31, 36, 45, 48, 49, 51,  
52, 63, 64, 71, 74, 75, 77, 83, 86, 94, 103, 116, 122, 133,  
145, 154, 193, 200, 218  
Самознищення 9, 14, 15, 17, 22, 23, 43  
Самотність 6, 28, 37, 70, 99, 122, 172, 182, 239  
Сенс життя 11, 12, 25, 169, 248  
Системна сімейна психотерапія 175  
Сором 8, 27, 28, 29, 31, 70, 99, 136, 170  
Соціологічна суїцидологія 19  
Страх 25, 28, 29, 30, 33, 34, 38, 44, 46, 55, 57, 64, 69, 70, 77, 79, 85, 87,  
88, 90, 99  
Стрес 98, 113, 146, 157  
Суїцид 9, 17, 25, 29, 38, 44, 48, 49, 51, 52, 63, 184

Суїцид еквівалент *16, 17*  
Суїцидальна інтервенція *155, 156*  
Суїцидальна поведінка *8, 17, 18, 19, 58, 64, 71, 89, 135, 175*  
Суїцидальна превенція *154, 193*  
Суїцидальна спроба *18, 51, 119, 163, 169*  
Суїцидальний намір *19*  
Суїцидальні думки *18, 59*  
Суїцидальні задуми *18, 59*  
Суїцидальні тенденції *17, 18, 66, 67, 71, 73, 76, 171, 178*  
Суїцидально-фіксований постсуїцидальний стан *186*  
Суїцидент *10, 11, 14, 20, 21, 22, 26, 29, 30, 31, 35, 39, 46, 47, 49, 55, 75, 83, 121, 125, 132, 145, 150, 156, 160, 169, 180, 182, 190, 191, 193*  
Суїцидологія *19,40*

## **Т**

Танатос *43*  
Текст-доказ *47*  
Текст-заповіт *47*  
Тенденція *47, 66, 67, 69, 73, 76, 117, 132*  
Технологія попередження *28*  
Толерантність *29*  
Травматичний стрес *33*  
Травматичні ситуації *33*  
Трансформація почуттів *36*  
Трансцендер *44*

## **У**

Установки *152, 173*  
Ушкодження *17*

## **Ф**

Фаза амбівалентності *70*  
Фаза обдумування *70*  
Фаза суїцидальної спроби *70*  
Фактор ризику *81*  
Фатальність *8*  
Феномен *6, 18, 22, 50, 111, 186*  
Фрустрація *103, 171, 196, 206, 244*

## **Х**

Хвилі емоцій *28*  
Хибна товарицькість *114*

## Ц

Циклоїдний тип *132*

Цінності *18, 22, 25, 32, 64, 71, 73, 74, 106, 156, 166, 182*

Ціннісні орієнтації *59, 181*

## Ч

Чинники *7, 17, 25, 36, 41, 68, 73, 84, 85, 86, 95, 107, 133*

## Ш

Шизоїд *132*

## ПОКАЖЧИК ІМЕН

### А

Агадзе Н. 150  
Адлер А. 21  
Айзенк Г. 151  
Аквінський Ф. 10  
Амбрумова А. 64, 151, 152, 153, 161, 162  
Ананьєв Б. 96  
Анциферова Л. 95, 98  
Арістотель 6  
Афонін Е. 100, 115

### Б

Баженов Н. 46  
Бергман А. 42  
Бердяєв М. 10, 12  
Бехтерев В. 82  
Блаженний Августин 10  
Божович Л. 198  
Бондаренко О. 176  
Бородін С. 6  
Булацель П. 16  
Буленко Т. 119

### В

Вайзер Г. 97  
Васильєв В. 140, 143  
Вітер В. 102  
Водоп'янова Н. 234  
Войцех В. 6, 153  
Вроно Е. 6, 85, 89

### Г

Галін А. 196  
Ганнушкін А. 47  
Гете І. 67  
Глетчер Д. 63  
Гордон Г. 46  
Горін С. 195  
Гроллман Е. 38

### Д

Джексон С. 234



Достоевський М. 11  
Дудін С. 100, 104  
Дюркгейм Е. 16, 19, 20, 22, 23, 42, 47, 52, 53, 55, 56, 58, 59, 60  
Дяченко М. 100

## Е

Еріксон Е. 98

## Є

Єнікеєв М. 143

## Ж

Жмуров В. 178

## З

Залевський Г. 144

Зотов М. 174

## І

Ісаєв Д. 170

## К

Камю А. 11

Кант І. 11

Кеворкян Дж. 65

Кирилін В. 100, 110

Ковальов О. 6, 142, 145

Комаров О. 202

Кондратьєва Я. 143

Коні А. 65, 67

Конончук Н. 219

Корольов З. 186

Короленко І. 151

Корсаков С. 46

Крайтман Н. 50

Крамбо Дж. 244

Крамер Г. 36

Крепелін Е. 16

Кричевський Р. 100

Кузьмін Е. 100, 105

Куракін А. 150

## Л

Лайхен М. 174

Ларивеч В. 152

Лафрі Г. 35

Леонгард К. 236  
Ліндеман Е. 197  
Літман Р. 49  
Лічко О. 18  
Лукас К. 2, 28

## М

Маслач К. 234  
Маслюк С. 106, 114  
Махолик Л. 244  
Мелентьев М. 143  
Меннінгер К. 21, 23, 50  
Меркле Р. 177  
Михлін А. 208  
Мішина Т. 85  
Морено Дж. 194  
Морогін В. 144  
Моховиков О. 6, 14, 22, 23, 84  
Муздибаєв К. 96  
Мушинський В. 71

## Н

Норрінгер К. 50  
Ніцше Ф. 11

## О

Олексенко О. 236  
Осгуд Ч. 39

## П

Перевалов В. 100, 102  
Петроній 9  
Петрукович В. 174  
Пилягіна Г. 150, 153  
Пінель П. 16  
Платон 9, 61  
Поляєв А. 196, 210  
Попов І. 17  
Прийменко В. 81  
Прозоров Л. 17  
Процик В. 150

## Р

Ратинова О. 85  
Робінсон Д. 63

Роджерс К. *151*

Розен А. *50*

## С

Самохіна Т. *205*

Сейден Г. *27, 28*

Семикіна Т. *103*

Сенека *9*

Силяхіна В. *69, 70, 74, 80*

Сікорський І. *46, 82*

Слободянюк І. *236*

Сократ *9*

Сохань Л. *176*

Спілбергер Ч. *151*

Старшенбаум Г. *152, 162*

Сулицький В. *6, 202*

Суслов Е. *142, 145*

Суханов С. *46*

## Т

Тарабріна Н. *27, 34*

Тимонін М. *142, 145*

Титаренко Т. *25*

Тихоненко В. *151, 153, 161*

Тищенко А. *6, 43*

Трусова С. *84, 87*

Тьорнер Б. *201*

## У

Уолкер Г. *39*

## Ф

Фальре Ж. *16*

Фарбер Н. *26*

Фарбероу Н. *35, 49*

Франкл В. *12, 93, 152, 244*

Фредман Н. *176*

Фрейд З. *20, 94*

## Х

Хазратова Н. *89, 94*

Ханін Ю. *151*

Хасан Р. *65*

Хензелер Х. *167*

Холодова О. 236

## Ч

Чижевський А. 60

Чуприков А. 153, 161

## Ш

Шерман Р. 176

Шерстньов К. 170

Шнейдер Л. 184

Шнейдман З. 151

Шнейдман Е. 26

Шопенгауер А. 11

Шорт Г. 201

## Ю

Юм Д. 62

Юрчук О. 40

## Я

Яковенко С. 6

Ярмиш Н. 6

Навчальне видання

**Р. П. Федоренко**

## **ПСИХОЛОГІЯ СУЇЦИДУ**

*Навчальний посібник*

Редактор *В. С. Голюк*  
Коректор  
Верстання *Ю. І. Поліщук*

Підп. до друку 00.00.2011. Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Папір офс. Гарн. Таймс. Друк цифровий. Обсяг 15,11 ум. друк. арк., 15,03 обл.-вид. арк. Наклад 000 пр. Зам. 0000. Видавець і виготовлювач – Волинський національний університет ім. Лесі Українки (43025, м. Луцьк, просп. Волі, 13). Свідоцтво Держ. комітету телебачення та радіомовлення України ДК № 3156 від 04.04.2008 р.