

**ДЗ «ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ К. Д. УШИНСЬКОГО»**



**Соціально-гуманітарний факультет
Кафедра теорії та методики практичної психології**

**НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК
ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ ТА САМОСТІЙНОЇ
РОБОТИ
для здобувачів першого (бакалаврського)
освітнього рівня з дисципліни
«СУЇЦИДОЛОГІЯ»
ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 053 ПСИХОЛОГІЯ**

Рекомендовано до друку за рішенням вченої ради Державного закладу «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського» (протокол № 12 від 27 березня 2025 р.)

Рецензенти:

Асєєва Ю.О. – Академік НАН ВО України, доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри мовної та психолого-педагогічної підготовки Одеського національного економічного університету.

Хмель Н.Д. – кандидат психологічних наук, доцент кафедри кіберпсихології та реабілітації Державного університету інтелектуальних технологій та зв'язку

Навчальний посібник до практичних занять та самостійної роботи для здобувачів першого (бакалаврського) освітнього рівня з дисципліни «Суїцидології» спеціальності 053 «Психологія» / Поспелова І. Д., Сидоренко К. В., Одеса. Університет Ушинського. 2025. 96 с.

Навчальний посібник складено відповідно до листа Міністерства освіти і науки України від 09.07.2018 року № 1/9-434 «Щодо рекомендацій з навчально-методичного забезпечення» і містять вступ, матеріали щодо забезпечення засвоєння матеріалів практичних занять з дисципліни «Суїцидології», список літератури, додатки.

Призначений для здобувачів першого (бакалаврського) освітнього рівня вищої освіти спеціальності 053 «Психологія».

ЗМІСТ

Передмова.....	4
Актуалізація.....	4

МОДУЛЬ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СУЇЦИДОЛОГІЇ..... 7

1.1. Основні поняття курсу.....	7
1.2. Філософський аспект дослідження суїциду.....	8
1.3. Історичний аспект проблеми суїциду.....	10
1.4. Сьогодення. Право та гарантії людини на життя.....	18
1.5. Основні концепції та підходи в суїцидології.....	20
1.5.1. Репресивний підхід.....	20
1.5.2. Нейрохімічна гіпотеза.....	20
1.5.3. Анатомо-антропологічна модель.....	21
1.5.4. Генетична гіпотеза.....	21
1.5.5. Психоеволюційна концепція.....	21
1.5.6. Холістичний підхід.....	23
1.5.7. Медична модель.....	32
1.5.8. Соціологічна модель.....	35
1.5.9. Тифоаналітична концепція та концепція авітальної активності...	39

МОДУЛЬ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ЇЇ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ТЕРАПІЇ..... 39

2.1. Психологічні особливості суїцидальної поведінки та її сенс.....	39
2.2. Основні напрями профілактики та попередження суїцидальної поведінки.....	44
2.3. Динаміка розвитку та шляхи самогубств (особовий підхід).....	46
2.3.1. Аутоагресія як форма деструктивної поведінки.....	46
2.3.2. Періоди у скоєнні суїциду.....	48
2.3.3. Досуїцидальний період	48
2.3.4. Пресуїцидальний період	59
2.3.5. Період реалізації суїцидальних задумів	62
2.3.6. Постсуїцидальний період.....	63

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....75

ДОДАТКИ.....77

Передмова

Мета навчальної дисципліни «Суїцидологія» полягає в формуванні в свідомості здобувачів теоретичних знань в рамках суїцидології та кризової терапії та формуванні мотивації щодо використання набутих знань у професійній діяльності.

Передумови для вивчення дисципліни. Навчальна дисципліна «Суїцидологія» вивчається на основі теоретичних знань і практичних умінь, що студенти засвоїли із передбачених програмою базових курсів «Загальна психологія», «Вікова психологія», «Психологія сім'ї», «Диференціальна психологія».

Очікувані результати вивчення дисципліни. Унаслідок вивчення навчальної дисципліни студенти мають

Знати:

- 1) термінологію та категоріальний апарат дисципліни;
- 2) сутність та особливості організаційних аспектів суїцидології;
- 3) сутність та особливості методичних аспектів суїцидології;
- 4) особливості суїцидонебезпечних реакцій дезадаптації особистості;
- 5) стратегії кризового консультування клієнта.

Уміти:

- 1) проаналізувати клінічні суїцидальні випадки;
- 2) дати оцінку суїцидального ризику;
- 3) надати першу необхідну – *комунікативну* – допомогу особі, що належить до групи суїцидального ризику, в разі необхідності;
- 4) використовувати накопичені на практичних заняттях уміння та навички роботи при спілкуванні з людьми, що потребують допомоги, опинившись в скрутних життєвих обставинах.

Міждисциплінарні зв'язки: «Філософія», «Загальна психологія», «Вступ до фаху», «Анатомія і фізіологія людини», «Психофізіологія», «Вікова психологія», «Експериментальна психологія».

Актуалізація.

Право на життя становить основу всіх прав людини. Стаття 27 Конституції України закріплює невід'ємне право кожної особи на життя: «ніхто не може бути свавільно позбавлений життя. Обов'язок держави — захищати життя людини». Дане положення Конституції відповідає і нормам міжнародного права, так, Європейська Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод у ст. 2 закріплює право кожної особи на життя.

На жаль, динаміка зменшення населення в Україні, що була у 2016 році зберігається в 2020, по даним ВОЗ смертність значно перевищує народжуваність (мал.1,2). В Україні смерть від суїциду займає друге місце після природної смерті і смерті внаслідок зовнішніх причин. В офіційну статистику самогубств потрапляють тільки летальні випадки. Число реальних самогубств, і тим більше спроб, значно перевершує офіційні цифри.

Останнім часом в Україні спостерігається тривожна тенденція збільшення числа підліткових самогубств. Згідно з даними Єдиного реєстру досудових розслідувань України, у 2020 році 123 підлітки вчинили самогубство, а протягом перших трьох місяців 2021 року 101 дитина здійснила суїцид або його спробу.

Більшість осіб, які вчинили самогубство, – підлітки у віці до 14 років. Експерти також зазначають, що спроби найчастіше скоюють молоді люди віком від 14 до 29 років.

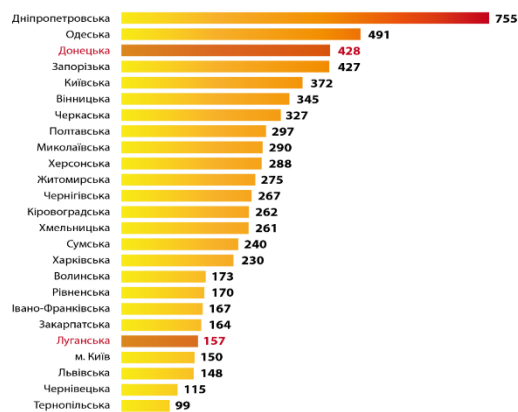
За результатами соціально-психологічних досліджень:

- 27,2% дітей віком 10–17 років іноді втрачають бажання жити;
- 17,8% вважають, що вони нікому не потрібні;
- 25,5% не завжди можуть розраховувати на допомогу близької людини;
- 51,9% не в змозі стриматися в ситуації конфлікту.

Де в Україні скоїли найбільше самогубств у 2020 році



Кількість померлих від навмисних самоушкоджень в Україні та регіонах у 2016 році*



* Без тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини зони проведення антитерористичної операції

РЕАЛЬНА
ГАЗЕТА

Малюнок 1

Діти – це найбільш цінна для України і, водночас, уразлива категорія. Саме до дітей можа віднести сучасні причини можливих випадків смерті – ризиковані практики - паркур, руфінг і зачепінг та тому подібне. Цікава гіпотеза видору таких видів розваг – таксоплазмоз, що провокує зміну поведінки на небезпечну. **Паркур** — екстремальний вид спорту та відпочинку, подолання фізичних перешкод через пристосування рухів до навколишнього середовища. На фото 1 та 2 під текстом останній кадр трейсера –руфінгіста Павла Кашина, паркур-ентузіаста, що загинув, коли хотів виконати назад сальто і впав з шістнадцятого поверху. **Руфінг** поділяють на такі види: «тихий» руфінг – відвідування дахів для естетичного задоволення, аби помилуватися пейзажами, які відкриваються з висоти. Зазвичай супроводжується фотографуванням, малюванням тощо; екстремальний руфінг – сходження на дах із використанням пожежних сходів/драбин, водостічних труб, уступів тощо з метою потрапляння на зачинений дах іззовні; арт-руфінг – руфінг із метою проведення творчих заходів – поетичних чи інших концертних, створення об'єктів, подібних до стилю стріт-арт (мал. 3,4,5,6).

В Україні **зачепінг** на залізницях загального користування карається штрафом у розмірі від семи до п'ятнадцяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян відповідно до статті 109 Кодексу України про адміністративні правопорушення (мал. 7). Кількість дітей, які намагаються покінчити з собою збільшилася в рази. Одна з причин – групи смерті. Групи смерті були запущені масово приблизно в один час, в періоди активних фаз війни на Донбасі, коли в навколишньому житті підлітків мало що радувало. Є підстави вважати, що одна з цілей вказаних груп – наносити шкоду саме українським дітям ще й таким шляхом: через заклики до суїциду майбутнього української нації. Механізм впливу такий, що модератори груп смерті долучають підлітків до так званої гри, дають різноманітні завдання, які потрібно виконувати і підкріплювати відеозаписами. Кінцевим завданням є самогубство. Провокацією подібних вчинків є те, що підлітки скаржаться на відсутність майбутнього, не знаходження свого місця в суспільстві, неможливістю займатися чимось, коли виростуть. Додає можливостей такому явищу відсутність довірливих відносин в підлітковому віці з батьками. В перший період набуває популярності новий підлітковий рух в месенджерах та групах, де діти залучаються до насильства.

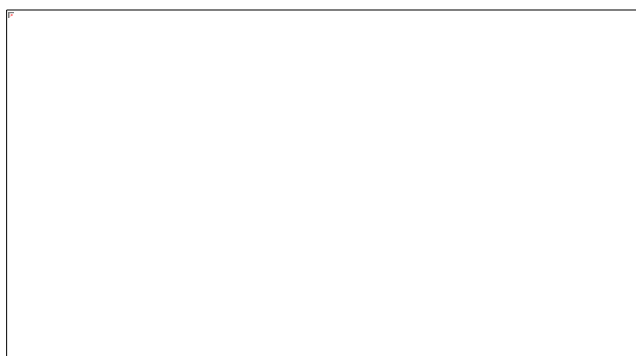
Наприкінці лютого 2023 року у росії почали влаштовувати масові бійки підлітків-неформали, які називали себе "ПВК Редан" Ця субкультура виникла в соцмережах. Вона натхненна аніме-серіалом «Hunter x Hunter», у якому є бандитське угруповання під назвою "Редан". Символи цієї «ПВК» - чорний колір, павуки та цифра 4. У росії почалися масові бійки, бо таке самовираження було не всім до душі. Через деякий час, ідею «Редану»

підхопила українська молодь. «Українська аніме-спільнота поки що не створила власної ідеології, яка б передбачала щось круте в очах підлітків.



Малюнки 3-7.

Українська аніме-спільнота концентрується лише на війні. І тут з'являється російська група "Редан" і пропонує ідею, яка допомагає зануритися у романтичне довоєнне життя з розбірками офників та нефорів в естетиці аніме. Вибір 14-річної людини з Франківська чи Полтави тут зрозумілий», - розповідає блогер та викладач японської мови Борис Мороз (мал. 8).



Малюнок 8.

Офіційно сутичок та бійок не фіксували, але поліція, місцеві ЗМІ та мешканці повідомляли про зібрання підлітків у Києві, Львові, Івано-Франківську, Житомирі, Одесі та Харкові. Загалом йшлося про 245 учасників масового заходу. Серед неповнолітніх було 149 хлопців та 66 дівчат. У них знайшли 17 ножів, кастетів та газових балончиків.

Модуль 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СУЇЦИДОЛОГІЇ

1.1. Основні поняття курсу.

Суїцидологія – це галузь психології про закономірності виникнення і розвитку аутоагресивної поведінки, її діагностики та корекції.

Основні методи курсу – це методи суїцидальної **превенції, профілактики та діагностики**. Основу діагностики складають результати опитування (клінічна бесіда) та спостереження. За результатами вказаних методів робиться згальна оцінка стану суїцидента та ступеня суїцидального ризику.

Об'єкт уваги курсу суїцидології - це самогубство. **Предметом** же є психологічний аспект суїциду, представлений в різних психологічних теоріях. Суїцид - від латинського «sui»-сам, «caedere»-вбивати. Сутність суїцидологічних теорій завжди визначала специфіка сприйняття феномену смерті їх авторами.

Ось декілька позицій, які притаманні різним поглядам на суїцид та самоагресію.

(Яку думку можливо підтримати і чому?) .

Перший приклад: Статут від 17 століття наголошував: «Якщо хтось сам себе уб'є, то підлягає кату мертве його тіло за ноги повісити; прив'язавши до коня, тягнучи вулицею, в безчесне місце відволоч і закопати, щоб дивлячись на те, інші такого беззаконня над собою чинити не наважувались»

Приклад два. Цитата зі стародавньоєгипетського твіру “Суперечка людини зі своєю душею”: “Мені смерть видається нині зціленням хворого, виходом з полону страждань. Мені смерть видається нині благотворним 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”. (XXI ст. до н. е.)

Приклад третій. На думку Фоми Аквінського (XIII ст.) самогубство є порушення закону природи, відповідно до якого “усе природне повинно підтримувати своє буття”.

Тут виражені три позиції – категорична заборона смерті через самогубство, припущення останнього та обґрунтоване пояснення неприродності цього явища.

Загалом дослідження ставлення до феномена смерті дозволяє:

- визначити ставлення людини тієї чи іншої епохи до життя;
- розкрити ставлення до самогубства й усвідомити відмінності у поглядах на суїцид серед священнослужителів, філософів, політичних діячів, законодавців, соціальних працівників, а також відмінності у суїцидологічних настановах Заходу і Сходу.

Ми розглянемо різні підходи до проблеми: коли самогубство сприймається як **необхідна норма поведінки** у певних життєвих ситуаціях й обставинах (поширено у *японській* (характері й відкушування власного язика) та *індійській* (саті) культурах); ритуальні самогубства, що скоюють прибічники хінаяни у *Китаї*, Японії та інших південноазійських країнах та тому подібне.

Незважаючи на те що проблема самогубства практично завжди перебувала у полі зору філософів, **філософському аспекту** її дослідження на сьогодні приділено недостатню увагу. Також актуальними є такі напрями проблеми аутоагресії, як культурно-світоглядний і соціальний; загально-теоретичний разом з філософським.

1.2. Філософський аспект дослідження суїциду.

Серед класичних філософських робіт, у яких **висвітлено проблему суїциду**, необхідно відзначити діалоги **Платона**, зокрема, «Федон», «Закони», праці «Моральні листи до Луцілія» Луцій А. **Сенеки**, «Про град Божий» А. **Августина**, «Досліди» М. **Монтеня** (легке перо): фото 6. Як видно по змісту твору Монтеня, ряд глав безпосередньо торкаються чинників втрати мотивації життя (2. Про смуток 20. Філософувати – це вчитися помирати 39. Про самоту)

Переклад твору Монтеня

MICHEL MONTAIGNE

ПРОБИ

Книга I

2 сторінки, 1000 слів

ПРОБИ

https://shron1.chtyvo.org.ua/Michel_Montaigne/Proby_Kn1.pdf

Свій славетний твір «Проби» Мішель Монтень (1533 - 1592) оприлюднив у сорок сім років. У цій книзі він насамперед вирішив відповісти на запитання, яке стало його гаслом: «Хто я?» Героєм «Проб» можна вважати саму людську думку, вільну від догматизму і схоластики, не залежну від сильних світу цього, безстрашну, критичну. Завдяки розкутій манері викладу у творі представлено різні літературні жанри: і філософську розвідку, і критичне есе, і повістярське побутописання, і навіть вірші у прозі.

Мовою оригіналу твір Монтеня називається «Есей». Але в українській мові слово «есей» має вже зовсім інше значення. Отже, перекладач вирішив повернутись до часів французького філософа, коли ще не було наукової термінології.

ЗМІСТ

НА МАРТИНЕСАХ КНИГ, НА МАРТИНЕСАХ ЖИТТЯ	7
ПЕРЕДНЄ СЛОВО ДО ЧИТАЛЬНИКА	10
Розділ I	Як різноманітними шляхами тієї самої мети досягти
Розділ II	Про смуток
Розділ III	Наші почуття вибираються поза рамками нашого я
Розділ IV	Як душа переносить свої пристрасті на уявні предмети, коли бракує їй правдивих
Розділ V	Чи може начальник обложеної фортеці виходити з неї перемовляючи з ворогом?
Розділ VI	Година перемовин – небезпечна година
Розділ VII	Наші вчинки треба судити за нашими намірами
Розділ VIII	Про леданство
Розділ IX	Про скоробрех
Розділ X	Про мову жаху і мову повільну
Розділ XI	Про віщування
Розділ XII	Про стійкість
Розділ XIII	Церемонія зустрічі королів
Розділ XIV	Наше чуття добра і зла залежного залежить від того, як ми їх собі уявляємо
Розділ XV	Нерозумна впертість при обороні фортеці заслуговує на кару
Розділ XVI	Про кару за бонгуство
Розділ XVII	Значчя деяких поспів
Розділ XVIII	Про страх
Розділ XIX	Як не треба судити про те, як твої діла, поки ти живий
Розділ XX	Філософати – це вчинити помилки
Розділ XXI	Про потугу нашої уяви
Розділ XXII	Користь одному – шкода другому
Розділ XXIII	Про звичку і про те, як нелегко змінити чинний закон
Розділ XXIV	Як ті самі задуми до протилежного ведуть
Розділ XXV	Про бакалзрство

Малюнок 9

Розділ XXVI	Про висловлення думки	161
Розділ XXVII	Щодо того, як висловити, де правда, а де брехня, покладючись на суд нашого розуму	197
Розділ XXVIII	Про дружбу	202
Розділ XXIX	Двадцять дов'ять сонетів Етьєна де Ла Воєсі	215
Розділ XXX	Про поміркованість	216
Розділ XXXI	Про каїбалів	222
Розділ XXXII	У судженнях про путі Господні треба бути дуже оглядним	235
Розділ XXXIII	Як треба уникати розкоші, хоч би в щоденному житті	237
Розділ XXXIV	Фортуна частенько змінює розумно	239
Розділ XXXV	Про одну знів нашого ладу	242
Розділ XXXVI	Про значчя одностаттєв	244
Розділ XXXVII	Про Катона Молодшого	248
Розділ XXXVIII	Як чисто ми плачемо і сміємося з того самого приводу	253
Розділ XXXIX	Про самоту	257
Розділ XL	Роздуми над Цинероном	269
Розділ XLI	Про необхідність познати свою славу	275
Розділ XLII	Про нерівність, що існує між людьми	278
Розділ XLIII	Про закони проти розкоші	288
Розділ XLIV	Про сон	291
Розділ XLV	Про битву під Дре	294
Розділ XLVI	Про йому	296
Розділ XLVII	Про несправність нашого суду	302
Розділ XLVIII	Підручні коні	308
Розділ XLIX	Про давні звички	316
Розділ L	Про Демокріта і Геракліта	321
Розділ LI	Про оптимізм і старожиттє	325
Розділ LII	Про одні Цезаря вислів	330
Розділ LIII	Про пороків виправити	332
Розділ LIV	Про записки	336
Розділ LV	Про жолити	348
Розділ LVI	Про кн	351
Розділ LVII	Примітки	

Малюнки 10, 11

У Мішеля Монтеня ця проблема стає не лише екскурсом в античність, а й виправданням допустимості самогубства у психологічному сенсі і в правовій площині («Подібно тому, як я не порушую законів, встановлених проти злодіїв, коли виношу те, що належить мені, або сам беру в себе гаманець, і не є палієм, коли палю свій ліс, так само я не підлягаю законам проти вбивць, коли позбавляю себе життя»).

Також серед класичних філософських робіт, у яких висвітлено проблему суїциду, необхідно відзначити «Про самогубство» Д. Юма, «Про самогубство» Ф.М.А. Вольтера, «Феноменологію духу» й «Філософію права» Г.В.Ф. Гегеля, «Хворобу до смерті», «Поняття страху» й «Страх і трепет» С. К'єркегора, «Світ як воля й уявлення» А. Шопенгауера, «По той бік принципу задоволення» З. Фрейда, «Міф про Сізіфа. Есе про абсурд» А. Камю (м.12), «Бути і мати» Г. Марселя. Цей перелік можна доповнювати.

Альбер Камю

Міф про Сізіфа

LE MYTHE DE SISYPHE

Есе

Український переклад. О. Жупанський

Версія файлу 1.0

«ПОРТФЕЛЬ» :: 2015

Цицерон твердить, що філософувати – не що інше, як готувати себе до смерті. Чому? Бо роздуми і споглядання у певному розумінні виводять нашу душу поза межі нас самих і завдають їй праці поза тілом, тобто пропонують якусь нібито школу та подобу смерті; іншими словами, вся мудрість і весь розум світу, зрештою, націлені на те, аби навчити нас не боятися смерті.

Малюнок 12

Зазначимо деякі важливі цитати з А. Камю: «Абсурд і самогубство. Існує лише одна по-справжньому поважна філософська проблема — проблема самогубства. Вирішити, варте

чи не варте життя того, щоб бути прожитим, — отже, відповісти на головне питання філософії.... Якщо запитати себе, як саме можна визначити, яке питання нагальніше з-поміж інших, я відповім — те, що спонукує до дії. Я ніколи не бачив людини, яка б задля онтологічних доказів пішла на смерть. Галілей, володіючи важливою науковою істиною, щонайлегше зрікся її, тільки-но над його життям нависла небезпека. В певному розумінні він учинив мудро. Ця істина не заслуговує, щоб задля неї горіти на вогнищі. Чи крутиться Земля навколо Сонця, а чи Сонце довкола Землі — все це глибоко байдуже. Одне слово — це питання нікчемне. Проте я бачу, скільки помирає людей, переконавшись, що життя не варте того, щоб бути прожитим. Я бачу інших людей, котрі в парадоксальний спосіб помирають за ідеї чи ілюзії, які надавали сенсу їхньому життю (те, що називають сенсом життя, є разом з тим чудовим сенсом смерті). Я все ж гадаю, що власне сенс життя і є найневідкладніше з питань. Як на нього відповісти?»

Філософи не тільки виявляли науковий інтерес до феномена суїциду та намагалися осмислити його, а й самі **добровільно** йшли з життя. Такі факти самогубств можна класифікувати на *історично достовірні та легендарні*.

У межах першої групи випадки суїциду відрізняються за ступенем примусу, який впливав на прийняття рішення про заподіяння смерті:

- безпосередні самогубства, до яких суїциденти вдаються за власною волею, як це сталося, наприклад, з Жилем **Дельозом** (1925 – 1995);

- самогубства, опосередковані чужою волею, наприклад, самогубство Люцій Анней **Сенеки** (близько 4 р. до н.е. – 65 р. н.е.) за наказом Нерона.

До легендарних самогубств можна віднести смерть Сократа (дивись «*Філософи - самогубці Діогена Лаєрського*»)Емпедокла (487/482 – 424/423 рр. до н. е.) й Аристотеля (384/383 – 322/321 рр. до н. е.), Анаксагора.

Відомі слова Аннея Сенеки : «Всі піклуються не про те, чи правильно живуть, а про те, чи довго проживуть; між тим, жити правильно — це всім доступно, жити довго — нікому». Сенека та його дружина Пауліна розкрили собі нирки на руках за наказом Нерона, щоб уникнути смертної кари

Дельоз так важко хворів, що його підключають до апарату штучного дихання, з яким він проведе останні два роки свого життя. Він вже не може писати і важко говорить. Його психологічний стан поступово погіршується, філософ не може винести власної немочі і, зрештою, 4 листопада 1995 р. великий француз стрибає з вікна своєї квартири в Парижі. Його ховають 10 листопада.

Усвідомлене прийняття смерті було в історії Сократа. Судовий процес над Сократом описаний у двох творах Платона і Ксенофонта зі подібною назвою «Апологія». Учні Сократа запропонували йому порятунок від смертельного покарання, але Сократ бере слово на самозахист і закінчує він свою промову твердженням: «Але вже час іти звідси, мені — щоб померти, вам — щоб жити, а хто з нас йде на краще, це ні для кого не ясно, крім бога».

Таким чином, самогубство у філософії розглядається як надзвичайно складний, комплексний прояв буття людини у всій його багатоплановості. Це визначається тим, що самогубство є свідоме, самостійне позбавлення себе життя. У цих двох основних дефініціях полягає його докорінна відмінність від вбивства, в якому відсутня елемент самостійності, та від нещасного випадку, в якому відсутній елемент свідомості, та домінує випадковість.

1.3. Історичний аспект проблеми суїциду.

В ході історії погляди на сутність добровільного відходу з життя істотно змінювалися, як і його моральна оцінка (гріх, злочин, норма, героїзм), в залежності від відповідного *етапу* розвитку суспільства і того, які переважали з соціальних, ідеологічних і етнокультуральних *уявлень (мал. 13)*. З давніх-давен ставлення до суїциду, його причини та технологія тісно були пов'язані з тим, як-те або інше суспільство, соціальна група або

культура сприймали поняття смерті. Це і визначало відмінності в ставленні до акту аутоагресії держави, священнослужителів, книжників, філософів і простих людей.

Уперше проблема самогубства набула письмового відображення у **пам'ятці давньоєгипетської культури** – «Бесіда розчарованого зі своєю душею». Це літературне джерело, автор якого невідомий, було створено у добу Давнього царства (XXI ст. до н. е.). Особливий інтерес до цього фрагмента єгипетського папірусу часів XII династії виявили представники європейської культури кінця XIX ст. (саме у цей час з'являються його німецькі й англійські переклади). Його інтерпретували як апологію добровільної смерті. Загалом «Бесіду» у цьому контексті можна розглядати як **логічне подолання страху смерті** давнім єгиптянином (мал. 14).



Малюнок 13

Герой твору обґрунтовує свою відмову від життя тим, що воно сповнено пороків, серед яких – відсутність чесності та співчуття, жадібність, насильство, байдужість. Ліричний герой, подібно до біблійського Іова, відчув на собі увесь гніт земної юдолі.

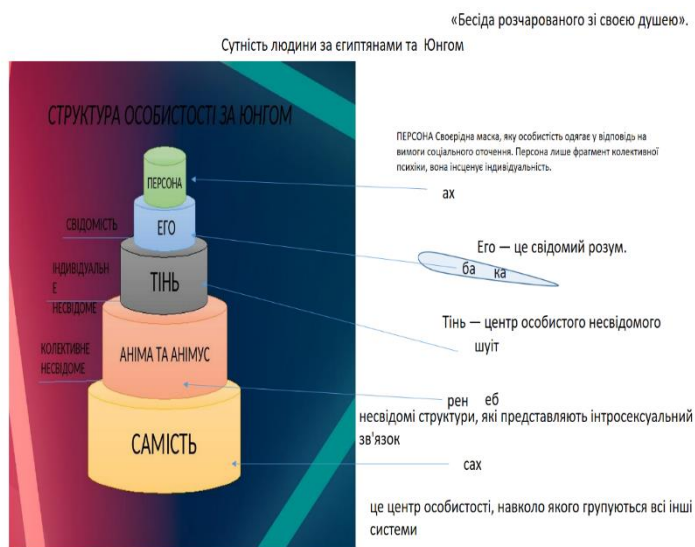
Мотивами прийняття ним суїцидального рішення стали:

самотність; відчуженість і ворожість суспільства; відчуття покинутості.

Діалог ведеться між двома сутностями людини: ба(те, що умовно можна трактувати як душу у християнському світосприйнятті) і КА - енергетичний двійник людини, сукупність її психічних відчуттів від власного фізичного тіла.

Давні єгиптяни розробили своєрідну концепцію загробного існування людської особистості, виділяючи принаймні сім відомих нам із дешифрованих текстів сутностей людини:

- Сах (самість-це центр особистості, навколо якого групуються всі інші системи
- і фізичне тіло, як видима його сутність, частина предметного світу),
- ка (енергетичний двійник людини, сукупність її психічних відчуттів),
- еб (серце, свідомість людини, інколи – надсвідомість, душа-сенс),
- ба (життєва сила, душа, оболонка підсвідомості, сукупність людських почуттів, бажань, емоцій),
- рен (істинне ім'я людини),
- ах (саяво, дух) і
- шуїт (тінь)



Малюнок 14

субстанція ба була виправдана на суді Осиріса. В ряді текстів ка і ба вживані як синоніми, як означення покійної людини взагалі.

У традиційних, так званих примітивних культурах, на смерть дивилися двоєко.

Для людини тієї давньої епохи вона могла бути поганою або хорошою. Погана смерть зазвичай пов'язувалася з **самогубством**. Згідно анімістичним уявленням, суїциденти після смерті перетворюються в маленьких **злих духів**, здатних наводити на живих порчу. Ці погляди дійшли до нас в народних віруваннях і переказах ряду племен Африки, Азії та Південної Америки, що знаходяться на родоплеменному етапі розвитку. В більшості давніх **язичних культур** (Єгипет, Греція, Рим, Скандинавія) заборони на самогубство не було.

Греко-римська культура ставилася до самогубств неоднозначно. Самознищення було пов'язано з розумінням греками і римлянами свободи, що була однією з основних ідей їх філософської думки. Для них свобода полягала, перш за все, в свободі від зовнішнього тиску, в самостійному контролі власного життя. Її вищою формою стає свобода в ухваленні рішення - продовжувати життя або померти. Свобода для них була творчою, самогубство, тому певною мірою було креативним актом.

Давньо-грецьких філософів в залежності від точки зору на допустимість самогубства можна розділити на **три групи**. Піфагор (бл. 580-500 до н.е.) і Аристотель (384-322 до н.е.) протистоять епікурейцям, кинікам і стоїкам, Платон (428 / 427-348 / 347 до н.е.) і Сократ (470 / 469-399 до н.е.) займають проміжну позицію.

Піфагорійці розуміли суїцид протестом проти встановленої богами майже математичної дисципліни навколишнього світу, внесенням в нього дисонансу і порушенням симетрії. **Аристотель** вважав, що смерть приходить у визначений час і її слід вітати, самогубство - прояв боягузтва і малодушності, навіть якщо воно рятує від бідності, нерозділеного кохання, тілесного або душевного недугу. Він стверджував в «Нікомаховій етиці», що, вбиваючи себе, людина переступає закон і тому винна перед собою як афінський громадянин і перед державою, є **оскверненням** пролитотою кров'ю. Не випадково в Афінрах існував звичай **відрубувати і ховати окремо руку самогубця**.

Ставлення Сократа і Платона до самогубства ґрунтується на наступних положеннях.

- Платон був упевнений, що відносини тіла і душі *складні і проблематичні*, злі вчинки тіла оскверняють душу, роблячи її нещасною, і не дають можливості повністю відокремитися і повернутися в світ ідей.

- Це ідеальне існування після смерті, яка є прямим заклик до суїциду, проте створювало цілком певну атмосферу, змушувала людину повірити, що відхід від земного життя є єдиним шляхом до досконалого буття.

Головна увага в текстах заупокійної літератури концентрується на сутностях ка і ба.

Ка –те, що помирає і воскресає у потойбічному світі у тому ж вигляді, який мало за життя, це –архетип життя взагалі.

Ба –духовна сутність особистості, яку зображали під виглядом птаха(сокола)з головою людини.

Під час зачаття душа перебуває поза тілом, а після смерті людина відновлюється в тілі в новій якості, бог приймає тіло, яке пройшло воскресіння, коли

Сократу потойбічний світ - Гадес - не видавався місцем, настільки огидним для погляду.

Терпиме ставлення до суїциду міститься в поглядах Сократа на філософію як «приготування до смерті». У діалозі «Федон» неодноразово говориться про **перевагу смерті перед життям**. Сократ накладає на нього(суїцид) вето, воно недопустимо, бо життя людини залежить від богів: «Не по своїй волі прийшов ти в цей світ і не має права усунутися від власного жереба». Однак він все ж залишає лазівку: добровільна смерть може бути дозволеною, якщо необхідність її вказана богами, які все бачать.

Істотно, що Сократ встановлює асоціативний зв'язок між безсмертям душі і добровільною смертю. Платон також вважав, що розум дається людині для того, щоб мати мужність переносити життя, повне смутку і страждань

Для **представників третього напрямку** сутність життя і смерті не була серйозною проблемою.

Епікур (341-270 до н.е.) і його учні, вважаючи метою життя задоволення, вважали суїцид можливим і навіть **бажаним** («... найжахливіше з зол, смерть, не має до нас ніякого відношення; коли ми є, то смерті ще немає, а коли смерть настає, то нас вже немає »).

Стоїки же швидше були стурбовані страхом втрати контролю, в тому числі над власним життям. Щоб позбутися від нього, вони стверджували: якщо обставини роблять життя нестерпним або настає пересичення, **слід** добровільно розлучитися з ним.

В імператорському Римі під впливом філософії стоїцизму виникло **патетичне** ставлення до смерті. У «Анналах» Тацит (ок.58-після 117) досить докладно описує обставини самогубства Сенеки і його дружини (вони порізали собі нирки за наказом Нерона «Аннали», 15.60-64). Розповідаючи про насильницьку смерть одного римлянина на ім'я Азіатік під час правління імператора Клавдія («Аннали», 11. 3), Тацит говорить, що свобода полягала тільки у виборі способу своєї смерті. Для Цицерона (106 - 43 до н.е.) суїцид не був великим злом. Філософувати – це вчитися помирати – цитата з Цицерона

Стоїки римські думали, що мета життя полягає в тому, щоб жити і любити себе відповідно до природи: самогубство для мудреця, який бажає бути вірним їй до кінця, могло бути цілком **корисним**. Стоїки не вірили в благо від бога і були далекі від того, щоб визнавати цінністю тимчасовий людський успіх. Вони цінували необмежений прояв свободи, що передбачало і право вибору одного з багатьох варіантів відходу з життя. Смерть описувалася стоїками як **акт звільнення**, в якому, наприклад, Пліній Молодший (61/62-близько 114) вбачав перевагу людини над богами.

Авраамічні релігії. Іудаїзм, християнство та іслам відомі як авраамічні релігії, оскільки всі вони відносять себе до Авраама. Іудаїзм вважається першою з цих релігій, що виникла близько 4 тисяч років тому.

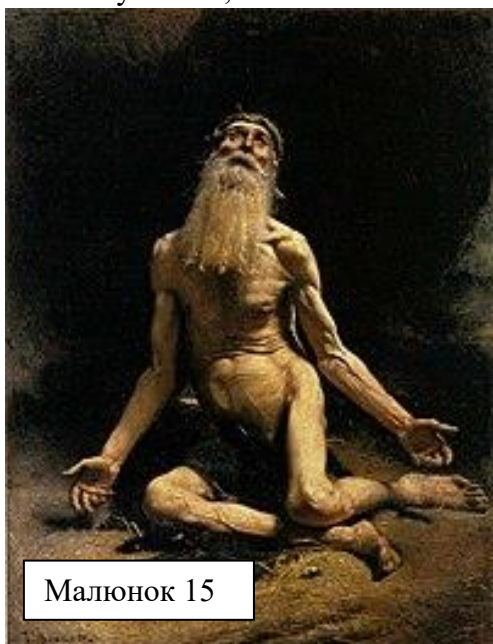
Стародавні іудеї ставилися до самогубства **негативно**. Для них свобода була меншою екзистенційної цінністю, ніж для греків, але вирішували вони цю проблему принципово інакше. Бог дав кожному свободу приймати рішення і дотримуватися їх. Якщо людина вірить, що Бог панує над землею і приймає ці відносини, то він стає вільним від бажання самодеструкції. Іудаїзм ставився до життя творчо, як до невиліковної цінності. Людина в цьому сенсі не була суперником Богу, а, скоріше, рівноправним партнером в продовженні роботи творіння.

У цьому контексті самогубство виглядає як перешкода, **відкидання можливості творчого творення життя**. Воно було категорично **заборонено** Торою. Це визначалося вже першими рядками книги Буття, які стверджували, що життя хороше, його слід цінувати, ніколи не впадати у відчай, бо за всім, що б не відбувалося, стоїть Бог. Маленький кочовий народ, яким були древні іудеї, неодноразово в своїй історії піддавався нападам ворогів, не міг дозволити собі розкіш втратити хоча б одного чоловіка, оскільки в надзвичайних обставинах це загрожувало зникненню роду (Слова Торы: «Особенно же кровь вашей жизни Я взыщу» (Берешит, 9:5) однозначно трактуються як заперет на самоубийство. Кто

«забирает у себя» свою душу, несёт ответственность перед Богом, который передал её ему «на хранение»).

У священних книгах Тори описані лише поодинокі випадки самогубства, наприклад, Самсона, якого филистимляни примушували до ідолопоклонства; царя Саула і його зброєносця при загрозі полону ворогом; Ахітофела, який зрадив свого повелителя, царя Давида. Навіть в пройнятих екзистенційним песимізмом книгах Йова* і Проповідника видно глибоку прихильність до життя. Іов, наприклад, за всіма сучасними критеріями є людиною з дуже серйозним суїцидальних ризиком. Він страждає одночасно від безлічі втрат (дітей, суспільного становища, матеріального благополуччя) і від нерозділених почуттів. Його дружина радить йому накласти на себе руки (мал.15).

Поетична частина Книги закінчується виступом самого Бога. Спочатку Він звертається до Йова і за допомогою численних питань підводить його до усвідомлення того, що **людина не має права піддавати сумнівам вироки Бога**, безкінечно мудрого і всемогутнього, навіть коли вони є незрозумілими для людського розуму.



Малюнок 15

Вислухавши аргументи Бога, Йов визнає нерозважливість своїх слів, якими він домагався пояснень від Бога. В епілозі (Розд. 42) засуджуються висновки приятелів Йова й коротко розповідається про щасливе повернення Йовові його давнього благополуччя. Скоро він зцілюється від своєї хвороби і розбагатів вдвічі більше, ніж раніше. У нього знову народилося семеро синів і три дочки. Він прожив після цього в щасті 140 років і помер у глибокій старості, залишивши всім **приклад терпіння** (книга Йова [42:12-17](#)).

Він переживає самотність, гнів, тривогу, приниження, страждання від фізичного болю і депресію. Життя відкинула його, і він відчуває привабливість смерті, втративши надію на зміни в майбутньому. І, нарешті, він живе життям, що не має сенсу.

Що ж зупинило його? **Екзистенціальне пояснення** цьому і психологічне, що засновані на традиціях Тори: Іова не до кінця залишило бажання продовжувати пошуки розуміння сенсу життя, що повернуло йому надію.

У Талмуді спроба самогубства розглядалася як провина підсудна і буде придана покаранню. Однак допускалося, що злочинець-жертва міг діяти в стані шаленства і тому більше потребує жалю і співчуття, ніж в переслідуванні за законом. Крім того, з цього правила допускалися винятки, наприклад, при примусі до ідолопоклонства, інцесту або вбивства.

До тієї ж історичної епохи відносяться випадки масових самогубств серед іудеїв (73 н.е.) перед лицем загрози звернення в іншу віру: захисники фортець Масада і Йотапата вважали за краще смерть здачі римлянам. Через тисячу років (1190) аналогічно поступила іудейська громада в Йорку, якій загрожувало насильницьке хрещення.

Мусульманський світ дотримується вчення ісламу. Самогубство по турецьки - Інтихар. В ісламі самогубство є тяжким гріхом і рішуче забороняється Кораном. Правовірні мусульмани вірять, що кисмет, тобто доля, визначена Аллахом, визначатиме все їхнє життя, і вони зобов'язані терпляче зносити всі удари долі як послані понад випробування в цьому житті. Проте, такі установки далеко не завжди визначали реальну поведінку правовірних мусульман. Сьогодні мусульманські країни характеризуються найнижчим числом самогубств на душу населення в світі.

Японія(харакірі й відкушування власного язика) , **Індія**(саті) , **Китай** (прибічники хінаїні) - у певних життєвих ситуаціях й обставинах поширена думка Самогубство - необхідна норма поведінки

Релігії Сходу. В індуїзмі (Індія) та буддизмі (Індія, Японія, Китай та ін.) вважається, що тільки для старого архату (в буддизмі архат - людина, що досягла повного звільнення і вийшла з «коlesa перероджень») можливе кармічно нейтральне позбавлення життя. Для японської культури характерна

солідарність щодо самогубства. Як ні в якій іншій культурі, воно носить ритуальний характер і оточене ореолом святості, що не те ж саме, що індивідуальне (Табл.1). Це визначається релігійними традиціями синтоїзму і національними звичаями, що регламентували ситуації, в яких суїциду не було альтернативи. Синтоїзм є суто японською релігією, витоки якої лежать у древній історії цього народу, це – одна з найстаріших релігій світу. Японці ревно люблять свою землю та вважають, що їхні острови були найпершим божим створінням. Справді, синтоїзм навчає, що японська земля є божественною і унікальною.

Таблиця 1.
Відмінності між індивідуальним та ритуальним самогубствами

Характеристика самогубства	Індивідуальне самогубство	Ритуальне самогубство
Самогубство є наслідок бажання зберегти головним чином:	Внутрішню гармонію(гармонію із самим собою)	Зовнішню гармонію(гармонію із суспільством)
Свобода прийняття рішення про уникнення з життя	Є	Немає
Свобода вибору способу, засобів, місця та часу самогубства	Є	Немає
Самовираження особистості в акті самогубства	Максимальне	Мінімальне

З давніх часів японське суспільство відрізнялося жорсткою ієрархією, яку вінчав імператор, що був втіленням і прямим спадкоємцем богині Сонця. Кожне царювання було епохою, смерть імператора або феодала означала, що життя багатьох підданих теж закінчилося. Піддані відчували до них глибоку повагу і розраховували

підтримувати з ними вічні відносини. Військовий стан самураїв мав **особливий кодекс** - бусідо, в якому декларувалося презирство до власного життя, до страждань і болю. **Самогубство** за певним ритуалом було для них безальтернативним, якщо слід спокутувати провину або висловити протест проти несправедливості для збереження честі. Воно відбувалося двома особливими методами: харакірі - сеппуку (вспариваніє живота) або відкушуванням власного язика.

Функціонування сім'ї в цьому етносі також відрізнялося особливостями. Воно було перейнято спільністю і симбіозом (наприклад, життя матері мало сенс, якщо вона була цілком присвячена дітям) і крайньої незалежністю її членів щодо навколишнього середовища (небажанням приймати допомогу ззовні). У суспільних відносинах і повна незалежність, і, навпаки, підпорядкування означали незрілість людини. Крім того, **особисте і соціальне Я японця** відрізнялися майже повним злиттям. Будучи в першу чергу членом певної соціальної групи, він повинен був відповідати за все, що відбувалося в ній, щоб запобігти загрози нестабільності.

Привертали до суїциду і інші **рис** японського етносу, наприклад, стриманість і мовчазність з мінімальним вираженням почуттів, схильність до інтровертованої агресії, значимість почуття сорому при невідповідності прийнятому в суспільстві ідеалу.

Інтенсивне переживання сорому ховалося, в іншому випадку не залишалося нічого, окрім як померти, вчинити суїцид так, щоб ніхто не знайшов тіла.

Напевно, тому в Японії здавна існували особливі місця, наприклад, ліс біля підніжжя гори Фудзіяма, куди прагнули ті, хто бажали накласти на себе руки.

«Клуб самоубийц» *Suicide Circle* (2001 р. – фільм, що розповідає про спроби поліції



Малюнок 16.

розкрити причини серії масових самогубств, що охопили Японію (54 школярки, дві медичні сестри, ..всі 4 дні) Мал.16

Деякі пов'язані з японськими етнокультурними особливостями **види самогубств.**

Ояко-сіндзю - парний суїцид молодих людей, які не мають можливості знайти щастя в цьому житті, або матері і дітей.

Останній зазвичай відбувається молодою матір'ю у віці 20-30 років після вбивства своїх дітей. Вирішивши покінчити з собою,

вона не може залишити дитину жити одну, оскільки впевнена, що

ніхто в світі не буде піклуватися про неї, а, отже, їй краще померти разом з нею. Суспільство відноситься до такого вчинку зі співчуттям (Мал.17).

Приклад в кінематографії: стрічка японських авторів - «**Феєрверк**» Головний герой фільму Нісі — колишній поліцейський детектив. Нісі застрелив дружину, а потім застрелився сам. Світова прем'єра стрічки відбулася 3 вересня 1997 році на 54-му Венеційському міжнародному кінофестивалі, де вона брала участь в основній конкурсній програмі та здобула головний приз — Золотого лева. <https://www.youtube.com/watch?v=8voUOT8IA40> (Мал. 18)



Малюнок 17.

Дзюнсі - самогубство, здійснюване, щоб супроводжувати імператора, феодала або боса після його смерті, так виражалася крайня лояльність, відданість і готовність служити вічно.



Малюнок 18.

Інсеко-джісатцу - суїцид, здійснюється, якщо хтось, з ким людина, так чи інакше пов'язаний, підозрюється у вчиненні правопорушення. Відчуваючи сором і бажання захистити, цим вчинком суїцидент приймає на себе відповідальність за зроблене іншим.

Вікові самогубства нагадують **ояко-сіндзю**. Їх роблять літні сімейні пари у випадках важких, невиліковних захворювань одного або обох подружжя. Здоровий приймає рішення вбити більше немічного, а потім накласти на себе руки.



Малюнок 19.

Нерідко в ході японської історії етнічні традиції сприяли значному поширенню героїчних суїцидів, що відбивали полум'яний патріотизм, нездоланні мужність і самопожертву представників вищих станів суспільства.

Що до **Індії**, то довга історія Стародавньої Індії залишила різні свідчення, що стосуються самогубств. Кінцевою метою майже всіх її філософських систем було «звільнення» від ланцюга народжень (карми) і злиття зі світом Брахми - останньої основи світобудови. Метод «звільнення» на злиття не впливав, і воно нерідко досягалось шляхом суїциду. Деякі йоги-довгожителі, досягнувши певного віку, завершували життя самогубством.

Так робили і багато героїв "Махабхараті". Джайнам, представникам однієї з радикальних індуїстських сект, було дозволено кінчати з собою, якщо після 12 аскетичних подвигів вони не досягали «звільнення». Вони вважали, що слід повільно, поступово умирати свою плоть, тим самим, очищаючись від гріхів, і тільки така смерть є правильною. Прикладом може служити відомий володар Чандрагупта Маурья (IV століття, малюнок), який покінчив з собою, переставши приймати їжу.



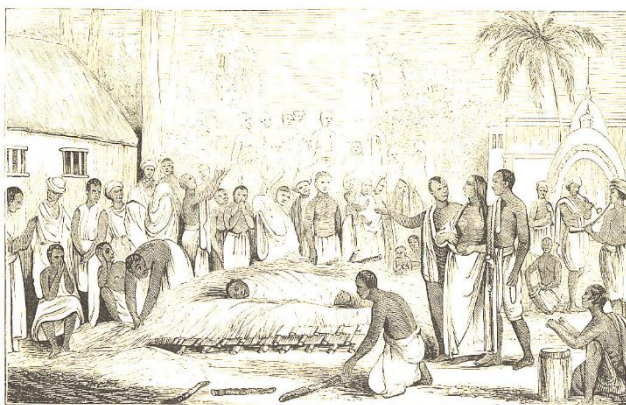
Малюнок 20.

"Махабхарата" - один із найбільших літературних творів у світі. Складається з вісімнадцяти книг (парв) і містить понад 75 000 двовіршів (шлок)

Махатма Ганді висловив свою любов до «Махабхараті» наступними словами: Коли мене охоплюють сумніви, коли розчарування йдуть одне за одним, і не видно променя надії на горизонті, я звертаюся до «Махабхараті» і знаходжу віриш, що приносить заспокоєння. Я відразу ж починаю посміхатися, забуваючи про смуток, що переповнював мене. Ті, хто розмірковують над «Гітою», постійно черпають у ній радість і відкривають у ній новий сенс.

В Індії найбільшого поширення набули релігійні самогубства у вигляді самоутоплення і самоспалення, а послідовники Вішну натовпами кидалися під колеса величезних колісниць, приносячи себе в жертву.

Саті - ритуальне самоспалення індійських вдів після смерті чоловіка для задоволення чуттєвих потреб небіжчика в потойбічному світі - було одним з найбільш



Малюнок 21.

HINDU WIDOW WITH THE BODY OF HER LATE HUSBAND.

поширених і відомих видів ритуального самогубства. Воно, безсумнівно, було продовженням давньої традиції людських жертвоприношень. Виконання цього обряду насамперед пропонувалося дружинам правителів і знатних людей і мало виключення для простолюдинок (Мал.21).

Фільм Подорож в нікуди (1989) Режиссе [Гаутам Гхош](#) Індія події 1830 року. Це дуже гарний фільм. Про людину. Про співчуття людини до людини. Фільм не тільки зачіпає фундаментальні сторони людської природи, а й викладає факти про неї. Дуже темна частина індуїстської Дхарми, брахманізм, деякі

традиції, такі як Саті, дитячий шлюб, Шудра-саварна. У грудні 1987 року індійський парламент ухвалив закон, що забороняє саті

В індуїзмі також існує ритуальне, часто масове самогубство зване «дикша» - самоутоплення. Смерть в водах, описана ще в «Рамаяні», назавжди звільняла людину від гріхів. Хоча, з іншого боку, відомо чимало давньоіндійських текстів і зведень законів, які засуджували ауто-агресію («Модшадхарма», «Артхашастра») і наказували заходи боротьби з нею, якщо вона носила побутовий характер.



Малюнок 22.

Індійський епос Рамаяна свідчить, що води священної річки Ганг можуть повертати до життя мертвих і позбавляти від всіх недуг. У реальності ж виходить, що головна річка Індії входить в список самих засмічених водойм світу, куди стікають багаточисельні відходи від виробництва і фекалії промовців з перенаселених міст. Щорік в Індії йдуть з життя 9 мільйонів чоловік, 7 з них індуїсти, які мріють закінчити життя на священній річці Ганг (Мал.22).

Результати національного дослідження показали, що самогубство стало другою

найпоширенішою причиною смерті серед молодих людей в Індії - країні, де один із найвищих рівнів самогубств у світі.

Буддизм, як відомо, існує у вигляді двох варіантів: **махаяни** (або ламаїзму), поширеної на Тибеті, серед бурятів і монголів, і **хінаяни** («малої колісниці»), що переважає в Китаї, Японії та інших південноазійських країнах.

Суть Буддизму полягає в вірі в нескінченність перероджень (сансару). Припинити її можна тільки в стані Будди, звичайній людині ж це абсолютно недоступно. Самогубство не може перервати сансару, а тільки привести до подальшого переродження, але вже ні в якому разі не в образі людини, а, наприклад, тваринного або голодного демона. Ця перспектива, природно, не є привабливою, тому **істинний буддист категорично відкидає самогубство**. Прихильники хінаяни в окремих випадках допускали ритуальні самогубства священнослужителів, особливо ченців.

В Японії таке самогубство **іменується нюдзе**. Ведучи аскетичний спосіб життя, монахи в кінцевому рахунку відмовлялися від їжі і пиття, вірячи, що тим самим можуть врятувати людей і світ від численних гріхів (як Чандрагупта Маурья, про якого вже було сказано). Отже за кількістю самогубств Країни, що сповідають будди, займають одне із провідних місць у світі.

Як свідчить історія, **в християнстві** чітке ставлення до суїцидів сформувалося не відразу. В Євангелії про них сказано лише побічно при згадці про смерть Іуди Іскаріота. Більш конкретно в Біблії висловлюється апостол Павло: «Хіба ви не знаєте, що ви храм Божий ... Як хто нівечить Божого храму, того покарає Бог, бо храм Божий святий, а цей храм - ви» (1 Кор. 3:16, 17).

Згідно з Біблією, той факт, що людина покінчила життя самогубством, не визначає, чи попаде вона на Небеса. Якщо неспасенна людина здійснює самогубство, вона просто «пришвидшує свою подорож» у вогняне озеро. Тим не менше, вона попаде в пекло через відкинення можливості спасіння через Христа, а не через здійснення самогубства. Біблія згадує чотирьох людей, які здійснили самогубство: Саул (1 Самуїла 31:4), Ахітофел (2 Самуїла 17:23), Зімірі (1 Царів 16:18) та Юда (Матвія 27:5). Усі вони були нечестивими, злими та грішними людьми. **Самогубство розглядається у Святому Письмі рівноцінним вбивству, адже це є вбивство себе**. Бог єдиний вирішує, коли і як людина має вмерти, тому перебирати це повноваження на себе означає зневажити Бога, відповідно до Біблії.

Першим з Отців Церкви самогубство засудив в IV столітті **Блаженний Августин**, таким чином відреагувавши на епідемічний ріст випадків добровільних смертей і шаленого

мучеництва серед фанатичних послідовників християнських сект. Він вважав суїцид вчинком, який заздалегідь виключає можливість покаяння і є формою вбивства, що порушує заповідь «Не вбий». Його слід вважати злом при будь-яких обставинах, за винятком ситуації, коли від Бога надходить пряма команда (як це було в біблійній історії з Самсоном).

Майже через тисячу років католицький теолог **Фома Аквінський** (1225-1274) був ще більш категоричний і засуджував самогубство на підставі трьох постулатів:

1. Самогубство є порушенням **закону природи**, відповідно до якого «все природне повинно підтримувати своє буття» і який наказує любити себе;
2. Це - порушення **закону моралі**, оскільки завдає шкоди суспільству, частиною якого є самогубець;
3. Самогубство є **порушення Закону Божого**, який підпорядковує людину провидінню та залишає право забирати життя тільки самому Богу.

Данте Аліг'єрі (1265-1321) відповідно до традицій цієї доктрини в «Божественній комедії» помістив самогубців серед мученців в пеклі грішників. Їх душі перетворювалися в дерева, а мертві тіла вічно висіли на них, порушуючи у інших мешканців пекла жах і огиду

«Божественна комедія» — філософсько-фантастична поема, написана тосканським діалектом, основний твір Данте, що вважається шедевром світової літератури. У трьох частинах («Пекло», «Чистилище», «Рай») Данте описує свою мандрівку до Бога. Твір, який є цілою енциклопедією знань середньовіччя, стоїть на вершині італійської поезії. Це символічний шлях людства в його прагненні до істини.

Уважно послухайте фрагмент цього шедевра і запам'ятайте, в якому колі пекла автори описують душі самогубців. Проаналізуйте прослухане. Посилання для слухання: https://www.youtube.com/watch?v=kbFMZqvc_wk (скорочена філософсько-фантастична поема Данте Аліг'єрі "Божественна комедія" в форматі аудіокниги. Читає Михайло Пінчак)

Суворе ставлення до самогубців існувало в Німеччині, Швейцарії та Австрії. У Пруссії до 1871 року поховання самогубців мало відбуватися без релігійних церемоній. Відповідно до ст. 216 Німецького уложення, співучасть у самогубстві каралося трьома роками тюрми.

Поступово ставлення до самогубців змінюється. З 1789 року Франція викреслила самогубство з числа злочинів і знищила всі покарання, спрямовані проти самовбивців. У 1804 р. Наполеон скасував судові переслідування суїцидентів.

В Англії ще до 1823 існував звичай тягнути труп самогубця вулицями, проткнувши його колом, і ховати його при великому шлясі без будь-якої релігійної церемонії. Але в 1870 році і Англія пом'якшила кари самогубців, хоча і не знищила їх зовсім.

Висновок:

Суїцид через призму релігійних уявлень сприймається неоднозначно: не забороняється у язичників та Східних релігіях, в той час як держави з авраамічною релігією рахують його тяжким гріхом.

1.4. Право та гарантії людини на життя.

Конституція України гарантує право кожної людини на життя та допомогу при критичному стані. Згідно з статтею 27, кожна людина має невід'ємне право на життя, і ніхто не може бути свавільно її позбавлений. Держава зобов'язана захищати життя людини.

Стаття 64. Конституційні права і свободи людини і громадянина не можуть бути обмежені, крім випадків, передбачених Конституцією України.

В умовах воєнного або надзвичайного стану можуть встановлюватися окремі обмеження прав і свобод із зазначенням строку дії цих обмежень. Не можуть бути обмежені права і свободи, передбачені статтями 24, 25, 27, 28, 29, 40, 47, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63 цієї Конституції.

Стаття 49. Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

У «Основах законодавства України про охорону здоров'я» (стаття 52) також закріплена заборона будь-яких дій, спрямованих на прискорення смерті, зокрема евтаназія. Це положення базується на принципах гуманності: навіть якщо стан пацієнта важкий, завданням лікаря є полегшення його страждань, але не припинення життя.

Вперше термін «евтаназія» спожив Френсис Бекон ще в XVII столітті, кажучи про легку, безболісну і щасливу смерть. Він вважав, що завдання лікарки в цьому випадку — виключити фізичний біль пацієнта і полегшити страждання хворого, дозволяючи йому піти спокійно.

В середині XIX століття спори про евтаназію поновилися з подвоєною силою. До того моменту в медицині вже активно застосовувалися як **болезаспокійливі препарати морфін і хлороформ**, і встало питання про етичність їх використання для вмираючих хворих, лікування яких продовжувати вже було безглуздо. Раціоналізм і науковість епохи індустріальної революції також сприяли появі зачатків сучасної системи охорони здоров'я і медицини. У Америці, наприклад, виник цілий рух за евтаназію

Концепт евтаназії був жорстоко спотворений з приходом до влади в Німеччині націонал-соціалістичної партії. Заклопотаність «чистотою» німецької раси привела до запуску програми «Т-4», яка, по суті, займалася знищенням людей з психічними і фізичними відхиленнями в цілях «поліпшення» нації. Спочатку ця програма стосувалася лише дітей з особливостями в розвитку, проте після 1940 року програма перетворилася на знищення недієздатного населення, що спонсувалася державою.

Популяризатором евтаназії в сучасному світі вважається Джек Кеворкян, американський лікар вірменського походження. Ще під час навчання на медичному факультеті університету Мічигану Кеворкян отримав прізвисько «Доктор Смерть» через те, що його частіше можна було знайти в прозекторській, ніж в аудиторії. Зокрема, він досліджував зіниці трупів, намагаючись знайти метод, який би допоміг визначити, в який час настала смерть.

Він був прибічником ідеї про смерть як про позбавлення від болю для пацієнтів з невиліковними захворюваннями, і в 1989 році розробив препарат, який дозволяв швидко і безболісно припинити життя хворого. Проте за його використання на Кеворкяна було заведено кримінальну справу про вбивство 52-річного пацієнта з хворобою Шарко, якому лікарка допомогла піти з життя.

На сьогоднішній день досить важко встановити, скільки чоловік піддається евтаназії в світі. У Швейцарії, наприклад, в 2019 році евтаназії піддалися приблизно 1 200 чоловік. А в Нідерландах в 2020 році за допомогою евтаназії з життя пішли 6 361 людина. Дозволено її використання в Бельгії, Люксембурзі, Іспанії.

Легалізація евтаназії в Данії припинена вирішенням ради з етики. Першою країною, яка легалізувала евтаназію, стали Нідерланди, там процедуру дозволено проводити з 1984 року. За ними слідує Бельгія, яка ухвалила відповідний закон у 2002 році, а через 12 років влада допустила її застосування і щодо дітей. Але, мабуть, країною, яка найактивніше практикує евтаназію, є Швейцарія.

Висновок:

Зараз евтаназія на комерційній основі офіційно дозволена лише в Швейцарії: у країні діють декілька клінік для тих, хто хоче безболісно розлучитися з життям. Ще в декількох країнах (Великобританії, Нідерландах і Бельгії) евтаназія дозволена лише у випадках невиліковних хвороб, що заподіюють хворим страждання. З юридичної точки зору, евтаназія є самогубством в США, штат Флоріда.

У «Основах законодавства України про охорону здоров'я» (стаття 52) також закріплена заборона будь-яких дій, спрямованих на прискорення смерті, зокрема евтаназія.

ЗАВДАННЯ.

1. Спираючись на вказані законодавчі положення в кінці завдання, довести право та гарантії людини на життя та допомогу при критичному стані. Обґрунтувати, спираючись на певні статті «Основ законодавства про охорону здоров'я України», доцільність заборони навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань. Висловити своє ставлення до Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині».

2. Створити кейс, в якому надати приклад порушення закону про право та гарантії людини на життя.

Першоджерела до завдання:

Конституція України: прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України від 28 червня 1996 року. ВВР. 1996. № 30. Ст. 141.

Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р. ВВР. 1993. № 4. Ст. 26.

Цивільний кодекс України : від 16.01.2003 р. ВВР України. 2003. № 40- 44. Ст. 356.

Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17.05.2018 № 2427-VIII. ВВР. 2018. Додаток до № 28. Ст. 232.

1.5. Основні концепції та підходи в суїцидології

1.5.1. Репресивний підхід, реалізований у римському праві, у політиці Церкви, найдавніший з усіх зазначених. Він ґрунтується на ідеї заборони самогубства. Причому цю заборону підкріплювали жорсткими мірами покарання – як людей, що вижили після суїцидальної спроби, так і трупів самогубць. Довгий час Церква Західної Європи пояснювала суїцидальні акти божевіллям, спричиненим уселенням біса в душу людини. Слід зауважити, що тільки з XVIII ст. церковне пояснення почало себе вичерпувати.

1.5.2. Нейрохімічна гіпотеза (серотонінова гіпотеза) – найбільш розповсюдженою біохімічною теорією є серотонінова. Багато досліджень, що доводять наявність зниження метаболізму 5-НІАА у спинномозковій рідині пацієнтів з самогубствами. При цьому, чим нижчим був рівень серотоніну, тим жорстокішим був шлях скоєння самого суїциду. Також вчені встановили взаємозв'язок між агресивністю, самогубством із рівнем метаболітів серотоніну у спинно-мозковій рідині. При дослідженні моноамінооксидази (моноаміноксидаза (МАО)) – сімейство ферментів, які каталізують окислення моноамінів, використовуючи кисень для відсікання їх аміногрупи) у тромбоцитах плазми здорових людей було виявлено, що у людей з найнижчим рівнем цього ферменту кількість суїцидів у родинному анамнезі у 8 раз вище, ніж у людей із нормальною його кількістю.

Дослідження зв'язку порушень обміну серотоніну та суїцидальності почалися ще у 60-х роках. Встановили, що рівень серотоніну в цілісній крові у пацієнтів у стані тяжкої депресії достовірно нижчий, ніж у здорових осіб. Формується переконання, що дефіцит серотонінергічної медіації є важливим механізмом суїцидальності. На сьогоднішній день важливість даних, що обговорюються, полягає перш за все в тому, що за допомогою **біологічних предикторів можна більш точно виділити групи осіб підвищеного ризику суїциду** ще до перших ознак суїцидальної поведінки і вжити превентивних заходів.

До нейрохімічних відноситься і «холестеролова гіпотеза суїциду». Певну роль у регулюванні настрою і функції мозку відіграють жири, у складі яких близько 40 жирних кислот. Вважають, що омега-3 жирні кислоти корисні при біполярних афективних розладах і стресах.

Вітамін В1 необхідний для відтворення деяких **нейротрансмітерів**. Нейротрансмітери – це хімічні речовини, які передають сигнали між нервовими клітинами (нейронами) або між нейронами та іншими клітинами організму. При дефіциті В1 у деяких людей виникають психічні зміни, спутаність свідомості.

Дисбаланс або порушення в системі нейротрансмітерів можуть призвести до різних **неврологічних та психічних захворювань: пов'язаних з депресією, а надлишок дофаміну**

може грати роль у розвитку шизофренії. У медичній практиці використовуються лікарські препарати, які впливають на рівні нейротрансмітерів для лікування таких станів, як депресія, тривожні розлади, хвороба Паркінсона, хвороба Альцгеймера та інші. Це підкреслює важливість нейротрансмітерів для підтримки нормального функціонування нервової системи та загального здоров'я людини.

1.5.3. Анатомо-антропологічна модель є найбільш старою та багатшою теорією. Ще у дев'ятнадцятому сторіччі англійський лікар Ф. Вінслоу писав у своїй книжці «Анатомія самогубства», що схильність людини до суїциду обумовлена патологічним процесом у головному мозку, кістках черепа та шлунково-кишковому тракті. Він наводить характеристики поетів В. Коупера (замах на самогубство та помер від депресії) і Т. Чаттертона (випив яд в 18 років). Після Вінслоу є багато самих різних робіт анатомів та лікарів, що пояснювали самогубство звуженням яремного отвору, наявністю кісткових відкладень на серпоподібному відростку твердої оболонки мозку. Є навіть дослідження, що встановили взаємозв'язок форми молочної залози та схильність до самогубства. Надалі вчені поглибилися у вивчення структури головного мозку та активно шукали ділянку, що є «центром самогубства». Ці багаточисленні пошуки так і залишилися безрезультатними. Представники антропологічної школи П.М. Мінаков та А.І. Крюков зв'язували походження суїциду з характерними змінами в будові черепа самогубців, які надають механічний вплив на головний мозок. Судово-медичний патологоанатом І.М. Гвоздев (1889) власноруч препарував 1000 трупів самогубців, безуспішно намагаючись в них знайти патологоанатомічні особливості «молекулярного руху в головному мозку».

1.5.4. Генетична гіпотеза скоєння суїцидів відрізняється своєю суперечливістю. У ході генетичних досліджень було встановлено, що якщо один монозиготний близнюк скоїв суїцид, то вірогідність самогубства другого близнюка збільшується в рази. Також американські генетики встановили, при проведенні лонгітудінального дослідження одної спільноти у Пенсильванії, що майже три чверті самогубств, скоєних за 100 років сталися тільки у чотирьох родин.

В даний час прийнято вважати, що **схильність до афективних розладів настрою передається у спадок**, особливо при біполярних видах. Якщо один з батьків захворів, ризик захворювання для дитини становить 27%, якщо обидва - 50-75%. У однойцевих близнюків вірогідність захворювання складає 67%, навіть якщо вони виховуються в різних сім'ях.

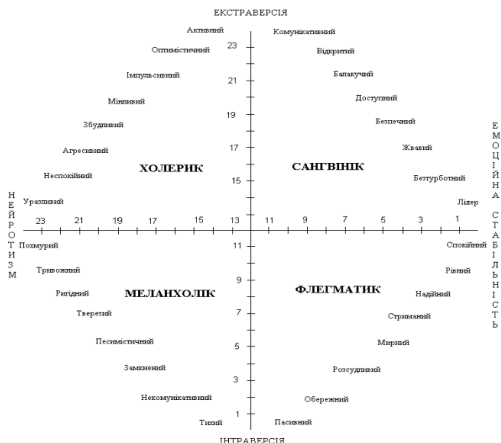
Практика показує, що наявність у сім'ї випадків суїциду є одним із факторів ризику.

Так, Ернест Міллер Хемінгуей застрелився з тієї ж рушниці, що і його батько, а на початку 1990-х добровільно пішла з життя його онука. У вітчизняній літературі описані сім'ї, що проживають у сільській місцевості, в яких практично всі родичі кінчали життя само вбивством. Статистика свідчить, що приблизно у 6% тих, хто покінчив з собою один із батьків був суїцидентом.

Вчені з'ясували, вплив чоловічих мутацій на дитину. А саме, що чим старше стає чоловік, тим через більшу кількість мутацій (помилки програми) проходять його сперматозоїди. Відповідно, **вік батька збільшує кількість мутацій**, які він передає

своїм дітям. У 20 років це 25 мутацій, а в 40 років вже 65 мутацій. Погіршення якості сперми підвищує ризик появи у дитини різних психічних захворювань, гіперактивності, біполярного розладу, **схильності до суїциду**. Для ВНД рівень емоційної тривожності (напруженості) є генетично детермінованим. (Ганс Айзенк, мал.23)

1.5.5. Суїцид у світлі психоаналітичних теорій. Суїцид у світлі психоаналітичних теорій розглядається у відповідності до концептуального значення особистості в



Малюнок 23.

суїцидальній поведінці. Кожна теорія особистості виходить зі своїх визначень факторів, які зумовлюють суїцидальну поведінку.

Психоаналіз З.Фрейда передбачує існування у людини **балансу двох потягів-інстинктів**: інстинкт життя (Ерос – вміщує в себе потяг та цікавість до життя, забезпечення продовження роду) та інстинкт смерті (Танатос – потяг до смерті, руйнування і агресії, жорстокості, вбивства та самогубства). Фрейд стверджував, що скоєння суїциду є наслідком руйнівної та імпульсивної дії Танатоса та самогубство – є переадресована злість с зовнішнього світу на себе. Найбільш повно його погляди (раннього періоду) на феномен суїциду викладено у статті «Сум і меланхолія», хоча слід зазначити, що першим міркування, розгорнуті у статті, висловив німецький психіатр Вільгельм Штекель. На засіданні Віденського психоаналітичного суспільства 27 квітня 1910 р. він заявив, що «себе вбиває той, хто хотів убити іншого або, принаймні, бажав смерті іншого». На цьому засіданні Віденського психоаналітичного суспільства відбулася дискусія з теми «Самогубство у дітей». Фрейд стверджував, що **у своєму прагненні відучити дітей від їхнього досвіду ранніх сексуальних стосунків, педагоги часто залишають ще незрілих учнів перед суворими випробуваннями подальшого життя**. Суїцидальні нахили тут як втеча від загрози повної відмови від власного «Я». З. Фрейд писав: Страх смерті, що з'являється при меланхолії як захист від пасивного суїциду, пояснюється тим, що для «Я» життєво важливо бути коханим з боку «Зверх-Я». Коли «Я» відчуває, що «Зверх-Я» його невиносить і переслідує замість того, щоб любити, воно відмовляється від самого себе і дозволяє собі померти. («Я» и «ОНО» 1991). Він наголошував, що хоч про самогубство відомо мало, але, мабуть, воно дійсно є запереченням життя через пристрасне бажання смерті. Це зауваження було основою для створення положення Фрейда про існування інстинкту смерті. В роботі «Сум і меланхолія» він підкреслює, що смерть буває бажана. Існують постійні коливання між силою цих двох протилежних інстинктів. Ерос із часом старіє, вічний Танатос залишається надзвичайно напористим «до самого кінця, протягом всього життя людини, досягаючи своєї мети лише приводячи його до смерті».

Мелані Кляйн, розвиваючи та продовжуючи ідеї Зигмунда Фрейда, а також роблячи висновки з власного аналізу дитячої гри, формулює нові концепції – такі як параноїдно-шизоїдна позиція та депресивна позиція. Кляйн започаткувала новий напрямок психоаналітичної думки, постулювавши **виняткове значення досвіду дитинства та раннього дитинства у формуванні емоційного світу дорослої людини**. На думку М. Klein (О теории вины и тревоги. 2001), депресивна реакція є інфантильним механізмом (регресія) до депресивної фази розвитку). Для того щоб активізувати цей механізм у дорослої людини, необхідно такі умови:

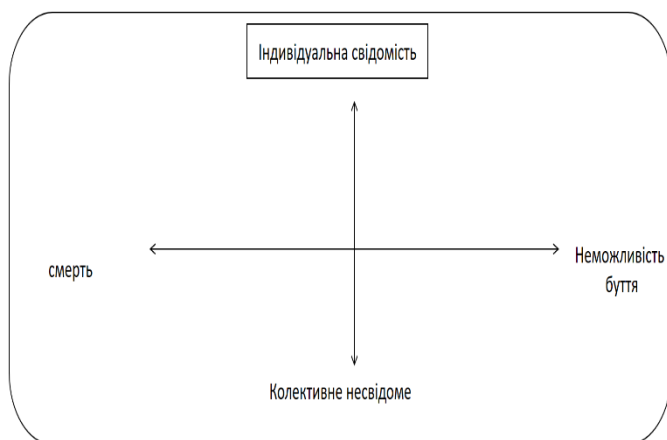
- 1) Дитяче амбівалентне ставлення до материнських грудей і хвороблива фіксація на ній, при цьому вона є інтроєктованою;
- 2) відбулося дитяче зниження самооцінки після відлучення від грудей, внаслідок чого сформувалася невпевненість у собі, відбулося повернення до амбівалентної залежності від грудей.

Порушуючи питання про самогубство, **Карл Юнг** вказував на несвідоме прагнення людини до духовного переродження. Це прагнення обумовлено **актуалізацією архетипу колективного несвідомого**, що набуває різних форм. Воно може стати важливою причиною смерті від власних рук. Люди не лише бажають піти від нестерпних умов справжнього життя, здійснюючи самогубство, а **поспішають** зі своїм метафоричним поверненням **у череву матері** для нового життя унаслідок воскресіння.

Малодосліджений твір Карла Юнга «Відповідь Йову» відкриває глибокий психологічний і богословський аналіз теми страждань Йова за біблійною Книгою Йова.

Юнг усвідомлює необхідність прийняття страждань як способу спасіння і виводить принцип поєднання протилежностей, за яким для свого ж блага людина мусить приймати від Бога усе, що Він їй дає.

Стартова точка психіки за К. Юнгом представлена колективним несвідомим (архетипи), яке передує будь-яким особистісним надбудовам і є для них апріорним фундаментом. Фінальна позиція – індивідуальна свідомість, що є результатом соціалізації особистості, яку К. Юнг називає процесом індивідуації чи всамоствленням (Мал. Структурно-онтологічна матриця соціалізації особистості за К.Юнгом).



Малюнок 24. Структурно-онтологічна матриця соціалізації особистості за К.Юнгом.

Звертаємо увагу, що обидві осі мають двосторонню спрямованість, незважаючи на логічність, що здається, спрямувати матеріал вгору, а процес вліво.

Юнг розглядав психіку як комплементарну взаємодію свідомого та несвідомого компонентів за умов безперервного обміну енергією між ними.

Юнг охарактеризував та механізм прийняття свідомого рішення про звільнення з життя, пов'язавши його з порогами напруженості, що є індивідуальні для кожної окремої людини, а також впливом на психіку афективних чинників.

1.5.6. 1. Холістичний підхід.

Сучасними послідовниками юнгіанської течії є представники холістичної психології, одним із найоригінальніших напрямів якої є **трансперсональна психологія С. Грофа**. у 1996 році Британське психологічне суспільство створило відділення трансперсональної психології, тим самим цей напрямок отримав певне визнання в академічних колах.

С. Гроф висунув гіпотезу про вплив внутрішньоутробного існування та пологів на життєвий шлях людини.

Підставою концепції С. Грофа є теорія «травми народження» О. Ранка, що описана в монографії «Травма народження та її значення для психоаналізу» (1924). Тут Отто вказує,



Малюнок 25. Отто Ранк австрійський
Психоаналітик 1884-1939

що вигнання плода з материнського лона є «основною травмою», яка **визначає розвиток неврозів**, і що кожній людині властиво підсвідоме прагнення повернутися в материнське лоно.

Теорія Ранка виділяє **розлуку з матір'ю і втрату матки** в якості основних травмуючих аспектів народження. Суть травми для нього в тому, що постнатальна ситуація куди менш сприятлива, ніж перинатальна. Поза матки дитина змушена зіткнутися з нерегулярністю харчування, частою відсутністю матері, коливаннями температури, шумом. Вона повинна самостійно дихати, ковтати їжу і виводити відпрацьовані речовини.

С. Гроф описав «переживання» плоду на певних стадіях біологічного дозрівання і пологів, які забезпечують **доступ до сфер колективного несвідомого**. Ним було виділено чотири перехідні моменти внутрішньо-утробного існування. Вони закарбовуються в людській пам'яті і під час регресії можуть «оживати», активуватися. С. Гроф назвав їх «базовими перинатальними матрицями» (БПМ).

Він описав чотири такі матриці:

1) перша базова перинатальна матриця (БПМ-I, амбіотичний всесвіт) – це вихідний симбіотичний союз в утробі з матір'ю без чітких меж себе, часу, простору і переживання особливого «океанічного» почуття. Це той досить тривалий період, коли дитина безтурботно існує в материнському організмі;

2) друга перинатальна матриця (БПМ-II, початок народження, початок скорочення матки). Ця матриця пов'язана з відчуттям, що насувається смертельна небезпека і тривога;

3) третя перинатальна матриця (БПМ-III, проходження родовими шляхами) – це біль, тиск, задуха і переживання «вулканічного екстазу»;

4) четверта перинатальна матриця (БПМ-IV) – пологи і переживання повного знищення та відродження.

Дослідник пов'язує самогубство з БПМ, виділяючи два типи: насильницьке і ненасильницьке.

Насильницьке самогубство пов'язане з БПМ-III (проходження родовими шляхами). Для людини під впливом третьої матриці повернення в океанічний стан неможливий, тому шлях туди лежить через безвихідну ситуацію другої матриці (початок народження), яка психологічно гірша, ніж третя. Перинатальний досвід підказує можливість звільнення через посилення хворобливих відчуттів і вибухове звільнення (пологи); *серед суїцидальних фантазій і дій цієї категорії автор зазначає смерть під колесами поїзда, різані рани, стрибки з висоти. Ненасильницькі суїциди схожі на алкогольну та наркотичну залежність і відображають несвідоме прагнення найлегшим шляхом повернутися зі стану БПМ-II у стан БПМ-I («симбіотичний союз в утробі з матір'ю») та досягти стану «океанічної свідомості».* Суїцидальні ідеї цього типу виявляються в бажанні не існувати, забути про все, зануритися в сон і не прокидатися. *Суїцидальні спроби більшою мірою здійснюються шляхом самоотруєння, вдихання отруйних речовин.*

Таким чином, згідно з поглядами С. Грофа, психіка складається з таких рівнів:

1. Особисте біографічне несвідоме, з яким працював З. Фрейд.

2. Трансперсональне (надособисте) несвідоме, яке також містить уявлення К. Г. Юнга про архетипічне (колективне) несвідоме.

3. Перинатальне несвідоме, що є мостом між особистісним та надособистісним несвідомим, наповнене символізмом та конкретними переживаннями смерті та відродження. Саме регресія до пренатального рівня є умовою доступу до трансперсонального.

Альфред Адлер описував відчуття власної неповноцінності в суїцидальних людей, які «шкодять іншим своїми мріями про рани або наносять їх собі». Суїцид у цьому контексті стає прихованою атакою на інших людей. За допомогою саморуйнування людина прагне викликати співчуття до себе і засудження тих, хто відповідальний за її занижену самооцінку. А. Адлер вважав потяг до самогубства захисною реакцією, формою усвідомлюваної або неусвідомлюваної помсти самому собі або іншій особі, що, сприяє подоланню дитячих комплексів і самоутвердженню.

Карл Менінгер згоден із З. Фрейдом в тому, що в житті людини існує напружена боротьба між інстинктами самозбереження і саморуйнування. Дослідивши глибинні мотиви самогубства, він виділив **три складові суїцидальної поведінки**: для того щоб скоїти самогубство, *по-перше*, необхідно мати **бажання убити**; *По-друге*, необхідно відчувати **бажання бути убитим**; останнє – **бажання померти**. Таким чином, на його думку, в самогубстві об'єкт і суб'єкт агресії поєднуються (класична монографія «Війна з самим собою»).

Американський психоаналітик К. Менінгер, який очолював протягом багатьох років Американську асоціацію психоаналізу, один із небагатьох, хто поділяє фрейдистську **дихотомічну теорію**, представляє інстинкти життя і смерті як **конструктивні й деструктивні тенденції особистості**. Він виділяє три форми самогубства:

1) **хронічне** самогубство: аскетизм і мучеництво, неврастенія, алкоголізм, антисоціальна поведінка, психоз. «Система виховання та освіти певним чином прищеплюють людині аскетичні навички, які виявляються в безкорисливому й самовідданому служінні суспільству і турботі про власних дітей... На відміну від рядового члена суспільства, *«хронічний самогубець» керується внутрішньою потребою жертвувати собою.* Те, що на перший погляд сприймається як законне прагнення увічнити своє ім'я, на практиці виявляється замаскованим проявом деструктивних сил». *Невротики* користуються тим же механізмом, але щоб викликати не захоплення, а жалість. І захоплення, і жалість тут виступають як збочення любові;

2) **локальне** самогубство: членушкодження, симуляція, навмисні нещасні випадки, а також імпотенція, фригідність, за яких відбувається відмова від нормального генітального задоволення; при цьому природна біологічна роль приноситься в жертву збоченим еротичним нахилом, підсвідомим страхам і ненависті, прагненню до самопокарання та позбавлення себе і партнера отримання спільного задоволення;

3) **органічне** самогубство: хвороби, які є «носіями саморуйнівного елемента, який виявляється в різноманітних формах самознищення, наприклад самогубство, тобто в самій очевидній і незворотній формі, органічних й істеричних захворюваннях, а також у таких «нормальних» звичках, як паління і т. д.». Наркотичну та алкогольну залежність К. Менінгер вважає однією з форм самознищення, яка характеризується спотвореною спрямованістю внутрішньої агресії, статевою незадоволеністю і підсвідомим прагненням до покарання, породженим почуттям провини за власну агресивність.

Сам наркотик виступає в ролі улюбленого вбивці (Малюнок 26).

Ось деякі цитати з монографії «Війна з самим собою»: Подібно до того, як ласка чи нірка відгризають собі лапу, що потрапила в капкан, так і ми **свідомо і з почуттям повної відповідальності відчуваємо необхідність і очисну силу саморуйнування**. Кожна людина схильна до самознищення, і в деяких випадках, коли воєдино зводиться ціла низка обставин і факторів, це призводить до самогубства. Чим вище особисті якості людини,

рівень її освіти, соціальний статус та творчі здібності, **тим більшою мірою агресивність змінює внутрішню спрямованість на зовнішню**, і правильна диференціація об'єктів дозволяє повністю нейтралізувати ненависть коханням.

Карл Меннінгер - член династії Маннігерів, яка заснувала в місті Топіка фонд Меннігерів і Клініку



Малюнок 26.

Меннігерів. Він закінчив Гарвардську школу медицини в 1917 році. Карл Меннінгер проходив стажування у Бостонському психіатричному шпиталі (Boston Psychopathic Hospital) та викладав у Гарвардській медичній школі (Harvard Medical School). У 1919 році Карл повернувся до Топіки, де разом з батьком, Чарльзом Меннінгером, заснував в 1941 році клініку Меннігерів. У 1925 році він зумів залучити інвесторів та побудувати санаторій Меннігерів (Menninger Sanitarium). В 1930 Карл видав свою першу книгу - "Людський розум" (The Human Mind), яка стала бестселером в США.

Геррі Стік Салліван розробив теорію міжособистісного спілкування. Відносини індивіда з іншими людьми є найважливішим моментом життя. Кожна людина має три уособлення «Я».

- Коли відчуває себе в безпеці, уособлення - «хороший Я»;

- у стані тривоги уособлення - «поганий Я»;
- у психотичних кошмарах індивід перетворюється на «Не-Я».

Людина оцінює себе здебільшого відповідно до ставлення інших людей.

Якщо виникне загроза безпеки через нерозв'язану кризу, то конфлікт і тривога можуть стати для людини нестерпними. У цих обставинах у неї може виникнути бажання перевести своє «погане Я» в «Не-Я», а отже, вчинити суїцид. У стані депресії саморуйнування також є привабливою альтернативою для індивіда. «Суїцид відображає, — на думку Г. С. Салівана, — переорієнтоване на себе вороже ставлення індивіда до інших людей і зовнішнього світу».

Головними, провідними для всіх людей потребами Салліван вважав **потребу в ніжності і потребу уникнення тривоги**.

Один із основних принципів інтерперсонального психоаналізу полягає в тому, що пацієнт і терапевт утворюють динамічну систему, яка може бути використана для вивчення проблем пацієнта. У Саллівана викристалізувалися ідеї про **важливість інтерв'ю, яке передбачає міжособистісну ситуацію**.

Приклади інтерперсонального психоаналізу, що є частиною загального процесу консультування, представлені нижче на малюнку 27. Таким аналізом пробує займатись психолог Анжела Оукхерст з фільму «Спорожніле місто» 2007, режисера Майка Байнера, що консультує героя Чарлі, який втратив дружину та дітей під час терактів 11 вересня та поставив хрест на своєму житті (посилання для перегляду <https://gidonline.io/film/opustevshij-gorod/>).

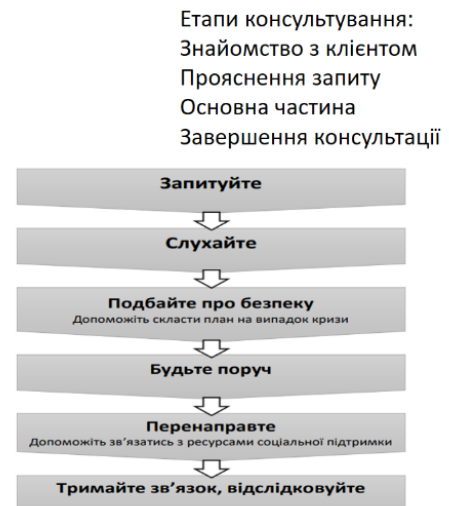
Приклади інтерперсонального психоаналізу

- Експозиційна терапія — це метод поведінкової терапії для лікування тривожних розладів. Експозиційна терапія передбачає вплив цільового пацієнта на джерело тривоги або його контекст, без наміру викликати будь-яку небезпеку (десенсибілізація).
- Протокол
 1. Піклування
 2. Повернути кордони
 3. Повернути опори
 4. Дати установку, що людина з усім справиться

Зміст кроків алгоритму розмови і дій психолога:

Треба використовувати техніки активного слухання:
 1) контрольований діалог; 2) перефраз, інтерпретація;
 3) резюмування

Малюнок 27.



Неофрейдистка Карен Хорні вважала, що причини суїциду слід шукати ще в дитинстві. Вона вважала, якби дітям забезпечили оточення, вільне від тривоги, то вони б росли і процвітали. Проте культура, релігія, політика та інші суспільні сили вступають у змову з метою спотворення розвитку дитини.

Відчуваючи себе в небезпечному оточенні, діти розглядають світ як вороже середовище для життя. Це викликає у них утворення «основної тривоги», описаної К. Хорні. Суїцид може виникнути як наслідок дитячої залежності, глибоко укорінених відчуттів неповноцінності або того, що «ідеалізується, є у людини само собою». Самогубство може бути також «суїцидом виконання», із-за виникнення в людини відчуття невідповідності

стандартам, очікуваним суспільством. Відповідно до поглядів К. Хорні, суїцид є результатом поєднання внутрішніх характеристик особи й чинників навколишнього середовища.

Згідно Хорні, на відміну від здорових людей, невротичні особистості характеризуються наявністю ряду невротичних потреб. Авторка наполягає на тому, що невротики психологічно залежать від 10 потреб.

Ці десять невротичних потреб Карен Хорні розбила на три групи за трьома основними напрямками руху або типами поведінки (векторами побудови стосунків з навколишнім світом) суб'єкта по відношенню до інших людей: «ДО» інших, «ВІД» інших і «ПРОТИ» інших. Ця модель може бути з успіхом використана навіть на початковій стадії психологічного консультування будь-якого виду чи типу.

Хорні пише у відомій книзі "Невротична особистість нашого часу", що особливість невротичної особистості: "Якщо вона має потребу в любові, то вона добивається її від друга і від ворога, від працедавця та чистильника взуття".

Про потреби людини та страхи відомий фільм про Містера Мілера, сценариста Альберта Брукса, 1991р. «Захищаючи твоє життя» ([527\) ЗАЩИЩАЯ ТВОЮ ЖИЗНЬ 1991 - YouTube](#) Містер Мілер (Альберт Брукс) опиняється у судному місці, де верховні судді вирішують його подальший шлях.

Хорні виділяє ряд *невротичних потреб*, що притаманні невротичній особистості на відміну від здорових людей:

- У позитивній афектації (у вираженні позитивних почуттів) і схвалення з боку оточуючих;
- У партнерові (людина з невротичною вираженістю цієї потреби переоцінює любов, вкрай боїться бути залишеною, життєво потребує когось більш сильного і авторитетного, ніж сама, і шукає емоційної залежності і прихильності цього партнера чи партнерки);
- і одночасно у самодостатності і незалежності (невротичні люди можуть неспівомовно панічно боятися залежати від когось або чого-небудь і організовувати своє життя відповідно до цього, наприклад за типом «самотнього вовка»);
- В обмеженні свого життя вузькими рамками (невротичні люди лякаються нескромності, вважають, що невимогливість дуже цінна, оскільки безпечна, та ін.);
- і одночасно у престижі;
- У силі (мається на увазі емоційна залежність від того, що є символом сили для даної людини; це може бути фізична сила, інтелектуальна, влада, гроші, певного роду інформація тощо);
- У використанні, експлуатації інших;
- У тому, щоб бути об'єктом захоплення;
- У невротичних амбіціях в особистих досягненнях;
- У бездоганності і незаперечності (невротична особистість категорично переконана, що не можна робити помилки, бути критикованою, терпіти невдачі; такі люди постійно шукають в собі недоліки, щоб їх виправити і таким чином приховати від інших).

У разі сформованості базальної тривоги людина слідує однієї з трьох стратегій поведінки і відповідно виділяються типи особистості:

- 1) поступливий тип орієнтується на людей, проявляє залежність, нерішучість, безпорадність, думає: "Якщо я поступлюся, мене не чіпатимуть";
- 2) відокремлений тип відсторонюється від людей, думає: "Якщо я відсторонився, зі мною все буде в порядку", говорить: "Мені все одно", нічим і ніким не захоплюється;
- 3) ворожий тип орієнтується проти людей, для нього характерно домінування, ворожість, експлуатація, він думає, що слід боротися проти всіх і будь-яку ситуацію оцінити з позиції: "Що я буду мати з цього?" Ворожий тип здатний діяти тактовно і по-дружньому,

але його поведінка завжди націлена на набуття контролю і влади над іншими, на задоволення особистих бажань і амбіцій.

Істотний внесок у розвиток **психоаналітичної** суїцидологічної теорії зробив **Е. Рінгель**, який відкрив явище передсуїцидального синдрому (налаштування на смерть), типове певною мірою для всіх суїцидальних дій. Дослідження цього синдрому полягає, на думку науковця, в аналізі трьох феноменів:

- звуження свідомості;
- інверсія агресії;
- суїцидальні фантазії.

Надзвичайно важливим компонентом тут виступає **звуження як регресивна та обмежувальна тенденція людського розвитку**, джерела якої криються у дитинстві (тяжка невротизація у дитячому віці). Це звуження супроводжує виникнення почуття власної незахищеності. Одним із механізмів подолання цього почуття виступає, на думку ученого, захист від агресії.

У синдром входять **наступні ознаки**:

- Різка і майже раптове **звуження інтелектуального фону**, обмеження розумових процесів, звуження змісту мислення, ослаблення здатності бачити життєздатні варіанти, які в звичайному стані прийшли б на розум.

- Звуження сприйняття, **відхід у себе**, почуття самотності, безглуздості і безвиході.

Сильне сум'яття, тобто загострення переживання людиною стану повного краху (планів, надій і т. П.).

- Підвищена **неприязнь до себе**, що виявляється в посиленні самозречення, ненависті до себе, сорому, провини, самозвинувачення, а також в діях, що йдуть врозріз зі своїми власними життєвими устремліннями.

- **Ідея припинення**, раптове осяяння, що існує можливість покласти край стражданню шляхом зупинки цього нестерпного потоку свідомості.

- **Втеча в фантазію**, яка все більше заповнюється мазохістські хтивими сценами страждань, які доведеться пережити значущим іншим після суїциду.

- «Затишшя перед бурєю», коли зовні незворушний пацієнт **в деталях розробляє план самогубства**.

- **зловживання** психоактивними речовинами і алкоголем;

- **ескейп-реакції** (втеча з дому і т. п.)*;

- **самоізоляція** від інших людей і життя;

- **різке зниження** повсякденної активності;

- зміна звичок, наприклад, **недотримання правил особистої гігієни**, догляду за зовнішністю;

- перевага **тем розмови і читання, пов'язаних зі смертю і самогубствами**;

- часте прослуховування жалобної або сумною музики;

- «Приведення справ у порядок» (**оформлення заповіту**, врегулювання конфліктів, листи до родичів, роздаривання особистих речей).

*Норвезький психолог Фроде Стенсенг виділяє два основні рушійні мотиви ескапізму:

Самопридушення (self-suppression) - коли людина через свою діяльність хоче втекти від негативу. Цей мотив має пряме відношення до неблагополуччя, низької самооцінки, депресій.

Саморозкриття (self-expansion) — коли благополучна людина хіба що розширює своє життя з допомогою цікавого заняття чи досвіду.

Ендрю Еванс відокремлює здоровий ескапізм від хворого.

Щоб менше тікати у вигаданий світ, потрібно отримувати задоволення у реальному і фіксувати моменти.

«Потрібно згадати, що до війни приносило задоволення. Якщо біг — бігати, якщо спорт — йти в зал, якщо читання книжок — читати. І запитувати себе, чи ця діяльність є втечею, яка шкодить чи дозволяє відпочити від новин»

В 1948 році психіатри Х. Хофф й Єрвін Рингель організували центр «Лікарська допомога людям, які втомилися від життя». Тоді вперше були об'єднані в єдиному комплексі телефонна служба й очний прийом.

Загалом у другій половині XX ст. Р. Літман і А. Дюрссен відзначали, що у психоаналітичній літературі з проблеми суїциду **однобічно переоцінено роль**, відведеної З. Фройдом **агресії**, характерної для розвитку депресії.

Сучасний дослідник із питань лікування депресії та запобігання суїциду **Девід Розен**, який працює у межах аналітичної психології й **розвиває юнгіанську традицію**, відзначає, що суїцид становить **наслідок хворобливої (ненормальної) депресії**. Депресія – це захворювання, що характеризується постійним пригніченим станом та втратою цікавості до будь-якої діяльності, що зазвичай приносить задоволення, а також нездатністю виконувати повсякденні справи протягом як мінімум двох тижнів. У цьому стані людина поринає у відчай, супроводжуваний безнадійністю. Науковець вважає, що запобігти суїциду можна, удаючись до **егоциду та переживання трансформації**. За визначенням Д. Розена, **егоцид** – це **убивство суїцидальної частини Его**. Для його здійснення, на думку дослідника, необхідно проаналізувати негативну та самодеструктивну частину Его (Тіні), результатом цього стане символічна смерть і відродження. У своєму творі «Сповідь» Лев Толстой розповідає нам, що перебуваючи у хворобливому психологічному стані, скоював спроби суїциду, а потім відбувся шлях **трансформації через Егоцид** (Мал.28).

Шлях трансформації через Егоцид

У своєму творі «Сповідь» Лев Толстой розповідає нам, що перебуваючи у хворобливому психологічному стані, скоював спроби суїциду, а потім відбувся шлях **трансформації через Егоцид**

Він писав:

«Пам'ятаю, це було ранньою весною, я один був у лісі, прислуховуючись до звуків лісу. Я прислуховувався і думав все про одне те й саме ці останні три роки. Я знову шукав Бога. Поняття Бога — не Бог, — сказав я собі. — Поняття є те, що відбувається в мені, поняття про Бога є те, що я можу збудити і можу не збудити в собі. Це не те, чого я шукаю. Я шукаю те, без чого б не могло бути життя». І знову все стало помирати навколо мене і в мені, і мені знову захотілось вбити себе. Але тут я смирнувся на самого себе, на те, що відбувалось в мені; і я пригадав усі ці сотні разів умирання та поживання, що відбувались в мені. Я пригадав, що я жив лише тоді, коли вірив в Бога. Як було раніше, так і тепер, сказав я собі: варто мені знати про Бога, і я живу; варто забути, не вірити в нього, і я помираю. Що ж таке ці поживання та умирання? Адже я не живу, коли втрачаю віру в існування Бога, адже я вже давно абияк би себе, якби в мене б не було човираної надії знати його. Адже я живу, істинно живу лише тоді, коли відчувую його та шукаю його. Так чого ж я шукаю це? — вигукнув в мені голос. — Так ось він. Він — те, без чого неможливо жити. Знати Бога та жити одне й те саме. Бог є життя. «Живи, шукаючи Бога, і тоді не буде життя без Бога». І сильніше ніж коли-небудь все освітілось в мені та навколо мене, і світло це вже не полишало мене.

І я врятувався від самогубства. Коли і як скінувся в мені цей переворот, я не міг би сказати. Як непомітно, поступово знищувалась в мені сила життя, і я прийшов до неможливості жити, до зупинки життя, до потреби самогубства, так само поступово, непомітно повернувся до мене ця сила життя. І дивно, що та сила життя, яка повернулася до мене, була не нова, а найстаріша, — саме та, яка захоплювала мене на перших роках мого життя. Зі мною трапилось **неначе ось що**: я не пам'ятаю, коли мене посадили в човен, відштовхнули від якогось невідомого мені берега, аказали напрямом до іншого берега, дали в недосвідчені руки весла та залишили на самоті. Я працював, як змія, веслами та плив; але чим далі я випливав на середину, тим швидше ставала темію, що відносилася мене далі від цілі, і тим частіше мені зустрічались плаваці, такі самі, як я, яких зносило течією. Були поодинокі плаваці, що продовжували гребти; були плаваці, що покидали весла; були великі човни, величезні кораблі, сповнені народом; одні бились з течією, інші віддавалися їй. І чим далі я плив, тим більше, дивлячись на напрямом вниз, на потік усіх плаваючих, я забував даний мені напрямом. На самій середині потоку, в тісноті човнів та кораблів, що неслися вниз, я вже зовсім втратив напрямом і покинув весла. З усіх боків з веселошани та гуржанням навколо мене неслися на вітрилах і на веслах плаваці вниз за течією, загрожуючи мені і одне одного, що і не може бути іншого напрямку. І я повірив їм і поплив з ними. І мене далеко віднесло, так далеко, що я почув галас пороги, в яких я мав би розбитись, і побачив човни, що розбилися в них. І я оповтався. Довго я не міг зрозуміти, що зі мною трапилось. Я бачив перед собою одну погибель, до якої я б і якої боявся, ніде не бачив порятунку й не знав, що мені робити. Але, озирнувшись назад, я побачив численні човни, які, не припиняючи, настигали перебивали течію, згадав про береги, про весла та напрямки і став вигрібати назад вгору по течі і до берега.

Берег — це був Бог, напрямом — це був переказ, весла — це була дана мені свобода вигрестись до берега поєднатись з Богом. Отже, сила життя відновилась в мені, і я знову почав жити». Стикнувшись зі смертю і тягою до кінця свого життя, Толстой відпустив старе хибне «Я» (його негативне обличчя та домінуючий образ Его), який був у змові з його Тінню. Через психологію самовіддачі він зв'язався з вищою силою та відчув духовну життєвість відродження та одиницю з його справжнім «Я». Уільям Джеймс у своїй книзі «Різноманіття релігійного досвіду» розповідає наступне: «Толстой став жити життям селянина та відчув себе праведним та щасливим. Меланхолія, що охопила Толстого, була не лише випадковим переломом його настрою, хоча без сумніву частково було і це. В головному ж **вона була логічно необхідно викликана зіткненням його внутрішнього душевного складу з його зовнішньою діяльністю та прагненнями**. Хоча Толстой і великий художник слова, тим не менше, він один з тих примітивних чорноземних людей, яких глибоко не задовольняє наша цивілізація з її перегибами, нещирістю, матеріальними прагненнями, складністю та жорстокістю. Вічна правда для них лежить ближче до природи. Душевний перелом, пережитий Толстим, привів до ладу його засмучену душу, відкрив її істинний характер та поклонання та вивів його з омани на справжній для нього шлях. Толстой є прикладом гетерогенної особистості, лише пізно та поступово досягнувши єдності. І хоча лише небагато хто з нас можуть послідувати за Толстим, але багато хто відчуває, що їм було б краще, якби вони могли поступити подібно до нього. (2)

1.Л. Н. Толстой. Сповідь. Вид. «Посередника», тл. XII, XIII, стор. 59–62

2.Джеймс У. Різноманіття релігійного досвіду [Фрагменти]. Пер. з англ. Є. С. Елбакян // Містика. Релігія. Наука. Класики світового релігієзнавства. Антологія / Сост. та общ. ред. А. Н. Краснікова, К.: Канон, 1998

Хайнц Хензелер, продовжуючи дослідження у галузі суїцидальної психодинаміки, дійшов висновку про необхідність розширити класичну психоаналітичну теорію суїциду **вченням про нарцисичні конфлікти**, яке дозволяє зрозуміти особливості поведінки самогубців. На його думку, суїцид і суїцидальні спроби являють собою компенсацію нарцисичної кризи за рахунок регресії до гармонійного первісного стану.

У ході роботи з людьми, що вдалися до суїцидальних спроб (ідеться про п'ятдесят пацієнтів, що не належали до категорії психотиків), науковець дійшов таких висновків:

пацієнти переважно мали нарцисичні схильності вже задовго до суїцидального акту; нарцисична проблематика становила визначальний чинник у виникненні суїцидальних імпульсів;

відповідно до передбачуваного зв'язку з трьома фазами дитячого сексуального розвитку нарцисичні конфлікти можна за змістом поділити на три групи: а) конфлікти, пов'язані з психосексуальною ідентичністю; б) із цінностями та владою; в) із прийняттям людини як такої. **нарцисичні конфлікти призводять до нарцисичної кризи.** Цей стан є невротичним і дуже тривожним, адже він складається з амбівалентних почуттів до себе – «Я – всемогутній» і «Я – нікчемний». Часто Клієнти з цим розладом перебувають у стані депресії, оскільки нервово виснажуються під час нарцисичної тривоги або нарцисичної ейфорії.

Висновок.

Ми розглянули основні підходи в межах психоаналітичної концепції З.Фрейда, Вільгельма Штекеля, Карл Меннінгер, М.Кляйн, Карла Юнга, О.Ранка, С. Грофа, Альфреда Адлера, Карла Меннінгера, Геррі Саллівана, Карен Хорні, Ервіна Рінгеля, Девіда Розена, Хайнца Хензелера.

ЗАВДАННЯ.

Прочитайте узагальнюючі тезиси по темі лекції та впорядкуйте вислів та його автора між собою (Див. мал. 29). Відповідь перевірте за малюнком 30, нижче.

Малюнок 28.

1. Скоєння суїциду є наслідком руйнівної та імпульсивної дії Танатоса та самогубство – є переадресована злість с зовнішнього світу на себе

2. Скоєння суїциду є наслідком виняткового значення досвіду дитинства та раннього дитинства у формуванні емоційного світу дорослої людини

3. Порушуючи питання про самогубство, треба вказати на несвідоме прагнення людини до духовного переродження, що обумовлено актуалізацією архетипу колективного несвідомого.

4. Потяг до самогубства є захисною реакцією, формою усвідомлюваної або неусвідомлюваної помсти самому собі або іншій особі, що, сприяє подоланню дитячих комплексів і самоутвердженню.

5. Можна виокремити три форми самогубства: хронічне, локальне, органічне

6. Суїцид — переорієнтоване на себе вороже ставлення індивіда до інших людей і зовнішнього світу

7. Суїцид є результатом поєднання внутрішніх характеристик особи й чинників навколишнього середовища.

8. Відкривається явище передсуїцидального синдрому (налаштування на смерть),

9. Суїцид становить наслідок хворобливої (ненормальної) депресії

10. Запобігти суїциду можна, удаючись до егоциду та переживання трансформації.

11. Важливо розширити класичну психоаналітичну теорію суїциду вченням про нарцисичні конфлікти - нарцисична проблематика становить визначальний чинник у виникненні суїцидальних імпульсів

12. Перинатальне несвідоме, що є мостом між особистісним та надособистісним несвідомим, наповнене символізмом та конкретними переживаннями смерті та відродження.

Фото автора:



З.Фрейд



М.Кляйн



К. Юнг



А.Адлер



К.Меннінгер



Г. Салліван



К. Хорні



Е. Рінгель



Д.Розен



С. Гроф

Малюнок 29.

Перевірка:



1. Скоєння суїциду є наслідком руйнівної та імпульсивної дії Танатоса та самогубство – є переадресована злість с зовнішнього світу на себе



2. Скоєння суїциду є наслідком виняткового значення досвіду дитинства та раннього дитинства у формуванні емоційного світу дорослої людини



3. Порухуючи питання про самогубство, треба вказати на несвідоме прагнення людини до духовного переродження, що обумовлено актуалізацією архетипу колективного несвідомого.



4. Потяг до самогубства є захисною реакцією, формою усвідомлюваної або неусвідомлюваної помсти самому собі або іншій особі, що, сприяє подоланню дитячих комплексів і самоутвердженню.



5. Можна виокремити три форми самогубства: хронічне, локальне, органічне



6. Суїцид – переорієнтоване на себе вороже ставлення індивіда до інших людей і зовнішнього світу



7. Суїцид є результатом поєднання внутрішніх характеристик особи й чинників навколишнього середовища.



8. Відкривається явище передсуїцидального синдрому (налаштування на смерть),



9. Суїцид становить наслідок хворобливості (ненормальності) депресії



10. Запобігти суїциду можна, удаючись до егоциду та переживання трансформації.



11. Важливо розширити класичну психоаналітичну теорію суїциду вченням про нарцисичні конфлікти - нарцисична проблематика становить визначальний чинник у виникненні суїцидальних імпульсів



12. Перинатальне несвідоме, що є мостом між особистісним та надособистісним несвідомим, наповнене символізмом та конкретними переживаннями смерті та відродження.

Малюнок 30.

Для більшого знайомства з проблемою **рекомендуємо читати** такі

твори:

1. Ф. Вінслоу «Анатомія самогубства»,
2. З.Фрейд «Скорбота і меланхолія», «Я» и «ОНО»,
3. М. Klein «Про теорії вини та тривоги»,
4. Карла Юнга «Відповідь Йову», «Психологія несвідомого»,
5. А.Адлер «Практика і теорія індивідуальної психології»,
6. К.Меннінгер «Війна з самим собою», "Людський розум"
7. Г. Салліван «Психіатричне інтерв'ю», «Концепції сучасної психіатрії» (1947).
8. К.Хорні «Невротична особистість нашого часу»,
9. Е.Рінгель «Австрійська душа»,
10. Д.Розен «Перетворення депресії: зцілення душі за допомогою творчості»,
11. Хайнц Хензелер «Теорія нарцисизма»
12. О. Ранк «Травма народження та її значення для психоаналізу» (1924).

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

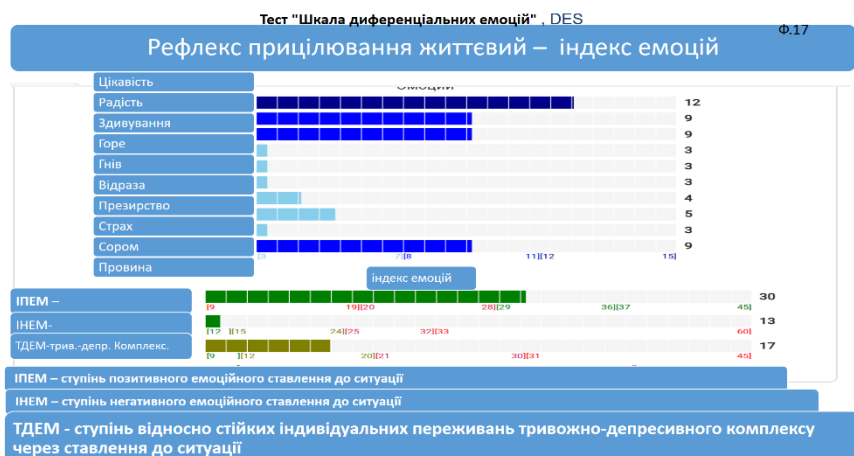
Ж.-Е. Ескіроль у праці «Про душевні хвороби» (1838) писав: «... у самогубстві виявляються всі риси божевілля. Тільки в стані безумства людина здатна робити замах на своє життя, і всі самогубці – душевнохворі люди». Французький психіатр Ф. Бурден свій трактат прямо назвав: «Самогубство як хвороба» (1845), у якому виділяв «спеціальну мономанію» – «манію самогубства».

І. П. Павлов пояснив самогубство втратою «гольового рефлексу». З цього приводу він писав: «Рефлекс прицілювання життєво важливий, це основна форма життєвої енергії

кожного з нас». І. П. Павлов зовсім не підтримує думку, що всі люди, які вчиняють самогубство, є психічно хворими, але втратившими гр.

Пізніше Г. Айзенк склав тест, який дозволяє досить швидко оцінити **дві базисних властивості особистості** (екстраверсію та нейротизм) і тим самим визначити тип ВНД людини. Двофакторна модель особистості, запропонована Г. Айзенком, дозволяє за допомогою основних показників (екстраверсія-інтроверсія і нейротизм-стабільність) оцінити **спрямованість особистості на внутрішній або зовнішній світ**, а також виявити рівень емоційної тривожності (напруженості), що є генетично детермінованими.

«Рефлекс прицілювання» сьогодні вимірюють різними засобами. Ми можемо скористатися методикою «Шкала диференціальних емоцій (Differential Emotions Scale, DES)», що призначена для діагностики поточних емоційних переживань людини.

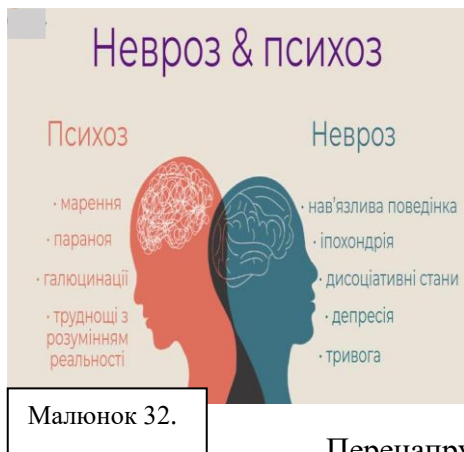


Малюнок 31.

Scale, DES)» за посиланням <https://www.mediator.in.ua/emotions-scale-test> та підрахувати індекс вимірювання емоційного стану. Цей тест дозволить визначитись з ступенем індивідуальних позитивних, негативних та тривожно-депресивних емоцій.

Наприклад: помірний рівень вираженості позитивних емоцій (набрано від 20 до 28 балів) свідчить про те, що позитивні переживання мають місце, але не є домінуючими. Це означає, що є певний емоційний ресурс для радісних або задовільних моментів, але вони не мають значного впливу на загальний емоційний фон. Якщо при цьому є гострі негативні емоції високого рівня (набрано > 32 балів), то це говорить про сильний емоційний відгук на негативні події чи подразники. Це ознає схильність до сильних реакцій на стресові ситуації або труднощі, з якими людина стикається. Ймовірно, це вказує на потребу в стратегіях регуляції емоцій, щоб зменшити вплив негативних переживань. Тривожно-депресивні прояви при цьому можуть мати виражений рівень тривоги та депресивних проявів (набрано від 21 до 30 балів), що вказує на те, що ці стани займають важливе місце в емоційному фоні. Це свідчить про відчуття постійної тривоги або пригніченості, що потребує уваги. Загалом, цей емоційний стан можна охарактеризувати як такий, де негативні та тривожні переживання мають більш значний вплив, ніж позитивні. Це може впливати на загальну якість життя та вимагати заходів для зміцнення позитивного емоційного фону, таких як практика релаксації, робота з емоціями або підтримка з боку спеціалістів.

І.П. Павлов помітив, що в деяких екстремальних ситуаціях у піддослідних тварин розвивались **порушення вищої нервової діяльності**, які дуже нагадували невроз чи психоз у людини (Мал.32).



Неврози відносяться до так званої "малої психіатрії", яка вивчає хвороби позапсихотичного стану. Ці хвороби характеризуються не тільки малою інтенсивністю, але і малою тривалістю. Вони підходять під визначення "**прикордонні стани**".

Невроз — це оборотний функціональний розлад вищої нервової діяльності, зумовлений неузгодженням кірково-підкіркових чи міжпівкульних взаємодій. Експерименти на тваринах показали, що існують три основні причини розвитку функціонального неврозу:

перенапруження процесів збудження чи гальмування або їхньої рухливості.

Перенапруження процесу збудження відбувається внаслідок дії надмірних подразників: *під час сильного хвилювання, внаслідок життєвих неприємностей, а також унаслідок систематичного перевтомлення.*

Перенапруження гальмівного процесу спричиняють *тривалі гальмівні подразнення, дуже тонкі диференціювання, постійні заборони й вимушені обмеження.*

А перенапруження рухливості нервових процесів виникає внаслідок зменшення часового інтервалу між позитивними і негативними подразненнями чи в разі одночасного застосування їх, раптові зміни міцного життєвого стереотипу, звичок і нахилів, під час конфліктних ситуацій між палким бажанням і неможливістю його задоволення.

У людини розрізняють кілька форм неврозу, серед яких найтипівішими є неврастенія, невроз нав'язливих станів, істерія, психастенія.

Неврастенія виявляється насамперед підвищеною збудливістю і втомлюваністю. *Невроз нав'язливих станів* спостерігається у вигляді нав'язливих споминів про сумні, неприємні події, пов'язані з соромом, як безпричинний страх перед жахливими подіями чи щодо стану свого здоров'я, а також у вигляді нав'язливих дій і постійної перевірки власних вчинків. Для *істерії* характерне переважання функції підкіркових структур і загальна слабкість кори, що виявляється підвищеною чутливістю щодо зовнішніх подразнень, яскравою емоційністю власних переживань, схильністю до надмірного фантазування, підвищеною здатністю до навіювання і самонавіювання (Див. фрагмент аналізу однієї істерії (З.Фрейд.1905) «Випадок Дори» <https://komubook.com.ua/blog/vypadok-dory-zigmund-freud>). Цікаво, що Фрейд згадував про те, що був радий цьому випадку Дори, так як бачив у ньому переконливий доказ те, що ключем до проблеми психоневрозів є сексуальність. Тому він спочатку розглядав цей випадок як проблему дівчини, яка захищаючись від заборонених сексуальних потягів до батька замінює цей потяг тілесними симптомами — кашель та афонія.

Психастенія викликається хворобливим переважанням функції кори порівняно з підкірковими структурами, що виявляється беземоційним сприйманням зовнішніх подразнень, постійними сумнівами щодо правильності власних вчинків чи міркувань, втратою відчуття реальності.

Особливу групу патологічних змін психічної діяльності людини становить **психоз** — **глибоке порушення свідомості й різкі зміни поведінки**, які виявляються розладами пізнавальної, емоційної та вольової діяльності. Причини виникнення і розвитку психозу в багатьох випадках залишаються до кінця не з'ясованими. Встановлено зв'язок деяких нервових і психічних хвороб зі специфічними порушеннями синаптичних механізмів проведення збудження. Наприклад, шизофренія пов'язана з підвищеною активністю дофамінергічної системи мозку. Деякі форми психозу зумовлені зниженням вмісту серотоніну в тканині мозку або синтезом ендогенних компонентів, які пригнічують дію серотоніну (Нейрохімічна гіпотеза).

1.5.8. Соціологічна модель. Загальновідомо, що засновником суїцидології є *Еміль Дюркгейм*, якого називають її батьком. Першу суїцидологічну (соціологічну) школу сміливо можна назвати дюркгаймівською. Її представники визначали самогубство як одну з моделей девіантної поведінки - реакція людини на особливості життя, галузь соціальної патології. Учений у своєму соціологічному етюді «Самогубство» 1897 р., досліджував хворобливі суспільні чинники, що провокують прийняття суїцидальних рішень. При читанні цього важливого, але важкого твору, корисно витратити найбільше часу на ознайомлення зі розділом вступу. Тут Дюркгейм викладає суть проблеми та методи, які він буде використовувати для її вирішення. Як завжди, він спочатку викладає визначення будь-яких ключових понять. Тут «самогубство» визначено так: самогубством називають будь-який смертний випадок, який прямо або непрямо походить від акту (позитивного чи негативного), здійсненого самою жертвою, яка наперед знала про можливі наслідки свого вчинку».

Дюркгейм ввів поняття «аноміс» — соціально-психологічна ізоляція, яка виникає при послабленні зв'язку між індивідом та його соціальним оточенням. Згідно з Дюркгеймом, аномічне самогубство є результатом важкої невідповідності особистості та середовища. Е. Дюркгейм запропонував свою соціальну теорію суїциду, згідно з якою самогубство є результатом розриву індивідуумом взаємин з тією соціальною групою, до якої він раніше належав.

Е. Дюркгейм виділяє три основні категорії суїцидів: **егоїстичне, альтруїстичне, анемічне.**

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. У фільмі «Хороша смерть» **режисера** Томаш Крупа ми бачимо егоїстичне самогубство, яке спрямоване на те, щоб втамувати біль героїні стрічки». Дженет смертельно хвора і хоче померти з гідністю, однак це суперечить британським законам. Вона зв'язується з доктором Ерікою зі Швейцарії, яка готова допомогти. <https://docudays.ua/2020/movies/film-zakritya/khorosha-smert/>

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 невпевненістю, яку породжує почуття виконаного обов'язку. Інколи цей акт може мати більш пристрасний і менш свідомий характер – це поривання віри й ентузізму. Мораль жорстока, вона не визнає нічого, що цікавило б окремого індивіда. Під дією цієї моралі людина відчуває **невиліковну втому, марність, безглуздість існування**. Є безліч прикладів альтруїстичного самогубства, які наводить у своїй книзі Е. Дюркгейм.

Датські воїни вважали ганьбою померти в ліжку, або померти від хвороби, або від старості. Краще накласти на себе руки, вважали вони. У фракійців існувала «**скеля предків**», з якою кидалися вниз люди, життя яких була обтяжливою. Кельти зневажали старість і добровільно йшли з життя. У індусів мали випадки самоспалення, добровільно йшли з життя вдови, чії чоловіки помирали. У Косі люди, які переступили відомий вік, збиралися на урочистому бенкеті з вінками на голові, а потім весело пили цыкutu (отрута). У Галлії, якщо помирав вождь або принц, то всі слуги кінчали життя самогубством.

Е. Дюркгейм вважає, що до альтруїстичним самогубців частково можна віднести і християнських мучеників, які шукали смерті і накликали її на себе, а також військових, що

добровільно йдуть з життя, щоб уникнути безчестя. Отже, людина повинна була це зробити, щоб уникнути безчестя. Французький соціолог виділяє *три різновиди альтруїстичного самогубства*:

обов'язкове, пов'язане з жорсткою мораллю, т. т. коли індивід безумовно повинен піти з життя;

факультативне, пов'язане з витонченою етикою, т. т. менш наполегливо диктується суспільством;

чиство **альтруїстичне** (містичне самогубство), воно пов'язане з релігійними пошуками, уникненням ганьби.

Альтруїстичне самогубство, головним чином, притаманне людям **похилого віку і хворим, дружинам після смерті чоловіків, рабам і слугам після смерті господаря**. Воно може бути також результатом сварки, ревності. У суспільствах, де поширені альтруїстичні самогубства, життя окремої людини цінується дуже низько.

Анемічне самогубство здійснюється у пристрасному роздратуванні, розчаруванні чи гніві, коли раптово і шокує змінюються стосунки людини з суспільством. Йому часто передують 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»). Третій вид самогубства найбільше цікавить Дюркгейма, тому що він найбільш характерний для сучасного йому суспільства. Такий тип самогубств часто зустрічається в **часи великих суспільних потрясінь**, економічних криз, коли індивід **втрачає можливість пристосуватись до нових соціальних перетворень і втрачає зв'язок із суспільством**. Стан суспільної аномії, під якою вчений розуміє відсутність правил та чітких норм поведінки, коли дезорганізується суспільна структура, одні індивіди швидко піднімаються нагору по суспільних сходах, інші втрачають своє місце в суспільстві. Коли порушується суспільна рівновага – зростає число самогубств внаслідок появи ненормативних криз, в які потрапляють **представники найменш захищених соціальних груп**. Вчений поділяв аномію на два види: **економічну та сімейну**. Економічна аномія – це порушення встановленого нормативного порядку, що з відносною точністю фіксує максимальний рівень матеріального благополуччя кожного суспільного класу. Е. Дюркгейм зазначає, що економічна криза, як один з проявів аномії, сприяє загостренню самогубного потягу. Яскравим прикладом такого зв'язку може бути зростання кількості самогубств після «вибуху» фінансової кризи у Відні у 1873 році. Із 141 випадку самогубства у 1872 році їх кількість зросла до 153 у 1873 році, і до 216 у 1874 році. Найвагомішим доказом того, що криза була єдиною причиною зростання випадків суїциду, можна назвати той факт, що такі явища були найбільш інтенсивними у період загострення кризи: протягом перших чотирьох місяців 1874 року.

Сімейна анемія – це порушення рівноваги та дисципліни, що забезпечуються сім'єю, до якого призводить, наприклад, розлучення.

Третій вид самогубства сьогодні має місце в Україні через елементи стану суспільної аномії, що доводить перша в країні Гаряча лінія з запобігання суїцидам Lifeline Ukraine 7333. Проект розробляли з урахуванням британського й американського досвіду.

Запустити й очолити гарячу лінію доручили Полу Ніланду - видавцю з Ірландії, який живе в Україні більше 20 років.



Малюнок 33.

З початку російської ескалації дзвінків на Lifeline Україна не побільшало, але теми розмов помітно зрушилися у бік загрози. "Людей непокоїть невизначеність, це створює конфлікти між близькими людьми". "Ніхто не знає, хто кому друг, а хто - ворог".

Це відчуження, як самогубство, алкоголізм і побутове насильство, є одним з менш помітних шрамів війни. Воно розділило друзів, родини і навіть церковні парафії, тримає людей у стресі. "Це те, чого прагне путін. Щоб Україна постійно перебувала у стані стресу, не могла будувати довгострокові плани, інвестувати у майбутнє".

Стан суспільної анемії, під якою вчений Е.Дюркгейм розуміє відсутність правил та чітких норм, може виникнути і в питання мобілізації та соціальної справедливості сьогодні в Україні. Надзвичайно чутливі питання для українців зараз, коли стара ієрархія цінностей руйнується, а нова ще не склалася, породжує моральну нестійкість окремих індивідів.

Дюркгейм доходить висновку, що сучасне зростання рівня самогубств - це патологічне явище, плата за цивілізацію і прогрес.

Зточка зору Дюркгейма, головна причина самогубства не залежно від його типу - це **самотність – соціологічна обумовленість**. До Дюркгейма були названі кілька психологічних причин самогубств. Дюркгейм спробував довести за допомогою результатів соціологічних досліджень, що не існує психологічних причин для самогубства.

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

Класифікація самогубств не відрізняється стрункністю і не є безперечно завершеною, адже знайти єдину основу для класифікації такого багатогранного явища, як самогубство, практично неможливо. Проте такі спроби робилися й робляться іншими дослідниками: **Едвіном Шнейдменом та Норманом Фейбероу**.

Норман Фейбероу є психологом — дослідником, який працює в галузі **профілактики самогубств** протягом більше ніж чверть століття. Свого часу він був президентом Міжнародної асоціації профілактики суїцидів і заснував міжнародний рух, діяльність якого сприяла організації більше ніж 200 центрів профілактики самогубств лише в США. У своїй книжці «Багатолике самогубство» (1980) Н. Фейбероу вперше описав і систематично досліджував ті форми самодеструктивної поведінки, які до цього не належали до суїцидальних. Наприклад, **зловживання різними речовинами**, включаючи наркотики, алкоголь і тютюн; **соматичні хвороби**: захворювання серця або травми хребта, коли пацієнти не дотримуються призначеного лікування і режиму; злочини, проституція, **делінквентна** поведінка, які небезпечні можливістю краху особи; ризиковані види спорту, такі як стрибки з парашутом, у воду з великої висоти або хенг-глайдінг (*хенг-глайдінг екстримальні польоти на дельтоплані*). Н. Фейбероу так коментує ці ризиковані захоплення: «Суспільство цінує небезпечні і ризиковані вчинки, оскільки вони додають інтересу життя, сприяють прояву інтенсивних емоцій, а також стимулюють дослідження невідомого і пізнання всього нового».

Едвін Шнейдман - перший у світі професор Каліфорнійського університету в Лос-Анджелесі за спеціальністю «Танатологія». Едвін Шнейдман був директором Центру досліджень і профілактики суїцидів. У 1957 році у співавторстві з Норманом Фейбероу він видав книжку «Прикмети самогубства». Через 4 роки написав книжку «Крик про допомогу». Вони вважаються класикою в галузі суїцидології. У своїй вражаючій книжці

«Смерті людини» (1980) Е. Шнейдман, базуючись на класичні спостереження, наводить типологію індивідів, що грають безпосередню, часто свідому роль у наближенні своєї смерті. Учений звернувся до дослідження проблеми самогубства й зацікавився людьми із суїцидальними тенденціями після того, як зіткнувся із суїцидальними записками (у середньому суїцидальну записку залишає кожний шостий суїцидент).

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**. Загалом 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.

Вдаючись до методу дискурсивного аналізу, сучасний дослідник О.Ф. Юрчук класифікував **суїцидальні записки** за кореляцією особистості автора, мотивів і композицій на сім груп:

- записки, у яких зафіксовано **останню волю авторів**; характерними рисами таких суїцидентів є антисоціальність, імпульсивність, відсутність почуття власної провини; такі передсмертні листи складено у вигляді наказу;
- записки, створені з метою **зняти відповідальність за** власне самогубство з інших людей; до кола таких самогубців належать депресивні особи з неадекватно заниженою самооцінкою;
- записки-викриття, що **вказують на винних** у самогубстві авторів (на їх погляд); вони зазвичай належать параноїдальним особам;
- записки, у яких самогубства **пояснено** тяжкими життєвими обставинами; їх автори занурені у депресивний стан, спричинений реальними деструктивними змінами;
- записки, **адресовані** безпосередньо родичам з метою викликати в них почуття провини; їх авторами є підлітки й інфантильні особи;
- записки-**докази**, складені безталанними, що намагаються довести власну особливість і геніальність;
- записки-**заповіти**, продумано складені невиліковно хворими людьми.

На основі аналізу суїцидальних записок Е. Шнейдман разом з Н. Фарбероу, який, у свою чергу, запропонував **концепцію саморуйнівної поведінки людини**, розробили метод **психологічної аутопсії** (*процедура, яка полягає в посмертному створенні психологічного профілю людини*), що дозволив їм виділити три типи суїцидів:

- **еготичні** (наслідок домінантного внутрішнього конфлікту, що розгортається між частинами Я на тлі зовнішніх обставин);

Приклад: "Я дуже втомилася від цієї круговерті емоцій, тому я вирішила покласти їй кінець, пішовши з життя"

- **діадичні** (наслідок нереалізованих потреб і бажань, спрямованих на іншого; на відміну від першого типу, тут домінують зовнішні чинники);

Приклад: «Я на колінах благав її повернутися, але вона не зрозуміла. Прощайте все!

- **агенеративні** (наслідок втрати почуття належності до людства, покоління)

Приклад: «Не звинувачуйте нікого: тернистий шлях життя стискав мені дорогу, я намагався звільнитися, але марно. Тепер не хочу більше йти і не можу»

(Е. Шнейдман та Н. Фарбероу. Концепція саморуйнівної поведінки людини. Метод психологічної аутопсії).

1.5.9. Тифоаналітична концепція. Юрій Робертович Вагін – засновник центру авітології для вияву основних мотиваційних аспектів суїцидальної поведінки розробив тест "Суїцидальна мотивація" (Ю.Р.Вагін, 1998). За цим тестом виявляють сім мотивів: 1. Альтруїстична мотивація (смерть заради інших) 2. Анемічна мотивація (втрата сенсу життя) 3. Анестетична мотивація (нестерпність страждання) 4. Інструментальна мотивація (маніпуляція іншими) 5. Аутопунітична мотивація (самопокарання) 6. Гетеропунітична мотивація (покарання інших) 7. Поствітальна мотивація (надія на щось найкраще після смерті). Юрій Робертович Вагін – засновник центру тифоаналітичної концепції.

З точки зору тифоаналітичної концепції у людини існує лише один первинний потяг - потяг до смерті або детензійний потяг (потяг до розрядки від напруги). Це відкидає думку З.Фрейда, що протиставив потяг до життя потягу до смерті в рамках дуалістичної концепції потягу; Тифоаналітична концепція є моністичною і постулює такі положення:

- тенденцією (потягом) до життя має лише неорганічна матерія, яка за певних умов неминує та закономірно утворює життя як одну з форм свого існування;
- людина, як і будь-яка інша форма життя, не має потягу до життя;
- людина, як і будь-яка інша форма життя, має лише потяг до смерті;
- життя є процесом хронічного вмирання, що спонукається потягом до смерті в рамках системи хроніфікації життя;
- система хроніфікації життя обмежує та уповільнює прагнення живої системи до смерті, змушуючи «кожен організм помирати по-своєму», але не є при цьому самостійним чи компонентним потягом;
- агресія (включення в себе) та елімінація (виключення з себе) - основні механізми системи хроніфікації життя (так звані механізми виживання), що забезпечують дозрівання живої системи до репродуктивного стану та її подальшу інволюцію (дегенерацію) ;
- потяг до смерті (Принцип задоволення) та система хроніфікації життя (принцип невдоволення) утворюють життя як варіант природного термодинамічного гомеостатичного процесу, що підкоряється принципу реальності: отримання максимуму задоволення при мінімумі невдоволення;
- система сексуальності (сексуальні інстинкти) забезпечує репродукцію живих систем, але не є самостійним чи компонентним потягом, повністю підкоряючись потягу до смерті. Порівняйте з постулатом З.Фрейда: розглянув систему сексуальності як первинний сексуальний потяг (лібідо);
- порушення якості життя спостерігається внаслідок порушення функцій механізмів системи хроніфікації життя (агресії та елімінації), що неминує призводить до посилення потягу до смерті та виникнення авітальної активності, спрямованої на скорочення або припинення життя (суїцидальна та парасуїцидальна активність);
- підвищення якості життя, профілактика та лікування авітальної активності полягає у нормалізації функцій системи хроніфікації життя (агресії та елімінації) та відновленні гомеостазу. Сайт Тіфоаналіз <https://tiphoanaliz.ucoz.ru/>

У рамках тифоаналітичної концепції розроблено концепцію авітальної активності (активності, спрямованої на скорочення та припинення життя). Без знання **психологічного гомеостазу та механізмів його забезпечення неможливо зрозуміти**, чому в людини посилюється психологічна напруга, для зменшення якої вона починає використовувати патологічні моделі поведінки (наприклад, прийом психоактивних речовин) або прагне припинення свого життя. Для тифоаналізу немає загадки суїцидальної поведінки. Тифоаналіз дає чітку відповідь на це запитання та пропонує конкретні способи діагностики патологічної авітальної активності та способи допомоги клієнтам з авітальною активністю.

МОДУЛЬ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ІІ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ТЕРАПІЇ

2.1. Психологічні особливості суїцидальної поведінки та її сенс.

Едеін Шнейдман разом з **Норман** Фарбероу, розробляючи концепцію саморуйнівної поведінки людини, за допомогою методу психологічної аутопсії створювали психологічний профіль самогубця.

Важлива частина психологічної аутопсії – робота з передсмертними записками. Значення дослідження передсмертних записок суїцидентів, за Е.С. Шнейдманом, – у тому, що вони змушують задуматися над запитаннями: «Що таке самогубство?», «Як можна його зрозуміти та зашкодити йому?» тощо. Більше того, записки подекуди містять елементи відповідей на зазначені та дотичні до них запитання.

Більшість суїцидальних записок свідчить про пережиті страждання і душевний біль, який привів людину до самогубства. Але є і просто заповіти.

Е.С. Шнейдман дійшов висновку, що основним мотивом самогубства виступає *нестерпний метабіль, або психічний (душевний) біль (psychache)*, спричинений фрустрованими або викривленими психологічними потребами. Цей біль відрізняється від тілесного (фізичного), його супроводжує душевне збентеження, страждання, мука, туга. Джерелом душевного болю можуть бути провина, сором, самотність, горе, сум, страх смерті.

Дослідник зазначає, що загалом суїцидальний акт являє собою одночасно **і втечу від цього болю, і наближення до спокою** неістоти, у якому припиниться люте страждання. Інакше кажучи, оскільки людина завжди перебуває у певній ситуації, то через самогубство-втечу вона вилучає своє життя із ситуації, що стала для неї нестерпною. Отже, самогубство – це драма, яка розгортається у людській душі. Розв’язання цієї драми логічне, вважає суїцидолог, й обумовлене особливостями характерів суїцидентів.

Е.С. Шнейдману належить розробка оригінальної **типології індивідів із суїцидальними тенденціями:**

- **шукачі смерті** (розлучаються з життям навмисно, причому так, що порятунок є неможливим або у край наймовірнішим);
- **ініціатори смерті** (це невиліковно хворі, які позбавляють себе систем забезпечення, від’єднуючи голки або канюлі);
- **гравці зі смертю** (це ті, хто роблять своє життя ставкою в ситуації щодо низької вірогідності виживання);
- **схвалювачі смерті** (цей тип людей часто зустрічається серед тривожної молоді і самотніх людей похилого віку, що чесно заявляють, що бажали б завершення свого життя..

У процесі досліджень науковець виявив **десять загальних рис суїциду:**

- загальною метою скоєння суїциду є знаходження рішення;
- загальна задача суїциду полягає у припиненні свідомості;
- загальним стимулом до скоєння суїциду є нестерпний психічний (душевний) біль;
- загальним стресором у разі суїциду є фрустровані психологічні потреби;
- загальною суїцидальною емоцією є безпорадність-безнадія;
- загальним внутрішнім ставленням до суїциду є амбівалентність;
- загальним станом психіки у разі суїциду є звуження когнітивної сфери;
- загальною суїцидальною дією є втеча;
- загальною комунікативною дією у разі суїциду є повідомлення про свій намір;
- загальною закономірністю є відповідність суїцидальної поведінки загальному життєвому стилю поведінки.

Методом психологічної аутопсії можливо посмертно створити психологічний профіль людини.

Ф.19

Основні мотиви і тип суїциду	Тип записки самогубця (О.Ф. Юрчук)						
	остання воля - наказ	зняти відповідальність з інших людей	викриття (я тебе розкусив)	пояснення	звинувачення	доказ своєї унікальності і геніальності	заповіт (альтруїстично)
Основні мотиваційні аспекти суїцидальної поведінки (Ю.Р.Вагіним)	Альтруїстична мотивація	Аутопунітична мотивація	Інструментальна мотивація Гетеропунітична мотивація	Анемічна мотивація	Інструментальна мотивація Гетеропунітична мотивація	Поствітальна мотивація	Поствітальна мотивація
Тип самогубства (Е. Дюркгейм)	аномічне	альтруїстичне	егоїстичне	аномічне	егоїстичне	егоїстичне	альтруїстичне
Тип суїциду (Е. Шнейдман – Н. Фарберу)	агенеративний	агенеративний	діадичний	діадичний	діадичний	діадичний	егоїстичний
Суїцидальні тенденції (Е. Шнейдман – Н. Фарберу)	схвалювачі смерті	схвалювачі смерті	шукачі смерті	гравці зі смертю	гравці зі смертю	гравці зі смертю	ініціатори смерті

Малюнок 34.

Основні мотиваційні аспекти суїцидальної поведінки за Ю.Р.Вагіним:

1. Альтруїстична мотивація (смерть заради інших)
2. Анемічна мотивація (втрата сенсу життя)
3. Анестетична мотивація (нестерпність страждання)
4. Інструментальна мотивація (маніпуляція іншими)
5. Аутопунітична мотивація (самопокарання)

6. Гетеропунітична мотивація (покарання інших)

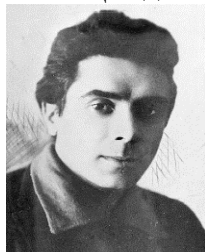
7. Поствітальна мотивація (надія на щось найкраще після смерті).

Значення дослідження передсмертних записок суїцидентів, за Е.С. Шнейдманом, – у тому, що вони змушують задуматися над запитаннями: «Що таке самогубство?», «Як можна його зрозуміти та зашкодити йому?» тощо.

Більше того, записки подекуди містять елементи відповідей на зазначені та дотичні до них запитання.

Більшість суїцидальних записок свідчить про пережиті страждання і душевний біль, який привів людину до самогубства. Але є і просто заповіти.

Це доводять передсмертні записки відомих людей. Ось декілька прикладів.



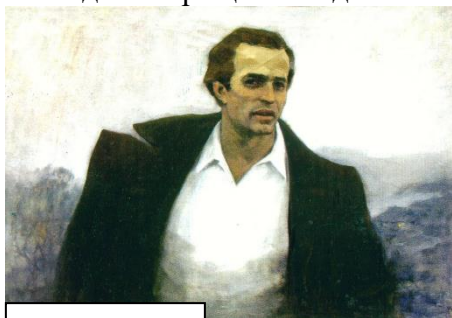
Малюнок 35.

Видатний український письменник, один із лідерів “Розстріляного відродження” Микола Хвильовий (мал. 35), що вчинив самогубство 13 травня 1933 року в Харкові. Перед смертю залишив записку:

“Арешт Ялового — це розстріл цілої генерації. За що? За те, що ми були найщирішими комуністами? Хай живе комунізм! Хай живе соціалістичне будівництво! Хай живе комуністична партія!”.

Цей вчинок був протестом проти репресій і голодомору в Україні.

Одже віднести мотивацію самогубства можна до альтруїстична мотивації (до смерті заради інших, смерті як протесту заради інших та проти комуністичної хвилі). Та до анестетичної (нестерпність страждання), бо Миколу скоріше за все арештували би, тому в порівнянні з цим, смерть виглядала «кращим та єдиним» шляхом.



Малюнок 36.

Ще один приклад, у творчості Василя Симоненка (мал.36) є кілька віршів, які сприймаються як такі, що містять мотиви прощання, відчаю та роздумів про смерть. Ці твори можна інтерпретувати як “прощальні листи”, хоча офіційної інформації про наміри самогубства немає. Серед них:

“Моя вина”

У цьому вірші автор висловлює почуття провини та рефлексії щодо власного життя й призначення. Ці рядки можна тлумачити як його внутрішню боротьбу:

Можливо, я не доброта,

Можливо, я не людяність, а гіркота,
 Що задихнулась в колотнечі буднів.
 У цих словах відчутна певна розчарованість і самокритичність.
 “Ти знаєш, що ти — людина?”

Хоча цей вірш має позитивний мотив, сповнений усвідомлення унікальності людського життя, його часто сприймають як нагадування про скороминучість буття:

І жити спішити треба,
 Кохати спішити треба —
 Гляди ж, не проспи!
 “О земле з переораним чолом”

Цей твір має певні мотиви прощання, відчуття втрати та скорботи:

Прости мене, що в щастя вірить мушу,
 Прости за те, що вірю я в людей,
 Що в час, коли пожежі гасять душі,
 Я мрію про світанки і зорею.
 У вірші відчутно біль і розчарування, але також і світла надія.

Хоча ці вірші не є прямими “прощальними листами”, вони передають внутрішні переживання поета, які виникали через несправедливість, суспільний тиск і його складне життя. Симоненко залишив значний спадок, який надихає й водночас викликає співчуття до його нелегкої долі. Якщо смерть Симоненко є насправді самогубством, то його передсмертні вірші можна віднести до записок з анемічною та анестетичною мотивації.

Серед відомих людей, що скоїли самогубство, найпоширеніші мотивації смерті є анемічна та анестетична. Перед тим, як померти, у більшості була депресія, психічні травми та самотність (мал. 37).

«Передсмертні записки відомих людей. Аутопсичний аналіз»

• Ми маємо можливість аналізувати записки та дізнатися мотиви та наміри шляхом аутопсичного аналізу. Визрівають такі мотиваційні аспекти суїцидальної поведінки: Альтруїстична мотивація (смерть заради інших), анемічна (втрата сенсу життя), анестетична (нестерпність страждання), інструментальна (маніпуляція іншими), аутопунітивна (самопокарання), гетеропунітивна (покарання інших) та постітальна мотивація (надія на щось краще після смерті).



Малюнок 37.

Едвін Шнейдман: Тепер, наближаючись до фіналу своєї кар'єри в суїцидології, мені здається, я можу висловити свою основну думку буквально у трьох словах: самогубство викликається психалгією. Під психалгією мається на увазі страждання, мука, роздратування, біль, психічний головний біль, біль у душі, у

свідомості. Цей біль має психологічну природу, він виникає від надмірного сорому, провини чи приниження, від самотності чи страху, від остраху старіння чи важкої смерті, чи чогось іншого. Коли вона з'являється, її реальність не викликає жодних сумнівів. Самогубство відбувається, коли психалгія оцінюється людиною як нестерпний душевний біль. Це означає, що суїцид залежить і від різних індивідуальних порогів переносимості психічного болю (Shneidman, 1985, 1992).

Завдання: описати суїцидента та відтворити його передсмертну записку. Означити типи суїцидів та записок.

Скласти суїцидальні записки та профілі за кореляцією особистості автора, мотивів і композицій:

- записки, у яких зафіксовано **останню волю авторів**;
- записки, створені з метою **зняти відповідальність** за власне самогубство з інших людей;
- записки-викриття, що **вказують на винних** у самогубстві авторів (на їх погляд);
- записки, у яких самогубства **пояснено** важкими життєвими обставинами;

- записки, **адресовані** безпосередньо родичам з метою викликати в них почуття провини;
- записки-докази;
- записки-заповіти, продумано складені невиліковно хворими людьми.



Малюнок 38.

Подібно до Е.С. Шнейдмана, сучасна дослідниця К.У. Перріш також акцентує увагу на болю, що детермінує суїцидальні дії в роботі «Смерть та помирання» (мал.38). Однак, на відміну від Е.С. Шнейдмана, вона **розглядає біль у широкому розумінні цього слова**, тобто біль психічний, емоційний та фізичний. Серед причин суїциду К.У. Перріш називає **занепад духу, обмежене бачення, відсутність мети, нестерпну ситуацію**. За визначенням дослідниці, самогубство – це акт волі, яким людина заперечує сформований патерн життя й, образно кажучи, бере справу в свої руки.

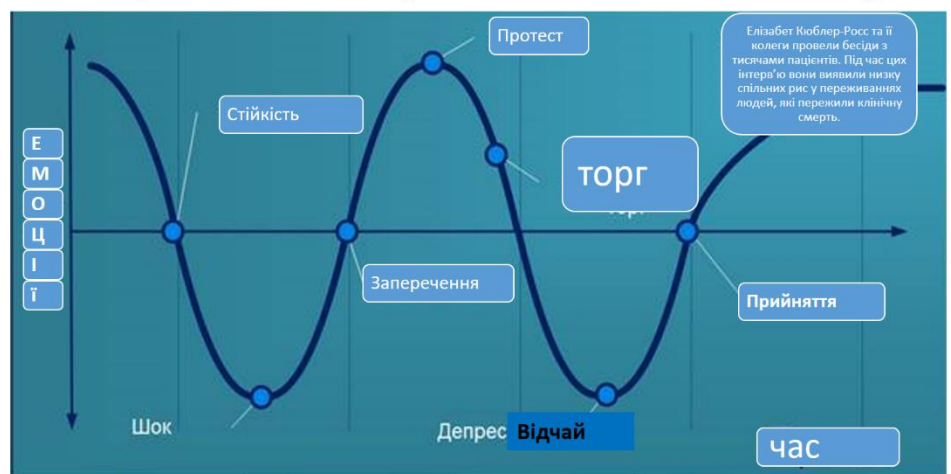
Назва книги К.Перріш нагадує відомий бестселер «Про смерть і вмирання» (1969) **Елізабет Кюблер-Рос**, що була практикуючим лікарем у Швейцарії та в своїх доповідях і статтях неодноразово заявляла: смерть - такий самий важливий етап життя, як і народження. Вона працювала над дослідженням Проблем смерті, поєднуючи її з викладанням психіатрії в Університеті Чикаго. Відомий бестселер «Про смерть і вмирання» (1969), семінари і лекції зробили її одним із видатних дослідників.

Елізабет Рос відома своїм вивченням психології різних етапів переживання наближення смерті (Див. мал. 39). Нею виділені послідовні предсмертні переживання.

Елізабет Росс психологія різних етапів переживання наближення смерті.



Малюнок 39.



Заперечення — «Це не може трапитися зі мною, це помилка, ви, напевно, говорите про когось іншого». Заперечення діє подібно до буфера після несподівано приголомшливої звістки.

Гнів (протест) — може мати будь-яку спрямованість. Вістря гніву людини може бути адресоване групі або окремій людині. Гнівлива ворожість виявляється в люті, заздрості або обуренні. Їх об'єктом часто буває медичний персонал лікарень: «Від лікарів немає ніякої користі. Вони лише й думають, що про гру в гольф. Вони не так роблять аналізи і призначають неправильне лікування».

Операція торг— ставка на життя: «Якщо я пообіцяю триматися подалі від гоночної траси, чи допоможете Ви мені вижити?», «Якщо Ви мене вилікуєте, я обіцяю ніколи не обдурювати мою дружину», «Давайте кинемо карти. Якщо випадає карта козира, я залишуся жити, а якщо ні - то помру».

Депресія (відчай) - вона може бути формою передсмертного горя. Усе навколо здається похмурим, людина відчуває себе голою і незахищеною. У такому стані людина стає пророком власної приреченості.

Кюблер-Рос виділяла два види депресії: **реактивну** (пацієнт шкодує минуле, неспроможний заспокоїтися і поглянути на обличчя власної хвороби, схильний до багатослівності); **«підготовча скорбота»** (усвідомлення неминучості, визнання майбутнього кінця, мовчання чи пасивне спілкування). Після довгого періоду смутку, апатії та туги настає нарешті п'ята стадія - прийняття.

Прийняття — індивід, який тужить про прийдешню втрату, починає думати про смерть з якоюсь часткою тихого очікування. Абрам Маслоу використовує для характеристики цього стану термін «самоактуалізація»: «Я прожив повне і завершене життя. Тепер я можу померти». Слід зазначити, що, на думку багатьох психіатрів, менше 2 % населення переживають цю стадію.

У 1999 році, підбиваючи підсумки минулого століття, журнал "Time" назвав ім'я доктора Кюблер-Рос серед ста видатних мислителів ХХ століття. Почавши працювати в лікарні в середині 50-х років, Елізабет була вражена ставленням до безнадійних хворих з боку медичного персоналу, який прагне приділити увагу лише тим, кого ще можна було врятувати.

2.2. Основні напрями профілактики та попередження суїцидальної поведінки.

Аарон Антоновський – ізраїльський професор медичної соціології – вперше ввів поняття «салютогенез». Це підхід, заснований на душевному здоров'ї та зверненні до ресурсів людини. Такий підхід відрізняється від патогенного, що звернений до патології і способів її лікування. За теорією Антоновського, людина, яка демонструє ефективну адаптивність, **володіє «почуттям пов'язаності» з дійсністю** особистісною рисою, що показує здатність бачити світ зрозумілим, осмисленим та керованим.

«Зрозумілість» світу можлива лише під час контактування з ним та отримання інформації про нього. Під час та після контакту можливі осмислення та керування. Перешкодою на шляху контакту зі зміненим світом після травматичної події є відчуття **розриву безперервності життя і відчуття, що «світ зруйнований» і колишні стратегії поведінки не працюють**. При цьому можуть бути загублені або змінені соціальні ролі і функції. Концепцію опори на здорову частину психіки також підтверджує концепція пошукової активності. «Активна поведінка в умовах невизначеності (пошукова поведінка) є найважливішим фактором соматичного здоров'я, запобігає виникненню психосоматичних захворювань і підвищує стійкість організму до стресу.

Навпаки, відмова від пошуку є... передумовою до розвитку найрізноманітніших форм патології»

Таким чином, моделюючи в консультативному і терапевтичному процесі і навчаючи людину, яка пережила травматичну подію, пошуковій активності, фахівець створює умови для збереження не тільки душевного, а й фізичного здоров'я

Метод систематичної десенсибілізації розробив південноафриканський психіатр Джозеф Вольпе, ґрунтуючись на основі експериментів І. П. Павлова.

Десенсибілізація – це коли страх і тривога можуть бути подавленими, якщо об'єднати стимули, що викликають страх із стимулами, які протилежні йому.

Він вважав, що при травмі чи фобії відбувається **генералізація афекту й емоційне переживання втрати чи страху зв'язується з нейтральними ознаками тих ситуацій, в яких відбулося зародження цих емоцій**. Тому потрібно досягнути зменшення умовного рефлексу, яким є переживання на об'єктивно нейтральні стимули, пов'язавши ці стимули з позитивним підкріпленням.

Систематична десенсибілізація — метод поведінкової психотерапії, що ґрунтується на принципах «заміщення», «реципрокного гальмування» і «контробумовлення».

Під час Другої світової війни Вольпе був офіцером Південноафриканської армії. Він проходив службу в психіатричному воєнному госпіталі, де деякі пацієнти страждали від «воєнного неврозу», що зараз відомий як посттравматичний стресовий розлад.

Джозеф Вольпе і його колеги використовували **медикаментозну терапію** для того, щоб допомогти пацієнтам впоратися із *травмуючими спогадами*, але результати були незадовільними. Саме це і підштовхнуло Вольпе до пошуку нових методів лікування тривожних розладів.

У післявоєнні роки Вольпе вивчав **модель тривожного неврозу у котів**. Піддослідних тварин вдаряли електричним струмом у поєднанні з сильними світловими та звуковими подразниками до тих пір, поки у тварини не вироблялася стійка панічна реакція лише на наближення до клітки. Після того, як фобія була сформована, Вольпе почав досліджувати ефективність різних методів лікування.

Виявилося, що найбільш надійним способом позбавлення від фобії було поступове і систематичне подавлення викликаючих страх стимулів під час годування тварин. Спочатку kota з фобією годували в приміщенні на певній відстані від клітки, потім миску з їжею ставили трохи ближче до клітки, потім ще ближче, потім всередину клітки. Таким чином, тварина «перевчалась» і спокійно себе почувала в тій клітці, яка нещодавно викликала паніку.

Основою для терапевтичних дій став **принцип «реципрокного гальмування»**. Поступово коти втрачали будь-яку чутливість до електричних ударів, які раніше у них викликали значну стурбованість. Тоді Вольпе запропонував, що тривожність і невпевненість можна лікувати, **заміщуючи страх в соціальній ситуації емоцією, яка є несумісною зі страхом**.

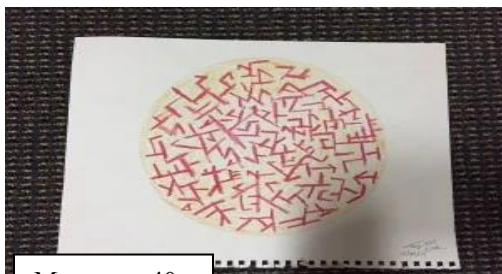
Було доведено, що «якщо у присутності викликаючих тривогу стимулів може бути здійснена реакція, що подавляє тривогу, то вона зменшить зв'язок між цими стимулами і реакцією тривоги». Тобто страх може бути усунений, якщо замінюється станом, що є протилежним до страху.

Станіслав Гроф, що відомий своїми «базовими перинатальними матрицями» (БПМ), розробив свій засіб профілактики суїцидальних ідецій. Щоб подолати потяг до океанічного стану через саморуйнування, що було в випадках насильницького і ненас. Самогубства Гроф спочатку використовував галюциногени, психоделіки, як і Вольпе.

С. Гроф поєднує гіпотезу про вплив внутрішньоутробного існування та пологів на життєвий шлях людини з глибинною терапією через свою техніку холотропного дихання.

Фундаментальний, ефективний та безпечний метод глибинної терапії **холотропне дихання** - найбільш екологічний та природний спосіб дослідження своєї підсвідомості

Сам Гроф описує техніку так: Це поєднання інтенсивного дихання, спеціально підібраних фізичних вправ і музики.



Малюнок 40.

В завершенні йде робота з мандалами. Просять намалювати малюнок у колі (мандалу), виражаючи те, що відбувалося в сесії дихання. Це дозволяє отримати погляд на **власні внутрішні процеси, обробити досвід і отримати інсайти**. Ось малюнок, який зроблено, він відображає інтенсивну енергію, яка текла через тіло протягом усієї сесії (мал. 40).

Глибинна терапія **холотропне дихання** - найбільш екологічний та природний спосіб дослідження своєї підсвідомості.

А. Альварес зазначає, що у психологів і психотерапевтів, які займаються лікуванням суїцидальних хворих, часто виникає недостатність емпатії. Вона виражається вербальним і мімічним проявом гніву і роздратування, передчасним завершенням лікування або зниженням частоти психотерапевтичних сеансів. Причинами цієї реакції, на його думку,

може бути усвідомлення лікарем своєї некомпетентності в запобіганні можливому самогубству або нездатності справитися зі своїми особистими суїцидальними імпульсами.

Будь-якого роду контакт з подібними пацієнтами включає два аспекти. З одного боку, ця робота повинна бути спрямована на виявлення суїцидальних тенденцій, а з іншого боку, навіть перший контакт з людиною, що вже намагалася піти з життя або тільки думає про це, повинен включати елементи так званої кризової психотерапії, спрямованої якщо не на усунення, то хоча б на певне «пом'якшення» будь-яких форм суїцидальної активності.

Мова йде не про укладення так званого «антисуїцидальних договору». Психотерапевтичний вплив має своєю метою внесення певних сумнівів у необхідності суїциду або зсув часу виконання обмірковування або повторного суїциду на більш пізні терміни у зв'язку з необхідністю «ще раз обдумати все» і вибрати «найбільш підходящі умови». Йдеться про книгу Крістофера Лукаса і Генрі Сейду «Мовчазне горе: життя в тіні самогубства», присвяченій питанням психології та психотерапії осіб, які перенесли самогубство близької людини.

2. 3. Динаміка розвитку та шляхи самогубств (особовий підхід).

2.3.1. Аутоагресія як форма деструктивної поведінки

Агресія — це насамперед реакція на блокування потреб. Вона притаманна всім людям і є інстинктивною природною силою людини. Вона активується, коли не враховуються чинники ризику, не задовольняються вікові потреби.

Еріх Фромм виокремив два види агресії:

«**доброякісну**», яка проявляється в момент небезпеки і є захисною; коли зникає небезпека, зникає і агресія, та «**злаякісну**», яка є проявом жорстокості й деструктивності. Така агресія виникає спонтанно і пов'язана зі структурою особистості. Ці види агресії проявляються в мові та фізично, а саме:

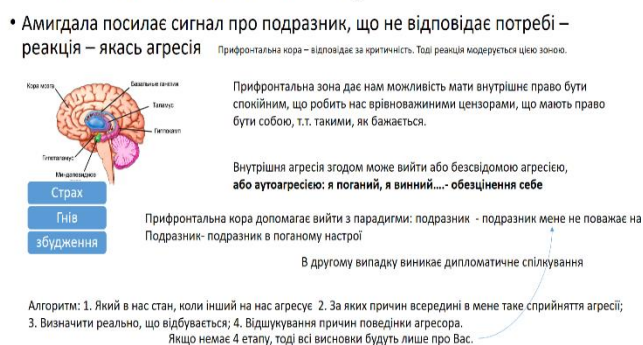
- Вербальна (активна) – невербальна (прихована)
- Фізична – активна, пасивна (прихована)

При уважному спостереженні виявимо чотири напрямки прояву агресії:

- в тіло назовні (відреагований афект – крик, фізична дія);
- в психіку назовні (відреагований афект, що проявляється у почуттях – сльози, сміх);
- в тіло всередину (не відреагований афект – психосоматичні розлади, фізична аутоагресія);

- в психіку всередину (не відреагований афект – неврози, психічна аутоагресія).

Механізм виникнення агресії



Малюнок 41.

соціально-психологічної дезадаптації особи в умовах мікросоціального конфлікту.

Суїцидальна поведінка — це **крайня форма аутоагресивної деструктивної поведінки**, коли об'єктом агресії стає його суб'єкт.

Щодо класифікації аутоагресії, то нею займалися Н. В. Агазаде, А. В. Босва, Л. Г. Жаркова, Г. О. Лобов, В. О. Руженков.

Н. В. Агазде у статті "До проблеми типології аутоагресивних явищ у психічно хворих" (1987) за критерієм впливу на область людського буття, окрім фізичної та психічної, виділяє ще **соціальну та духовну** аутоагресію. Автор наводить і інші критерії класифікації: за ступенем довільності (усвідомлена та неусвідомлена аутоагресія); за зв'язком із захворюванням (морбідна, тобто смертельно-небезпечна та позаморбідна) та за формою проявлення (суїцид, харчова залежність, хімічна залежність, фанатична поведінка, аутична поведінка, віктимна поведінка, заняття екстремальними видами спорту, самопошкодження).

Що для Вас аутоагресія?

Експрес діагностика: на скільки добре до мене ставляться більшість людей?

0 – я взагалі не відчуваю хорошого ставлення, все погано

10- я задоволена, краще не може бути

В. О. Руженков зі співавторами (Г. О. Лобов та А. В. Боева) виокремлюють 2 критерії класифікації аутоагресивної поведінки: *за смертельною небезпечністю та за метою*.

За смертельною небезпечністю виокремлюється суїцидальна поведінка, що має внутрішні (пасивні суїцидальні думки, задуми, наміри) та зовнішні форми (спроби замаху на життя, завершені суїциди), а також аутодеструктивна поведінка, що може бути прямою (нанесення самоушкоджень без цілі позбавити себе життя) та непрямою (наслідки відстрочені: паління, алкоголь, психосоматичні захворювання та ін.).

Щодо класифікації за метою аутоагресії, то це **релаксація, маніпуляція, інфантильна демонстрація** (для доказу любові, самоствердження), **заклик** (з ціллю привернути на себе увагу), **інфантильне наслідування, інфантильний мазохізм та симуляція**.

Сучасний науковець В. Р. Кейсельман до вище зазначених видів аутоагресивної поведінки додає ще й такий несподіваний як **альтруїзм**, оскільки іноді він проявляється в актах, що напряду шкідливі для особи, базується на почутті провини, а також покликаний вивести людину з боротьби за кращу долю.

Аутоагресія для релаксації, щоб зняти емоційну напругу. Порівняйте з технікою релаксації Джейкобсона - прогресивна м'язова релаксація. Її суть у послідовній напрузі та розслабленні певних груп м'язів. <https://www.youtube.com/watch?v=-EZD0ZHW0BU> 1.44 сек; за метою патологічні моделі поведінки - маніпуляція –соціальна ізоляція, інфантильна демонстрація (для доказу любові, самоствердження), заклики – духовна аутоагресія (з ціллю привернути на себе увагу), інфантильне наслідування, інфантильний мазохізм та симуляція.

Чинники аутоагресії пов'язані з наслідками. Деструктивні стилі сімейного виховання: недозволи, критика, емоційний тиск, неможливі вимоги, очікування призводять до невміння виразити агресію. Різні типи насилля, що були неможливо витримувати, призводять до потреби зробити собі біль, щоб зрозуміти, що особа жива. Або це ще і зупининня страждань через самогубство. Внутрішні конфлікти призводять до неприйняття себе. Людина знищує частину в собі, що її незадовольняє. Нездатність турбуватись про свої межі, слабкість призводить до знищення себе, як слабку особистість. Група ризику - чоловіки (через стереотипи).

ЗАВДАННЯ.

Тести та самодіагностика

Для ознайомлення з психологічними методами діагностики та профілактики суїцидальної поведінки проводиться самодіагностика та аналіз отриманих даних за відомими авторами. Психолог Юрій Робертович Вагін розробив концепцію тифоаналізу та авітальної активності. Спробуйте апробувати на собі методику Ю.Р. Вагіна «Суїцидальна мотивація», уявивши себе Чарлі Файнменом, або іншою людиною, що мала спробу суїциду і тепер пояснює свій вчинок. До завдання додано опитувальник та бланк для відповідей. В результаті до завдання додайте таблицю з відповідями, інтерпретацію з графіком

суїцидальних тенденцій та висновками і рекомендаціями (дивись приклад в файлах в Додатках)

2.3.2. Періоди у скоєнні суїциду

Суїцидальна поведінка – це **крайня форма аутоагресивної деструктивної поведінки**, коли об'єктом агресії стає його суб'єкт. Це будь-які внутрішні та зовнішні прояви психічних актів, що направлені на позбавлення себе життя. Виділяють 4 ключових періоди у скоєнні суїциду: **досуїцидальний, пресуїцидальний, реалізації суїцидальних задумів, постсуїцидальний**.

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

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

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

Також пресуїциди розподіляють на **афективно-напружений та афективноредукований** типи. Для *афективно - напруженого* типу характерна поведінка із виразною емоціональністю, ідеаторно-моторна розгальмованість, виразна ажитація. *Афективно - редукований* тип пресуїциду зустрічається у пацієнтів з астенічними* та гіпотимними* рисами та характеризується більшою тривалістю, низькою інтенсивністю емоцій. Така модель поведінки визначається як «холодні самогубства негативного балансу».

*Астеніки відрізняються підвищеною стомлюваністю, дратівливістю, низькою переносимістю стресу та фізичних навантажень. Вони тривожні, невпевнені у собі, схильні до іпохондрії та соматизації психічних розладів.

*Гіпотимні особистості - це люди з постійно зниженим настроєм

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

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

Розглянемо детальніше кожний з періодів у скоєнні суїциду.

2.3.3. Досуїцидальний період.

1. Поява відчуттів самотності, туги.

Важливе значення має готовність до професійного консультування клієнтів в цей період. **Лікування страху самотності** таке ж, як і при інших специфічних страхах. Воно може включати: консультування та когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) чи експозиційну терапію.

На перших зустрічах важливими є навички активного слухання.

Навички слухання

Однією з найскладніших професійних навичок психолога-консультанта є його уміння слухати клієнта: слухати і чути, що говорить клієнт, і те, що він говорить, зрозуміти й прийняти, не засуджуючи й не оцінюючи. Зробити це не так просто, як здається на перший погляд.

Перевіреними засобами підтримки контакту з клієнтом і демонстрації вашого до нього інтересу є навички слухання [1; 7; 9]:

1. Пасивне слухання, позитивні заохочення, мінімальні заохочувальні стимули спрямовані на підтримку викладу клієнтом його історії й забезпечення спокійного плину бесіди. Ці стимули бувають як невербальними (кивки, доброзичливий і зацікавлений вираз обличчя, відкриті жести тощо), так і вербальними (фрази типу "так-так", "звичайно", "я слухаю").

2. Просте повторення ключових слів чи фраз, які промовляє клієнт. "Просте" дослівне повторення спрямоване насамперед на уточнення сказаного й на підтримку монологу клієнта. Цей прийом можна також використовувати для того, щоб виграти час, що дозволяє сформулювати більш придатну відповідь. Розглянемо повторення ключових слів на прикладі:

Клієнтка: Моя проблема - це мій 13-річний син. Слава останнім часом став дуже важкою дитиною: він пропускає заняття в школі, обманює, грубіянить. У мене таке враження, що він постійно щось від мене приховує, щось недоговорює... Консультант:... **постійно?, від вас приховує?, недоговорює?**

Разом з тим необхідно пам'ятати, що в нашій культурі більше цінується передача думки співрозмовника своїми словами, ніж дослівне повторення, що може викликати подив чи навіть роздратування [6]. Ще одним "недоліком" повторення є те, що воно відображає стереотипи та вибірковості уваги психолога й деякою мірою може підказати клієнтові тему для продовження розмови. Тому час від часу консультантові необхідно звіряти власне розуміння ситуації з тим, як її розуміє клієнт.

3. Перефразовування (пере-формулювання) повідомлення клієнта - прийом, який використовується для уточнення змісту повідомлення чи для того, щоб акцентувати увагу клієнта на певному моменті. З цією метою психолог повторює деякі з останніх висловлювань клієнта, використовуючи синоніми до його слів і додаючи власну фразу. Перефразовування містить у собі елементи інтерпретації, що у деяких випадках може бути досить успішною, а в інших — сприйматися негативно. Перефразовування особливо корисне тоді, коли клієнта переповнюють емоції, й зовсім непродуктивне, якщо використовується монотонно, механічно.

Ще раз повернемося до останнього прикладу:

Клієнтка: Моя проблема - це мій 13-річний син. Слава останнім часом став дуже важкою дитиною: він пропускає заняття в школі, обманює, грубіянить. У мене таке враження, що він постійно щось від мене приховує, щось недоговорює...

Консультант: Вас турбує саме те, що син щось приховує від вас, недоговорює?

Ця фраза психолога відображає не тільки зміст репліки клієнтки, а й демонструє нам ще один прийом - відображення очевидного: консультант зрозумілим словом висловлює почуття чи стосунки клієнта, що були очевидні в його поведінці, але до цього моменту лише малися на увазі, а не виражалися відкрито. Цей прийом особливо корисно використовувати "з тими клієнтами, що із працею усвідомлюють власні емоції чи погляди" [5].

4. Прояснення - повернення клієнту суті когнітивного змісту його висловлення у більш стислій і зрозумілій формі. Цей прийом, з одного боку, є перевіркою правильності розуміння консультантом повідомлення клієнта і заохоченням до подальшого розвитку тієї ж теми, з другого - сприяє чіткішому розумінню самим клієнтом власного внутрішнього світу, а також своїх взаємодій із зовнішнім світом.

Для прояснення змісту консультанти найчастіше використовують такі вирази:

- Я правильно вас зрозумів (ла)...
- Ви говорите (думаєте, вважаєте, стверджуєте), що...

- Ви вирішили (хочете, могли б) вирішити саме в такий спосіб...

5. Відображення почуттів - це відображення і словесне позначення консультантом висловлених клієнтом емоцій з метою полегшення їхнього вираження й осмислювання. Найчастіше психологи використовують такі вступні фрази:

- Ви почуваетесь (самотнім, забутим, стомленим, невезучим...);
- Вас це скривдило (насторожило, стривожило, розлютило...);
- Вам це цікаво (нудно, байдуже...);
- Ви були роздратовані (скривджені, стривожені...), коли це сталося?

Зазначимо, що відображення почуттів і змісту базується не тільки на підбадьоренні й стимулюванні клієнта до продовження розповіді, але й припускає активну участь психолога в усвідомленні проблеми.

6. Підведення підсумків. Залежно від виконуваних функцій, в процесі бесіди підведення підсумків може бути у формі переказу та підсумовування (резюме).

Переказ - це виклад клієнтові суті його розповіді в стислому, короткому й точному вигляді. Правильний переказ не тільки переконає клієнта в тому, що ви його слухаєте й чуєте, але й дозволить йому не повертатися до своєї розповіді багаторазово.

Переказ містить чотири аспекти [2]:

1. Основу речення, в якій використовується, наскільки це можливо, певна модальність сприймання інформації клієнтом. Візуально орієнтовані клієнти мають тенденцію найкраще реагувати на слова з візуальним навантаженням ("**Ви говорите, що бачите ситуацію з цього погляду...**"); аудіально орієнтовані клієнти найкраще реагують на тональні слова ("**Наскільки я почув вас, звучить так... що це має успіх?**"); а кінестетично орієнтовані клієнти реагують на слова, що відображають почуття ("**Таким чином, ситуація стосується вас... а як це вас зачіпає?**"). Для багатьох клієнтів суміш візуально, аудіально і кінестетично орієнтованих слів буде навіть більш дієвою. Звичайно, що не завжди обов'язкове використання основи речення.

2. Ключові слова і систематизовані конструкції, що їх клієнт використовує для опису ситуації чи особи. До того ж, спостерігаючи за клієнтом, необхідно спрямовувати зусилля на сприймання головних ідей, висловлених клієнтом, і деяких його точних слів. Цей аспект переповідання іноді плутають із заохочувальним повторенням фрази. Проте останнє здійснюється майже повністю власними словами клієнта і розкриває лише обмежену кількість матеріалу.

3. Суть того, що розповів клієнт, у підсумковій формі. Саме тут найбільшою мірою проявляються навички інтерв'юера перетворювати часто заплутані висловлювання клієнта на стислі, визначені й пояснюючі твердження. Перед консультантом важке завдання - зберігати правильність думок клієнта, але не повторювати їх точно.

4. Перевірка точності - це коротке запитання після переказу, в якому клієнту пропонують дати відповідь, чи був переказ (або резюме чи інша мікро-навичка) порівняно правильним і корисним. Деякі зразки перевірок містять такі запитання: "Я чую вас правильно?", "Це близько до того, що ви сказали?", "Чи це має успіх?" і "Чи це стосується ситуації?" Можна також переповідати з перевіркою, що полягає у підвищенні вашого голосу наприкінці речення, так наче переказ був би запитанням.

Підсумовування (резюме) - це повтор у стислому вигляді й зв'язування в єдине ціле основних ідей розповіді клієнта для того, щоб виділити найбільш значущі теми чи підвести підсумки (результати), досягнуті в ході певного відрізка бесіди або всієї бесіди, навіть цілого ряду зустрічей. Корисно повторювати вирази клієнта періодично під час бесіди й обов'язково наприкінці зустрічі.

Консультанти особливо активно використовують навички слухання під час збирання інформації про клієнта та його проблему.

Навички дослідження

Нарівні з навичками слухання в процесі консультації психолог активно використовує навички дослідження: інтерв'ю, зворотний зв'язок, саморозкриття,

інтерпретацію, конфронтацію. Саме ці навички дозволяють консультанту виявити проблеми клієнта, сприяти їхньому усвідомленню й досліджувати думки та почуття клієнта [1; 7; 9].

1. Інтерв'ю - це запрошення про щось розповісти, засіб збирання інформації чи уточнення досвіду клієнта. З цією метою консультант використовує різні запитання: відкриті, закриті, короткі, прямі, непрямі.

Відкрите запитання. Це запитання, на котре не існує єдино правильної відповіді або на яке зазвичай неможливо дати однозначну відповідь.

Навіть у тих випадках, коли клієнт говорить охоче, відкриті запитання сприяють вільному обговоренню проблеми і залишають значний простір для розмови. Крім того, більшість людей починає із загальної розповіді про своє життя, опускаючи деталі і приклади, а відкриті запитання допомагають прояснити чи уточнити конкретні факти з життя клієнта.

Нижче пропонуємо фрагмент діалогу, що ілюструє варіанти таких запитань. Клієнтка: У мого сина просто огидне поведження. Консультант: У чому виявляється його "огидне поведження"? Клієнтка: Він просто некерований. Консультант: Чи можете ви навести конкретні приклади?

Відповідаючи на відкриті запитання типу: "Як ви почувалися тоді?", "Що переживали в той момент?", клієнт може розібратися у власних почуттях. Разом з тим, якщо психолог хоче сфокусувати увагу лише на цілком визначеному переживанні, він запитає: "Ви тоді дуже розлютились?". Останнє запитання називається закритим.

Закрите питання. Це запитання, на яке відповідають однозначно - "так" чи "ні".

Закриті запитання використовують не тільки для уточнення фактів, але й їх підтвердження: "Ви стверджуєте, що дочка вживає наркотики?", "Чоловік вас б'є?". Вони корисні, наприклад, тоді, якщо консультант працює з "мовчазним" клієнтом. Серія закритих запитань у таких випадках може забезпечити одержання необхідних відомостей і задати темп консультації. Розглянемо це на прикладі бесіди з чоловіком, який щоразу, коли відвідує футбольний матч, переживає стан напруження.

Консультант: Ви ходили на футбол минулого тижня? Клієнт: Ходив. Консультант: Хто виграв? Клієнт: Команда суперників. Консультант: Ви знову відчували напруження?

Коротке запитання - це спосіб шляхом найменших затрат вплинути на виклад клієнтом історії, змінити напрямок розмови чи звернутися по уточнення чи прояснення ситуації. Репліки типу: "І що?", "З якою метою?", "Що ще?" тощо легко вплітаються у розповідь клієнта, направляючи її плин.

У своїй роботі психолог-консультант використовує також прямі й непрямі запитання.

Прямі запитання. Це запитання, орієнтовані на прояснення суті тієї чи іншої з обговорюваних тем.

Непрямі запитання. Це запитання, що дозволяють оцінити, визначити подію чи стан клієнта шляхом одержання детальної інформації про різні аспекти, притому суть цих запитань залишається незрозумілою.

Так, наприклад, пряме запитання консультанта може звучати так: "Коли ви роздратовані, чи можете ви нагрубити іншій людині, чи навіть ударити її?" А використовуючи в аналогічній ситуації непрямі запитання, він поцікавиться: "Чи можете ви пригадати інші випадки, коли були сильно роздратовані?", "Чи можете ви більш докладно описати те, що ви відчули стосовно чоловіка, коли це сталося?", "Що відбулося потім?", "Що відбулося між вами, коли ви говорили один одному такі речі?" "Що ви відчували після того, як дали йому ляпаса?", "Якою була його реакція?" і т. д.

Інакше кажучи, непрямі запитання дозволяють крок за кроком вивчити складні для клієнта почуття чи ситуації й дають можливість аналізувати один епізод за другим, причому ці епізоди можуть бути пов'язані як з далеким минулим, так і з щойно пережитими подіями [11].

Слова, що використовуються в запитаннях, - це своєрідний інструмент роботи консультанта, тому не можна недооцінювати їх значення.

Часто, хоча й не завжди, перше слово запитання частково визначає відповідь клієнта. Якщо консультанту необхідні додаткові дані й він очікує від клієнта викладу фактів, то запитання краще починати словом "що":

- Що сталося, коли ви це зробили?
- На що це було схоже?

У випадках, коли потрібно обговорити процес, послідовність подій чи почуття клієнта, можна почати запитання словами "як" і "яким чином":

- Як вам вдалося просунутися в цій справі так далеко?
- Як ви почуваетесь зараз?

І, нарешті, для обговорення причин - словом "чому". Питання-"чому", на жаль, не завжди мають відповідь. Клієнт досить часто не розуміє причин того, що відбулося і буває не готовий до їх обговорення. Такі запитання краще формулювати інакше. Замість: "Чому це сталося?", можна запитати: "Що могло до цього призвести?"; замість: "Чому ви так думаєте?" - "Що дозволяє вам так думати?"

Крім того, у запитаннях краще вживати слова, що використовуються в повсякденній мові. Наприклад, слова "означати" чи "мати на увазі" більш підходять для консультативної бесіди, ніж, скажімо, слова "демонструвати", "символізувати", що мають академічний відтінок [11].

У деяких випадках запитанням мають передувати ретельно дібрані вступні слова й речення, що, з одного боку, допомагають підготувати клієнта до наступного запитання, а з другого - вказують на можливість іншого погляду на існуючі події:

- Давайте подивимося на це з погляду стороннього.
- Якби це відбулося з вами раніше, як би ви тоді до цього поставилися?
- Я розумію, чому ви все так сприймаєте, але скажіть, ваші друзі сприймають це так само чи по-іншому?

Вступні фрази створюють більш широкий контекст сприйняття й дають змогу плавно переходити від однієї системи поглядів (чи аспектів аналізу) до іншої [11].

Таким чином, консультант має формулювати запитання так, щоб клієнт зміг самостійно визначити зміст тих чи інших подій. В усіх випадках, коли це можливо, психолог прагне використовувати "безпечні" запитання, що не викликають у клієнта тривожної реакції чи психічного дискомфорту; необхідно уникати використання навідних запитань, які припускають цілком визначений тип відповіді.

У той час, коли запитання можуть мати величезну цінність для консультації, є й потенційні проблеми, пов'язані з ними. Деякі з них зазначені далі [2].

Занадто велика кількість запитань примушує багатьох клієнтів користуватися захистом. Запитання можуть також надавати консультанту надто багато контролю.

Численні запитання. Консультанти можуть заплутати своїх клієнтів тим, що закидають їх одночасно кількома запитаннями. Це ще одна форма бомбардування, хоча для деяких клієнтів вона може бути іноді корисною.

Запитання у вигляді тверджень. Деякі консультанти можуть користуватися запитаннями як засобом рекламування власного погляду. "Ви не вважаєте, що було б корисно, якби ви більше вчилися?", "Що ви думаєте щодо виконання вправ з релаксації, замість того, що ви зараз робите?" Ця форма запитання інколи може бути корисною. Усвідомлення характеру запитання може вказати альтернативні й прямі шляхи для того, щоб налагодити контакт з клієнтом. Корисно пам'ятати, що коли ви збираєтесь висловитися, найкраще не надавати своєму твердженню форми запитання.

Запитання й культурні особливості. Стиль швидкого розпитування, притаманний нашій культурі, в незахідних групах сприймається менш прихильно. Якщо ви працюєте з членом певної культурної групи, що відрізняється від вашої, зважайте на те, що надмірне використання запитань іноді спричинює недовіру до консультанта.

Запитання, які починаються словом "чому". Більшість з нас у дитинстві, мабуть, пережила таке запитання "Чому ти не робив це?". Запитання, які починаються словом "чому", часто примушують людей захищатися і викликають у них почуття дискомфорту. Такий самий дискомфорт може бути викликаний будь-яким запитанням, яке викликає відчуття, наче вас "підсмажують".

Запитання і контроль. Особа, яка ставить запитання, звичайно, контролює та керує бесідою: визначає, хто і про що говорить, коли і за яких обставин відбуватиметься розмова.

2. Зворотний зв'язок - це спроба перевести увагу на сьогодення, прокоментувати особливості побудови відносин під час сесії й описати поведження клієнта. Зворотний зв'язок дає клієнтові можливість зрозуміти, як його поведження й стиль мислення сприймає психолог та оточуючі. Це спосіб, що створює можливість іншого само-сприйняття й допомагає клієнтові задуматися над корекцією своєї поведінки.

К. Ягнюк подає критерії "корисного зворотного зв'язку" [9]:

- Зворотний зв'язок описовий і без-оцінний. Опис поведження клієнта надає йому свободу вибору в тім, як реагувати на нього. Уникаючи оцінок, ми тим самим зменшуємо потребу клієнта захищатися.
- Надання точної і конкретної інформації про ті чи інші аспекти поведження клієнта спонукають до їх дослідження.
- Зворотний зв'язок спрямований на той аспект поведження, з яким клієнт здатний що-небудь зробити. Вказівка на недоліки, з якими клієнт неспроможний впоратися через об'єктивні причини, лише фруструють його.
- Зворотний зв'язок своєчасний. Він максимально корисний, якщо проявляється відразу, слідом за тією чи іншою реакцією клієнта.

3. Саморозкриття - це передача клієнтові особистого досвіду консультанта, надання інформації про себе, про події з власного життя чи безпосереднє вираження у стосунках із клієнтом пережитих почуттів, бажань, ідей, фантазій. Саморозкриття побудоване на "Я-пропозиціях" психолога й тісно пов'язане з прийомом зворотного зв'язку, що дозволяє створити атмосферу довіри й сприяє встановленню контакту.

Розглянемо як приклад фрагмент консультації [1].

Психолог: Можна, ми запишемо нашу бесіду? (закрите запитання).

Клієнт: Звичайно, будь ласка.

Дуже важливо попереджати клієнта, що ведеться запис.

Психолог: О, ви сьогодні посміхаєтеся (зворотний зв'язок).

Клієнт: Сьогодні я відчуваюся краще.

Психолог: Ви добре сьогодні виглядаєте, і це мене радує. Що відбулося з часу нашої першої розмови? (рефлексія почуттів, саморозкриття, відкрите запитання).

Пам'ятайте:

- зворотний зв'язок і саморозкриття дозволяють клієнтові почуватися більш комфортно, але занадто часте їхнє вживання може перешкодити йому "виговоритися";
- деяким клієнтам дуже подобається психолог, який розкривається, але іншим він може здатися нав'язливим.

4. Інтерпретація - це процес пов'язування між собою розрізнених ідей, емоційних реакцій, вчинків і різних елементів досвіду клієнта, це спроба надати іншого значення чи нового пояснення внутрішнім переживанням, зовнішнім подіям життя клієнта, спроба дати можливість клієнтові по-новому побачити ситуацію й викликати інсайт за допомогою розкриття справжнього змісту, що криється за деякими патернами поведження.

Інтерпретація - "наріжний камінь психотерапії, поворотний момент процесу консультування" [3], її можна розглядати "як вузловий момент методу впливу" [1].

Нагадаємо, що в процесі консультації у психолога виникають робочі гіпотези з приводу тих чи інших труднощів клієнта та їх причинного зв'язку. Вербально виражена консультантом гіпотеза є інтерпретацією. Незважаючи на те, що інтерпретація завжди пропонується консультантом, вона є спільним "дітищем" консультанта й клієнта.

Інтерпретація задає нові рамки, в яких клієнт може побачити "альтернативну реальність", і пропонує нові підходи до проблеми. Досить часто інтерпретація є своєрідним "викликом погляду клієнта", тоді як нове бачення реальності сприяє зміні поглядів, що, в свою чергу, може змінити думки, настрій, поведження [1].

Р. Мей виділяє три можливі реакції клієнта на запропоновані інтерпретації й вважає, що консультант має розвивати здатність читати значення цих реакцій [8]:

- Клієнт приймає інтерпретацію консультанта, спокійно говорячи: "Так, думаю, це так" - пропозиція може бути прийнята обома на цей момент.
- Клієнт виявляє абсолютну байдужість - консультант відмовляється від ідеї й робить висновок, що йому ще не вдалося розкрити щось істотне.
- Клієнт наполегливо заперечує пропозицію, гаряче доводячи, що це неправда - консультант може зробити ймовірний висновок про правильність інтерпретації й про те, що йому вдалося близько підійти до кореня проблеми. Однак у той момент консультант не наполягає, а просто відступає й підходить до тієї ж самої суті проблеми трохи пізніше та з другого боку. Якщо інтерпретація адекватна, то клієнт визнає правильність пропозиції.

Ми вже вказували, що інтерпретація може привести до зміни світогляду клієнта, тому досвідчені психологи використовують не більше однієї-двох інтерпретацій під час консультації, щоб не викликати "передозування" й опору з його боку.

ЗАВДАННЯ.

Спробуйте попрацювати в трійках, використовуючи перелічені засоби підтримки контакту з клієнтом. Оформіть протоколи роботи по зразку (мал.42).

ПРИКЛАД.				
Протокол за алгоритмом випрацювання вправи на активне слухання (АС).				
Аналіз та оцінка вправи на активне слухання (1-5 балів) Учасники: здобувач ВО 2 курс СГФ, спеціальність Психологія 053, Науменко Л.П. (консультант-психолог), Власова Н.О. (клієнт), секретар Назаренко Л.П. Потім клієнт, психолог і секретар помінялись ролями				
ІПП здобувача психолога	Елементи АС \ Аналіз	Оцінка психологу від клієнта	Оцінка психологу від секретаря	
Пасивне слухання				
Науменко Л.П.	Слухала дуже уважно. Дала проговорити ситуацію та надавала проблемі багато поваги та часу. Під час бесіди склалася довірлива обстановка. Буда зацікавлена у деталях проблеми. Приділяла увагу миміці, інтонації та тону голосу. Казала, фрази типу "так-так", "звичайно", "я слухаю"....	4	5	
Власова Н.О.	Приділяла багато уваги до розповіді клієнта. Проговорювала фрази типу "так-так", "звичайно", "я слухаю".... Ці стимули бувають як невербальними (кивки, доброзичливий і зацікавлений вираз обличчя, відкриті жести тощо)	5	4	
Назаренко Л.П.	Просте повторення ключових слів чи фраз, які промовляє клієнт.			
Науменко Л.П.	Дуже добре «вела» клієнта в розмові. Буда уважна до проблеми, намагалася не відволікатись від запитань клієнту та м'яко повертала розмову до означеної проблеми. увагу на почуттях, очиювала, орення спрямоване	5	5	
Малюнок 42				

сказаного й на підтримку монологу клієнта: Вам прийшлося відкласти всі свої справи та похити до своєї підпільної.....			
Власова Н.О.	Якщо та уважно обирала інформацію, за допомогою уточнюючих питань виділяла головне, поверталася до вирішення питання. Ненав'язливо та м'яко повторювала: у вашій мамі є домашні улюбленці, собаки, з якими потрібно гуляти хоча б 1 раз на день.....	5	5
Назаренко Л.П.			

Розповідь Власової Наталії.
Наталія працює соціальним робітником. До її професійних обов'язків входить нагляд за літніми людьми, допомога в хатніх справах та спілкування з ними. Є деякі підпільні, до яких треба ходити кожен день. Так, є одна будівля, до якої Наталія ходити кожного дня. Бабуся не може сама порухатися по хазяйству, вона дуже старенька і живе зовсім одна, її нема з ким спілкуватися, ані допомогти їй.
На момент сесії в університеті Наталія не в змозі виконувати свої обов'язки на цій роботі через брак часу. Тому вона бере відпустку на місяць. У цей період її повинна заступати друга людина, з якою була усна домовленість з колегою, що вона приходить хоча б двічі на тиждень. Через деякий час до Наталії зателефонувала саме ця бабуся і сказала, що та жінка, яка її заміщує на час відпустки, прийшла до цієї будівлі всього один раз. Наталії прийшлося відкласти всі свої справи та похити до своєї підпільної, тому що бабуся дзвонила з образом в голосі та майже в істеричі.
Ця ситуація викликала у Наталії почуття обурення відносно колеги, почуття роздратованості на неї. Відчувалася деяка агресія на неї та відчуття стомленості.

Розповідь Науменко Л.П.
Лілія проживає із своєю власною сім'єю окремо від мамі. У мамі є домашні улюбленці, собаки. З ними потрібно гуляти хоча б 1 раз на день. Крім того, мама-не дуже здорова жінка і теж потребує нагляду. Разом з мамочкою проживає постійно її брат. Він гуляє з собаками, ходять за покупками та взагалі піклуються про маму. Лілія приїжджає до мамі 1 раз на тиждень обов'язково. Іноді, коли буває більше часу, то й частіше. Але коли брат періодично вимушений від'їжджати по роботі на декілька днів, Лілія приходить приглядати до мамі кожного дня. Коли його немає декілька днів, то це не викликає дуже великих проблем у Лілії. Але, останнього разу він поїхав аж на місяць. Це дуже руйнувало її власні плани, але мама сама не змогла з собаками виходити через стан свого здоров'я. Окрім того, коли Лілія зачухнула приїждити до мамі кожного дня, то вона дуже багато не встигала зробити своїх повсякденних справ та через це відчувала стомленість та роздратування на ситуацію. Занепокоєння в цій ситуації нема когось. Так складаються обставини.

Розповідь Назаренко Лариси Павлівни.
....

При підготовці до виконання «активного слухання» скористайтесь літературою в кінці параграфа.

Отже в період досуїцидальний крім Консультування також використовують Когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) – це практичні методи, які допомагають людині справитися з тривогою, і це поширене лікування більшості фобій.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – це практичні методи, які допомагають людині справитися з тривогою, і це поширене лікування більшості фобій. Її ще називають когнітивно-біхевіоральна терапія, як комплекс методів лікування психічних розладів (включаючи залежності, психози, депресію та тривожні розлади), що базуються на використанні знань, отриманих з наукової психології.

В історії клінічної психології поведінкова та когнітивна течії виникли одночасно в середині 20-го століття. Поведінкові підходи спочатку були спрямовані на модифікацію поведінки, тоді як когнітивні підходи зосереджувалися на переконаннях, репрезентаціях та процесах їх побудови. Ці дві течії іноді конкурували між собою. Однак, починаючи з 1980-х років, історичний розрив між біхевіоризмом і когнітивізмом поступово зменшується в терапевтичній практиці.

Особливістю КПТ є те, що вона спрямована на подолання труднощів пацієнта «**тут і зараз**» за допомогою практичних вправ, орієнтованих на спостережувані симптоми, що проявляються через поведінку. Керівництво терапевта спрямоване на втручання в психічні процеси, також відомі як когнітивні процеси, свідомі чи несвідомі, які, як вважається, лежать в основі емоцій та їх розладів. Стандартизація практик КПТ сприяла визнанню їхньої ефективності завдяки відтворюваності, що є вимогою наукового підходу. КПТ особливо рекомендується при тривожних розладах (включаючи фобії) і залежностях.

Варіантом КПТ є робота з НАД. НАДи - це потік думок, негативно-забарвленої оцінки чи інтерпретації, які ми надаємо тому, що відбувається навколо або усередині нас.

Перш, ніж ми визначимо для себе, що таке НАДи, давайте обговоримо різницю між фактами, істинами та думками. Факт - це «інформація, яка представлена як об'єктивна реальність».

Під час роботи з НАДам треба попросити клієнта згадати потік думок, що негативно-забарвлені в якійсь реальній життєвій ситуації, коли йде негативна оцінка чи інтерпретація того, що відбувалося навколо або усередині. Приклади з клієнтами Костянтином чи Валерією на малюнку. (Малюнок 43). Аналізується ситуація, почуття до роботи з НАД, думки, альтернативні думки, почуття після пропрацювання з переконання і аналізу. За алгоритмом, що подано в таблиці на малюнку 44.

Робота з негативними автоматичними думками

Протокол поведінкової терапії
Вправа з Костянтином

К: Коли я приїхав до нового житла, в дворі цього будинку була велика собака, я заїшов на подвір'я і ця собака почала бігти на мене і мені здалося, що вона хотіла напасти на мене. Але вона просто зустріла мене і хотіла гратися.

Д: Як ти пережив першу зустріч з собакою?

К: Мене пронизав страх та ступор.

Д: У якому відсотковому відношенні був твій страх?

К: 90%.

Д: Які були думки?

К: Була думка, як я буду оборонятися від нападу великої собаки.

Д: Наскільки була істинна ця думка?

К: Максимально істинна, я повністю вірив в цю думку.

Д: Якою була твоя поведінка у цій ситуації?

К: Я намагався заспокоїти себе внутрішньо та не спровокувати агресію цієї собаки.

Д: Які альтернативні думки ти міг сформулювати з цієї ситуацією?

К: Замість паніки, я міг би з добротою поклукати до себе собаку, щоб погладити її.

Д: Як це вплинуло би на твій емоційний стан?

К: Я би як звичайно почав би з нею гратися і не відчував страху.

РОБОТА З НАД

Ситуація: Коли Валерія ринкала в школі, в неї був страх виступу перед однокласниками. Вони бачили, як вона тремтіла та завжди **спрацьовувала** якось словитися або теплом пробуркотіти щось собі чутно.

Почуття: Вона боялася та хвилювалася на 85%.

Думка автоматично негативна: Валерія думала, що над нею будуть **висміюватися**.

Поведінка: Робила спроби позбутися страху.

Альтернативна думка: «Я могла б просто не звертати уваги на думку інших, або подумати, що однокласники добрі і співчутливі до мене».

Як би альтернативна думка вплинула на емоційний стан: «Я б заспокоїлася та наважилася спробувати виступити».

Почуття після опрацювання:
страх – 25%, хвилювання – 35%

Ситуація	Які почуття у Вас виникли? Наскільки сильними були ці почуття (0 – 100%)	Що саме промайнуло у Вас в голові(слова чи образи)? Наскільки Ви вірили в цю думку в той час?	Яка була Ваша поведінка в той момент?

Малюнок 43

Малюнок 44

Деякі автори демонструють зв'язок між ідеями філософів-стоїків та постулатами когнітивного підходу.

Так, філософ-стоїк Епіктет у своєму «Енхірідіоні» вчить, що «не речі турбують розум людей, а інтерпретації, які вони дають їм». За його словами, ми повинні **визначити, що є причиною наших проблем, і змінити наші інтерпретації**. Щоб закріпити ці нові інтерпретації, він радить нам піддавати себе впливу того, що є причиною наших проблем, і усвідомлювати їх за допомогою різних щоденних повторюваних вправ. Слідуючи цій логіці, імператор і філософ-стоїк Марк Аврелій у своїх «Медитаціях» записує для себе роздуми й вправи, які він повинен виконувати, щоб досягти стану спокою.

Цей принцип лежить в основі когнітивно-психологічного підходу в консультуванні, як його визначив Альберт Елліс, черпаючи натхнення зі стоїцизму.

За словами Бернарда Грейнджера, хоча аналогії зі стоїцизмом глибокі, особливо з точки зору раціональності, «не слід ставати жертвою ретроспективної ілюзії й не помічати численних точок розбіжності між стоїчною школою і когнітивною терапією. Однією з головних відмінностей є, мабуть, те, що **когнітивна терапія має тенденцію бути більш нормативною**»

До когнітивно-поведінкових підходів більшість авторів відносять раціонально-емоційно-поведінкову терапію Елліс. При цьому РЕПТ Елліс є, поряд з концепцією Аарона Бека, одним з найбільш визнаних підходів у рамках когнітивного напрямку в психотерапії.

Головна відмінність РЕПТ від інших когнітивних підходів полягає, згідно з Еллісом, в наступному: РЕПТ «особливо підкреслює важливість виділення догматичних безумовних «того, що я повинен робити», відокремлення їх від своїх бажань та переваг та навчання тому, як відмовитися від перших та враховувати другі».

Отже, в досуїцидальний період, коли з'являється відчуттів самотності, туги, незалежно від вибору напрямку терапії, консультант дотримується звичайних етапів консультування: знайомство з клієнтом; прояснення запиту; основна частина; завершення консультації.

Психолог на перших консультаціях рекомендує пацієнту:

1- дозволяйте собі будь-які емоції, щоб вернути собі право відчувати тугу, самотність, ангедонію...і будь які думки, але фіксуйте «думкову жвачку» - відволікайтесь від неї

2- виходьте з токсичних відносин

3- будьте уважні до вашого тіла, рухів, дихання, постаті, напоїв, харчування

4- зверніть увагу на свій внутрішній світ , самооцінку

5- фіксуйте ваші переживання та настрої у зошиті

6- говоріть з близькими про ваші почуття і переживання.

7 - позбавляйтесь від того, щоб відкладати справи на завтра.

8- складайте план щодня.

9- хвалите себе за вчасно зроблені справи.

10-.прогулянки робіть цілеспрямовано..нові маршрути щодня

11- заведіть собаку

12- знайомтеся з людьми, просто подумки бажайте всім Щастя

13- женіть негативні переживання

14- не дозволяйте користуватися собою, ставте межі.

15- дбайте про свій комфорт.

16- Будьте уважні до себе, втомилися – відпочивайте, заземляйтесь

Також важливий момент - прояснення запиту:

«Розкажіть, будь ласка, докладніше, які емоції ви відчуваєте»

"Я правильно розумію, що ...?"

Що це означає для вас?

"Що б ви хотіли змінити?"

"У чому ви бачите вирішення проблеми?"

Треба розуміти, що у клієнта можливі різні типи відчуттів самотності

Люди зі станом самотності відрізняються за власною активністю і ступенем переживання.

Виділяють наступне:

- Безнадійно самотні люди: незадоволені своїми відносинами, які мають почуття покинутості і спустошеності.
- Періодично самотні люди – категорія людей з великою соціальною активністю, які тимчасово переживають стан самотності.
- Стійко самотні люди – пасивні люди, що змирилися зі своїм станом.
- Люди не самотні, соціальна ізоляція яких носить добровільний тимчасовий характер, при цьому не викликає почуття гноблення.

Що до психіатрії, то виділяють **два типи самотності**:

Перший тип самотності пов'язаний з **відчуженням людини від себе**: свого минулого, досвіду, від функціонування власного організму. Самотність пов'язана з проблемами сприйняття і засвоєння механізмів розвитку і самозбереження організму.

Другий тип самотності **пов'язаний з якістю взаємин з іншими людьми**, прийняттям, оцінкою цієї якості і прийняттям людиною себе як особистості.

Ситуативна самотність може з'явитися після певних неприємних подій: розлучення, смерть близьких людей, втрата роботи, серйозні травми або хвороба. Через деякий час чоловік упокорюється з втратою і повністю або частково долає свій стан. Ситуативне почуття самотності виражається в короточасних нападах, які, як правило, безслідно проходять. Іноді подібний стан не йде, а переходить в хронічну самотність. Це виникає, якщо в разі втрат людина не може впоратися зі своїм емоційним станом і не знаходить сили і можливості у встановленні відносин із значущими людьми. При цьому в наявності **втрата механізмів взаємодії**.

Хронічна самотність може супроводжувати людину з самого дитинства. Зазвичай це виникає за умови відсутності емоційної прихильності дітей і батьків. Можливо, що це небажана дитина, або дитина, яка не задовольняє надії батьків. З самого дитинства дитина змушена уникати контактів з батьками, або позбавлена їх. Звичка самотності зберігається і в спілкуванні з колективом однолітків, де дитина самостійно відчужується від інших. Це виробляє стійке хронічне відчуття самотності.

Однак потрібно зазначити, що в деяких випадках людям досить комфортно в своєму ізольованому стані. У цьому випадку мова йде про особливості особистості, що межують з патологією.

Про самотність мову можна вести тільки в тому випадку, якщо людина чітко усвідомлює неповноцінність своїх відносин з оточуючими людьми.

Причин самотності Переживання самотності може бути викликано рядом причин:

- Нездатність людини переносити самоту.
- Низька самооцінка, що проектується на оточуючих: «я страшний, нікчемний, мене ніхто не може полюбити».
- Тривожність і соціальні страхи: чужої думки, глузувань, бути не таким як усі.
- Некомунікабельність.
- Недовіра до людей.
- Скутість.
- Постійний неправильний вибір партнерів.
- Страх бути відкинутим партнером.
- Страх і тривожність щодо інтимної близькості.
- Нереальні домагання і бажання.
- Безініціативність, комунікабельна пасивність.

Відчуття самотності багато в чому **залежить від самооцінки**. Самотні люди часто відчують себе нікчемними, некомпетентними, другосортними. Таке сприйняття себе

виправдовує відсутність постійних партнерів по спілкуванню. Самотні люди не довіряють оточуючим. Вони часто бувають лицемірними, впертими, обережними.

Експозиційна терапія Експозиційна терапія — це метод поведінкової терапії для лікування тривожних розладів. Експозиційна терапія передбачає вплив цільового пацієнта на джерело тривоги або його контекст, без наміру викликати будь-яку небезпеку (десенсибілізація).

Протокол

1. Піклування
2. Повернути кордони
3. Повернути опори
4. Дати установку, що людина з усім справиться

Ми вже вказували на доцільність на цьому етапі інтерв'ю, яке передбачає міжособистісну ситуацію по Г. С. Салівену. Йдеться про алгоритм, що має мету проговорити з клієнтом про всі фактори міжособистісної ситуації: сімейний, соціально-психологічний, емоційний, особистісний, екзистенційний (мал. 45).

Інтерв'ю, яке передбачає міжособистісну ситуацію (Г. С. Салівен)

Фактор (Запитання)

Сімейний.

Почнемо ми з того, що поговоримо про Вашу родину. Розкажіть про неї. Які всередині сім'ї стосунки? Яке було ваше дитинство. Також пропоную Вам відповісти на наступні питання: Якщо сім'я це споруда – то яка це споруда... Якщо сім'я це колір – то це який колір... Якщо сім'я це музика – то це... Якщо сім'я це геометрична фігура – то це... Якщо сім'я це назва фільму – то це... Якщо родина це настрій – то це...

Соціально-психологічний.

Чи подобалося вам навчатися у школі? Чи любили Ви її? Як Ви обирали ВНЗ та напрямок підготовки? Чи подобається Вам ваш напрямок? Чи подобається університет? Чи важко Вам дається навчання? Чи є підробіток? А які стосунки з одногрупниками? Чи легко Ви знаходите з ними спільну мову чи виникають конфліктні ситуації? Чи є стосунки? Чи властиве Вам почуття самотності та почуття того, що оточуючі люди не поділяють Ваших ідей та поглядів?

Емоційна.

Давайте поговоримо про те, що тішить Вас у житті? Від чого ви відчуваєте задоволення? Чи збережено Ваш інтерес до всього цього? А що змушує Вас сумувати та турбуватися? Чи змінився Ваш апетит та сон? Може погіршився чи навпаки, став кращим?

Особистісний.

Тепер розкажіть більше про себе. Як би Ви описали себе? Яка Ви людина?

Екзистенційний.

Зараз я Вам називатиму слова, а Ви повинні сказати асоціацію на них, перше що спаде на думку: життя, смерть, добробут, конфлікт, самотність, ресурс, самоушкодження, здоров'я, смуток, радість.

Як Ви вважаєте, з яких причин люди можуть обирати закінчити самотньо життя? А які це люди? А чи були у Вас ситуації, коли відвідували такі думки? У яких випадках?

Давайте тепер про позитивне.

Про що Ви мрієте? Як Ви бачите своє майбутнє?

Які у Вас цілі у житті? Як Ви справляєтеся із життєвими труднощами? Чи може Вам хтось допомагати? Як Ви вважаєте, наскільки нині затребувана психологічна допомога? Як, на Вашу думку, університет може допомогти із життєвими труднощами? Чи знаєте Ви про психологічну службу при університеті? Чи зверталися за допомогою? Яка допомога, на Ваш погляд, потрібна студентам?

Малюнок 45.

– «а що, якщо мене зіб'є машина», «що буде, якщо я помру уві сні?»); суїцидальні задумки (обмірковує шляхи та методи самогубства, планує, як лишити себе життя); суїцидальні наміри (активний процес здійснення запланованого, тобто приєднання до замислів вольового компоненту).

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

Також пресуїциди розподіляють на **афективно-напружений та афективноредукований** типи. Для *афективно - напруженого* типу характерна поведінка

2.3.4. Пресуїцидальний період.

Цікаво, що деякі науковці починають аналіз з цього періоду. Олександр Моховіков про динаміку суїцидальної поведінки:

I. Етап суїцидальних тенденцій (Моховіков). Вони є прямими або непрямыми ознаками, що свідчать про зниження цінності власного життя, втрати її сенсу або небажання жити. Суїцидальні тенденції виявляються в думках, намірах, почуттях або погрозах.

У цьому періоді відбувається зміна змісту психічного життя, формуються антивітальні переживання та суїцидальна ідеяція, що включає: пасивні суїцидальні думки (уявлення смерті, але без власної участі

із виразною емоціональністю, ідеаторно-моторна розгальмованість, виразна ажитація. *Афективно - редукований* тип пресуїциду зустрічається у пацієнтів з астенічними та гіпотимними рисами та характеризується більшою тривалістю, низькою інтенсивністю емоцій. Така модель поведінки визначається як «холодні самогубства негативного балансу».

Олександр Маховіков на цьому етапі (II період – **пресуїцидальний - суїцидальних тенденцій**) доводить, що доцільно здійснювати превенцію суїциду, тобто його запобігання на підставі розпізнання психологічних чи соціальних провісників. Головний сенс превентивних заходів полягає в тому, щоб **переконати суспільство, що суїцидальні думки психологічно зрозумілі і самі по собі не є хворобою, бо являють природну частину людського існування**; що суїцидальна поведінка минула і доступна вирішенню, а тому предотвратима, якщо у оточуючих буде бажання вислухати іншу людину і допомогти їй.

Зміст кроків алгоритму розмови і дій психолога

Встановлення контакту і запрошення до розмови

Алгоритм розмови

1. Запитуйте. Під час розмови варто ставити людині прямі питання:

«Чи є у вас думки про самогубство?

Чи думали ви про план, як можна це зробити?»

Постановка прямих питань передбачає, що людина може відповісти «так», і варто бути до цього готовим. У такому разі важливо вислухати її з емпатією й без осуду. Якщо ми ставимо питання «Чи є у вас думки про самогубство?», це є повідомленням людині про те, що **ми відкриті до розмови про суїцид у неосудливий і підтримуючий спосіб**, і це може посприяти майбутньому діалогу.

- Вправа «Питання про ризик суїциду»

Інструкція учасникам зробити таке:

- Повторіть за мною: «Чи бувають у вас думки про самогубство?» Розділимося на пари:

- Подивіться на свого партнера, подивіться йому в очі та поставте таке саме питання: «Чи бувають у вас / тебе думки про самогубство?»

Обговорення: - Як це було? Поділіться з рештою групи, як це було — ставити таке питання (напр., «Штучне питання, але все одно важке»; «Спитала, і стало легше»; «Спитала, і стало тривожно почути у відповідь “так”» і т. п.).

2. Слухайте

Під час такої розмови важливо слухати уважно і неосудливо, беручи водночас активну участь у розмові.

Слухання допомагає людині, яка переживає кризу, відчувати, що її розповідь важлива. Тому під час слухання варто бути уважним, фокусуватися на повідомленні, на мові тіла, яка може бути красномовнішою за слова, для встановлення зворотного зв'язку питати, чи ви правильно зрозуміли почуте.

Варто використовувати невербальні сигнали — зоровий контакт, дотик рукою, кивання під час того, як людина говорить. Може бути так, що деякі речі чути важко, тому що ми можемо не погоджуватися з думками людини, але в цій розмові не варто заперечувати щось, сперечатися, доводити. Важливо слухати про думки і почуття людини, навіть якщо це вас засмучує.

Вислуховування причин перебування у стані такого емоційного болю, так само як і вислуховування того, заради чого людина хотіла б продовжувати жити, є надзвичайно важливим.

У цей момент бесіди потрібно, щоб людина не відчувала на собі тиск, тому гейткіпер має визнавати за людиною її право самотійно вирішити — говорити про це чи ні.

Деякі рекомендації щодо слухання:

- Слухайте, приймаючи причини емоційного болю, властиві цій людині.

- Сприймайте її відповіді серйозно
- Слухайте підстави для продовження життя, які важливі саме для цієї людини, допоможіть їй сфокусуватися на її власних сенсах і причинах жити.

Уникайте намагання нав'язати людині свої погляди на те, заради чого варто жити. Утримуйтеся від порад і рекомендацій (це не той момент діалогу, де приймається рішення, що робити далі; зараз людині важливо відчувати, що її чують). Якщо під час розмови людина починає активно розповідати, ділитися почуттями — це ознака того, що вам вдалося створити контакт, під час якого вона почувається безпечно і довіряє.

3.Подбайте про безпеку (складіть план на випадок кризи) План безпеки — це альтернатива плану скоєння самогубства. Він складається для того, щоб допомогти людині продумати і здійснити кроки для зменшення ризику.

Розмова зі складання плану містить:

- Прояснення моментів, коли думки і спонуки до самогубства проявляються (в які дні, в який час, у яких ситуаціях).
 - Що допомагає зменшити інтенсивність думок (безпечні люди, безпечні місця, безпечні дії, помічні думки).
 - Що треба зробити негайно (вилучення засобів скоєння самогубства, якщо є план їх застосування).
 - До кого можна звернутись, де отримати додаткову підтримку.
- Важливо дізнатися кілька речей, щоб подбати про безпеку на випадок кризи або про негайну безпеку в разі високого ризику:
- чи людина вже щось зробила для реалізації суїциду до розмови з вами?
 - Чи він / вона має план, як це зробити, чи думав / думала про спосіб вчинення самогубства?
 - Який це спосіб? Які часові межі його / її плану?

Отримання відповідей на кожне з цих питань може сформувати більш точне уявлення про серйозність небезпеки, у якій перебуває людина.

Наприклад, чим деталізованіший план, тим вищий ризик і спроможність людини його реалізувати. Або в разі, коли людина має безпосередній доступ до засобів самогубства (наприклад, до вогнепальної зброї) і дуже серйозно налаштована їх застосувати, можуть бути потрібні додаткові екстрені кроки (на кшталт дзвінка до швидкої допомоги або поліції). Якщо людина має більш конкретний план суїциду, із залученням засобів і методів, до яких вона має доступ, важливо вести розмову щодо певної угоди, згідно з якою вона сама або з чиеюсь допомогою усуне (видалить) ці засоби (зброю, ножі, пігулки тощо).

Важливо також обговорити, як помічник дізнається про те, що засоби видалені.

Якщо ситуація здається гострою, а помічник не має впевненості щодо того, чи безпечно дозволити людині залишитися наодинці, важливо подбати про те, щоб з нею хтось був. Тут слід дізнатися, що і хто, на думку людини, будуть найбільш ефективними джерелами допомоги. Це може бути хтось з її родичів, близьких друзів, і про це необхідно буде говорити і домовлятися як із самою людиною, що зараз перебуває у кризі, так і з тими, кого помічник залучає.

Ще одним способом підтримати безпеку є домовленість про нову зустріч у найближчому майбутньому, не пізніше, ніж наступного дня, тому що рівень та інтенсивність суїцидальних думок може швидко змінюватися.

Важливо також, щоб помічник дійсно реалізував ті способи допомоги, які він запропонував або до яких пообіцяв вдатися. Під час цього кроку вислуховування залишається так само важливим, як і під час будь-якого іншого. Упродовж всієї розмови важливо вселяти надію на те, що криза минає.

Рекомендації, як це можна робити:

- Запевніть людину в тому, що допомога доступна і що суїцидальні настрої тимчасові.
- Дайте людині знати, що її життя важливе для вас і що ви залишатиметеся з нею.

- Поясніть людині, що багато хто думає про суїцид і що нормально говорити про такі почуття: «Ти не один, багато людей почуваються схожим чином», «Дякую, що розповів», «Я радий, що ти розповідаєш мені, як почуваєшся».

- Запевніть людину, що ви тут для того, щоб вислухати його / її і підтримати, і що вам не потрібно поспішати: «Тільки не поспішай, ми нікуди не квапимось», «Я знаю, що говорити про це може бути важко. Я тут, щоб вислухати. Ти можеш мені розповісти будь-що».

Гаряча лінія може завжди виконувати функцію додаткового ресурсу в такі моменти, так само як і тоді, коли ви не повністю впевнені в тому, що робити далі.

4. Будьте поруч

Це важлива частина підтримки, але вона не завжди полягає в активних діях або словах. Це радше **виявлена готовність бути поруч і бути включеним**, це вияв небайдужості і співчуття, готовності втрутитися і підтримати. Бути поруч — це означає дати людині знати, що ви з нею і що до вас можна звертатися, якщо вона потребуватиме цього. Попри це не варто пропонувати або обіцяти людині те, що ви не зможете або не схочете зробити.

Включеність демонструється вже на етапі рефлексивного слухання, яке передбачає наступні, види втручання та аналіз: невербальне (емпатія), вербальне, парафраз, уточнення – редагування, вербалізацію, резюмування. Нерефлексивне слухання відбувається без втручання, без відображення почуттів.

Треба використовувати техніки активного слухання: 1) контрольований діалог; 2) перефраз, інтерпретація; 3) резюмування (дивись параграф 2.3.3. стр. 47)

У гострих випадках може бути необхідним супроводити людину до відділення невідкладної допомоги або побути з нею до приїзду швидкої, якщо потреба у професійній допомозі є терміновою.

Наступний рівень підтримки може полягати в тому, щоб допомогти людині зв'язатися зі службою допомоги. У деяких випадках необхідним є встановлення контакту із психіатричними службами (і тому варто з'ясувати, чи зустріч з фахівцем сфери психічного здоров'я може бути варіантом для людини, якій ви допомагаєте).

5. Перенаправте: допоможіть зв'язатись з ресурсами соціальної підтримки Бути помічником у суїцидальній кризі означає вміти забезпечити негайну емоційну підтримку і допомогу, а також знати, на якому етапі спрямувати людину туди, де їй нададуть подальшу допомогу відповідно до її потреб. Це може бути допомога в налагодженні зв'язку з неформальними мережами спілкування людини, залученні інших: колег, друзів і членів родини, щоби вони могли також докладати зусилля для підтримки людини. У деяких випадках необхідним є встановлення контакту із психіатричними службами, центрами психосоціальної підтримки, службами психологічного консультування, соціальною службою тощо. Допоможіть людині налагодити зв'язок зі службами кризової підтримки, наприклад, за телефоном довіри, гарячими лініями, куди вона може звернутися у певний гострий момент. Під час розмови важливо з'ясувати, чи зустріч з фахівцем сфери психічного здоров'я може бути варіантом для людини, чи готова вона скористатися таким ресурсом.

6. Тримайте зв'язок, відслідковуйте Контакт з метою відслідковування може продовжуватися, щоб посилити відчуття пов'язаності. Існують докази, що навіть проста форма спілкування на кшталт надсилання повідомлення з висловленням турботи може потенційно знизити ризик суїциду.

Рекомендації:

Після первинного контакту з людиною, яка має суїцидальні думки, й після того, як психолог допоміг їй зв'язатися із системами надання подальшої підтримки:

- обов'язково відслідкуйте, як вона почувається;
- залиште голосове повідомлення, надішліть текстове повідомлення або перетелефонуйте йому / їй;

- подумайте, чи є ще щось, що ви пообіцяли зробити, але ще не мали можливості виконати. Людина в суїцидальній кризі надто вразлива, важливо виправдати її довіру. Надання підтримки в суїцидальній кризі може викликати низку почуттів, іноді заплутаних, стресових і навіть таких, що пригнічують, але ці почуття також можуть стимулювати подальший більш свідомий розвиток навичок помічника.

Як і в інших випадках стресу, емоційна і фізична турбота помічника про себе є необхідною. Варто пам'ятати про такі допоміжні фактори, як зв'язок з друзями, родиною й іншими соціальними колами спілкування. Це стосується знаходження правильного для помічника балансу — скільки він / вона може запропонувати іншим, водночас піклуючись про себе. Турбота про себе важлива, той, хто надає допомогу, повинен відігравати свою роль, а не вирішувати всі проблеми.

2.3.5. Період реалізації суїцидальних задумів.

За даними ВОЗ існує безліч способів самогубства. У цьому періоді виділяють дві фази: **зворотню** (коли людина самотійно або під впливом інших людей припиняє спробу самогубства) та **незворотню**.

У Моховікова це 2ий етап- **Етап суїцидальних дій**. Він починається, коли тенденції переходять в конкретні вчинки.

На цьому етапі здійснюється процедура **інтервенції**. Вона являє собою процес втручання в поточний суїцид для запобігання акта саморуйнування і полягає в контакті з зневіреною людиною і наданні їй емоційної підтримки і співчуття в пережитій кризі.

Мета суїцидальної інтервенції спрямована на відвернення акту саморуйнування, самознищення та збереження життя людині як найвищу суспільну цінність. Це вторинна профілактика.

Ці заходи не орієнтовані на лікуванні стану, але призначені для зміцнення здорових емоцій, відносин і звичок.

Інтервенції можуть бути різноманітними і можуть бути спеціально розроблені для особистості або групи, які отримують лікування в залежності від їх потреб. Така універсальність додає їм ефективності у вирішенні різного роду ситуацій. В залежності від мети інтервенції, терапія може бути:

- підтримуюча — підтримка захисних сил та становлення нових поведінкових засобів;
- переучуюча — створення зовнішніх та внутрішніх умов задля перебудови поведінкових шаблонів;
- особистісно реконструктивна — ініціація внутрішньоособистісних змін через усвідомлення інтрапсихічних конфліктів.

Кризовою інтервенцією називають психосоціальну допомогу для особи в кризовому стані, що спрямована на подолання ситуації, що викликала кризу

Засобами кризової інтервенції є:

- стабілізація особистості (прояв емпатії, паліативні і інші заходи, що вселяють впевненість, формування нових життєвих уявлень);
- розвиток компетентності;
- використання соціальних ресурсів і соціальна інтеграція (зміна оточення).

Згідно з Законом паліативна допомога поділяється на:

1. Загальну (надається в амбулаторних умовах або за місцем перебування Пацієнта лікарями загальної практики - сімейними лікарями, терапевтами, педіатрами та іншими лікарями-спеціалістами, молодшими спеціалістами з медичною освітою або в закладах охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу, мультидисциплінарною командою).

2. Спеціалізовану (надається за місцем перебування Пацієнта або в закладах охорони здоров'я, які надають вторинну або третинну медичну допомогу, мультидисциплінарною командою).

2.3.6. Постсуїцидальний період.

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

У Моховікова це **III етап постсуїцидальної кризи**. Він триває від моменту здійснення суїцидальної спроби до повного зникнення суїцидальних тенденцій, іноді характеризується циклічністю проявів. Цей етап охоплює стан психічної кризи суїцидента, ознаки якого (соматичні, психічні чи психопатологічні) та їх вираженість можуть бути різними. На цьому етапі здійснюються поственція і вторинна превенція суїцидальної поведінки до повного зникнення суїцидальних тенденцій.

Третинна профілактика – суїцидальна поственція, в рамках якої застосовуються заходи медикаментозної терапії, психологічної адаптації, психотерапії. Суїцидальна поственція має три напрямки:

- індивідуальна психотерапія;
- сімейна психотерапія;
- соціальна та правова допомога.

Результатом профілактичної роботи повинно стати переконання особистості в тому, що життя людини є найвищою цінністю.

В постсуїцидальний період виділяють **найближчий** постсуїцид (перший тиждень після самогубства), **ранній** (від тижня до місяця після суїциду) та **пізній** постсуїцид (наступні 4-5 місяців).

Виділяють наступні варіанти постсуїцидального періоду:

- Суїцидально-фіксований;
- Аналітичний варіант
- Маніпулятивний варіант
- Критичний варіант

Кожен варіант дає можливість отримати від нього таку інформацію, яка дозволила б зробити висновок **про ступінь суїцидального ризику** в даний час і в найближчому майбутньому

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

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

- Маніпулятивний варіант – зустрічається у випадках, коли суїцид виконувався із метою шантажування або провокації. Якщо спроба самогубства призвела до вирішення конфліктної ситуації, то виразність суїцидальних проявів суттєво зменшується. А якщо мета суїциду не досягнута та відбувається збереження конфліктної ситуації, суїцидальна активність також зберігається. Такі пацієнти **потребують психотерапевтичного лікування** з подальшою зміною стереотипів поведінки та формуванням негативного відношення до самогубства;

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

ЗАВДАННЯ.

Самодіагностики

Діагностика за методикою **Карта визначення ризику суїцидальності (В.М.Прийменко)**

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

Карта має 31 фактор ризику суїциду, наявність кожного з яких потрібно виявити у досліджуваного. Її заповнює психолог, який достатньо знайомий з особистістю клієнта, на основі вільної бесіди з ним. При заповненні карти не слід спиратися на суб'єктивні оцінки клієнта, а тільки на враження, які психолог отримав під час вивчення, анамнезу. Треба враховувати певні чинники і оцінку (Мал. 46)

Література: Ushynsky University Repository
<http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/10967>

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

Малюнок 46

Бланк містить все необхідне для зручного використання (Мал. 47)

Оцінка ризику самогубства. Шкала оцінки загрози суїциду (Ромек та ін, 2004)

Підлога	Чоловік	
вік	12-24, 45 і вище	
депресія	Депресивні стани у минулому, депресія в даний час	
попередні спроби	Так	
Залежність від психоактивних речовин	Так	
Втрата раціонального мислення	Ірраціональне мислення, психотичні стани	
Брак соціальної підтримки конкретний план	Ні сім'ї, друзів, кола спілкування Час, місце, спосіб Летальність даного способу виконання Легкість його виконання	
Відсутність чоловіка (близької людини)	Одинокий, овдовілий, розведений, що живе окремо	
Стать	Чоловік	
хвороби	Хронічне захворювання, що супроводжується сильними болями і / або втратою працездатності, рухливості з поганим медичним прогнозом	
РАЗОМ		
ОЦІНКА (кількість зазначених пунктів)		
0-2	РІВЕНЬ I	Невисока ступінь суїцидального ризику 1
3-4	РІВЕНЬ II	Середній рівень суїцидального ризику - необхідні інтервенція і підтримка
5-6	РІВЕНЬ III	Високий ступінь суїцидального ризику - необхідна антисуїцидальних інтервенція
7-10	РІВЕНЬ IV	Дуже високий ступінь суїцидального ризику - потрібна невідкладна інтервенція

Малюнок 47

Приклад

ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ СУЇЦІДАЛЬНОГО РИЗИКУ

Оцінюючи ступінь суїцидального ризику зараз і в перспективі, необхідно аналізувати інформацію про людину з урахуванням перерахованих вище факторів та індикаторів.

Приклад: Н. - чоловік 57 років, вдівець, працює, освіта середня спеціальна, соціальний статус - робітник, живе один, алкоголем не зловживає, хворий на діабет, суїцидальних спроб у минулому ні в нього, ні у значущих для нього осіб не було.

У пацієнта вісім місяців тому від онкологічного захворювання померла дружина. Діти (два сини) живуть зі своїми сім'ями в інших містах, на великій відстані від Н., він має друзів, з якими він зрідка ходить на рибалку. Він, як і раніше працює, дотримується певної дієти, приймає інсулін. Оцінює майбутнє як безперспективне, боїться погіршення

фізичного стану, втрати роботи, не бачить у подальшому житті сенсу, висловлює суїцидальні думки («іноді хочеться руки на себе накласти»), проте засуджує самогубців («їх за кладовищем раніше ховали»).

Припускає, що його стан міг би покращитися, якби він жив поряд з дітьми, які зараз не виявляють до нього інтересу («після похорону три рази, може, дзвонив старший...»), міг би спілкуватися із онуками. Вважає себе нікому не потрібним через хворобу (діабет), невеликих заробітків. Переважає пригнічений настрій, довго не може заснути, прокидається рано вранці. Часто згадує померлу дружину, бачить її в сновидіннях, вона «кличе» його, махає йому рукою.

Для визначення ступеня суїцидального ризику необхідно вибрати відповідну інформацію та впорядкувати її. Доцільно використати таблиці. Під час консультації навряд чи доречно малювати таблиці, проте відповідні стовпці та колонки так чи інакше представлені у мисленій схемі, яку використовує терапевт.

Однак будь-який недосвідчений консультант або психотерапевт, що починає, не може і не повинен покладатися на інтуїцію, а зобов'язаний навчитися проводити ретельний аналіз інтерв'ю.

У таблицях 1-8 представлена обрана з інтерв'ю інформація, необхідна для визначення ступеня ризику суїцидальної поведінки.

Шрифт

Г

Абзац

Г

Стилі

Таблиця 1. Оцінка соціально-демографічних факторів суїцидального ризику

Соціально-демографічні фактори	Стать	Вік	Сімейний стан	Освіта, професійний статус
Наявність (+) або відсутність (-) фактору	чоловіча	57	Самотній, вдовець, розлучений	Вища, висока
	чоловіча	24	Самотній	Не визначено

Таблиця 2. Оцінка медичних факторів суїцидального ризику

Медичні фактори	Психічне захворювання	Соматичне захворювання
Наявність (+) або відсутність (-) фактору	Депресія, алкогольна залежність, залежність від інших психоактивних речовин, шизофренія, розлад особистості	Захворювання онкологічні, органів кровотворення, серцево-судинні (ІХС), органів дихання (астма, туберкульоз), вроджені та набуті потворності, втрата фізіологічних функцій (зори, слуху, здатності рухатися, втрата статевої функції, безпліддя), ВІЛ-інфекція, стани після тяжких операцій, стани після трансплантації донорських органів та тканин.
	+ (Депресивний стан), ? (виникає припущення про розлад особистості)	Не відомо

Таблиця 3. Оцінка ситуаційних індикаторів суїцидального ризику

Ситуаційні індикатори	Наявність (+) або відсутність (-) індикатора
1. Смерть коханої людини, особливо подружжя чи дружини	
2. Розлучення	
3. Втрата роботи	
4. Відхід на пенсію	
5. Вимушена соціальна ізоляція, особливо від сім'ї чи друзів	
6. Сексуальне насильство	
7. Небажана вагітність (у підлітків)	
8. «Втрата обличчя» (у підлітків)	

Примітки до індикаторів суїцидального ризику:
• Експлозійна реакція (вплив з боку, тривалий перебування на самоті, беззахисність)

Таблиця 4. Оцінка поведінкових індикаторів суїцидального ризику

Поведінкові індикатори	Наявність (+) або відсутність (-) індикатора
1. Зловживання психоактивними речовинами, алкоголем	
2. Експлозійна реакція у минулому	
3. Ізоляція від людей та життя	
4. Зниження повсякденної активності	
5. Зміна звичок	
6. Часте прослуховування траурної чи просто скорботної музики	
7. Перевага тем смерті та самогубства у розмовах та читанні	
8. «Приведення справ до ладу»	

Таблиця 5. Оцінка біографічних факторів суїцидального ризику

Біографічні фактори	Гомосексуальна орієнтація	Суїцидальні спроби в минулому	Суїцидальні спроби у значущих осіб
Наявність (+) або відсутність (-) фактору	— (ні)		

Таблиця 6. Оцінка когнітивних індикаторів суїцидального ризику

Когнітивні індикатори	Наявність (+) або відсутність (-) індикатора
Дозволяючі установки до суїцидальної поведінки	
Негативна тріада (негативні думки)	Про себе Про майбутнє про навколишній світ і життя в цілому
«Тунельне бачення»	
Наявність суїцидальних думок, намірів, планів	Думки Наміри Конкретні плани

Таблиця 7. Оцінка емоційних індикаторів суїцидального ризику

Емоційні індикатори	Амбівалентні почуття стосовно життя	Депресивний настрій	Переживання горя
Наявність (+) або відсутність (-) індикатора			

Таблиця 8. Ресурси пацієнта

Ресурси пацієнта	Наявність (+) або відсутність (-) індикатора
внутрішні	
інтелект	
інстинкт	
самозбереження	
комунікативний потенціал	
соціальний досвід	
досвід вирішення проблем	
зовнішні	
підтримка сім'ї та друзів	
стабільна робота	
відданість релігії	
фінансова стабільність	
медична допомога	
індивідуальна психотерапевтична програма	

Аналіз наступного уривку з терапевтичного інтерв'ю дозволить розпочати з узагальнення отриманої від пацієнта інформації та поступово перейти до аналізу факторів та індикаторів суїцидального ризику.

Звернемо увагу на те, що, проводячи інтерв'ю, терапевт переслідує кілька цілей:

- 1) встановити емпатичний контакт із пацієнтом;
- 2) викликати надію на покращення, що, безсумнівно, є у край важливим у кризовій інтервенції;
- 3) отримати від нього таку інформацію, яка б дозволила зробити висновок про рівень суїцидального ризику в даний час та в найближчому майбутньому.
- 4) Емпатичний контакт передбачає, насамперед, безоцінне слухання, підтримку пацієнта в його нехай поки що невеликому бажанні виговоритися; тому терапевт не форсував події і поставив далеко не всі необхідні питання, тобто отримана від пацієнта інформація є неповною. Спробуємо зробити попередні висновки з наявного матеріалу, до того ж саме так зазвичай відбувається у повсякденній психологічній та психотерапевтичній практиці.

Приведемо приклад інтерв'ю .

Інтерв'ю 1 (перша зустріч із психотерапевтом)

Терапевт: Чим я можу вам допомогти?

Пацієнт (П.): Не знаю.

Т.: Ну, щось змусило вас прийти сюди?

П.: Мої друзі порадили: вони хвилюються про мій стан.

Т.: Що їх хвилює?

П.: **Вони помітили, що останні місяці у мене дуже погане настрій... що я не живу, дихаю, ходжу, але це не життя.**

Т.: Ви не радієте життю?

П.: **Так і є.**

Т.: Можливо, ви докладніше розповісте про свій стан?

П.: Коли я уявляю, що можу прожити ще років п'ятдесят, то думаю, що таке життя мені не потрібне.

Т.: Ви не хочете жити?

П.: Так. Мабуть так.

Т.: Щось можна зробити, щоб ви відчули себе краще?

П.: **Не знаю, може, само собою щось зміниться, хоча навряд.**

Т.: Тобто ви не сподіваєтеся зміни на краще?

П.: **Так, мені вже скоро 25. У такому віці у всіх є хтось, якісь стосунки. ...Але в мене ніколи... і я думаю: «Для чого мені жити?»**

Т.: Ви не одружені і ні з ким не зустрічаєтесь?

П.: Так, можна сказати: ніколи. Я й у роботі вже не бачу сенсу... Якщо так буде далі, мені нічого не цікаво.

Т.: Нецікаво жити?

П.: Це слово не передає моїх відчуттів. Можливо, нецікаво. Але краще сказати: огидно. Якби я раптом потрапив під машину, це було б найкраще. Вже два роки я в такому стані і нічого не змінюється.

Т.: Добре, що ви все ж таки прийшли. Якщо ми добре розберемося, то зможемо знайти спосіб вийти з цього стану.

П.: Не знаю.

Т.: Давайте все ж таки спробуємо? Що ви думаєте про самогубство?

П.: Насправді мені неприємно про це говорити, я не вважаю, що це так добре. Багато хто думає, що самогубці божевільні. А я тепер розумію, що людина може просто виявитися загнаною в кут. А може, я сам збожеволів. Вам краще знати. Але я віддаю перевагу своїми думками ні з ким не ділитися. Я тільки з одним другом говорив, просто щоб виговоритись.

Т.: Отже, я друга людина, я хочу сказати, що можу нею бути...
 Ви давно думаєте про самогубство?
 П.: Мені це спало на думку два роки тому, а останні три місяці дуже часто...
 Т.: Як часто, щотижня чи щодня?
 П.: Ці думки у мене в голові майже весь час.
 Т.: Ви думаєте лише про це?
 П.: Іноді я розумію, як добре я міг би жити, але потім як все насправді... і мені хочеться якнайшвидше з цим покінчити. Якби я міг захворіти на якусь небезпечну хворобу! Але останнім часом я навіть не застуджуюсь.
 Т.: А ще раніше, до цих двох років, у вас виникали думки про самогубство?
 П.: **Вперше років у п'ятнадцять, потім іноді вони приходили, але останніми роками частіше.**
 Т.: Це пов'язано тільки з тим, що у вас немає дівчини, або з іншими проблемами?
 П.: Так, дівчата немає, але я зрозумів, що я взагалі людям неприємний, так і собі також.
 Т.: Ви маєте на увазі, що якщо ви нікому не подобається, тоді навіщо жити?
 П.: Так, це так.
 Т.: А щось певне видумаєте про те, як покінчити з життям?
 П.: Це потрібно сказати?
 Т.: Звичайно, ви можете не говорити, але якщо скажете, це допоможе нам розібратися, що з вами відбувається.
 Я: Так, я думав про різні можливості...
 Т.: Чи можете сказати, про які?
 П.: Вистрибну з вікна або кинуся під поїзд... але в мене не вистачить сміливості, тому що я боягуз.
 Т.: Ці думки надто страшні?
 П.: Так, так що тепер я думаю про легші способи.
 Т.: Наприклад?
 П.: Пігулки. У мене є 50 пігулок аспірину, мені сказали, що цього вистачить. Хоча я не певен. Можливо, краще вистрибнути з вікна?
 Т.: Ви хочете дізнатися у мене?
 П.: Що ж, це було б великою допомогою з вашого боку
 Т.: Ну, можу сказати, що ви не помрете від 50 пігулок аспірину. Хоча допомогти вам я можу в іншому: змінити настрій та думки.
 П.: Ви впевнені, що це можливо? Просто взяти та змінити?
 Т.: Так, я маю досвід, а взагалі люди давно вже серйозно займаються такими проблемами. Є багато книг, дуже багато знань накопичено, і ми справді допомагаємо людям зі схожими станами. Давайте з'ясуємо ще дещо. Ви припускали або, може, вже вирішили, коли покінчити з життям?
 П.: Я загадував, що якщо шість днів поспіль я відчуватиму себе погано, то зроблю це. Але шість днів поспіль ще не було.
 Т.: І які б приготування ви зробили, якби цей термін настав?
 П.: Напевно, я б просто випив 50 пігулок і, звичайно, перед цим я хотів щось написати... якось попрощатися...
 Т.: Як давно ви встановили собі такий термін?
 П.: Десять днів тому.
 Т.: Як ваші близькі ставляться до того, що у вас такий стан?
 П.: Ось вони переживають за мене. Друзі вмовили мене звернутися до вас.
 Т.: Тобто вони дбають про вас?

П.: Так, тому вони шукали, хто може допомогти.

Т.: Чи був схожий стан у когось із ваших друзів?

П.: Ні, у них не було такого: один уже одружений, інший має дівчину.

Т.: А у когось із родичів не було спроб покінчити з собою?

П.: Ні... хоч... не знаю.

Т.: Останнім часом ви читали щось на цю тему або, можливо, бачили по телевізору?

П.: Ні, але мені це все одно, що і де пишуть, мені дуже погано. Це важко збагнути. Ви дійсно можете допомогти?

Т.: Так, можу. Якщо будемо разом з вами. Наразі ми обговоримо можливу допомогу. Але все ж таки скажіть, як вийшло, що ви прийшли через 10 днів після призначення терміну це випадковість?

П.: Коли я загадав про шість днів, мені стало легше. І так більш-менш було з тиждень. А потім знову... Вчора був третій день. Я подумав: друг звинувачуватиме себе, що не зміг умовити. Хоча іноді мені це все одно. Якоїсь миті я вирішив піти, щоб не бути свинею.

Нажче в таблицях оформлені фактори, що стосуються сийцидального ризику.

Таблиця 1. Оцінка соціально-демографічних факторів суїцидального ризику

Соціально-демографічні фактори	Стать	Вік	Сімейний стан	Освіта, професійний статус
Наявність (+) або відсутність (-) фактору	чоловіча	57	Самотній, вдовець, розлучений	Вища, висока
	чоловіча	24	Самотній	Не визначено

Приклад: Н. - чоловік 57 років, вдовець, працює, освіта середня спеціальна, соціальний статус - робітник, живе один, алкоголем не зловживає, хворий на діабет, суїцидальних спроб у минулому ні в нього, ні у значущих для нього осіб не було.

У пацієнта вісім місяців тому від онкологічного захворювання померла дружина. Діти (два сини) живуть зі своїми сім'ями в інших містах, на великій відстані від Н., він має друзів, з якими він зрідка ходить на рибалку. Він, як і раніше працює, дотримується певної дієти, приймає інсулін. Оцінює майбутнє як безперспективне, боїться погіршення фізичного стану, втрати роботи, не бачить у подальшому житті сенсу, висловлює суїцидальні думки («іноді хочеться руки на себе накласти»), проте засуджує самогубців («їх за кладовищем раніше ховали»).

Припускає, що його стан міг би покращитися, якби він жив поряд з дітьми, які зараз не виявляють до нього інтересу («після похорону три рази, може, дзвонив старший...»), міг би спілкуватися із онуками. Вважає себе нікому не потрібним через хворобу (діабет), невеликих заробітків. Переважає пригнічений настрій, довго не може заснути, прокидається рано вранці. Часто згадує померлу дружину, бачить її в сновидіннях, вона «кличе» його, махає йому рукою.

Демонстрація PowerPoint - [r2.pptx] - PowerPoint (не вдалося активувати продукт)

Таблиця 2. Оцінка медичних факторів суїцидального ризику

Медичні фактори	Психічне захворювання	Соматичне захворювання
	Депресія, алкогольна залежність, залежність від інших психоактивних речовин, шизофренія, розлад особистості	Захворювання онкологічні, органів кровотворення, серцево-судинні (ІХС), органів дихання (астма, туберкульоз), вроджені та набуті потворності, втрата фізіологічних функцій (зори, слуху, здатності рухатися, втрата статевої функції, безпліддя), ВІЛ-інфекція, стани після тяжких операцій, стани після трансплантації донорських органів та тканин.
Наявність (+) або відсутність (-) індикатора	+ (Депресивний стан), ? (виникає припущення про розлад особистості)	Не відомо

Таблиця 3. Оцінка біографічних факторів суїцидального ризику

Біографічні фактори	Гомосексуальна орієнтація	Суїцидальні спроби в минулому	Суїцидальні спроби у значущих осіб
Наявність (+) або відсутність (-) індикатора	— (ні)	Відповіді 62	Відповіді 64

Таблиця 4. Оцінка ситуаційних індикаторів суїцидального ризику

Ситуаційні індикатори	Наявність (+) або відсутність (-) індикатора	Поведінкові індикатори суїцидального ризику. • Ескейп-реакції (ігеча з дому, тривале перебування на самоті, безцільне блукання...)	
1. Смерть коханої людини, особливо подружжя чи дружини			
2. Розлучення			
3. Втрата роботи			
4. Відхід на пенсію			
5. Вимушена соціальна ізоляція, особливо від сім'ї чи друзів	пункти 4, 58, 68;		
6. Сексуальне насильство			
7. Небажана вагітність (у підлітків)			
8. «Втрата обличчя» (у підлітків)		Таблиця 5. Оцінка поведінкових індикаторів суїцидального ризику	

Приклад: Н. - чоловік 57 років, вдовець, працює, освіта середня спеціальна, соціальний статус - робітник, живе один, алкоголем не зловживає, хворий на діабет, суїцидальних спроб у минулому ні в нього, ні у значущих для нього осіб не було.

Поведінкові індикатори	Наявність (+) або відсутність (-) індикатора
1. Зловживання психоактивними речовинами, алкоголем	
2. Ескейп-реакції у минулому	
3. Ізоляція від людей та життя	
4. Зниження повсякденної активності	
5. Зміна звичок	
6. Часте прослуховування траурної чи просто скорботної музики	
7. Перевага тем смерті та самогубства у розмовах та читанні	пункти 6, 10, 14, 30, 68
8. «Приведення справ до ладу»	

Таблиця 6. Оцінка когнитивних індикаторів суїцидального ризику

когнитивні індикатори		Наявність (+) або відсутність (-) індикатора
Дозволяючі установки до суїцидальної поведінки		
Негативна тріада (негативні думки)	Про себе	пункти 34
	Про майбутнє	П.10
	про навколишній світ і життя в цілому	
«Тунельне бачення»		
Наявність суїцидальних думок, намірів, планів	Думки	
	Наміри	пункти 24
	Конкретні плани	П.20

Таблиця 7. Оцінка емоційних індикаторів суїцидального ризику

Емоційні індикатори	Амбівалентні почуття стосовно життя	Депресивний настрій	Переживання горя
Наявність (+) або відсутність (-) індикатора			

Таблиця 8. Ресурси пацієнта

Ресурси пацієнта	Наявність (+) або відсутність (-) індикатора	
внутрішні		Отже, за сумарною оцінкою суїцидальність пацієнта відповідає третьому рівню, тобто високого ступеня суїцидального ризику .
інтелект	+	Необхідна суїцидальна інтервенція: встановлення контакту з близькими, друзями пацієнта, спроби знайти альтернативний вихід із ситуації, що склалася. Пошуки альтернатив повинні проводитися спільно з пацієнтом. Завданням номер один є вироблення конкретного плану дій . Особливо важливо обговорити, чим людина буде зайнята в найближчі години та дні, з ким і де проведе цей час
Інстинкт самозбереження	+	
комунікативний потенціал		
соціальний досвід		
досвід вирішення проблем		
зовнішні		
підтримка сім'ї та друзів	+	Розпізнавання суїцидальної небезпеки, розмова із суїцидентом про його наміри — це перша допомога. Одна з важливих відмінностей суїцидонебезпечного стану — відчуття себе «поза» суспільства, оскільки тема самогубства табуована. Тому найважливішим принципом першої допомоги при суїцидальній небезпеці є вимога до консультанту - добровольцю чи професіоналу - ставити питання про самогубство, не уникати цієї теми. Це дійсно важливо: виявляти інтерес, але не оцінювати, не засуджувати і не намагатися переконати співрозмовника.
стабільна робота		
відданість релігії		
фінансова стабільність		
медична допомога		
індивідуальна психотерапевтична програма		

ДОПОМОГА ПРИ ПОТЕНЦІЙНОМУ СУІЦИДІ

Після визначення ступеня ризику суїцидальної поведінки та ймовірності смертельного результату важливим етапом вироблення спільного рішення про подальші дії. Йдеться фактично про договір про те, що слід замість самогубства спробувати вжити будь-які конструктивні дії, «план порятунку», — це і є антисуїцидальний договір. Такий договір має на увазі і емоційний аспект: зміну настрою пацієнта: від бажання померти до бажання жити.

МЕТОДИ ПОВЕДІНКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ КРИЗОВИХ СТАНІВ

У ході так званого «когнітивного повороту» поведінкова психотерапія запозичала багато прийомів когнітивної терапії, а в подальшому розвитку фактично об'єдналася з нею, ставши когнітивно-поведінковою.

ЕТАПИ ПОВЕДІНКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ СУІЦИДЕНТІВ

1. Поведінкова діагностика. До початку втручання спільно з пацієнтом, який звернувся за допомогою, визначають мету терапії, тобто обговорюють, до якого саме стану пацієнт хоче прийти за допомогою терапевта, що вважатиметься успіхом терапії

2. Терапевтичні втручання. На основі узгодженого з клієнтом плану терапії за складеним розкладом відбуваються терапевтичні зустрічі в груповій та (або) індивідуальній формі. Кожна з цих двох форм поведінкової терапії має свої переваги та недоліки, добре відомі психологам та описані в літературі.

3. Контроль ефективності. На кожному етапі поведінкової психотерапії проводиться контроль її ефективності за особливою схемою, відомою в експериментальній психології як "модель А-В-А". Ця експериментальна модель вкрай проста і обмежена вивченням одного випробуваного (А) до і після будь-якого терапевтичного втручання (В). Йдеться про вибірку різних дій випробуваного А до моменту втручання, в процесі втручання і через деякий час після нього.

Замість порівняння поведінки пацієнта з еталонним, його порівнюють із ним самим, але таким, яким він був раніше.

Thought Management Training

Тренінг ТМТ, пропонується, щоб навчати пацієнтів з суїцидальними думками, що часто виникають, ідентифікувати внутрішні ознаки (когнітивні елементи та фізичні симптоми) активації думок та відповідати на ці ознаки реакцією, що їх усуває. Отже, самі ці думки можуть виступати в ролі стимулу появи нових, що усувають їх реакцій.

ТМТ – це процес поетапного навчання ініціювати реакції розслаблення у відповідь на появу ознак суїцидальних думок. Основний принцип навчання, який використовується в процедурі ТМТ, — принцип класичного обумовлення.

У процесі АМТ використовуються кілька методів роботи: керована уява, релаксація, самоспостереження та щоденникова реєстрація.

Керована уява.

Використовується для представлення сцен із реального життя, пов'язаних як з розслабленням, так і з аутоагресивними думками чи діями.

Щоб посилити розслаблення у процесі терапевтичної сесії, пацієнт представляє в деталях якусь сцену зі свого життя, що асоціюється з розслабленням, спокоєм, безтурботним, умиротвореним настроєм. Щоб навчити пацієнта послаблювати тривогу за допомогою релаксації в процесі терапевтичної сесії, провокується активація стану тривоги. Для цього необхідно представляти сцену із реального життя, пов'язану з тривогою чи агресією. Метод керованої уяви дозволяє навчитися контролювати тривогу в безпечній ситуації терапевтичної сесії, завдяки чому пацієнт поступово починає виконувати завдання з подолання тривоги чи агресії в реальних умовах.

Самоспостереження та щоденникова реєстрація. Ці процедури зводяться до щоденних записів результатів домашніх тренувань релаксації (фіксуються глибина досягнутої релаксації та ступінь зниження емоції у вигляді релаксації). Пізніше аналогічним чином фіксуються результати застосування релаксації для подолання регресивної емоції. Користь від ведення таких щоденників полягає в тому, що вони дозволяють терапевту дізнатися, чи пацієнт практикує те, чому його навчають, чи піддається проблема терапії, а також наскільки пацієнт просунувся в засвоєння навичок самоконтролю. Записи пацієнта (самозвіти) зазвичай обговорюються на початку кожної сесії.

ФОРМИ ЩОДЕННИКІВ САМОСПОСТЕРЕЖЕННЯ

Форма 1. Щоденник релаксації

Дата /час тренув.	Рівень напруження перед тренуванням в балах (0-100)	Рівень напруження після тренування в балах (0-100)	Зони легкого розслаблення	Зони затрудненого розслаблення

Форма 2. Щоденник проблемних ситуацій

Дата /час тренув.	Ситуація в якій є рівень напруження перед тренуванням в балах (0-100)	Перші ознаки	Рівень напруги в балах	Релаксація	Рівень напруги в балах Після релаксації
		думки	відчуття		

ВПРАВИ ДЛЯ ШВИДКОГО ЗНЯТТЯ НАПРУГИ

Вправа 1

Фаза напруги. Зігніть руки, тримаючи їх перед грудьми паралельно підлозі. Заплющте очі, дихайте легко і рівномірно, міцно зтисніть кулаки. Потім різко напружте всі м'язи рук від плеча до кисті. Кулаки треба стиснути так, щоб м'язи почали вібрувати. Продовжуйте дихати легко та рівномірно. Напружуйте м'язи настільки, щоб з'явилося легке відчуття болю.

Фаза розслаблення. Опустіть руки так, щоб вони вільно повисли вздовж тіла. Розслабте м'язи рук. Повністю розслабтеся. Повільно вдихайте та видихайте. Зосередьтеся на відчуттях тяжкості та тепла у ваших руках, потім розплющте очі.

Контроль. Якщо ви не можете дихати і напружуватися одночасно, необхідно потренуватися. Ви отримаєте бажаний результат, якщо повністю сконцентруєтеся на м'язовому зусиллі та диханні. Якщо ваші руки після вправи стали теплими, то ви добре попрацювали. Якщо ні, спробуйте спочатку.

Використання. Застосовуйте цю вправу, щоб звільнитися від внутрішньої напруги перед важливою зустріччю, виступом

або ухваленням рішення. Використовуйте вправу, коли хочете досягти швидкого фізичного розслаблення або коли ви опиняєтеся у стресовій ситуації. Застосовуйте цю вправу і в тих випадках, коли раз роздратовані або турбуєтеся, думаєте погано.

Базові складові (детермінанти) суїцидальної поведінки:

- -особистісні характеристики
- -середовишні характеристики
- -статусні характеристики

Перелічені вище характеристики є базовими детермінантами суїцидальної поведінки.

Найбільш стійкими є **особистісні**, вони індивідуальні для кожного пацієнта та потребують більш детального вивчення. До цих характеристик відносять: етнокультуральні (світогляд людини, релігію, традиції, виховання) та психофізіологічні фактори (стать, вік).

Для діагностики особистісних характеристик та факторів суїцидальної поведінки у підлітків можна користуватися опитувальником Шмішека ПДО. (<https://psychojournal.ru/schmieschek.html>).

Існують певні **психологічні складові**, що можуть виступати у якості **факторів ризику** суїцидальної поведінки. До них відносяться: емоційна лабільність, імпульсивність, залежність людини від оточуючих, емоційна в'язкість, ригідність, наполегливість, низька спроможність до створення компенсаторних механізмів.

Необхідно розуміти, що особистісні особливості є детермінантами тільки при наявності певних соціально-психологічних подій, які безпосередньо впливають на людину та визначають модель її поведінки. Тобто, і **соціальні, і психологічні складові** є провідними у формуванні суїцидальної поведінки. Деякі автори виділяють **особливості психічного функціонування**, що призводять до формування суїцидальної поведінки, їх також називають **передиспозиційні суїцидогенні фактори**:

- – знижена толерантність до емоційних навантажень;
- – особливості інтелекту (максималізм, категоричність, незрілість суджень);
- – неповноцінність комунікативних систем;
- – слабкість психологічних захисних механізмів;
- – неадекватна (лабільна, занижена або завищена) самооцінка;
- – зниження або втрата цінності життя.

Варто також розглянути **інтраперсональний та інтерперсональний конфлікти**, як складові суїцидальної поведінки. Це стан, при якому у переживаннях людини зіштовхуються дві абсолютно різні тенденції, що пов'язані із існуванням несприятливої соціально-психологічної ситуації. Різниця між інтер- та інтраперсональними конфліктами полягає у тому, що в першому випадку суперечливий компонент пов'язаний не тільки із самою людиною, а безпосередньо із оточенням. Прикладом може бути ситуація – дівчина усе життя мріяла стати актрисою, а коли прийшов час вступних екзаменів батьки заборонили їй вступити до театрального університету. При інтраперсонального конфлікту виникають суперечливі переживання у межах психіки самої людини.

Література

1. 7654 українці покінчили життя самогубством у 2020 (інфографіка) (focus.ua) tva-pravovuj-aspekt/
2. Білецька В. В. Девіантна поведінка учнів: форми, прояви, попередження (методичні рекомендації практичним психологам, соціальним педагогам, вчителям загальноосвітніх навчальних закладів). Миколаїв, 2011. 40 с.
3. Блинова О. Є. Психологічні фактори суїцидальної поведінки у підлітковому віці. *Актуальні проблеми суїцидології* : зб. наук. праць. К., 2002. Ч. 1. С. 31–33.
4. В Україні затримують підлітків, які наслідують російське "ПІВК Редан". Що це і чи небезпечне воно. URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/features-64795428>
5. В Україні торік вчинили самогубство 123 підлітки. Укрінформ. <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3779137-o-1400-diskusii-pro-pricini-ditacih-samogubstv.html> та <https://legaid.gov.ua/novyny/dovedennya-do-samogubs>
6. *Emile Durkheim The Division of Labour in Society*. New York: Free Press, 1893. 119 p.
7. Європейська конвенція з прав людини. Стаття 2 Право на життя: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text
8. Лебедев Д.В., Назаров О.О., Тімченко О.В., Христенко В.Є., Шевченко І.О. Психологія суїцидальної поведінки: Посібник/За заг. ред. проф. О.В.Тімченка. Харків, 2017. 129 с. <http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/5707/1/Психологія%20суїциду.pdf>
9. МТМ: <https://tvmtm.online/okupanty-za-chas-povnomasshtabnogo-vtorgnennya-vbyly-ponad-12-tysyach-czyvilnyh/>
10. Осетрова О.О. Суїцидологія: навч. посіб. Д.: ДНУ, 2017. 183 с. Електронний ресурс. Режим доступу: http://repository.dnu.dp.ua:1100/?page=inner_material&id=1485
11. Поспелова І.Д. Методичні рекомендації до практичних занять та самостійної роботи здобувачів вищої освіти за першим (бакалаврським) рівнем ОПП: Психологія з навчальної дисципліни «Психологія суїцидальної та віктимної поведінки» Одеса: Вид-во «Університет Ушинського». 2020. 57 с. <http://dspace.pdpu.edu.ua/handle/123456789/10967>
12. Поспелова І.Д., Бойченко А.О. Гендерний аспект аутоагресії. *Розвиток наукової думки постіндустріального суспільства: сучасний дискурс*: Матеріали II Міжнар. наук. Конф. (т.2), м. Дніпро, 8 жовтня 2021 р. / Міжн. Центр наук. Досл. Віниця: Європейська наукова платформа, 2021. С. 60-62.
13. Поспелова Ірина, Колеснікова Анна. Емоційні прояви професійного вигорання працівників Банківського сектору. Наукові праці МАУП. Психологія. 2023. Вип. 1 (57). Київ : Міжрегіональна Академія управління персоналом, 2023. С. 29-34.
14. Психологія суїциду: Посібник/ за ред. В. П. Москальця. К.: Академія, 2017. 288 с.
15. Рибалка В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій проблемної особистості. К.: Шкільний світ, 2019. 128 с.
16. Саржевський С. Н. Суїцидологія : навчальний посібник для лікарів інтернів з спеціалізації «Психіатрія». Запоріжжя, 2020. 87 с.
17. Саржевський С.Н. Суїцидологія : навчальний посібник для лікарів інтернів з спеціалізації «Психіатрія». Запоріжжя, 2020. 87 с.
18. Суїцидологія : конспект лекцій / укладач І. Г. Мудренко. – Суми : Сумський державний університет, 2022. – 76 с.
19. Суїцидологія: конспект лекцій, укладач І.Г. Мудренко. Суми : Сумський державний університет, 2022. 76 с.
20. Федоренко Р. П. Психологія суїциду / Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2017. 261 с. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://esnuir.eenu.edu.ua/bitstream/123456789/6653/3/Suicide%20psychology.pdf>.
21. Федоренко Р. П. Психологія суїциду : навчальний посібник. Волинський національний університет імені Лесі Українки. Вид. 2-ге, змін. та доп. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 492 с.

22. Федоренко Р.П. Психологія суїциду : навчальний посібник. Волинський національний університет імені Лесі Українки. Вид. 2-ге, змін. та доп. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 492 с.
23. Чернобровкіна В. А., Сіквеленд Й., Лорентцен К. Е. А. Суїцидологія і превенція суїциду: методичні матеріали до навчального курсу: навч.-метод. Посіб (за ред. В. Чернобровкіної). К.: Нац. ун-т «Києво-Могилянська академія»; Брустури : Дискурсус, 2022. 80 с.
24. Чернобровкіна В.А., Сіквеленд Й., Лорентцен К.Е.А. Суїцидологія і превенція суїциду: методичні матеріали до навчального курсу: навч.-метод. Посіб (за ред. В.Чернобровкіної). К.: Нац. ун-т «Києво-Могилянська академія»; Брустури : Дискурсус, 2022. 80 с.
25. Шевчук Л. Т., Федоришина Л. Дитячий суїцид в Україні: фактори і соціально-економічні наслідки. Scientific Notes of Lviv University of Business and Law. 2018. Вип. 18. С. 110–117.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А. Реферування.

Для розуміння стану питання основних напрямків досліджень з проблеми суїцидальності особистості в сучасній кризисній психології, доцільно виконати аналіз відповідних наукових робіт українських авторів за останні 10 років та оформити свою роботу як доповідь, тези чи есе або реферат.

До тексту аналізу наукових робіт українських авторів, для зворотнього зв'язку зі здобувачами команди Вам треба мати тести і готові відповіді до складених тестів для оперативної перевірки. Вітаються презентації до доповідей. Все чіпляється до завдання сюди в команду. Зразок додано.

Варіанти першоджерел для виконання завдання (здобувач має можливість скористатися цими чи іншими роботами українських авторів по бажанню, важливо, щоб теми були різні у здобувачів однієї команди):

1. Анищенко, Ліна Олександрівна, and Тетяна Михайлівна Молочко. "ДО ПИТАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ СУЇЦИДЕНТІВ." *ВВК 83* (2020): 304.
2. Баришева, О. І. "Особливості невідкладної психологічної допомоги особам, що вдаються до суїцидальної поведінки (з досвіду роботи «Телефону Довіри»)." (2015).
3. Гошовський, Я. "Ресоціалізація підлітків-суїцидентів (на матеріалах пенітенціарного закладу)/Ярослав Гошовський." *Проблеми гуманітарних наук: Наукові записки Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка.* – Дрогобич: Вимір (2005): 75-84.
4. ГУНДЕРУК, ЛМ. "ДО ПИТАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ." *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія* 1 (13) (2006): 128-133.
5. Діхтяр, Олександра Яківна. "Профілактика саморуйнівної поведінки." *Актуальні проблеми психіатрії* 7.20 ч 1 (2010): 108-111.
6. Камоцький, Б. В., and М. Ф. Недоступ. "Порівняльний аналіз випадків самогубств за даними судово-медичної експертизи." *Український медичний альманах* 14, № 6 (2011): 90-91.
7. Карплюк, О. М. "ФОРМИ ТА МЕТОДИ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ РОБОТИ З ОСОБАМИ, ЯКІ СКОЇЛИ СПРОБУ СУЇЦИДУ." *Збірник наукових праць студентів* (2011): 107.
8. Кузьо, О. Б., and Ю. З. Кузьо. "Особливості розуміння суїциду з позиції психології та християнського віровчення." *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"* 21 (2013).
9. Мудренко, Ірина Григорівна, and О. С. Поліщук. *Нейрофізіологічні особливості суїцидентів.* Diss. Сумський державний університет, 2017.
10. Неляпіна, М. М., and В. І. Вовк. "ДОСЛІДЖЕННЯ НЕЙРОБІОХІМІЧНОГО ПРОФІЛЮ СУЇЦИДЕНТА: «МАРКЕРИ» ПОТЕНЦІЙНОГО САМОГУБСТВА." *Теоретичні та прикладні аспекти розвитку науки (частина I): матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції м. Київ, 30-31 січня 2020 року.* – Київ: МЦНІД, 2020. – 67 с.: 48.
11. Нерушенко, Є. І. "ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ СУЇЦИДЕНТА." *СЕКЦІЯ 1. ЗАГАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОЛОГІЯ ОСОБИСТОСТІ* (2020): 28.
12. Осетрова, О. О. "Проблема сенсу суїцидальних записок." *Вісник Дніпропетровського університету. Серія: Філософія. Соціологія. Політологія* 18, № 20 (1) (2010): 42-47.
13. Поляков, І. О., С. М. Щербак, and В. Потеряхін. "Встановлення психологічного контакту із потенційним суїцидентом при спробі ним скоєння фатального кроку з

- території висотних споруд." *Проблеми екстремальної та кризової психології* 14 (3) (2013): 178-185.
14. Рудь, Вадим Олексійович, and Вадим Алексеевич Рудь. "Соціально-психологічні характеристики суїцидентів з психотичними розладами з урахуванням індивідуального біоритмологічного типу." (2005).
15. Христук, О. Л. "Суїцид як крайня форма психологічного несприйняття себе: допомога психологу діагностувати проблему." (2014).
16. Чорний, Микола Васильович. "РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПЕРЕДСМЕРТНИХ ЗАПИСОК СУЇЦИДЕНТІВ." (2019).
17. Осетрова, О. О. "Проблема сенсу суїцидальних записок." *Вісник Дніпропетровського університету. Серія: Філософія. Соціологія. Політологія* 18, № 20 (1) (2010): 42-47.
18. Вознесенська, О. & Сидоркіна, М. (2015). Роль та функції арттерапевта в подоланні наслідків психотравмуючих подій. Арт-терапія у подоланні психічної травми. Київ: Золоті ворота.
19. Габрієлян, А. Е. (2019). Профілактика суїцидальної поведінки підлітків. Шкільному психологу. Усе для роботи, 2, 2–7. Або <https://dnmcp.com.ua/sites/default/files/2021-03/17/4/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D1%87%D0%BD%D1%96%20%D1%80%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%97%20%D1%89%D0%BE%D0%B4%D0%BE%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%84%D1%96%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8%20%D1%81%D1%83%D1%97%D1%86%D0%B8%D0%B4%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%97%20%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D1%96%D0%BD%D0%BA%D0%B8%20%D1%81%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%B4%20%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D0%B1%D1%83%D0%B2%D0%B0%D1%87%D1%96%D0%B2%20%D0%BE%D1%81%D0%B2%D1%96%D1%82%D0%B8.pdf>
20. Денісова, Л. (2021). Щодо стану протидії дитячій злочинності, захисту прав та інтересів дітей, які стали жертвами злочинних посягань, а також формування системи правосуддя, дружнього до дитини. Нарада керівників правоохоронних та інших державних органів щодо додержання прав дітей: транскрибація доповіді. Взято з <https://bit.ly/3oonQYT>
21. Найдюнова Л., Чуніхіна С., & Умеренкова Н. (2021). Особливості організації поственції суїциду (буліциду) у закладі освіти. Психологія кризових станів: наука і практика, Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (с. 127–129). Київ.
22. Професійні науково-методичні заходи і підходи у профілактичній та корекційній роботі психологів із суїцидентами. Рибалка, В. В. (2007). Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій в учнівської молоді, Методичні рекомендації. ІПППО АПН України, КФ ВМУРоЛ «Україна». Київ: Щербатих О. В.
23. Чуніхіна, С. Л. (2021). Зберегти життя. Освіта і суспільство, 9, с. 3.
24. Практичний досвід роботи із суїцидентами в умовах загальноосвітньої школи та вищого навчального закладу. Рибалка, В. В. (2007). Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій в учнівської молоді, Методичні рекомендації. ІПППО АПН України, КФ ВМУРоЛ «Україна». Київ: Щербатих О. В.
25. Психотерапія суїцидента через піднесення цінності його особистості. Рибалка, В. В. (2007). Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій в учнівської молоді, Методичні рекомендації. ІПППО АПН України, КФ ВМУРоЛ «Україна». Київ: Щербатих О. В.
26. Сутність, види та засоби суїцидальної поведінки. Рибалка, В. В. (2007). Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій в учнівської молоді, Методичні рекомендації. ІПППО АПН України, КФ ВМУРоЛ «Україна». Київ: Щербатих О. В.

27. Прокопович Є.М., Крайніков Е.В., Землякова Ю.П., Примаченко С. (2018). Особливості вияву девіантної поведінки в підлітковому віці. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія: Психологія. — № 2(9).
28. Павлова Т.С., Банников Г.С. Современные теории суицидального поведения подростков и молодежи [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2013. Том 5. № 4. URL: https://psyjournals.ru/journals/psyedu/archive/2013_n4/65717 (дата обращения: 19.08.2024)
29. «Багатолике самогубство» (1980) Н. Фейбероу
30. Едеін Шнейдман «Смерті людини» (1980)
31. Н. В. Агазаде стаття "До проблеми типології аутоагресивних явищ у психічно хворих" (1987)
32. книга Крістофера Лукаса і Генрі Сейду «Мовчазне горе: життя в тіні самогубства»
33. Е. Кюблер-Рос Бестселер «Про смерть і вмирання» (1969),
34. Монографія О. Ранка «Травма народження та її значення для психоаналізу» (1924).
35. Предсмертні записки відомих людей (з України та світу). Аутопсичний аналіз
36. Медіа профілактика проблеми суїциду.
37. Законодавча база як чинник запобігання суїцидальності особистості.
38. План спасіння як частина роботи гейкіпера при першій психологічній допомозі людині у ситуації кризи.

ДОДАТОК Б.

Тест онлайн модель стресостійкості «BASIC Ph»

<https://onlinetestpad.com/ua/testview/1665213-test-basic-ph-model-stresodolannya>

ДОДАТОК В.

Опис ведучих каналів подолання стресу

1. Когнітивні стратегії (34)

Когнітивні стратегії (cognition) в контексті знання, логіки, реальності, пізнання та думок. Це для тих, кому, щоб заспокоїтись, потрібно в усьому розібратися, проаналізувати інформацію, спрогнозувати варіанти розвитку.

2. Тілесні ресурси, діяльність (28)

Тіло (physiology) в контексті фізіологічних ресурсів, чуттєвої модальності та фізичної діяльності. Спорт, танці, готування, їжа, будь-які кінестетичні задоволення (ванна, плед, масаж, потискати котика).

3. Уява, мрії та спогади (25)

Уява (imagination) в контексті творчості, гри, уяви, інтуїції. Тут все просто, зосереджуйтеся, як умієте. Грайте, малюйте, пишіть вірші, співайте, шийте ляльок, в'яжіть шарфики.

Приклади з досвіду

Ведучий канал стресостійкості, що базується на когнітивних стратегіях, допомагає людям зберігати спокій та раціонально діяти під час стресових ситуацій.

Виявлення труднощів під час навчання. Замість панікувати, я розділяю проблему на складові частини, аналізую кожну з них, шукаю корінь проблеми та шукаю раціональні способи вирішення.

Прогнозування перед важливою подією. Перед важливою подією я прогножую різні сценарії розвитку: що може піти не так і як на це реагувати. Це допомагає мені знизити тривогу та бути готовою до будь-яких несподіванок.

Офіційні джерела інформації. Під час війни в Україні, я звертаюсь до офіційних та надійних джерел інформації, щоб мати чітке розуміння ситуації та приймати зважені рішення.

Вирішення конфліктів. Під час конфлікту я обираю раціональний підхід, зосереджуючись на фактах та реальних діях, а не на емоціях. Це допомагає уникнути ескалації конфлікту та знайти спільне рішення.

Ці когнітивні стратегії допомагають мені краще контролювати свої емоції, знижувати рівень стресу та ефективніше діяти в складних ситуаціях.

ДОДАТОК Г.

Онлайн - тест "Шкала диференціальних емоцій" за посиланням

<https://www.mediator.in.ua/emotions-scale-test>

Шифри:

Індекс позитивних емоцій (ІПЕ)

– характеризує міру позитивного емоційного відношення суб'єкта до поточної ситуації. Підраховується як сума балів по трьох перших блоках базових емоцій:

$$\text{ІПЕ} = \sum \text{I, II, III (Інтерес + Радість + Здивування)}.$$

Значення ІПЕ можуть коливатися в діапазоні від 9 до 45 балів.

Індекс гострих негативних емоцій (ІГНЕ)

– відбиває загальний рівень негативного емоційного відношення суб'єкта до поточної ситуації. Підраховується як сума балів по чотирьох подальших блоках базових емоцій:

$$\text{ІГНЕ} = \sum \text{IV, V, VI, VII (Горе + Гнів + Відраза + Презирство)}.$$

Значення ІГНЕ можуть коливатися в діапазоні від 12 до 60 балів.

Індекс тривожно-депресивних емоцій (ІТДЕ)

– відбиває рівень відносно стійких індивідуальних переживань тривожно-депресивного комплексу емоцій, що вказують на суб'єктивне відношення до поточної ситуації. Підраховується як сума балів по трьох останніх блоках базових емоцій:

$$\text{ІТДЕ} = \sum \text{VIII, IX, X (Страх + Сором + Вина)}.$$

Бали ІТДЕ можуть коливатися в діапазоні від 9 до 45.

Враховуйте норми:

Міра емоційних переживань	ІПЕ	ІГНЕ	ІТДЕ
Слабка	≤19 балів	≤14 балів	≤11 балів
Помірна	від 20 до 28 балів	від 15 до 24 балів	від 12 до 20 балів
Виражена	від 29 до 36 балів	від 25 до 32 балів	від 21 до 30 балів
Сильна	> 36 балів	> 32 балів	> 30 балів

Зразок аналізу:

Аналіз

Позитивні емоції — помірний рівень свідчить про те, що позитивні переживання мають місце, але не є домінуючими. Це означає, що я маю певний емоційний ресурс для радісних або задовільних моментів, але вони не мають значного впливу на загальний емоційний фон.

Гострі негативні емоції — високий рівень гострих негативних емоцій говорить про сильний емоційний відгук на негативні події чи подразники. Це ознає схильність до сильних реакцій на стресові ситуації або труднощі, з якими я стикаюся. Ймовірно, це вказує на потребу в стратегіях регуляції емоцій, щоб зменшити вплив негативних переживань.

Тривожно-депресивні прояви — виражений рівень тривоги та депресивних проявів вказує на те, що ці стани займають важливе місце в емоційному фоні. Це свідчить про відчуття постійної тривоги або пригніченості, що потребує уваги.

Загалом, мій емоційний стан можна охарактеризувати як такий, де негативні та тривожні переживання мають більш значний вплив, ніж позитивні. Це може впливати на загальну якість життя та вимагати заходів для зміцнення позитивного емоційного фону, таких як практика релаксації, робота з емоціями або підтримка з боку спеціалістів.

ДОДАТОК Д.

Посилання для перегляду фільму [Спорожніле місто \(фільм, 2007\) \(kinorium.com\)](http://kinorium.com)

ДОДАТОК Ж

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ (М. ГОРСЬКА)

Мета: виявлення схильності індивіда до суїцидальної поведінки.

Форма проведення: індивідуальна чи групова.

Час: 30-45 хв.

Вік: із 14 років.

Інструкція досліджуваному. Зараз вам зачитують твердження, навпроти кожного з них ставите оцінку за таким принципом: якщо твердження вам підходить - то 2, якщо не зовсім підходить - 1, якщо зовсім не підходить — 0.

Бланк опитувальника

1. Я часто невпевнений у своїх силах.
2. Нерідко мені здається безвихідним становище, з якого можна було б знайти вихід.
3. Я часто залишаю за собою останнє слово.
4. Мені важко змінювати свої звички.
5. Я часто червонію через дрібниці.
6. Неприємності мене часто засмучують, і я впадаю у розпач.
7. Нерідко в розмові я перериваю співрозмовника.
8. Мені важко переключитися з однієї справи на іншу.
9. Я часто прокидаюся вночі.
10. При великих неприємностях я беру провину на себе.
11. Мене легко роздратувати.
12. Я дуже обережний у зміні свого життя.
13. Я легко впадаю у розпач.
14. Нешастя і невдачі нічого мене не вчать.
15. Мені доводиться часто робити зауваження іншим.
16. У суперечці мене важко переконати.

17. Я переймаюся навіть через уявні неприємності.
18. Я часто відмовляюся від боротьби тому, що вважаю її марною.
19. Я хочу бути авторитетом для оточення.
20. Нерідко не полишають думки, яких слід було б позбутися.
21. Мене лякають труднощі, з якими зіткнуся в житті.
22. Нерідко почуваюся беззахисним.
23. У будь-якій справі я не задовольняюся малим, а хочу досягти максимального успіху.
24. Я легко зближуюся з людьми.
25. Я часто звертаю увагу на свої недоліки.
26. Інколи у мене буває пригнічений настрій.
27. Мені важко стримувати себе, коли я гніваюсь.
28. Я дуже хвилююсь, якщо в моєму житті несподівано щось змінюється.
29. Мене легко переконати. 30. Я відчуваю розгубленість, коли у мене виникають труднощі.
31. Мені більше подобається керувати, а не підкорятися.
32. Нерідко я виявляю упертість.
33. Мене хвилює стан мого здоров'я.
34. У скрутні хвилини я іноді поведуюся, як дитина.
35. У мене різка жестикуляція.
36. Я неохоче йду на ризик.
37. Я важко витримую очікування чогось.
38. Я думаю, що ніколи не зможу виправити своїх недоліків.
39. Я - мстивий.
40. Мене засмучують навіть незначні порушення моїх планів.

Обробка результатів

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

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

III Шкала агресії: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39.

IV Шкала ригідності: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40.

Інтерпретація результатів

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

I. Шкала тривожності - визначає рівень здатності індивіда до відчуття тривоги:

- 0-7 балів - низький рівень тривожності;
- 8-11 балів - середній рівень тривожності;
- 12-16 балів - високий рівень тривожності;
- 17 балів і більше - дуже високий рівень тривожності.

II. Шкала фрустрації — виявляє ступінь розчарування, яке виникає через реальні або уявні перешкоди, що заважають досягненню мети:

- 0-7 балів - низький рівень фрустрації;
- 8-9 балів - середній рівень фрустрації;
- 10-15 балів - високий рівень фрустрації;
- 16 балів і більше - дуже високий рівень фрустрації.

III. Шкала агресії — виявляє підвищену психологічну активність, прагнення до лідерства через застосування сили до інших людей. Для суїцидентів допускається зниження агресивності

- від 10 до 0: 0—10 балів — низький рівень агресивності;
- 11—12 балів — середній рівень агресивності;
- 13—16 балів — високий рівень агресивності;
- 17 і більше — дуже високий рівень агресивності.

IV. Шкала ригідності - ускладнення у зміні визначеної суб'єктом діяльності за умов, що така перебудова справді потрібна. Для осіб із суїцидальною поведінкою — 13 балів і вище:

- 0-10 балів — низький рівень ригідності;
- 11-12 балів — середній рівень ригідності;
- 13-16 балів — високий рівень ригідності;
- 17 балів і більше — дуже високий рівень ригідності.

Психолог додає всі бали за 4 шкалами і визначає показник схильності до суїцидальної поведінки:

- 0-38 балів — рівень схильності до суїцидальної поведінки низький;
- 39-45 балів — рівень схильності до суїцидальної поведінки потребує уваги до підлітка;
- 46 балів і більше — рівень схильності до суїцидальної поведінки високий, потрібна корекційна робота.

ДОДАТОК 3

Шкала депресії (адаптація Г. Балашова)

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і поставте поряд з ним цифру залежно від того, як ви себе почуваєте у останній час. Над питаннями довго не думайте, оскільки правильних чи неправильних відповідей не існує. Якщо ви обираєте відповідь «Ніколи», поставте цифру 1, якщо відповідь «Іноді» - 2, «Часто» - 3, «Майже завжди або постійно» - 4.

№	Твердження	Бали			
1	Я відчуваю пригніченість	1	2	3	4
2	Вранці я почуваю себе найкраще	1	2	3	4
3	У мене бувають періоди, коли я плачу або близький до цього	1	2	3	4
4	У мене поганий нічний сон	1	2	3	4
5	У мене апетит такий як завжди	1	2	3	4
6	Мені приємно спілкуватись з привабливими дівчатами (хлопцями)	1	2	3	4
7	Я втрачаю вагу	1	2	3	4
8	Мене хвилюють запори	1	2	3	4
9	Моє серце б'ється швидше ніж зазвичай	1	2	3	4
10	Я втомлююсь без будь-яких причин	1	2	3	4
11	Я мислю так само ясно як і завжди	1	2	3	4
12	Мені легко робити те, що я вмю	1	2	3	4
13	Я відчуваю неспокій і не можу всидіти на місці	1	2	3	4
14	Я сподіваюсь на майбутнє	1	2	3	4
15	Я більше роздратований, ніж зазвичай	1	2	3	4
16	Мені легко приймати рішення	1	2	3	4
17	Я відчуваю, що корисний і потрібний	1	2	3	4
18	Я живу достатньо насиченим життям	1	2	3	4
19	Я відчуваю, що іншим людям стане легше, якщо мене не буде	1	2	3	4
20	Мене і зараз радує те, що радувало завжди	1	2	3	4

Обробка результатів. У запитальнику є 10 «прямих» (1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19) і 10 «непрямих» питань (2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20). Кожна відповідь оцінюється від 1 до 4 балів. «Непрямі» відповіді підраховуються окремо за допомогою спеціального шаблону (у зворотньому порядку, якщо на питання 2 людина обрала бал 4, то зараховується 1). В результаті отримуємо кількість балів від 20 до 80:

1. не більше 50 балів – діагностується стан без депресії;
2. 50 – 59 балів – легка депресія ситуативного або невротичного характеру;
3. 60 – 69 – субдепресивний стан або маскована депресія;
4. вище 70 балів – депресивний стан.

ДОДАТОК І

МЕТОДИКА СУБ'ЄКТИВНОГО ВІДЧУТТЯ САМОТНОСТІ Д. РАССЕЛА І М. ФЕРГЮСОНА

Опис: Цей діагностичний тест-опитувальник призначений для визначення рівня самотності, наскільки людина відчуває себе самотньою.

Феномен самотності полягає в тому, що почуття самотності сприймається як гостро суб'єктивне, суто індивідуальне і часто унікальне переживання. Одна з найвідмітніших рис самотності - це специфічне відчуття повної заглибленості в самого себе. Почуття самотності не схоже на інші переживання, воно цілісне, абсолютно все охоплює.

Самотність являє собою комплексне почуття, яке пов'язує воедино щось втрачене внутрішнім світом особистості. Почуття самотності спонукає людину до енергійного пошуку засобів протистояння цій «хворобі», бо самотність діє проти основних очікувань і сподівань людини й, отже, сприймається як украй небажане.

У почутті самотності є пізнавальний момент. Самотність є знаком своєї самоті; вона повідомляє людині, «хто я такий у цьому житті». Самотність - особлива форма самосприйняття, гостра форма самосвідомості.

Тест наскільки ти самотній? Методика суб'єктивного відчуття самотності Д.Рассела і М. Фергюсона:

Інструкція.

Вам пропонується низка тверджень. Розгляньте послідовно кожне з них і оцініть з погляду частоти їх прояву стосовно вашого життя за допомогою чотирьох варіантів відповідей: «часто», «іноді», «рідко», «ніколи». Обраний варіант позначте знаком «+».

Текст опитувальника (запитання).

№ Твердження : **Часто Іноді Рідко Ніколи**

1. Я нещасливий, займаючись стількома речами наодинці
2. Мені ні з ким поговорити
3. Для мене нестерпно бути таким самотнім
4. Мені не вистачає спілкування
5. Я відчуваю, ніби ніхто не розуміє мене
6. Я застаю себе в очікуванні, що люди подзвонять, напишуть мені
7. Немає нікого, до кого б я міг звернутися
8. Я зараз більше ні з ким не близький
9. Ті, хто мене оточує, не поділяють мої інтереси та ідеї
10. Я відчуваю себе покинутим
11. Я не здатний розкріпачуватися і спілкуватися з тими, хто мене оточує
12. Я відчуваю себе абсолютно самотнім
13. Мої соціальні стосунки і зв'язки поверхневі
14. Я вмираю від туги за компанією
15. Насправді ніхто як слід не знає мене
16. Я відчуваю себе ізольованим від інших

17. Я нещасний, будучи таким відкинутим
18. Мені важко заводити друзів
19. Я відчуваю себе виключеним та ізольованим іншими
20. Люди навколо мене, але не зі мною

Обробка, ключ до тесту на відчуття самотності. Підраховується кількість кожного з варіантів відповідей. Сума відповідей «Часто» множить на 3, «Іноді» - на 2, «Рідко» - на 1 і «Ніколи» - на 0. Отримані результати складаються.

Максимально можливий показник самотності - 60 балів.

Інтерпретація:

- від 40 до 60 балів - високий ступінь самотності;
- від 20 до 40 балів - середній рівень самотності;
- від 0 до 20 балів - низький рівень самотності.

ДОДАТОК І

Тест для самоперевірки

1. Філософи не тільки виявляли науковий інтерес до феномена суїциду, а й самі добровільно йшли з життя, серед них є:

А) Ж. Дельоз

Б) Л.А. Сенека

В) Немає вірного варіанту

Г) Все вірно

2. Що не є міфом про суїцидальну поведінку:

А) Більшість самогубств вчиняються раптово, без попередження

Б) Люди, що говорять про самогубство, насправді не збираються його вчиняти.

В) Людина, що говорить про самогубство, можливо, шукає допомоги та підтримки.

Г) Людина, що вчиняє спробу суїцидальної дії, остаточно вирішила не помирати

3. Що не є напрямком актуальності проблеми аутоагресії:

А) Культурно-світоглядна і соціальна актуальність

Б) Статистична актуальність.

В) Загальнотеоретична актуальність.

Г) Філософська актуальність.

4. Серед класичних філософських робіт, у яких висвітлено проблему суїциду, необхідно відзначити роботу:

А) «В оточенні ідіотів, або Як зрозуміти тих, кого неможливо зрозуміти» Т. Еріксон

Б) «Нонсенс: осягнути і перемогти» Д. Голмз

В) «Мотивація і мотиви» Є. Ільїн

Г) «По той бік принципу задоволення» З. Фройд

5. З давніх-давен ставлення до суїциду, його причини та технологія тісно були пов'язані з тим, як-то або інше суспільство, соціальна група або культура сприймали поняття смерті. Як дивилися на смерть у традиційних, так званих примітивних культурах:

А) Все вірно

Б) Двоєко

В) Погана смерть зазвичай пов'язувалася з самогубством

Г) Хороша смерть була природною

6. Уперше проблема самогубства набула письмового відображення у пам'ятці давньоєгипетської культури під назвою:

А) «Нікомахова етика»,

Б) «Бесіда розчарованого зі своєю душею»

В) «Федон»

Г) «Анналі»

7. Як креативний акт розглядали смерть через самогубство представники:

А) Примітивних культур

Б) Епікурейці

В) Греко-римської культури

Г) Немає вірної відповіді

8. Уперше проблема самогубства набула письмового відображення у пам'ятці давньоєгипетської культури ХХІ ст. до н. е. Що відповідо до цього твору не вірно:

А) Герой твору обґрунтовує свою відмову від життя тим, що воно сповнено пороків, серед яких – відсутність чесності та співчуття, жадібність, насильство, байдужість.

Б) Фрагменти твору інтерпретували як апологію добровільної смерті.

В) «Бесіду» можна розглядати як логічне подолання страху смерті давнім єгиптянином.

Г) Все вірно

9. Давньогрецькі філософи, які допускали самогубство, це:

А) Піфагор

Б) Аристотель

В) Сократ

Г) Все вірно

10. Давньогрецькі філософи, які не допускали самогубство, це:

А) Епікур

Б) Сократ

В) Платон

Г) Піфагор

11. Хто з давньогрецьких філософів сказав: коли ми є, то смерті ще немає, а коли смерть настає, то нас вже немає:

А) Епікур

Б) Сократ

В) Платон

Г) Піфагор

12. Патетичне ставлення до смерті було характерне для:

А) Примітивних культур

Б) Стоїків

В) Піфагорейців

Г) Немає вірної відповіді

13. Хто з давньогрецьких філософів сказав: «Раніше ти помреш або пізніше - неважливо, добре чи погано, - ось що важливо. А добре померти - значить, уникнути небезпеки жити погано»:

- А) Епікур
- Б) Сенека
- В) Платон
- Г) Піфагор

14. Як стародавні іудеї ставилися до самогубства:

- А) Самогубство розглядалося патетично
- Б) Самогубство було категорично заборонено Торою
- В) Самогубство було дозволено Торою
- Г) Все вірно

15. В якій культурі самогубство носить ритуальний характер і оточене ореолом святості:

- А) Примітивних культур
- Б) Стоїків
- В) Піфагорейців
- Г) Японській

16. Привертали до суїциду такі риси японського етносу

- А) стриманість і мовчазність з мінімальним вираженням почуттів,
- Б) схильність до інтровертованої агресії,
- В) значимість почуття сорому при невідповідності прийнятому в суспільстві ідеалу
- Г) Все вірно

17. Військовий стан самураїв мав особливий кодекс – бусідо за яким самогубство відбувалося двома особливими методами:

- А) харакірі або відкусуванням власного язика
- Б) розриванням рота або ніг
- В) повішанням або утопленням
- Г) немає вірного варіанту

18. Куди традиційно прагнули йти ті японці, хто бажали накласти на себе руки за японськими традиціями:

- А) в столицю
- Б) на батьківщину
- В) ліс біля підніжжя гори Фудзіяма
- Г) немає вірного варіанту

19. Ритуальне самоспалення індійських вдів після смерті чоловіка для задоволення чуттєвих потреб небіжчика в потойбічному світі це:

- А) Ояко-сіндзю
- Б) Дзюнсі
- В) Інсеко-джісатцу
- Г) Саті

20. Відповідно до якої традиції чиєї доктрини Данте Аліг'єрі (1265-1321) в «Божественній комедії» помістив самогубців серед мученців в пеклі грішників:

- А) Блаженного Августина
- Б) Католицького теолога Фоми Аквінського
- В) Апостола Павла
- Г) Всі варіанти вірні

21. У сучасній суїцидології виділяють теоретичні підходи до вивчення феномена самогубства, серед яких немає такого, як:

- А) репресивний;
- Б) біологічний;
- В) антропологічний
- Г) біопсихіатричний

22. Репресивний підхід ґрунтується на ідеї:

- А) вважати суїцид виключно наслідком психічного захворювання людини
- Б) що самогубство є наслідком патологічних особливостей побудови та розвитку організму

В) що до самогубства призводить дефіцит серотоніну в спинномозковій речовині

Г) заборони і покарання самогубства як акту божевілля, спричиненим уселенням біса в душу людини

23. Біологічний підхід ґрунтується на ідеї:

А) вважати суїцид виключно наслідком психічного захворювання людини

Б) що самогубство є наслідком патологічних особливостей побудови та розвитку організму

В) що до самогубства призводить дефіцит серотоніну в спинномозковій речовині

Г) заборони і покарання самогубства як акту божевілля, спричиненим уселенням біса в душу людини

24. Антропологічний підхід ґрунтується на ідеї:

А) вважати суїцид виключно наслідком психічного захворювання людини

Б) що самогубство є наслідком патологічних особливостей побудови та розвитку організму

В) що до самогубства призводить дефіцит серотоніну в спинномозковій речовині

Г) заборони і покарання самогубства як акту божевілля, спричиненим уселенням біса в душу людини

25. Біохімічний підхід ґрунтується на ідеї:

А) вважати суїцид виключно наслідком психічного захворювання людини

Б) що самогубство є наслідком патологічних особливостей побудови та розвитку організму

В) що до самогубства призводить дефіцит серотоніну в спинномозковій речовині

Г) заборони і покарання самогубства як акту божевілля, спричиненим уселенням біса в душу людини

26. Якого типу самогубства у своїй роботі «Самогубство» Е. Дюркгайм не виділив:

А) егоїстичне,

Б) альтруїстичне

В) аномічне

Г) еготичне

27. За Е. Дюргеймом кожному типу самогубства передують відповідний стан людини. Який стан передують егоїстичному самогубству:

А) Енергія і пристрасть

Б) Дратівливість і відчай

В) Апатія і меланхолія

Г) Немає вірного варіанту

28. За Е. Дюргеймом кожному типу самогубства передують відповідний стан людини. Який стан передують альтруїстичному самогубству:

А) Енергія і пристрасть

Б) Дратівливість і відчай

В) Апатія і меланхолія

Г) Немає вірного варіанту

29. За Е. Дюргеймом кожному типу самогубства передують відповідний стан людини. Який стан передують аномічному самогубству:

А) Енергія і пристрасть

Б) Дратівливість і відчай

В) Апатія і меланхолія

Г) Немає вірного варіанту

30. Відповідно до суїцидологічної концепції Ж.-Е.-Д. Ескіроля суїцид розглядали тільки як:

А) явище психічної норми, нормальна реакція на скрутні обставини

Б) явище психічної патології, досліджуване виключно криміналістами

В) явище соціальної небезпеки, досліджуване виключно соціальними психологами

Г) явище психічної патології, досліджуване виключно психіатрами

31. Що не відноситься до елементів активного слухання під час консультування суїцидента:

А) Блокування відволікаючих факторів

- Б) Перефразовування
- В) Описування, а не трактування
- Г) Все є елементами активного слухання

32. Як назвати підхід, згідно до якого самогубство є результат обернення агресії на самого себе, тобто трансформації агресії в аутоагресію:

- А) соціологічний;
- Б) психіатричний;
- В) соціально-психологічний;
- Г) психоаналітичний;

33. Юрій Робертович Вагін виділив основні мотиваційні аспекти суїцидальної поведінки. Як названа мотивація за Ю.Вагіним при втраті сенсу життя суїцидентом:

- А) Інструментальна
- Б) Гетеропунітивна
- В) Анемічна
- Г) Анестетична

34. Хто з науковців висунув гіпотезу про вплив внутрішньоутробного існування та пологів на життєвий шлях людини:

- А) О.Ранк
- Б) А.Антоновський
- В) С.Гроф
- Г) Е.Росс

35. Елізабет Рос відома своїм вивченням психології різних етапів переживання наближення смерті. Якого етапу немає за Рос:

- А) Заперечення
- Б) Гнів
- В) Торг
- Г) Витіснення

36. Які симптоми ПТСР проявляються у героя фільму «Споржніле місце» Чарлі Файнмана:

- А) незвична втома
- Б) втрата емоційної експресії
- В) уникання
- Г) відчуття уповільнення

37. Якщо розглядати вчинок головного героя фільму «Споржніле місце» Чарлі Файнмана як спробу суїциду, то яким за типологією Вагіна буде мотив вчинку:

- А) анестетична мотивація
- Б) інструментальна мотивація
- В) поствітальна мотивація
- Г) альтруїстична мотивація

38. Яка з вправ, що була в завданні СТРЕС направлена на опрацювання позитивного мислення:

- А) Заземлення
- Б) Цінності
- В) Відчіплюємося з гачка недобрих думок
- Г) Проявляємо доброту до себе

39. Який проміжок балів має набрати респондент щоб діагностувати депресивний стан за методикою "Шкала депресії" (адаптація Г. Балашова)?

- А) 0-50 балів
- Б) Вище 70 балів
- В) 50-59 балів
- Г) 60-69 балів

40. Який проміжок балів за "Шкалою тривожності" має набрати респондент щоб можна було оцінити високий рівень за методикою Визначення схильності до суїциальної поведінки (М. Горська)?

- А) 16 і вище
- Б) 12-16 балів
- В) 17 і більше
- Г) 10-15 балів

41. Які шкали існують за методикою Визначення схильності до суїциальної поведінки (М. Горська)?

- А) Тривожності, фрустрації, агресії, ригідності
- Б) Тривожності, фрустрації, суїцидальності, депресії
- В) Тривожності, агресивності, самопочуття, стресу
- Г) Фрустрації, агресії, роздратованності, неврозу

42. Скільки запитань налучує методика "Шкала депресії" (адаптація Г. Балашова)?

- А) 25
- Б) 60
- В) 20
- Г) 30

43. Який проміжок балів має набрати респондент щоб діагностувати у нього Середній рівень самотності за методикою "Суб'єктивного відчуття самотності" Д. Рассела та М. Фергюсона?

- А) 15-30
- Б) 20-40
- В) 30-40
- Г) 20-30

44. Скільки запитань налучує методика "Суб'єктивного відчуття самотності" Д. Рассела та М. Фергюсона?

- А) 20
- Б) 25
- В) 30
- Г) 40

45. Який проміжок балів має набрати респондент щоб діагностувати стан без депресії за методикою "Шкала депресії" (адаптація Г. Балашова)?

- А) менше 30 балів
- Б) менше 20 балів
- В) менше 50 балів
- Г) менше 25 балів

Індивідуальні навчально-дослідні завдання
(за вибором: кейс/доповідь/есе)

№ з/п	Тематика (за вибором)	Кількість годин	
		Денна	Заочна
1	Теоретико-методологічні засади психології поведінкових розладів як фундамент для усвідомлення курсу «Суїцидологія» (Аналіз авторефератів дисертацій українських авторів з суїцидальної проблематики за останні 5 років)		
2	Аутоагресія як форма деструктивної поведінки. (Складання кейс-завдання практичного характеру для встановлення особистісного сенсу аутоагресивної поведінки пацієнта. Обґрунтувати свою відповідь)		
3	Основні стадії суїцидальної поведінки (Скласти декілька кейс-завдань для диференціації схеми опитування пацієнтів з різним рівнем суїцидального ризику).		
4	Психологічні особливості безпосередньої суїцидальної дії (Скласти декілька кейс-завдань практичного характеру для визначення психологічних особливостей безпосередньої суїцидальної дії та вартості госпіталізувати суїцидента у психіатричну лікарню. Обґрунтувати свою відповідь).		
5	Суб'єктивне значення (психологічний сенс) суїцидальної поведінки (Скласти декілька кейс-завдань для аналізу, які суїцидальні фактори ризику були наявні у пацієнта? Додати суїцидальні записки. Обґрунтувати свою відповідь).		
6	Основні напрями профілактики суїцидальної поведінки (Аналіз авторефератів дисертацій українських авторів з проблематики профілактики суїцидальної поведінки за останні 5 років)		
7	Стратегії в галузі суїцидальної превенції (Аналіз авторефератів дисертацій українських авторів з проблематики суїцидальної превенції за останні 5 років)		
8	Самогубства щодо зростаючої особистості (Аналіз авторефератів дисертацій українських авторів з проблематики суїцидальної поведінки осіб різного віку за останні 5 років)		
9	Особливості консультування при суїцидальних намірах (Скласти кейс-приклади протоколів консультування осіб, що вдалися до аутоагресивної поведінки, вказавши, який розлад особистості наявний у пацієнтів. При цьому вказати аргументи, чи схильні такі пацієнти до скоєння повторних спроб самогубства)		
10	Групова кризова терапія (Привести приклади вправ, що можливо проводити в рамках тренінгу для роботи по напрямку «Профілактика суїцидів та станів, що його провокують». Вказати особливості цих вправ за метою і		

	змістом. Розробити тренінг для роботи по напрямку «Профілактика суїциду та станів, що його провокують»)		
Разом		10	10

Розподіл балів, які отримують здобувачі за результатами поточного і підсумкового контролю

Поточний контроль (практичні заняття, лабораторні заняття, самостійна робота)			ІНДЗ	Сума
Теми	Бали	Разом	0–10	0–100
Тема 1	0–10	0–90		
Тема 2	0–10			
Тема 3	0–10			
Тема 4	0–10			
Тема 5	0–10			
Тема 6	0–10			
Тема 7	0–10			
Тема 8	0–10			
Контрольна робота	0-10			

Шкала оцінювання за всіма видами контролю:

Сума балів за всі види навчальної діяльності	Оцінка ECTS	Оцінка за національною шкалою
90–100	A	зараховано
82–89	B	зараховано
74–81	C	
64–73	D	зараховано
60–63	E	
35–59	FX	Не зараховано з можливістю повторного складання
0–34	F	Не зараховано з обов’язковим повторним вивченням дисципліни