

Психологія суїцидальної поведінки : Посіб. / Д.В. Лебедєв, О.О. Назаров, В.П. Садковий та ін. ; За заг. ред. О.В. Тімченка, ред. О.В. Тімченко . — Х. : УЦЗУ, 2007 . — 129 с.

ЗМІСТ

| | Стор. |
|---|-------|
| Вступ | 4 |
| Розділ I. Загальнотеоретичні передумови аналізу проблеми суїцидальної поведінки в контексті основних наук про людину (XIX – початок XX ст.) | 6 |
| Глава 1. Медико-біологічні аспекти вивчення суїцидальної поведінки..... | 9 |
| Глава 2. Психолого-педагогічні аспекти вивчення суїцидальної поведінки | 12 |
| Глава 3. Аналіз досліджень проблеми самогубства у соціологічній науці..... | 17 |
| Глава 4. Морально-правовий підхід до проблеми самогубства..... | 22 |
| Розділ II. Основні положення теорії суїцидальної поведінки в сучасній загальносвітовій психологічній науці | 27 |
| Глава 5. Основні підходи до вирішення проблеми суїцидальної поведінки у зарубіжних школах психологічної науки | 29 |
| Глава 6. Особливості становлення теорії аутоагресії у вітчизняній психологічній науці | 42 |
| Глава 7. Соціально-психологічний та епідеміологічний аналіз причин суїцидальної поведінки у сучасному суспільстві..... | 54 |
| Розділ III. Аутоагресивна поведінка персоналу МНС України: соціально-психологічні детермінанти виникнення, діагностика та профілактика (у схемах і таблицях) | 68 |
| Список використаних джерел | 116 |

ВСТУП

Високий рівень суїцидальної активності серед персоналу МНС України створює необхідність пошуку ефективних заходів превенції та профілактики аутоагресії. Вивчення соціально-психологічних детермінант суїцидальної поведінки, інтрапсихічних особливостей особистості суїцидента дозволить більш повно розкрити складні механізми дезадаптації аутодеструктанта та виявити причини, які штовхають персонал МНС України до самогубства.

За даними Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи у 2006 році в МНС України покінчили самогубством 9 працівників та ще одна людина вчинила спробу суїциду. Ці факти викликають серйозне занепокоєння і потребують адекватної оцінки ситуації. Вплинути на основні причини аутоагресії не є можливим, оскільки вони соціальні за своєю природою, але розробити комплекс заходів щодо запобігання зростання чисельності самогубств серед персоналу МНС України необхідно.

Актуальність написання даного посібника обумовлена:

- ✓ зростаючими вимогами держави і суспільства щодо ефективності діяльності підрозділів МНС України;
- ✓ екстремальним характером професійної діяльності персоналу МНС України, що обумовлює високий рівень психічних втрат, психічної недієздатності, травматизму та смертності серед особового складу;
- ✓ недостатньою кількістю теоретичних і практичних праць з вивчення психологічних детермінант розвитку аутоагресивної поведінки серед працівників основних видів діяльності в межах МНС України;
- ✓ необхідністю комплексного наукового аналізу причин, що обумовлюють негативні психічні стани персоналу МНС України, та здійснення конкретних заходів, спрямованих на зведення до мінімуму рівня психічних втрат та психічної недієздатності серед рятувальників;
- ✓ необхідністю удосконалення системи превентивної та профілактичної роботи в МНС України.

У цьому зв'язку особливої актуальності набувають питання:

- ✓ вивчення методологічних і теоретичних передумов виділення суїцидальної поведінки як особливої проблеми в галузі психологічних досліджень, а також проведення аналізу існуючих методологічних підходів щодо розробки цієї проблеми в різноманітних галузях знань;
- ✓ дослідження соціально-психологічних детермінант суїцидальної поведінки персоналу МНС України;
- ✓ комплексного наукового аналізу психологічних особливостей суїцидальних дій, особистості самогубця та аналізу взаємовідносин аутодеструктанта з мікросоціальним середовищем;
- ✓ своєчасного виявлення суїцидальних тенденцій у працівників МНС України, які перебувають у стані психологічної кризи, визначення ступеня суїцидального ризику та превенції.

Крім того, у пропонованій роботі обґрунтовується система понять, концептуальних у теоретичному плані і важливих для кризової психології положень і висновків, одержаних особисто авторами.

Автори не претендують на вичерпність висвітлення даної теми. Ця проблема є багатогранною, а ціла низка питань вимагає ще й окремого комплексного дослідження.

РОЗДІЛ І
ЗАГАЛЬНОТЕОРЕТИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ АНАЛІЗУ
ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В КОНТЕКСТІ
ОСНОВНИХ НАУК ПРО ЛЮДИНУ (XIX – початок XX ст.)



Самогубство як форма поведінки людини, існує з давніх часів. «Це зло настільки ж старе, як світ. Воно проникло до середовища юнаків і старців, до дітей і жінок. Весь великий історичний шлях, пройдений людством, засіяно цими добровільними стражданнями. Геніальні люди зі здоровою залізною волею не врятувалися від цього лиха», – зазначає В.Н. Огронович у доповіді, що прозвучала 18 квітня 1812 року у комісії з питань самогубства при Психоневрологічному інституті [98].

Звертаючись до понять «самогубство» і «суїцид», насамперед необхідно зазначити, що вони є синонімічними і в сучасній психологічній науці мають таке значення: **суїцид** (від англ. suicide) – самогубство, що чинить людина у стані афекту, фрустрації, під впливом психічних аномалій. Суїцид – усвідомлений акт відходу з життя під впливом психотравмуючих ситуацій, за якого власне життя як найвища цінність втрачає сенс для даного індивіда в силу особистісних психічних деформацій, соціально-економічних і морально дестабілізуючих факторів [123].

Для з'ясування справжніх причин виникнення феномена самогубства необхідно розглянути це питання в різних аспектах, а також урахувати різні умови соціального та асоціального характеру, що супроводжують суїцид і затемнюють його дійсну природу. Історичний аспект вивчення проблеми аутоагресії являє певний інтерес у плані аксіології (оцінки різними народами на різних етапах існування людської цивілізації суїциду як негативного й одночасно позитивного явища), а також у плані цілісного аналізу та розробки ефективних превентивних заходів.

Існує ціла низка історичних досліджень самогубства, однак серйозні наукові розробки з'являються лише в I половині XIX ст. Одна з перших наукових праць належить відомому французькому психіатру Е. Ескіролю, який звернувся до ґрунтовних патологоанатомічних досліджень, довівши, що «самогубство має всі ознаки розумової хвороби, симптомом якої воно і є» [105, с.32].

Відповідно до його концепції, самогубство не повинно оцінюватися ні з моральних, ні, тим більше, з правових позицій.

Пізніше теорію суїциду розвивали психіатри, антропологи, психологи, соціологи, правознавці. Характерною рисою науки XIX – початку XX ст. було прагнення знайти єдину і найголовнішу причину аутоагресивної поведінки людини. При цьому представники різних наукових дисциплін намагалися створити самостійну теорію, що пояснює причини і сутність суїцидальних проявів. «Розуміння складної біосоціальної природи цього явища і необхідності підходити до нього як до складного міждисциплінарного об'єкта вивчення, – пише А.Г. Амбрумова, – виникло не відразу. Подібному розумінню передував тривалий період вивчення суїцидальної поведінки у складі деяких традиційних наук – медицини, психології, соціології, – у жодній з яких

вона не розглядалася як самостійний об'єкт дослідження» [17, с.10]. Незважаючи на це, саме ретроспективний аналіз дозволяє дати об'єктивну оцінку попереднім дослідженням та ефективно використати накопичені знання в сучасній науці і практиці.

ГЛАВА 1

МЕДИКО-БІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

На питання про природу самогубства одними з перших спробували дати відповідь медики. Відомий французький психіатр Етьєн Ескіроль у своїй класичній праці «Про розумові хвороби» (1838) стверджував, що самогубство – це психічна аномалія: «...людина заміряється на своє життя тільки в стані розумового божевілля», а «... всі самогубці – помішані» [105, с.32]. Проводячи серйозні патологоанатомічні дослідження, Ескіроль намагався знайти причину самогубства в тілі людини, тобто пов'язати душевну діяльність з фізіологічною. Але сенсаційних відкриттів психіатру зробити не вдалося. Розтинаючи тіла самогубців, він зазначив, що зміни, які спостерігаються у тканинах, були досить різноманітними, і це не дозволяло «локалізувати суїцидну патологію в тілі» [105,с.32].

Однак, незважаючи на відсутність будь-яких практичних аргументів, теорія Ескіроля мала своїх послідовників. Дж.-П.Фальре пов'язував самогубство з іпохондрією, а С.Е. Бурден у трактаті «Самогубство як хвороба» (1845) назвав аутоагресію «самогубною мономанією» [140].

В Англії прихильником цього ж напрямку був доктор Ф. Вінслоу. Його робота «Анатомія самогубства» (1840) стала ще однією спробою «пов'язати суїцидні імпульси й інші явища душевного життя зі станом тканин і органів тіла»[105]. Ф. Вінслоу стверджував, що схильність до самогубства необхідно шукати в патологічних змінах головного мозку, серця, органів травлення. Навіть відсутність позитивних результатів у практичних дослідженнях не похитнула віру англійського медика у фізичну природу суїцидального божевілля.

Про наукові розробки європейських дослідників у сфері вивчення природи самогубства в Росії широка публіка довідалася у 60-х роках ХІХ ст. Одним з перших джерел масового друку був огляд медичних зведень – компіляція П.М. Ольхіна «Про самогубство в медичному відношенні» (1859). Ця робота ґрунтувалася на концепції Ескіроля, визнаючи суїцид винятково результатом душевної хвороби [105].

У 1880 році з'явилася робота М.В. Пономарьова «Самогубство в Західній Європі і Росії у зв'язку з розвитком божевілля» [116], де автор розглядав «російський матеріал» у порівняльній перспективі, виходячи з даних про Західну Європу. Будучи послідовником Ескіроля, М.В. Пономарьов відносив самогубство до сфери медицини і вбачав у кожному самогубці психічно хворого чи людину, яка діяла під впливом раптового імпульсу. Подібної думки дотримувався російський лікар П.Г. Розанов (1891), який стверджував, що основою самогубства є психічне захворювання [124].

У 80-х роках XIX ст. петербурзький психіатр І.П. Лебедев уперше в Росії провів обстеження у стаціонарних умовах групи осіб віком до 20-ти років, які посягали на самогубство. У роботі з пацієнтами вчений застосовував метод клінічного спостереження (названий автором «психолого-аналітичним»). Він вважав, що всебічне вивчення особистості суїцидента протягом тривалого часу допоможе виявити справжню причину аутоагресивної поведінки і намітити шляхи вирішення профілактичних завдань. Однак більшість обстежених І.П. Лебедев відносив до недиференційованої у клінічному відношенні категорії таких, що вироджуються, а суїциди у таких осіб дорівнював розладу свідомості при патологічному афекті. У цьому плані дослідник поділяв думку деяких своїх сучасників про те, що самогубство є різновидом психозу [82].

Велику увагу проблемі самогубства приділяли представники антропологічної школи Л.І. Крюков, П.М. Мінаков, І.І. Нейдінг. Вони пов'язували схильність до суїцидальної поведінки з певними змінами в будові черепа самогубців, що чинять механічний вплив на мозок. На думку цих авторів, саме такі своєрідні «дефекти будови» впливають на функції мозку, порушуючи його діяльність, що зрештою і призводить до самогубства [82].

Одним з яскравих представників антропологічної школи був патологоанатом І.М. Гвоздев. Провівши самостійно понад 1000 судово-медичних розтинів трупів самогубців, дослідник спробував зрозуміти таємницю самогубства на основі вивчення діяльності мозку. Однак результати роботи не дозволили дати позитивної відповіді на питання про наявність патологічних змін у будові і функціонуванні головного мозку суїцидентів. Споконвічна помилковість теоретичних передумов і механістичний підхід до проблеми не дозволили дійти вірних теоретичних і практичних висновків [54].

Англійський лікар Г.М. Барроус ще у 1828 році скептично висловлювався з приводу прагнення багатьох фахівців встановити причину самогубства у процесі розтину трупів. А у 1909 році віденський лікар Антон Брош розітнув 371 тіло і дійшов висновку, що тільки у 7,6% випадків можна говорити про наявність ознак душевної хвороби [105]. *Надалі концепцію патологоанатомів про біологічні аномалії самогубців було відкинуто як помилкову. Праці прихильників ендокринологічної теорії, яка пов'язує виникнення аутоагресивної поведінки з порушеннями діяльності залоз внутрішньої секреції, також було піддано критиці, тому що подальші дослідження в цьому напрямку не підтвердили вихідної гіпотези.*

У XIX – I чверті XX ст. не всі вчені поділяли точку зору про соматопсихічну неповноцінність суїцидентів. Багато психіатрів, що вивчали цю проблему, справедливо вважали, що суїцидальні думки можуть виникнути й у психічно здорових людей, а за певних обставин ці особи можуть реалізувати свої наміри. Теорію успішно розвивали

С.С. Корсаков, М.І. Баженов, С.Л. Суханов, Ф.В. Робаков, В.Ф. Чиж [81]. Такий погляд на проблему самогубства відкрив перспективу вивчення цього феномена іншими сферами науки.

ГЛАВА 2

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Важливе місце в розглянутій період посідає психолого-педагогічний підхід до вивчення суїцидальної поведінки.

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

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

Представники психоаналітичної теорії шукали розгадку в дії підсвідомих механізмів психіки.

Австрійський психоаналітик В. Штекель одним з перших обґрунтував теорію про прагнення до власної смерті як відображення бажання смерті когось іншого, тобто ворожості, зверненої на себе. Для позначення бажання до знищення життя В. Штекель використовує термін «танатос», що надалі набув більш широкого значення і зараз застосовується у психоаналізі для характеристики будь-яких деструктивних тенденцій [176].

Ідею інстинкту смерті, незалежно від В. Штекеля було також сформульовано іншим видатним психоаналітиком С. Шпильрейном у 1912 році [176].

З. Фрейд визнавав існування двох рівновеликих сил людської природи – Еросу і Танатосу. Інстинкт смерті лежить в основі всіх проявів жорстокості, вбивств і самогубств. У розумінні З. Фрейда, всім живим організмам притаманне компульсивне прагнення повернутися до неорганічного стану, з якого вони вийшли. Йдучи за Шопенгауером, З. Фрейд стверджував: «Метою життя є смерть» [167].

А. Адлер – представник раннього психоаналітичного руху – розглядав проблему самогубства на тлі своєї теорії про комплекс неповноцінності. Він вважав, що, приймаючи суїцидальне рішення, особистість переборює дитячі комплекси неповноцінності і самостверджується [170].

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

- ✓ бажання вбити;
- ✓ бажання бути вбитим;

✓ бажання вмерти.

У цьому випадку суїцид стає практично невідвратною реальністю. У підсумковій роботі К. Меннінгера «Людина проти самої себе» (1938) [194] описуються різні форми саморуйнівної поведінки:

✓ «хронічне самогубство» (аскетизм, мучеництво, невротична інвалідизація, алкоголізм, антигромадська поведінка, психоз);

✓ «часткове самогубство» (тілесні самоушкодження, симуляція, прагнення піддаватися численним оперативним втручанням, нещасні випадки з психологічним підґрунтям);

✓ «органічне самогубство» (визначені психологічні фактори соматичних захворювань).

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

Розвиваючи психоаналітичну теорію, російський психолог Г.І. Гордон вказує на існування в глибині душі людини двох головних інстинктів – життя і смерті, змішування яких являє собою життя. І якщо життєвий тонус слабшає, то людина здатна вчинити самогубство [57]. У роботі «Сучасні самогубства» (1912) Г.І. Гордон звертає увагу на те, що причини аутоагресивної поведінки слід шукати не в зовнішніх обставинах, а у внутрішніх переживаннях суб'єкта. На думку автора, деякі люди мають схильність до суїцидальних дій, які неминуче ведуть людину до катастрофи. Людина втрачає смак до життя, сприймаючи його як таке, що втратило будь-який сенс.

Слід зазначити, що Г.І. Гордон вважав необґрунтованим пояснення самогубства психічним розладом. На його думку, «кандидатів у самогубці» необхідно шукати серед людей, у яких потреби перевищують можливості. Звідси розчарування і незадоволеність життям; такі особистості, по суті, вже порвали з життям, але продовжують існувати немов «за інерцією». «Ми допускаємо, стало бути, що за певних умов кожний з нас може стати самогубцем, незалежно від стану здоров'я, розумових здібностей, оточуючих умов життя і т.д.» [82]. Автор робить спробу пов'язати психологічні основи походження суїцидальної поведінки з деякими характеристиками соціального середовища. Знизити рівень самогубств можливо, на його думку, тільки змінивши ситуацію, що склалася у суспільстві. Однак він не бачив ніяких реальних шляхів для соціальних змін. Це стало причиною формування у автора песимістичного погляду на суїцидальні прогнози [57].

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

Значний інтерес з цього погляду становить робота В.М.Бехтерева «Питання суспільного виховання» (1909). Аналізуючи причини

самогубств осіб молодого віку, автор указує на недолік морального виховання в суспільстві. На думку автора, така недостатність веде до дисгармонії і моральної нестійкості особистості, яка тільки формується, і як наслідок – до суїцидальних вчинків [32].

Виступаючи на I з'їзді Російського союзу психіатрів і невропатологів у 1911 році, В.М. Бехтерев у своїй доповіді «Про причини самогубства і можливу боротьбу з ним» вказував на необхідність реформи старої школи. Поліпшення стану він вбачав у кардинальних змінах процесу навчання, недопущенні негуманного і черствого ставлення педагогів до вихованців. Навчання, на думку В.М. Бехтерева, повинно перетворитися із самоцілі на засіб морального і громадянського виховання. У своєму виступі автор також наголошував, що не слід ототожнювати самогубство з душевною хворобою, так само, як і відносити його виключно до вчинків здорової особистості. Щодо профілактики суїцидальної поведінки доповідач закликав до посилення взаємодопомоги, просвіти народу, боротьби з алкоголізмом, поліпшення медичної допомоги, зростання добродійності. Превентивні заходи повинні, на його думку, містити в собі виховання людини в дусі моральних обов'язків і любові до ближнього, розвиток духу соціального оптимізму [33].

Ще на початку ХХ ст. В.М. Бехтерев вказував на те, що, аналізуючи причини аутоагресивних дій, для розуміння природи самогубства ми повинні використовувати методи різних наукових дисциплін: статистичний, клінічний, судово-медичний, патологоанатомічний, застосовуючи їх у комплексі [32]. Цієї думки дотримувався і І.А. Сікорський у своєму посібнику з психіатрії (1910), зазначаючи, що самогубство є міжгалузеву сферою, що розглядається не тільки психіатрією, але і педагогікою, етикою, кримінальним правом [81].

У роботі «Психологічні основи виховання і навчання» (1909) І.А. Сікорський звертається до проблеми зростання самогубств серед учнів. Збільшення кількості шкільних суїцидів автор пояснював насамперед впливом морально-етичних факторів і тісно пов'язаних з ними питаннями навчання і виховання. На його думку, профілактичні заходи повинні включати лікувально-оздоровчий і психологічний цикли. У проведенні цієї програми велика відповідальність покладається на все суспільство, бо саме воно повинно вважати це завдання своїм моральним обов'язком [129].

Аналогічні настрої звучать і в більш ранній роботі вченого «Психологічний стан перед самогубством» (1896), де він вказує, що «...явища самогубства накладають на представників різних спеціальностей моральний обов'язок – працювати на загальній ниві розробки запобіжних заходів проти зла, що у наші дні стало хворобою століття» [81].

У монографії «Психологічна боротьба із самогубством у юні роки» (1913) І.А. Сікорський підкреслював, що поряд із застосуванням методів лікарської допомоги одним з ефективних засобів проти суїцидальних намірів є дієва любов до людини, співчуття і розуміння [128]. Кожен повинен бути готовий надати ближньому «швидку психологічну допомогу».

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

- I етап – сумніву і нерішучості;
- II етап – виникнення почуття провини;
- III етап – стан туги, гніву, страху;
- IV етап – фанатизм.

І.А. Сікорський був переконаний, що суїцидальним намірам можна запобігти під впливом засобів морально-етичного впливу, особливо на ранніх етапах формування суїцидального задуму [128].

Монографію було належно оцінено сучасниками. Так, В.М. Бехтерев у «Віснику психології, кримінальної антропології і педології» опублікував рецензію на працю І.А. Сікорського, в якій підкреслив високе практичне значення цієї роботи [81].

Педагогічні аспекти профілактики самогубств серед молоді вивчав на початку ХХ ст. Б. Краєвський. Дослідник підкреслював, що навіть одиничний факт самогубства повинен привертати увагу і насторожувати, тому що важко «...знайти що-небудь інше, що протестувало б голосніше, розходилося б більш різко з тим, що ми в нашому способі мислення звикли вважати розумним, доцільним, нормальним» [77].

Окреслюючи завдання суспільства щодо профілактики суїциду, автор наголошував, що обов'язком кожного громадянина (насамперед вихователя) є зменшення страждань інших, а особливо осіб, схильних до аутоагресивної поведінки [77]. У своїй роботі «Із приводу самогубств серед учнів. Психологічні розуміння» (1910) Б. Краєвський дає рекомендації молодим людям щодо планування життєвої програми. Автор стверджує, що у житті не можна обмежуватись якоюсь єдиною метою (кар'єрою, багатством, вдалим шлюбом). Така обмежена спрямованість може призвести до небажаних наслідків, тому що виникнення будь-яких перешкод у досягненні мети чи взагалі неможливість реалізації своїх планів може серйозно вплинути на світосприйняття індивіда і навіть викликати втрату сенсу життя. Щоб уникнути цього, потрібно брати участь у різних сферах діяльності (громадській, науковій, культурній). Тоді, у разі недосягнення основної мети, індивід зможе переключитися на інші значущі види діяльності.

Обговоренню методів і способів боротьби із самогубствами присвячено роботи одеського вченого Л.М. Дрознеса. Дослідник

упевнений, що тільки зовнішні обставини не можуть бути причиною прийняття суїцидального рішення. У кожному випадку неминучим є психоемоційний розлад, джерела якого слід шукати в підсвідомій сфері. Розібратися зі складними душевними переживаннями людини, визначити причини афективного стану – означає надати необхідну психологічну допомогу, втримати від фатального кроку. З метою профілактики і превенції суїцидів, вважав Л.М. Дрознес, конче необхідним є створення спеціального «Амбулансу» з лікарями-фахівцями, де кожна людина могла б знайти співчуття і допомогу у критичну хвилину [116].

Значний внесок у вивчення феномена самогубства зробив російський учений А.М. Острогорський. У роботі «Самогубство як психологічна проблема» (1893) автор зазначав, що вивчення психології самогубства необхідне насамперед для розробки профілактичних заходів. Переглядаючи розповсюджену ідею про взаємозв'язок аутоагресії з душевним розладом, учений справедливо підкреслював неприйнятність кількісних критеріїв, що існували в медицині, для вирішення питань співвідношення норми і патології для осіб, які вчинили самогубство. Автор пов'язував стан «душевної розгубленості» і втрату інтересу до життя не стільки із психічною хворобою, скільки з певними психосоціальними характеристиками: віком, вихованням, темпераментом, спадковістю і простим наслідуванням [102]. Віддаючи пріоритет у походженні самогубства соціальним факторам, А.М. Острогорський, разом з тим вважав, що ці зовнішні фактори «можуть діяти вирішальним чином, коли для цього є дані, що привертають до себе увагу» [102].

Слід зазначити, що А.М. Острогорський одним з перших указав на амбівалентність переживань потенційного самогубця: прагненню до смерті протистоять інстинкт самозбереження, прагнення до життя, любов і прихильність до ближніх, почуття обов'язку. У зв'язку з цим автор надавав великого значення заходам індивідуальної і колективної профілактики, рекомендуючи в гострі пресуїцидальні періоди проводити психогігієнічні заходи. Увага і турбота близьких повинні вплинути на індивіда й уберегти його від фатального кроку [102].

У роботі «Хворі люди, хворі діти» (1882) А.М. Острогорський звертається до питань соціальної профілактики, акцентуючи увагу на навчанні і моральному вихованні [101]. Формування «міцної тілом і духом людини» є основою виховання здорового у всіх відношеннях покоління, здатного успішно протистояти життєвим труднощам. Активна позиція А.М. Острогорського стосовно проблеми самогубства підтверджується особистою його участю у роботі «Комісії з боротьби зі шкільними самогубствами», яка була заснована у 1910 р. [101].

ГЛАВА 3

АНАЛІЗ ДОСЛІДЖЕНЬ ПРОБЛЕМИ САМОГУБСТВА У СОЦІОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ

Розуміння природи самогубства неможливе без соціологічного аналізу цього явища. Вчені-психологи і медики оцінювали у XIX – початку XX ст., суїцидальну поведінку виключно як індивідуальний поведінковий акт, але не вбачали в ньому соціального явища, що значно спотворювало результати досліджень.

Починаючи з 40-х років XIX ст. соціологічна наука теж звернулася до проблеми самогубства. Моральна статистика як галузь соціології підраховувала кількість вчинених самогубств у співвідношенні з такими факторами, як стать, національність, релігія, соціальний стан, пора року, клімат та інше, сподіваючись проникнути в таємницю аутоагресивної поведінки. У ході вивчення механізмів соціального життя було доведено, що деякі явища, які традиційно вважаються мимовільними діями людини, повторюються з разючою регулярністю і знаходяться у зв'язку з цілою низкою зовнішніх факторів.

Цю теорію розвивав Е. Морселлі. У своїй праці «Самогубство: дослідження з моральної статистики» (1879) він говорив про те, що причина будь-якої аутоагресивної дії – поза індивідом; шукати її потрібно в суспільстві, що його оточує. Узагальнюючи дані, зібрані дослідниками за 20 років у різних європейських країнах, автор довів статистичну сталість явища самогубства, що перевищує за закономірністю народження, смерть, шлюб. Стало очевидним, що суїцидальна поведінка підкоряється соціальним законам і діям окремо взятого індивіда – це результат загальних закономірностей, що, впливаючи на суспільство, спричиняють певні неминучі наслідки, які не залежать від волевиявлення індивіда [140].

Ще у 1857 році, у знаменитому вступі до «Історії цивілізації в Англії» Г. Бокль, розмірковуючи про природу самогубства, зазначав: «Самогубство є лише проявом загального стану суспільства» [105].

Деякі підходи до розуміння цієї проблеми запропонував у своїй класичній праці «Самогубство. Соціологічний етюд» (1897) французький соціолог Е. Дюркгейм. Його робота складається з трьох книг:

I – Фактори позасоціального характеру.

II – Соціальні причини і соціальні типи.

III – Про самогубство як соціальне явище.

Відкидаючи роль факторів позасоціального характеру в генезі суїцидальної поведінки, автор говорить про те, що «...у кожній соціальній групі існує зовсім специфічна схильність до самогубства, не пояснювана ні фізико-органічною будовою індивідів, ні фізичною природою навколишнього середовища. Звідси (за методом виключення)

впливає, що схильність ця неминуче повинна залежати від соціальних причин і являє собою колективне явище...» [69, с. 134].

Подальші соціологічні дослідження приводять Е. Дюркгейма до думки, що рівень самогубств у кожному суспільстві залежить від ступеня згуртованості таких соціальних інститутів, як шлюб, родина, професійні і релігійні організації, а також від міцності культурних і моральних норм, що регламентують поведінку людей. У країнах, де сильні традиції й етичні норми і кожен громадянин вважає своїм обов'язком їм підкорятися, кількість суїцидів є найменшою. В індустріально розвинутих країнах, де потреби людей постійно зростають і не обмежуються суворими моральними рамками, розчарування, фрустрація, пересиченість життям часто призводять до суїцидальної розв'язки. У III книзі своєї праці Е. Дюркгейм запропонував таку класифікацію самогубств:

1. Егоїстичне самогубство, характерне для осіб, що втратили значущі соціальні зв'язки.

2. Альтруїстичне самогубство чинить людина, що жертвує своїм життям в інтересах інших людей чи заради ідеї.

3. Аномічне самогубство є реакцією на життєву кризу (економічну, політичну, сімейну, внутрішньоособистісну тощо), що загрожує добробуту людини чи задоволенню значущих для неї потреб.

Автор помилково вважав марним вивчення конкретних випадків і мотивів самогубств. Він стверджував, що немає необхідності досліджувати особистісні особливості суїцидентів, тому що причина аутоагресії криється не в самому індивіді, а в характері тих соціальних груп, представником якої він є [61].

У Росії перші статистичні дані про кількість самогубств було зібрано в 30-ті роки XIX ст. Так, у 1823 році член Імператорської Академії наук І.-Т. Герман зачитав на засіданні Академії звіт про кількість убивств і самогубств у Російській імперії у 1819 – 1820 роках. Однак цей документ одержав негативну оцінку з боку влади. Міністр освіти А.С. Шишков, накладаючи резолюцію на рукопис І.-Т. Германа, підкреслив, що суспільству немає потреби «...знати про число цих злочинів... Потрібно сповіщати про благі справи, а такі, як смертоубивство і самогубство, повинні йти у вічне забуття» [105]. Однак, незважаючи на це, інформація про самогубства статистичного характеру стала регулярно з'являтися в різних офіційних виданнях («Журнал Міністерства внутрішніх справ», «Архів судової медицини і суспільної гігієни», «Відомості Санкт-Петербурзької міської поліції», «Урядовий вісник» та ін.) [105].

До числа великих та інформативних статистик з проблеми суїциду можна віднести дослідження Ф.К. Тереховко «До питання про самогубство в Санкт-Петербурзі за 20-річний період (1881–1900)». Робота ґрунтується на матеріалах двох офіційних документів, фіксованих статистичними органами Санкт-Петербурзької Думи:

1) «Листка про нещасний випадок» – короткого поліцейського дізнання з приводу кожного випадку суїциду;

2) «Медичного свідчення», виданого лікарем у зв'язку зі смертю.

У своїй праці автор розглянув історію вивчення суїцидальної проблематики, проаналізувавши вплив біологічних, індивідуальних (стать, вік), соціальних (шлюбний статус, професійна належність, віросповідання) факторів і «зовнішньої» природи (часу доби, пори року, геологічних факторів). Окремий розділ роботи присвячено способам і мотивам самогубств, тому що ці аспекти, на думку автора, надзвичайно важливі для розуміння природи аутоагресії. За індивідуальними мотивами стоять «суворі закони», що панують у суспільстві, через що в цифрах самогубств помітною є «правильна закономірність». Дослідник виділяє такі мотиви суїцидальної поведінки: любов, ревності, фізичні страждання, матеріальні втрати, горе й образи, сором і страх покарання. Багато самогубств, як зазначає автор, відбувається в стані алкогольного сп'яніння. Профілактика суїциду, на думку автора, полягає в ранньому вихованні «сильних і здорових людей зі здоровою волею і твердим характером» [82].

Певний інтерес у сфері соціальної статистики являє робота В.А. Бернацького «Самогубства серед вихованців військово-навчальних закладів» (1911). Праця ґрунтується на архівних матеріалах періоду 1844 – 1908 років. У вступі зазначено, що більшість злочинів і самогубств відбувається у здоровому розумі. Ці міркування приводять автора до висновку про необхідність дослідження суїцидальної поведінки з психологічної і моральної точок зору. Аналіз статистичних даних, проведений В.А. Бернацьким, свідчить:

1) у військових школах виявлено більш виражену тенденцію до суїциду, ніж у цивільних;

2) до 14 років суїциди не зустрічаються; максимум припадає на 18 років; спроби ж відзначені з 12 років;

3) аналіз самогубств за місяцями чітко вказує на збільшення їхньої кількості в період екзаменаційних сесій і зменшення в період канікул.

Автор вважає, що профілактична робота, проведена з підростаючим поколінням, повинна містити в собі виховання сили волі, твердості характеру, зміцнення релігійності і боротьбу зі статевою розбещеністю [102].

Результатом серйозних соціологічних досліджень стала доповідь «До питання про самогубство» В.М. Огронович, що прозвучала 18 квітня 1912 року в комісії з питань про самогубства при Психоневрологічному інституті [98]. На початку роботи автор ставить перед собою завдання виявити зв'язок між самогубством і соціальними факторами, припускаючи, що самогубство є соціальною недугою, наслідком боротьби за існування, за право на життя у всіх його формах, результатом складних умов життя сучасного людства. Словом, чи не є

самогубство термометром, що показує температуру суспільного тіла?» [98, с. 52]. Дослідник доводить свою думку про те, що соціальні фактори (релігійний статус, шлюбний статус, соціальне і матеріальне становище, морально-етичні норми, безробіття, алкоголізація, соціально-політичні потрясіння) впливають на зростання числа самогубств серед різних груп населення. Резюмуючи відомості Міського Статистичного Відділення за 1911 рік, автор указує:

1. Порівняно з 1910 р. число самогубств трохи зменшилося.
2. Чоловіки частіше закінчують життя самогубством, ніж жінки.
3. Неодружені вбивають себе частіше, ніж одружені.
4. Рівень суїцидальної активності вищий серед 20-30 річних.
5. Найпоширенішим способом здійснення самогубства є самоотруєння оцтовою кислотою.
6. Квітень і вечірній час доби найбільш суїцидонебезпечні.
7. Серед селян найбільший відсоток самогубств.
8. За професійною належністю: на 1-му місці – особи без певних занять, на 2-му – ремісники.

Зниження рівня самогубств за 1911 рік, на думку В.М. Огронович, – «уже сприятливий симптом, і можна сподіватися, що поточний 1912 рік новим зниженням підтвердить падіння цієї кривавої епідемії, з якою важче боротися, ніж із усіма іншими існуючими, бо вона є результатом усього життєвого укладу, усієї потворності форми людського життя, суспільного устрою і відносин» [98, с.76]. У висновку дослідниця підкреслює важливість знищення «тих пагубних життєвих умов, що іменуються становищами всіх знедолених, усіх «колишніх людей» [98], а також «...необхідність усебічного вивчення особистості, психіки і життя самогубця, суспільства і соціального ладу, що породив його» [98].

На соціальну природу суїцидальної поведінки вказує у своїй роботі «Причини самогубств у російській школі» (1914) М.Я. Феноменов [165]. Проаналізувавши дані за 12 років (1899–1912), автор доходить висновку про прогресування суїцидальної активності серед учнів. Загострення суїцидальної ситуації учений пов'язує з перетвореннями у країні. «Епідемія самогубств є показником того, що перед суспільством поставлено вкрай важкі завдання, завдання власної перебудови. Сили суспільства напружуються, і найбільш слабкі з його членів падають жертвою гарячково швидкого соціально-економічного росту» [165]. При цьому М.Я. Феноменов вважає, що в апогеї соціальних криз кількість самогубств знижується, а в наступні за кризою роки – зростає. В основі психологічних причин впливу криз на збільшення числа самогубств лежить жорстокість життєвої боротьби, коли на зміну суспільному підйому приходять розчарування й утома, а місце суспільних інтересів посідають особисті і матеріальні. У своєму дослідженні автор зазначає, що динаміка самогубств серед учнів корелює з показниками серед усього населення. Зниження суїцидальної

активності є можливим за змін соціально-психологічного клімату в суспільстві в цілому, а також за умов перетворення процесу навчання, коли раціональні принципи базуватимуться на прагненні дітей до знань, а не на прагматичній спрямованості [165].

У роботі А.М. Коровіна «Самогубство і споживання горілки в Росії з 1903 по 1912 рік» (1916) [73], автор вирішив не зупинятися на психологічних аспектах суїцидальної поведінки, а звернувся до проблеми впливу фактора алкоголізації населення на динаміку самогубств. Оскільки в сільській місцевості споживання горілки на душу населення значно нижче, ніж у місті, автор робить висновок про те, що алкоголізація населення є породженням міського способу життя. Одним з головних засобів профілактики суїцидів А.М. Коровін вважає боротьбу з алкоголізмом. Він закликає до об'єднання суспільних зусиль як проти самого споживання спиртних напоїв, так і для усунення всього того, що підтримує на них попит [73].

Спираючись на теорію «провідних факторів», Є.М. Тарнавський спробував розробити теоретичні принципи для кримінальної статистики, на основі яких стало б можливим установлення конкретних закономірностей щодо злочинів і самогубств і розробка дієвих превентивних заходів. Дослідник указує на закономірність досліджуваних моральною статистикою фактів, підкреслюючи, що «злочинність і самогубства відбуваються в масі за умов тієї ж періодичної повторюваності підйому і падіння, як народжуваність, смертність та інші суспільні явища» [145]. Відповідно до теорії "провідних факторів", Є.М. Тарнавський визначає комбінацію таких трьох груп показників:

- ✓ соціально-економічних (безробіття, зубожіння та ін.);
- ✓ фізичних (пора року, час доби, температура, клімат);
- ✓ індивідуальних (стать, вік, темперамент) [145].

На наш погляд, Є.М. Тарнавський занадто абсолютизував статистичний метод, обмежуючи тим самим напрямок пошуку різноманітних можливостей виходу суїцидентів із кризи.

Дослідник продовжував свою діяльність і в радянський час. Ним було підготовлено «Відомості про самогубства в Західній Європі і РРФСР за останні десятиліття» (1926) на основі матеріалів закордонних і радянських моральних статистик.

Питаннями статистики суїцидів у радянський час займався також М.Н. Гернет. У післяреволюційний час вийшло два випуски «Моральної статистики» (1922, 1927) [55; 56], які були присвячені дослідженням злочинів і самогубств.

Після ліквідації сектора соціальних аномалій при Центральному статистичному управлінні проблема самогубства розглядалася виключно науками медико-біологічного циклу аж до 70-х років ХХ ст.

ГЛАВА 4

МОРАЛЬНО-ПРАВОВИЙ ПІДХІД ДО ПРОБЛЕМИ САМОГУБСТВА

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

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

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

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

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

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

Уявлення про самогубство в західній юридичній думці значно змінилося під впливом позитивістської школи в юриспруденції, що сформувалася в 70-ті роки XIX ст. Голова цієї школи Е. Феррі у трактаті «Убивство-самогубство» (1884) детально проаналізував питання юридичного статусу самогубства [105].

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

У Росії суїцидальна поведінка стала предметом уваги з боку державної влади значно пізніше, ніж у законодавствах західноєвропейських країн. У ході реформ, запроваджених Петром I, і підпорядкуванням церкви державі самогубство, як і інші проблеми, що знаходилися у віданні церковного суду, перейшло до сфери цивільного законодавства. У першому Петровському кодексі – Військовому статуті 1716 року – з'явилася стаття про самогубство. «Коли хто сам себе уб'є, то тіло його кат повинен у безчесне місце відтягнути і закопати, волочучи передусім по вулицях чи обозу». Тіла тих, що покінчили із собою у стані божевілля, не підлягали публічній нарузі, однак закон вимагав ховати їх поза цвинтарями. У тому ж році військово законодавство спеціальним декретом Петра I було поширене і на цивільне населення [78].

У 1835 році був прийнятий «Звід законів Російської Імперії», що запозичав статті про самогубство з петровських кодексів з єдиною тільки різницею – відсутністю положення про наругу над тілом самогубця. Велика реформа кримінального кодексу 1845 року декриміналізувала суїцид. Самогубство припускало тепер церковні і цивільні наслідки: духовний заповіт й остання воля того, хто позбавив себе життя, не виконується; християнин позбавляється християнського поховання [78].

Проблема самогубства знайшла своє відображення у працях багатьох відомих юристів ХІХ – початку ХХ ст., що розглядали питання про правомірність карних і моральних санкцій проти суїцидентів.

Важливу роль у зміні правової оцінки самогубства відіграла праця впливового правознавця і реформатора М.С. Таганцева «Про злочини проти життя за російським правом» (1870) [116]. У розділі про самогубство автор порівнює російське і західноєвропейське законодавство, рішуче критикуючи російське право. Росія, на думку М.С. Таганцева, значно відстає від Європи у плані юридичної оцінки аутоагресивної поведінки. Виступаючи за повну декриміналізацію суїциду, дослідник обґрунтовує неможливість кваліфікації самогубства як злочинного діяння. Стаючи на суто правову точку зору, автор підкреслює, що самогубство є діянням не тільки не кримінальним, але і взагалі не є злочином, тому що в ньому немає необхідного компонента – правопорушення. Закон покликаний регулювати відносини між членами суспільства. Проте людина не знаходиться в юридичних відносинах щодо самої себе, а отже самогубство (злочин, об'єкт і суб'єкт збігаються) не може бути предметом законодавства [116].

У 70-х роках ХІХ ст. феномен самогубства став предметом палких дискусій професійних юристів на сторінках журналів. П. Обнинський, І. Шестаков, І. Аревков та інші правознавці активно обговорювали питання про статус самогубства.

Так, П. Обнинський звернув увагу на існуюче протиріччя в численних кримінально-правових документах. «Статут карного судочинства» у статті 16 наказував припинити судове переслідування самогубців. Стаття 1473 «Укладення...», що говорить: «той, хто спробував у здоровому розумі позбавити себе життя, піддається, якщо він християнин, церковному покаянню за розпорядженням свого духовного начальства», – на думку П. Обнинського, могла трактуватися неоднозначно. Фраза «якщо він християнин» дозволяла припустити, що мусульмани, євреї та інші іногородці не підлягають відповідальності за цією статтею і що самогубство розглядається в російському законодавстві як релігійний, а не кримінальний злочин [105].

Заперечуючи П. Обнинському, І. Шестаков виступав на захист прогресивних західних принципів, дотримання яких він вбачав у віднесенні самогубства до юрисдикції цивільної влади, а не церковного суду [78].

І. Аревков вважав невизначеність статусу самогубства позитивною рисою. Конфлікт між різними агентствами, до сфери дії яких потрапляла аутоагресивна поведінка, створив можливість його декриміналізації. Крім того, правознавець звернув увагу на ще одне протиріччя в юридичних документах, яке мало практичне значення: неясно, кому треба проводити розслідування за фактами самогубства – судовим слідчим, представникам адміністративної влади чи чиновникам поліції за сприяння лікаря і патологоанатома. Усіма випадками самогубства, на думку І. Аревкова, повинні займатися насамперед патологоанатоми: «Лікар як особа компетентна може зробити розтин трупа і без слідчого» [105]. Якщо ж розтин покаже, що суб'єкт сам наклав на себе руки, то справу слід передати церковному суду, що встановить, у здоровому глузді чи у стані психічного розладу знаходилася людина в момент самогубства. Отже, як вважав І. Аревков, тіло суїцидента знаходилося у сфері компетенції медицини, а душа – церкви [105].

Вивчити причини самогубства і розробити профілактичні заходи спробував відомий російський юрист А.В. Ліхачов, який довгий час обіймав посаду прокурора Петербурзького окружного суду, а потім інспектора Головного тюремного управління. Він зібрав значний фактичний матеріал. Результатом його досліджень стала монографія «Самогубство в Західній Європі і Європейській Росії» (1822) [90]. Свою роботу автор почав з огляду опублікованих на Заході історичних, медичних і статистичних праць про самогубства. Систематизувавши усі наявні дані з досліджуваної проблеми з 1830 до 1880 року, А.В. Ліхачов дійшов висновку про те, що кількість самогубств у Росії значно зростає. На основі європейських і російських статистичних даних фахівець-правознавець доходить висновку про те, що епідемія самогубств пов'язана з розвитком цивілізації, що це «засіб суспільного відбору, спосіб мимовільного зникнення непотрібних особистостей» [90].

Великий внесок у зміну правової оцінки самогубства зробив талановитий правознавець і громадський діяч А.Ф. Коні. Робота «Самогубство в законі і житті» (1923) виникла на основі фактичного матеріалу, зібраного під час перебування на посаді прокурора Санкт-Петербурзького окружного суду [71]. Проаналізувавши значну кількість передсмертних записок суїцидентів, дослідник дійшов висновку, що за цими документами і за манерою вчинення самогубства можна судити про структуру особистості самогубця, його спонукальні мотиви. Головною причиною аутоагресії автор вважає відсутність ідеалів у російському суспільстві. Серед основних причин цього явища він виділяє суспільно-політичні і соціально-економічні. На мікросоціальному рівні – це послаблення родинних зв'язків, дисгармонія відносин, неправильне виховання дітей. На рівень суїцидальної активності впливають, на його думку, такі психофізичні й індивідуальні фактори, як стать, вік, душевне захворювання, негативні звички, відрізок

доби та пора року. Виступаючи проти теорії «природженого самогубства», що виводила вбивство і самогубство «з того самого психологічного і фізіологічного джерела», А.Ф. Коні наполягає на домінуванні мікросоціальних конфліктів у генезі суїцидальної поведінки. «Кожний вдумливий лікар, суддя, священник знає за своїми спостереженнями, що життєві драми підточують життя поступово, збуджуючи зміною марних надій і реальних розчарувань спочатку гіркоту в душі, потім зневіру і, нарешті, прихований розпач, під впливом якого людина опускає руки і потім накладає їх на себе» [71].

Підбиваючи підсумок огляду морально-правового підходу до проблеми самогубства у XIX – на початку XX ст., слід зазначити, що цей феномен був предметом дискусій юристів і громадських діячів доти, доки самогубство не було виключено зі списку кримінально караних діянь. У Росії це сталося у 1922 році, коли було прийнято перший Радянський Кримінальний кодекс. Стаття 148 виключала застосування будь-яких санкцій щодо осіб, які вчинили самогубство чи суїцидальну спробу.

Таким чином зазначимо, що у XIX – на початку XX ст.:

1. Медики намагалися знайти причину самогубства в тілі людини, проводячи патологоанатомічні дослідження. Аутоагресивна поведінка вважалася психічною аномалією, пов'язаною зі зміною мозку й організму в цілому.

Однак, ця точка зору не була єдиною. Деякі психіатри (С.С. Корсаков, М.І. Баженов та інші) вважали, що самогубство може вчинити і психічно нормальна людина. Це твердження дозволило розширити коло досліджень і відкрило перспективу вивчення природи аутоагресії іншими сферами науки.

2. Психолого-педагогічний підхід ґрунтувався на розумінні самогубства як психосоціального явища. Причиною суїциду, на думку прихильників у межах цього підходу, може бути як душевний розлад, джерела якого потрібно шукати в підсвідомій сфері, так і зовнішні фактори: спосіб життя, морально-етичні підвалини. На думку представників даного підходу, профілактика аутоагресії полягає у вихованні здорової і повноцінної особистості, чуйному ставленні до людини і включає лікувально-оздоровчий і психологічний цикли.

3. Прихильники соціологічного підходу стверджували, що причина аутоагресивної поведінки знаходиться поза індивідом. Відкидаючи роль факторів позасоціального характеру в генезі суїциду, соціологи шукали вирішення проблеми в тих специфічних соціальних факторах, що істотно впливають на зростання числа самогубств серед різних груп населення: соціальний стан, матеріальне становище, сімейний стан, морально-етичні норми, релігійний статус, безробіття, алкоголізація, соціально-політичні потрясіння. Завдяки статистичним відомостям стало можливим установлення закономірного взаємозв'язку між випадками самогубств і соціальними явищами.

4. До XIX ст. в законодавствах усіх європейських держав під впливом канонічного права суїцидальна поведінка розглядалась як серйозний злочин, що карався позбавленням християнського поховання, наругою над тілом самогубця і конфіскацією майна. У першій половині XIX ст. в багатьох країнах Європи юридичний статус самогубства змінився, однак дискусії з приводу розмежування кримінально-правових, релігійних і морально-етичних норм щодо суїцидальної поведінки продовжувалися протягом усього століття. Проблема правомірності кримінальних і моральних санкцій проти суїцидентів знайшла відображення в роботах багатьох юристів того періоду (М.С. Таганцева, А.Ф. Коні, А.В. Лихачова та інших), більшість з яких пропонувала декриміналізувати суїцид.

5. Розглянутий період був вирішальним для виникнення нових уявлень про суїцид. Саме в цей час з'являються перші наукові розробки із дослідження феномена самогубства у сферах медицини, психіатрії, психології, соціології, юриспруденції, що дозволило надалі об'єднати ці знання в єдиній науці – суїцидології.

РОЗДІЛ II
ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ ТЕОРІЇ
СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В СУЧАСНІЙ
ЗАГАЛЬНОСВІТОВІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ



Новий етап у розвитку суїцидологічного знання почався в 40-50 роках ХХ ст. Він ознаменувався появою суїцидології як самостійної комплексної науки мультидисциплінарного характеру, що об'єднала в собі ряд суміжних дисциплін (психіатрію, психологію, соціологію, педагогіку, юриспруденцію). Безсумнівно, передумови для вироблення комплексного підходу у вивченні аутоагресії були закладені в ХІХ – на початку ХХ ст., що тепер усвідомлюється як провідний методологічний принцип сучасної науки.

З розширенням сфери суїцидологічних досліджень пов'язане і введення Дезе у 1947 році терміну «суїцидальна поведінка», що став сьогодні загальноприйнятим [10]. Він не тотожний поняттям «самогубство» і «замах на самогубство» і дозволяє описати більш широке коло явищ (суїцидальні думки, погрози, тенденції, наміри, подробиці і т.п.).

У наш час діяльність сучасних вітчизняних і закордонних дослідників у межах суїцидології спрямовано на вирішення трьох основних груп питань (рис. 1).

Різні представники загальносвітової психологічної науки ІІ половини ХХ ст. запропонували свої шляхи вирішення цих питань, створюючи оригінальні теорії суїцидальної поведінки і беручи участь в організації та роботі превентивно-профілактичних служб.

ГЛАВА 5

ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ЗАРУБІЖНИХ ШКОЛАХ ПСИХОЛОГІЧНОЇ НАУКИ

Одним з основоположників нового підходу до розуміння специфіки аутоагресивної поведінки став американський психолог Н. Фарбероу. Свою книгу «Cry for help» («Крик, звернений до людей») він присвятив розповіді про тих, хто втратив зв'язок із життям та суспільством, страждає від самотності і готовий зробити фатальний крок у безодню, з якої ніхто не повертався [186]. Разом з тим автор упевнений, що наміри потенційного суїцидента неправильно вважаються невідворотними. Сам факт самогубства – це своєрідний «крик про допомогу», заклик до оточуючих. Людина готова прийняти пропоновану допомогу, потребуючи розуміння. Головне – щоб її вчасно почули.



Рис. 1 – Сучасні напрями діяльності суїцидологічної науки

Н. Фарбероу розглядає суїцидальний феномен у межах поняття аутодеструктивної поведінки. У коло його досліджень входять не тільки суїциденти, але й особи, що зловживають алкоголем, наркотиками; особи, схильні до переїдання, паління; особи, які віддають перевагу ризикованим видам спорту та професіям. Психолог вважає, що вивчення цього класу явищ у комплексі дозволяє краще зрозуміти специфіку досліджуваного суб'єкта.

Теорія про єдину природу аутодеструкції й аутоагресії виникла в роботах психологів і психіатрів психоаналітичної орієнтації ще в 30-ті роки ХХ століття.

К. Меннінгер висунув гіпотезу про те, що в основі багатьох форм аутодеструкції лежить неусвідомлюване самим суб'єктом бажання смерті, сховане в глибинних надрах його психіки [194].

Спробу зрозуміти природу суїцидального акту на основі вивчення передсмертних послань самогубців зробив американський дослідник Е. Шнейдман. У 1949 році він знайшов кілька сотень записок у сейфі контори судової патологоанатомії Лос-Анджелесу. Пізніше у співавторстві з Н. Фарбероу він підготував роботу «Ключі до розгадки самогубств» (1957), присвячену аналізу передсмертних записок суїцидентів. Оцінюючи результати своєї праці, Е. Шнейдман відзначив, що досліджувані документи не дозволили встановити щось принципово нове про феномен аутоагресії. Висловлюючи з цього приводу песимістичну точку зору, психолог указує, що «...передсмертні записки, написані в найбільш драматичний період людського життя, є, за рідкісним винятком, абсолютно неінформативними, а часто просто тривіальними. Записки самогубців часто здаються пародіями на листівки, що посилають додому з Великого Каньйону чи катакомб пірамід, написані проформа, вони ніяк не відображають величі описуваного чи глибину людського почуття, що ми могли б очікувати в таких ситуаціях» [176].

Е. Шнейдман пояснює таку беззмістовність записок особливим станом відчуженості перед суїцидальним актом. Амбівалентність переживань людини – бажання жити і прагнення вмерти – не дозволяє їй написати записку, що дійсно б відображала її стан.

Дослідження Е. Шнейдмана не обмежуються аналізом пресуїцидальних послань. Вивчаючи пресуїцидальну поведінку самогубців, автор доходить висновку, що близько 70% осіб напередодні висловлювали свої наміри найближчому оточенню. Ці результати ще раз указують на помилковість думки деяких учених про те, що істинні суїцидальні задуми ніколи не висловлюються потенційними самогубцями. Автор глибоко впевнений, що своєчасна допомога з боку тих, хто знаходиться поруч, а також фахівців у більшості випадків може запобігти реалізації висловлюваних суїцидальних намірів [18].

Один із засновників персонологічного напрямку в психології ХХ ст. Г. Мюррей, який сформулював поняття «персонологія» для позначення вчення про особистість, глибоко вивчав проблему походження, природи і змісту мотивів людини, рушійних сил її поведінки. У роботі «Дослідження особистості» (1938) Г. Мюррей [198] вперше охарактеризував основні психологічні потреби людини. Міркуючи про аутоагресію, автор ставить запитання: «Що таке самогубство, як не дія, спрямована на припинення нестерпних емоцій?». Задовольняючи свої потреби, людина відчуває позитивні емоції, що гармонізує її внутрішній стан із зовнішнім світом. Фрустровані і незадоволені потреби, які є для суб'єкта життєво важливими, можуть призвести до самогубства.

Теоретичні погляди Г. Мюррея дозволили Е. Шнейдману розробити «Опитувальник психологічних потреб», завдяки якому можна прогнозувати ризик суїцидальної поведінки. Е. Шнейдман виділив п'ять груп психологічних потреб, фрустрація яких пояснює більшість самогубств:

✓ незадоволені потреби в любові і прийнятті – пов'язані з фрустрацією прагнення до підтримки та афіліації;

✓ порушення контролю, передбачуваності й організованості – пов'язані з фрустрованими потребами у досягненні, автономії, порядку та розумінні;

✓ порушення образу Я та запобігання сорому, поразці, приниженню чи ганьбі – пов'язані із фрустрованими потребами в афіліації, самовиправданні й уникненні сорому;

✓ зруйновані горем і почуттям утрати значущі відносини, що виникають внаслідок цього, – пов'язані із фрустрованими потребами у афіліації і турботі про іншого;

✓ надмірний гнів, лють і ворожість – пов'язані із фрустрованими потребами у домінуванні, агресії і протидії [207].

У своїх останніх роботах американський психолог особливу увагу приділяє аналізу нестерпного психічного болю (psychache) як загального стимулу самогубства [207]. Відповідно до теорії Е. Шнейдмана, якщо припинення свого потоку свідомості – це те, до чого рухається суїцидальна людина, то душевний біль – це те, від чого вона прагне втекти. Детальний аналіз показує, що суїцид легше всього зрозуміти як сполучення руху в напрямку до припинення свого потоку свідомості й уникнення психічного болю і нестерпного страждання; йдеться саме про психічний біль, метабіль, біль від відчуття болю.

До останнього часу в психології і суїцидології не існувало ефективних методик, здатних оцінити ступінь психічного болю. У 1998 році Е. Шнейдман розробив Шкалу оцінки психічного болю (ШОПБ), що являє собою інструмент для кількісної та якісної оцінки душевного болю. Як свідчить практика, ШОПБ є досить ефективною методикою, яка дозволяє виявляти окремі компоненти психології як симптоми аутодеструктивної поведінки [151].

Успішність сучасних суїцидологічних досліджень багато в чому визначається сферою вивчення аутоагресивної поведінки. Що вважати об'єктом розгляду: суїцидальні думки, наміри, спроби чи тільки завершені самогубства? Зарубіжні психологи по-різному відповідають на це питання.

Так, швейцарський учений П. Шнейдер вважає, що поле суїцидологічних досліджень повинно охоплювати тільки завершені суїциди і суїцидальні спроби. Суїцидальні думки, наміри, які не потягли за собою відповідних дій, не можуть вважатися суїцидальними. П. Шнейдер мотивує це тим, що між думками та діями суб'єкта лежить

величезна прірва. Людина реалізує не всі свої наміри. І тому давати оцінку потрібно тільки реальним вчинкам особистості [18].

Ще один дослідник суїциду М. Хальбвакс обмежив сферу вивчення завершеними самогубствами, вважаючи, що тільки такі дії доводять істинність намірів [92].

Однак, на наш погляд, цей підхід не зовсім вірний. Наприклад, демонстративно-шантажні спроби не завжди мають за мету дійсне позбавлення себе життя, але через неточно розраховані дії нерідко закінчуються летальним результатом. Так само, як і деякі самогубства, вчинені особами, які намагалися дійсно припинити власне життя, але не досягли бажаного результату (смерті) тільки через непередбачені обставини або вчасно надану їм медичну допомогу.

Американський дослідник М. Фарбер класифікував суїцидальні акції залежно від істинності намірів особи та кінцевих результатів цих дій (настання чи ненастання смерті):

- 1) намір позитивний – результат позитивний;
- 2) намір негативний – результат позитивний;
- 3) намір позитивний – результат негативний;
- 4) намір негативний – результат негативний.

Автор вважає, що всі зазначені випадки повинні бути обов'язково включені в коло суїцидологічних досліджень, тому що у результаті кожного з них людина може або загинути, або завдати непоправної шкоди своєму здоров'ю [18].

Оцінити ризик суїцидальної активності серед різних соціальних груп спробували французькі фахівці Ж. Ведрін і Д. Вебер. Оцінка цього ризику є важливою, оскільки в більшості випадків лікаря викликають до початку самого акту. Якщо припустити, що лікар запідозрить ризик, то що він зможе зробити? [213].

На основі епідеміологічних даних і результатів проведених досліджень автори виділили групи осіб з підвищеним ризиком суїциду (рис. 2).

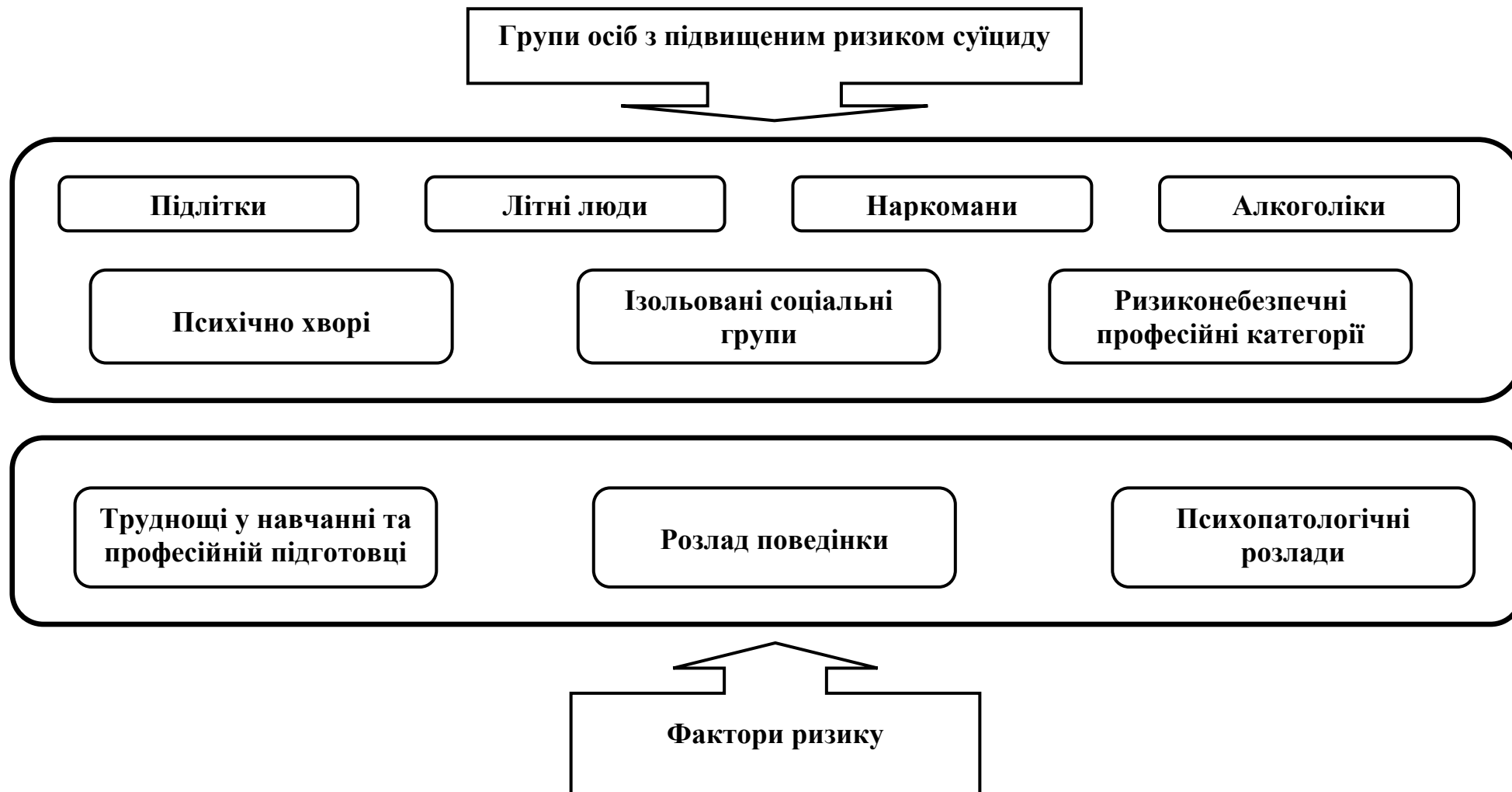


Рис. 2 – Основні соціальні групи та фактори ризику суїцидальної активності.

Ж. Ведрін і Д. Вебер вважають, що ці фактори ризику свідчать про слабкість суб'єктів і повинні стривожити оточення, медиків, психологів, соціальних працівників, оскільки вони вказують на декомпенсацію, а іноді і спосіб суїциду.

Автори зазначають деякі критичні моменти в житті кожної людини, що повинні бути предметом особливої уваги (рис. 3).

Дуже небезпечно в критичні моменти життя залишатися самотнім, не зустріти нікого або опинитися серед людей, які тебе уникають.

Допомогти людині в лікуванні психічної дисфункції у більшості випадків може тільки фахівець (психотерапевт або психоаналітик) [213].

Одночасно з Ж. Ведрін і Д. Вебер ряд західних і американських суїцидологів звернулися до вивчення аутоагресивної поведінки осіб, які піддавалися травматичному впливу [190; 191; 196]. Актуальність вивчення взаємозв'язку між ознаками посттравматичного стресу і самогубством обумовлена статистичними даними.

Так, у дослідженнях Кілпатрік, Вест і Веранен [191] указується, що жертви сексуального насильства вдаються до суїциду у 8 разів частіше у порівнянні з контрольною групою. Міллер, Мартін і Спіро [196] встановили, що 57% осіб, які побували в японському полоні під час Другої світової війни, зазнали суїцидальних переживань, а 7% тих, хто були у німецькому полоні, намагалися вчинити самогубство. Сомасандерем [209] зазначав, що суїцидальні думки висловлюють 38% осіб з обстежуваної групи ветеранів (160 осіб) Другої світової війни. З моменту закінчення бойових дій і до 1990 року покінчили із собою понад 50 тисяч ветеранів війни у В'єтнамі. Серед ветеранів, бойовий досвід яких був пов'язаний з підвищеним ризиком для життя, спостерігається виражена тенденція будь-яким способом (в основному через алкоголь і наркотики) уникнути переживань, яких вони зазнали від війни.

У ретроспективних дослідженнях Фарбероу зі співавторами [186] виявлено, що наявність симптомів посттравматичного стресу значно вища серед в'єтнамських ветеранів, які вчинили суїцид, ніж серед ветеранів, що загинули в автокатастрофах.

Хендін і Хас [190], вивчаючи можливість прогнозування аутоагресії серед ветеранів з посттравматичним стресом, припустили, що почуття провини – найбільш значущий фактор суїцидального ризику.

У наступних дослідженнях було показано, що участь в екстремальних формах насильства під час бою може виступати в ролі предикатора як суїцидальної поведінки, так і розвитку важких форм посттравматичного стресу [144].

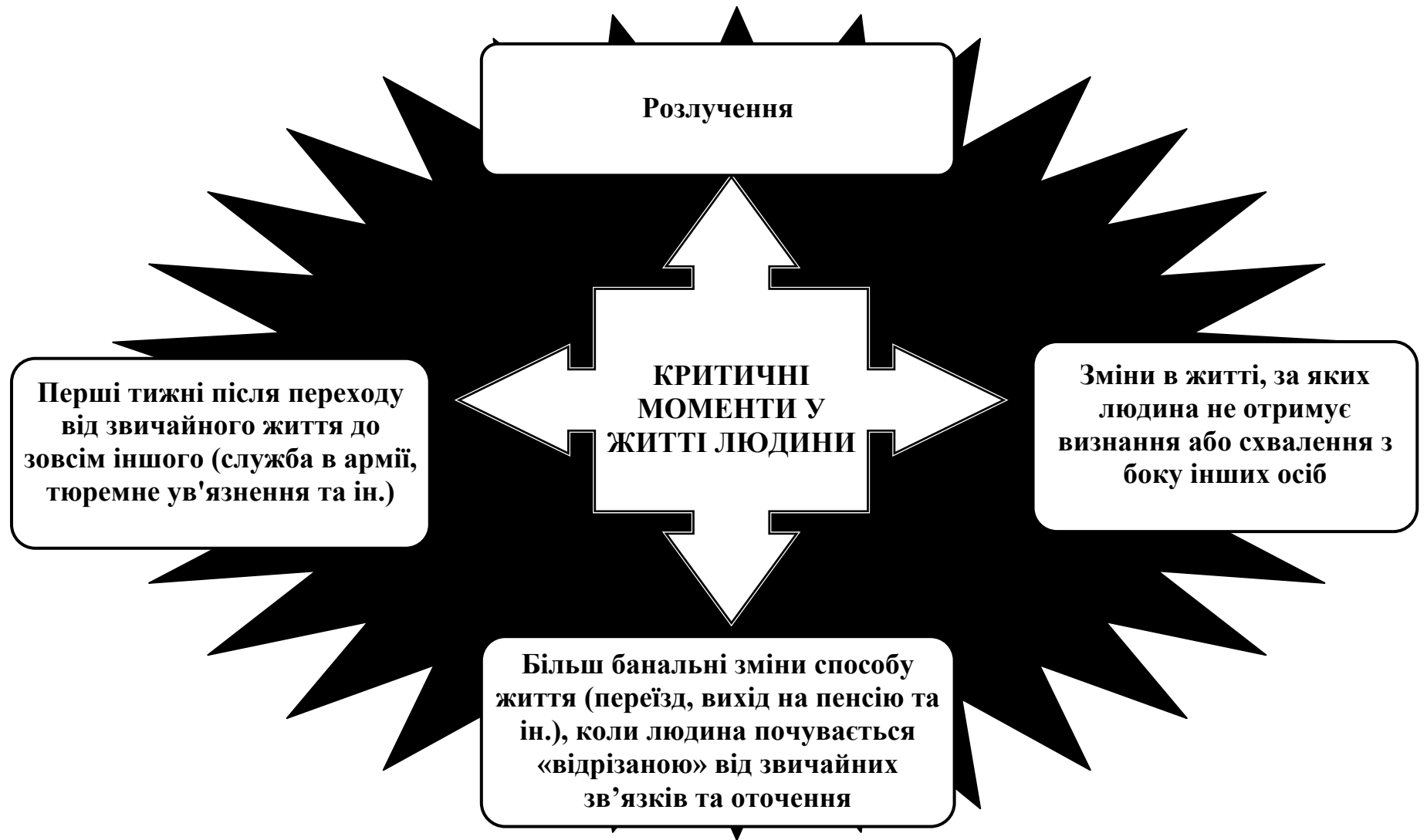


Рис.3 – Критичні моменти у житті людини

Взаємозв'язок посттравматичного стресу й аутоагресії виявлено не тільки серед ветеранів воєн і в'язнів полону, але і серед цивільного населення. Лафрі і співавтори вивчали жителів Північних островів і встановили, що частота самогубств значно вища серед осіб з ознаками посттравматичного стресу, ніж серед тих, хто таких симптомів не має.

Певний інтерес становить робота швейцарського психотерапевта П. Шелленбаума «Прощання із саморуйнуванням: звільнення життєвої енергії» (1990). Міркуючи про причини саморуйнування особистості і психосоціальні передумови самогубства, автор пропонує практичні поради щодо подолання негативних емоцій і розкриває роль психоенергетики у превенції суїцидонебезпечних станів [205].

Звертаючись до аналізу психологічних передумов аутоагресії, П. Шелленбаум називає такі «психологічні провісники»: депресія, апатія, відчуття безглуздості існування, втрата життєвих орієнтирів (рис. 4).

У житті кожної людини, на її думку, може настати такий момент, коли смерть здається найкращим виходом із ситуації, яка склалася. У хвилини глибокого розпачу людина заглиблюється в себе, намагаючись відновити душевну рівновагу та повернути втрачені життєві стимули [205].

Цю соціальну ізоляваність і заглиблення у себе І. Мілюска називає станом відчуження [197]. Особливість цієї ситуації полягає в тому, що суб'єкт обмежений у своїх можливостях контролювати зовнішні фактори та обирати засоби впливу на них; він, швидше за все, знаходиться під тиском обставин, ніж сам їх формує. При цьому відбувається розрив між цілями суб'єкта й об'єктивними можливостями їхньої реалізації. Ситуація ускладнюється тим, що людина не тільки констатує об'єктивні труднощі, але і сама починає вірити в обмеженість своїх ресурсів для ефективного моделювання зовнішнього світу. Стан відчуження істотно трансформує бачення людиною самої себе і навколишнього світу. Конкретна окрема невдача викликає тенденцію до неадекватних узагальнень; настають негативні зміни в самооцінці. Це може призвести до агресивності, страху, фрустрації, втрати соціальних контактів і, нарешті, – до аутоагресії [197].

П. Шелленбаум зазначає, що іноді до суїциду призводить сам страх смерті (танатофобія) [205]. Цей постійний страх стає більш болючим, ніж сама смерть. Факт смерті більш за все лякає своєю невідомістю, а також відсутністю «там» будь-якого руху – тілесного, душевного, у часі і просторі.

Допомога психоенергетика полягає у впливі на особистість словом, що спрямовує емоції в потрібне русло. Кожен фахівець починає своє лікування з пошуку ключового («сильного» [205]) слова, що розбудить у пацієнті позитивні емоції, повертаючи інтерес до життя.

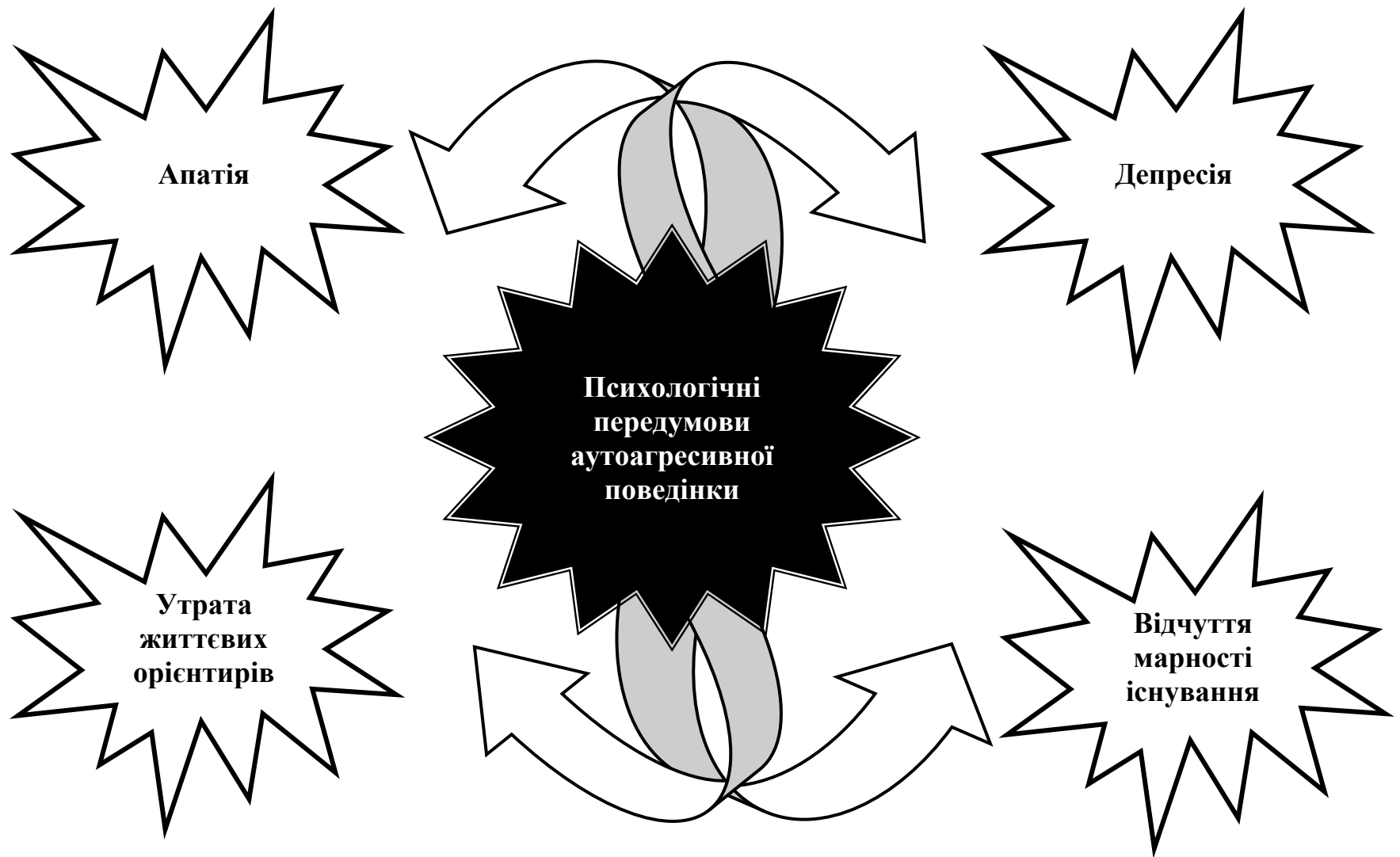


Рис. 4 – Психологічні передумови аутоагресивної поведінки

Коли ключове слово буде знайдено, емоції отримають відчутні фізичні межі. І тоді індивіду залишиться лише обрати адекватний спосіб поведінки, що дозволить перебороти емоційний дискомфорт і зняти хворобливість душевних переживань.

Серйозної уваги заслуговує робота французьких дослідників К. Помро, М. Делорм, Ж.-М. Дрюо, Ф.-П. Тедо [200]. У своїй статті «Суїцидальна поведінка в юнацькому віці» автори зауважують, що за три останніх десятиліття значно зросла суїцидальна активність серед осіб, молодших 30-ти років. На тлі інших розладів поведінки серед молоді (дромоманії, потягу до різних токсичних препаратів, розладів харчування, навмисного ризику) суїцидальна поведінка свідчить про соціальні проблеми. Останні дослідження, проведені серед 15 тисяч школярів, свідчать, що у віковій групі 11-19-ти років 6% молодих людей уже здійснили щонайменше одну спробу самогубства, а 1,8% – кілька спроб. Більшість цих спроб (80%) не призвела до госпіталізації. Крім того, 9% від загальної кількості опитаної молоді зізналися, що іноді подумують про самогубство. Половина з них уже робила спробу раніше [200].

Результати цього дослідження викликали необхідність створення спеціального реабілітаційного відділення. Так, у 1992 році в Бордо був відкритий госпітальний підрозділ на 15 місць, де приймають 80% молодих людей після спроби покінчити із собою; 20% направляються для проведення профілактичних заходів лінією служб шкільної охорони здоров'я і лікарів. Вік пацієнтів коливається від 15 до 25 років; середній вік – 20 років. Фахівці, що працюють у цьому відділенні, виконують дуже важливу реабілітаційну функцію. Вона ґрунтується на глибокому розумінні специфіки постсуїцидального періоду, що визначає початок мобілізації суб'єкта. Досвід свідчить, що підлітки опиняються у зрозумілому для них тимчасовому просторі. Сам факт, що багато пацієнтів самі просять про виписку з відділення, вказує на розуміння призначення цього місця й ефективне використання його для пошуку дієвих психічних уявлень. Таким чином, госпіталізація молодих людей після суїцидальної спроби стає засобом зміни дезорганізуючої ситуації і спрямування кризи в нову організуючу психічну фазу. Автори називають це «роботою над кризою» [200].

Певний інтерес, на наш погляд, являє робота «Суїцид і щастя: сім критеріїв для кореляції» [214]. Її автори – голландські психологи Я. Веєразінге і Л.Тепперман – спробували з'ясувати: чи існує взаємозв'язок між рівнем щастя і схильністю до самогубства. Якщо він дійсно існує, то зворотне співвідношення, яке підказує здоровий глузд (чим нещасливішою є людина, тим менше дорожить вона своїм життям), та існуючі шкали виміру щастя могли б бути використані для прогнозування суїцидальної активності, – вважають голландські дослідники. Для того, щоб відповісти на це запитання, вони послідовно зіставили рівень щастя і схильність до самогубства із сімома

стандартними демографічними характеристиками: стать, вік, раса, батьківський і шлюбний статуси, релігійність, зайнятість. Таким чином, автори прагнули опосередкованим шляхом виявити кореляції між двома феноменами. Результати досліджень показали, що шлюб, зайнятість і релігійність складають базові умови щастя і як такі знижують ризик суїциду. Стать, раса та вік виявилися менш значущими індикаторами, ніж передбачалося [214].

До числа робіт соціально-психологічного напрямку належить і дослідження П. Сейнсбері «Суїцид у Лондоні» [201]. Вивчаючи різні райони Лондона, автор установив статистичні кореляції між частотою суїцидальних актів і соціальних характеристик 28 районів міста. Зокрема, ним був визначений взаємозв'язок між суїцидами, що мали летальні наслідки, і соціальною ізоляцією. Згідно з даними, запропонованими П. Сейнсбері, 27% від загальної кількості обстежуваних осіб припадає на тих, хто не проживає у родині, тобто веде самотній спосіб життя. Від загальної кількості мешканців району самотні особи становили всього 7%.

У рамках суїцидологічної проблематики багато сучасних психологів звертаються до питання про застосування евтаназії. Цьому аспекту присвячені роботи Й.А. Блікера, Х. Ван Інжелена, Олде Схепера, С.А. Дююрсма (Нідерланди), Д. Мілларда (Великобританія), К. Греттона (Канада), Т.Ф. Дегі (США) та ін.

Онде Схепер і С. А. Дююрсм у своїй праці «Евтаназія: Голландський досвід» визначають поняття евтаназії, як *навмисне переривання життя людини іншими особами на її прохання*. Евтаназію, на думку цих авторів, можна поділити на такі типи:

✓ пасивна евтаназія (припинення безрезультатного лікування хворого у стані коми, викликаній термінальною прогресуючою хворобою);

✓ напівпасивна евтаназія (призупинення подачі харчування і рідини пацієнту, що знаходиться в комі, викликаній термінальною прогресуючою хворобою);

✓ напівактивна евтаназія (від'єднання вентилятора у пацієнта з масивним ураженням мозку за відсутності надії на повернення свідомості);

✓ випадкова евтаназія (уведення пацієнту з термінальним захворюванням наркотику для полегшення стану, що може випадково викликати асфексію з летальним наслідком);

✓ суїцидальна евтаназія (надання пацієнту з термінальним захворюванням лікарських препаратів, за допомогою передозування яких пацієнт може вчинити самогубство);

✓ активна евтаназія (введення лікарем дози препарату, летальної для пацієнта в термінальній стадії важкого, безнадійного захворювання) [181].

У статті «Допускаючи і наближаючи настання смерті, відкидаючи чи відмовляючись від підтримання життя: Позаморальні розбіжності» [189] К. Греттон зазначає, що будь-який лікар, який припускає настання смерті, має можливість запобігти цій смерті, усвідомлює таку можливість і реалізує її. Якщо лікар знає, що хвороба пацієнта виліковна і відмовляється від підтримання життя, то він порушує і його право на волю та життя, і свій професійний обов'язок. Але якщо у хворого важке невиліковне захворювання чи уражена психіка і подальше підтримання життя для нього нестерпне, то смерть є благополучним виходом з такої ситуації.

Сьогодні в більшості країн Європи і США працюють спеціальні громадські організації, які розробляють програми евтаназії, прийнятні для медиків, юристів, політиків, громадськості. Наприклад, Д. Хамфрі пропонує такі етичні параметри евтаназії:

- а) повноліття;
- б) рішення повинно бути цілком усвідомленим;
- в) не слід чинити фатальну дію відразу після оголошення діагнозу; потрібно застосувати всі існуючі методи лікування;
- г) лікар повинен бути проінформований, і до його думки слід прислухатися;
- д) план дій повинен бути продуманий таким чином, щоб ніхто не був притягнутий до кримінальної відповідальності;
- е) необхідно залишити записку з поясненням причин самогубства [140].

Сучасне західне суїцидологічне знання характеризується великою розмаїтістю теорій аутоагресії. Дехто з авторів ставить самогубство в залежність від *комплексних інтрапсихічних явищ*:

- ✓ почуття провини (Дж. Хенслін);
- ✓ безнадійності (А. Бек, М. Ковач, А. Вейсман);
- ✓ агравації почуття образи, приниження (А. Покорні);
- ✓ незахищеності (Г. Каплан, А. Покорні);
- ✓ почуття неповноцінності, замкнутості (П. Анжель, М. Талігані) [14].

Деякі дослідники роблять спробу встановити залежність самогубства від *особливостей структури особистості та акцентуйованих рис характеру*, близьких до психопатологічних синдромів, зокрема:

- ✓ істероїдні риси особистості (Д. Палліс, Г. Бертчнел);
- ✓ схильність до депресій (Д. Евері, Г. Винокур) [17].

Окремі фахівці вбачають причину суїцидальної поведінки в *особливостях інтелектуальної діяльності індивіда*:

- ✓ усвідомлення і рефлексія суїцидентів (Г. Шнір);
- ✓ регідність мислення (Ч. Найрингер) [42].

Крім того, існують теорії залежності самогубств від:

- ✓ етичної і національної культури (Г. де Вос);

- ✓ факторів економічного розвитку, в тому числі рівня доходів і урбанізації (М. Елнер);
- ✓ міграції (В. Брид) [115].

Перші спроби практичного запобігання самогубствам належать до початку минулого століття. Це діяльність благодійних організацій, заснованих на добровільних засадах (1906 р. – Нью-Йорк; 1906 р. – Лондон; 1928 р. – Берлін). Така профілактична робота триває і в наш час (Великобританія – «Товариство самаритян», Туреччина, ПАР – «Товариство анонімних суїцидентів»).

У 1948 р. в Австрії Х. Хаффом і Е. Рінгелем була створена служба, що являла собою поєднання кризового центру і телефонної служби, завдяки якій люди у критичних ситуаціях могли установити анонімний телефонний контакт із фахівцем-психологом. У разі нагальної потреби пацієнти мали можливість безпосередньо звернутися до центру для особистої бесіди із суїцидологом.

З початку 50-х років ХХ ст. подібні служби стали створюватися і в інших країнах Європи й Америки. Центри суїцидологічної допомоги діють у Німеччині, Швеції, Швейцарії, Голландії, Великобританії, Росії, Франції, Бельгії, Австрії, США, ПАР та інших державах.

Сьогодні в багатьох розвинутих країнах існують соціальні програми з проведення превентивно-профілактичної роботи, витрачаються величезні кошти на удосконалення медикаментозної, морально-правової, психологічної і соціальної допомоги громадянам.

Крім того, існують авторитетні організації загальносвітового значення, такі як Міжнародна асоціація запобігання самогубствам і Міжнародна федерація служб невідкладної допомоги по телефону. Звичайно, ці організації не можуть подолати глобальні причини самогубств, тому що вони соціальні за своєю природою і відбивають різні форми дефектів суспільного устрою. Однак робота з реабілітації постсуїцидентів і психокорекції кризових пацієнтів у більшості зарубіжних країн є досить ефективною.

ГЛАВА 6

ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ ТЕОРІЇ АУТОАГРЕСІЇ У ВІТЧИЗНЯНІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ

Доля вітчизняної суїцидології нерозривно пов'язана з історичною долею колишнього СРСР. До кінця 20-х років ХХ ст. дослідження самогубства хоча і були позбавлені єдиної методологічної основи, але розвивалися в тому ж напрямку, що і на Заході, відбиваючи становлення і розвиток демократичного суспільства. Наприкінці 20-х років ХХ ст. ситуація різко змінилася. Із встановленням авторитарного соціалізму аутоагресія не могла не стати проблемою замовчуваною, що йшла врозріз з офіційною ідеологією. Суїцид вважався класово далеким, аморальним явищем, тому що з позицій комуністичної моралі ця форма поведінки була позбавлена соціальних коренів, психологічних мотивів і не відповідала принципам усебічного гармонійного розвитку особистості радянської людини.

У сталінську епоху всі питання, що стосувалися самогубства, були закриті. Ніяких відкритих досліджень не проводилося й у радянській пресі не публікувалося. Факти суїцидальної поведінки розглядалися виключно в рамках психопатології, а суїцидентів вважали психічно ненормальними людьми. Передавання суїцидологічних досліджень до компетенції психіатрів сталося під впливом ідей вульгарного соціологізму, що виводив будь-які поведінкові акції безпосередньо з економічних умов людського існування.

Відповідно до подібних уявлень, знищення в колишньому СРСР економічної основи соціальної нерівності та безробіття, зростання рівня добробуту суспільства автоматично ліквідували будь-яке підґрунтя, за винятком психопатологічного, для виникнення самогубств. Тому боротьба з аутоагресією була цілком медичною проблемою, і вирішувати її повинні були психіатри в плані лікування основного захворювання. Відомості про поширеність самогубств, порівняльно-статистичні дані були повністю закриті для гласності, втім, як і моральна статистика в цілому.

Засекреченість статистичних даних, ідеологічно заданий характер вивчення феномена самогубства лише в рамках психічної патології визначали єдино дозволений на той час напрямок вітчизняних суїцидологічних досліджень – вивчення клінічних аспектів самогубства. Крім методологічних ускладнень і неодмінних перекручувань наукових результатів, подібний підхід практично виключав можливість адекватної психологічної і медико-соціальної допомоги потенційним суїцидентам, робив проблематичною їхню соціальну реадаптацію.

Після смерті Сталіна почався період «відлиги» не тільки в політиці, але й у науці. Поступово в колишньому Радянському Союзі стала усвідомлюватися необхідність відновлення різних досліджень аутоагресивної поведінки, насамперед соціально-психологічних.

Результатом тривалої роботи багатьох фахівців стало створення у Москві на початку 70-х років ХХ ст. Всесоюзного науково-методичного суїцидологічного центру на базі НДІ психіатрії МОЗ РРФСР, що виконував функції керівництва суїцидологічною службою, яка виникла на його базі. Цією службою було запропоновано гнучку систему надання допомоги суїцидентам різних діагностичних категорій у кабінетах соціально-психологічної допомоги, кризових стаціонарах, за «Телефоном Довіри». Головними принципами служби були:

- ✓ анонімність;
- ✓ екстрамуральність (розташування поза стінами психіатричних установ);
- ✓ наступність у веденні пацієнтів між окремими підрозділами [19].

Чітка продуманість стратегії і тактики взаємодії між окремими ланками служби дозволяла надавати допомогу як пацієнтам з гострими суїцидальними реакціями, так і особам із затяжними кризовими станами, що потребували тривалого психотерапевтичного лікування в умовах кризового стаціонару.

Засновником радянської суїцидології вважають А.Г. Амбрумову. Відповідно до її концепції, в основі будь-яких суїцидальних проявів лежить соціально-психологічна дезадаптація особистості в умовах мікросоціального конфлікту [14]. Аутоагресивна поведінка визначається автором такими групами мотивів:

- ✓ мотиви неблагополуччя (самотність, складність життя як такого, втрата близьких, коханих людей);
- ✓ мотиви конфлікту, в який, крім суїцидента, втягнуті й інші особи.

Досліджуючи роль особистості у проблемі суїциду, А.Г. Амбрумова розробила типологічну схему суїцидальних особистостей. В основі цієї системи лежить принцип стійкості адаптації і глибини соціалізації. Відповідно до цих показників автор умовно відносить людей до одного із семи можливих типів (рис. 5).

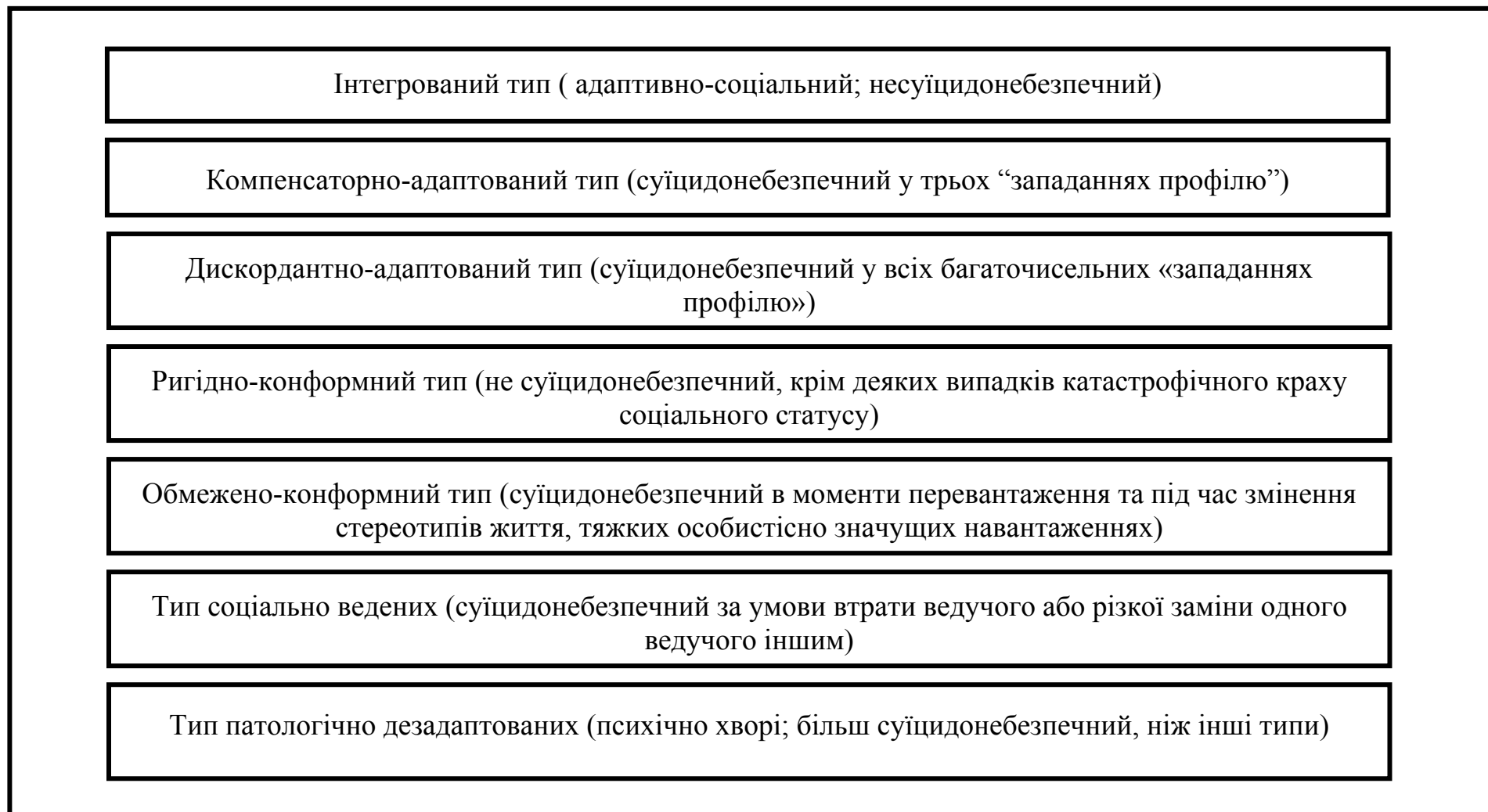


Рис. 5 – Типологічна схема суїцидальних особливостей
(за А.Г. Амбрумовою)

Крім типологічних особливостей особистості, як вважає А.Г. Амбрумова, важливою складовою є зовнішня ситуація, яка виступає в ролі фону.

Майже в усіх 100% випадків аутоагресивної поведінки фоновою ускладнюючою ситуацією виступає конфлікт. Із двох різновидів конфлікту – внутрішнього і зовнішнього – перший є особливо небезпечним у плані створення суїцидогенного комплексу. Крім суїцидогенних факторів існують установки, що перешкоджають реалізації суїцидальних намірів, – антисуїцидальні переживання. До групи антисуїцидальних факторів, на думку автора, належать:

- ✓ інтенсивна емоційна прихильність до значимих близьких;
- ✓ батьківські обов'язки;
- ✓ концентрація уваги на стані власного здоров'я;
- ✓ залежність від громадської думки;
- ✓ наявність творчих планів, задумів [10].

Визначення реального суїцидального ризику повинно проводитися на підставі двох різноспрямованих факторів – суїцидальних і антисуїцидальних.

Інший дослідник аутоагресивної поведінки, В.А. Тихоненко, запропонував дві типологічні схеми суїцидальних проявів.

Перша схема базується на категорії мети і відбиває диференціацію істинних самогубств, замахів, тенденцій від демонстративно-шантажних суїцидальних проявів, самоушкоджень і нещасних випадків, до яких дослідник відносить небезпечні для життя дії, спрямовані іншими цілями.

Друга – базується на такій категорії особистісного змісту, як відносини незбіжних мети дії (безпосередньо самогубства) і мотиву діяльності, до якої він включений і представлений такими типами:

- а) протест, помста;
- б) заклик;
- в) запобігання;
- г) самопокарання і відмова [23].

У своїх роботах В.А. Тихоненко звертається до морально-етичних аспектів суїцидальної поведінки особистості [150]. Він пояснює це низкою обставин:

✓ аутоагресія поєднана з певною трансформацією свідомості (на рівні категорії – сенс життя);

✓ етичний аспект суїцидогенних конфліктів і криз полягає в тому, що, незважаючи на різноманіття подій на рівні моральної свідомості, вони адресуються до уявлень про добро, щастя, справедливість, обов'язок, що постають як моральні ідеали і цінності;

✓ людина робить фатальний крок на основі морального вибору, що виражається у наданні переваги цьому вчинку, співвіднесенні його мотиву і результату.

Предметом етичного аналізу є ставлення суспільства до самогубства. Соціально-психологічна профілактика суїцидонебезпечних криз включає етику спілкування, гуманність, виховання моральної стійкості особистості, доброзичливість і чуйність у взаєминах. З іншого боку, йдеться про норми поведінки і професійний обов'язок медичних працівників, у тому числі і суїцидологів, стосовно осіб, що переживають кризовий стан, і постсуїцидентів [150].

Важливе місце посідають роботи фахівців-суїцидологів Г.А. Скібіної [131], О.Р. Арнольда [25], А.Б. Ордянської [100], М.З. Дукаревича [25], Г.В. Старшенбаума [138], Л.І. Постовалової [116], А.М. Понизовського [115], М.Г. Балашової [26], Е.Ю. Собчик [136], А.М. Полєєва [109], В.П. Ларичева [87] та інших, присвячені розробці і відображенню результатів проведення превентивних і реадaptaційних заходів із суїцидально активними пацієнтами.

Так, у статті «Комплексний підхід до купірування кризових станів» Г.А. Скібіна, О.Р. Арнольд і А.Б. Ордянська навели результати п'ятирічної роботи кризового стаціонару у Москві, основним завданням якого є купірування психологічної кризи шляхом оптимальних (тобто найбільш адаптивних для цієї особистості) способів вирішення ситуації. В основі ефективної роботи, на думку авторів, лежать два загальних принципи:

1. Невідкладність втручання (передбачає активний та інтенсивний характер допомоги, що обумовлено гостротою кризових станів і їх надзвичайною суїцидонебезпечністю).

2. Принцип комплексності (комплексне використання клінічного, психологічного і соціологічного методів; комплексність терапевтичних і реадaptaційних заходів; спільна участь у роботі з пацієнтом фахівців різних профілів: психіатрів, психологів, психотерапевтів, соціологів, юристів) [131].

Досвід купірування кризових станів у суїцидентів прийомом когнітивної психотерапії відобразив в одній із своїх робіт А.М. Понизовський [115]. Прийоми когнітивної терапії спрямовані на психокорекцію неадаптивних когнітивних шаблонів мислення.

Когнітивний підхід у психології виходить з уявлення про те, що поведінка людини детермінується її знаннями. Для розуміння мотивації поведінки необхідно вивчати способи й особливості організації суб'єктом знань про цю ситуацію, тобто специфіку його когнітивної сфери.

Особливості когнітивних структур, відповідальних за процеси переробки й організації інформації, визначають виникнення перекручених (негативних) концепцій ситуації як нерозв'язної. Подібна інтерпретація дійсності є істотними феноменологічними характеристиками кризи.

А.М. Понизовський визначає такі прояви психологічної кризи особистості:

- ✓ афективні;
- ✓ мотиваційно-поведінкові;
- ✓ сомато-вегетативні.

На думку автора, когнітивна психотерапія кризових станів спрямована на психологічну корекцію зазначених порушень, а в остаточному підсумку – на модифікацію неадаптивної когнітивної організації індивіда [115].

Оригінальний вид психотерапевтичної допомоги був розроблений В.П. Ларичевим і названий аксіопсихотерапією (АПТ) [85]. Метою АПТ є досягнення лікувального ефекту шляхом спрямованої зміни в системі індивідуальних значень і цінностей пацієнта.

Автор виділяє декілька окремих методів аксіопсихотерапевтичного впливу на особистість у кризовому стані:

- ✓ актуалізація індивідуального значення;
- ✓ дезактуалізація;
- ✓ переакцентування;
- ✓ переорієнтація;
- ✓ корекція аксіопсихологічної парадигми [85].

АПТ може мати сімейний і груповий характер, припускаючи точне діагностування причин суїцидальних реакцій і залучення самого суїцидента до активного процесу перебудови в аксіопсихологічній сфері особистості [86].

На думку А.М. Полєєва, основним, а часто і єдиним методом превенції аутоагресивної поведінки в осіб із граничними психічними розладами і у практично здорових, що переживають психологічну кризу, або знаходяться у стані дезадаптації, є психотерапевтичний вплив [109].

Результати досліджень, проведених різними ланками суїцидологічної служби, дозволяють визначити основні характеристики цього виду допомоги:

- 1) доступність;
- 2) відреагування;
- 3) спрямованість на суїцидальні переживання;
- 4) директивне керівництво;
- 5) посилення впевненості у собі;
- 6) відволікання;
- 7) вплив на оточення [109].

Методики індивідуалізованого психокорекційного підходу, що базуються на даних експериментально-психологічного обстеження, спробувала розробити Е.Ю. Собчик [136]. Психологічна корекція, як вважає автор, є складним процесом і проводиться поетапно з різним ступенем розгортання залежно від поставлених завдань. Кінцевою метою психокорекційної роботи є глибинна внутрішньоособистісна перебудова, формування у пацієнта стійкої адекватної самооцінки та позитивних перспектив [136].

Питанню групової психотерапії у суїцидологічній практиці присвячено роботу Г.В. Старшенбаума «Групова психотерапія пацієнтів із суїцидонебезпечними реакціями» [139]. Звернення до цього методу, на думку дослідника, обумовлене тим, що у процесі роботи у багатьох суїцидентів виявляється виражена тенденція до взаємодопомоги. Це послужило підставою для створення кризових груп. У ході подальшого вивчення цього виду допомоги були виявлені і досліджені численні переваги групової кризової терапії (ГКТ) перед індивідуальною. ГКТ є високоспецифічною формою кризової терапії, що задовольняє підвищену потребу дезадаптованої особистості у психологічній підтримці і практичній допомозі з боку оточуючих. У фокусі заняття у кризовій групі знаходяться, як правило, високозначимі для пацієнтів взаємини в їхньому реальному житті, а не взаємодії, що відбуваються «тут і зараз». Застосовуються три методи ГКТ: кризова підтримка, кризове втручання, тренінг навиків адаптації [139].

Одним із видів психотерапевтичної допомоги особам з ознаками аутоагресії є діяльність соціально-психологічної служби «Телефон Довіри». Результати багаторічної роботи, проведеної телефонною службою, відбито у статтях А.М. Полеєва, Т.А. Малофєєвої [111], А.Г. Амбрумової [19]. На думку авторів, цей вид психологічної допомоги є найбільш демократичним. Переваги психотерапії по телефону значною мірою обумовлені особливостями телефонного зв'язку як засобу спілкування:

- ✓ просторові особливості;
- ✓ часові особливості;
- ✓ максимальна анонімність;
- ✓ прихований, неявний характер медичної допомоги;
- ✓ можливість переривання контакту;
- ✓ «ефект обмеженої комунікації»;
- ✓ «ефект довірливості» [19].

До проблеми самотності як фактора суїцидонебезпечності звернулися у своїх роботах Е.Ю. Собчик, М.Г. Балашова [26], А.Г. Амбрумова [13]. Фахівці виділили такі причини, що породжують дезадаптацію і почуття самотності:

- ✓ раптова втрата значимого іншого через його смерть;
- ✓ суб'єктивна самотність, обумовлена старістю, різким ослабленням чи втратою усіх соціальних зв'язків;
- ✓ утрата значимого близького в результаті розриву подружніх чи любовних відносин;
- ✓ відсутність взаєморозуміння між подружжям;
- ✓ відсутність взаєморозуміння між батьками та дітьми;
- ✓ труднощі соціальної адаптації і спілкування серед акцентуйованих дисгармонійних особистостей [26].

В основі феномена самотності, як вважає А.Г. Амбрумова, виявляється чотири компоненти:

- 1) стан і зміст системи цінностей;
- 2) рівень, характер і стан соціалізації, ступінь включеності в соціум;
- 3) характеристики емоційної реактивності, емотивності, колорит гами емоцій;
- 4) структура ситуації, умов, що збігаються з переживанням самотності, або тих, що передують їй, і таких, що обумовлюють його формування та динаміку [13].

Ефективність допомоги, що надається особам, які переживають самотність, обумовлена комплексом медико-психологічних і соціально-правових заходів впливу. Ці заходи включають медикаментозне лікування, психотерапію, соціально-правову допомогу у вигляді юридичних консультацій і звернення до різних організацій.

Критеріями ефективності застосовуваних методів терапії вважаються:

1. Відсутність реалізованих суїцидальних спроб.
2. Ліквідація чи значна редукція описаних вище хворобливих проявів.
3. Дезактуалізація кризових переживань і відновлення оптимального рівня адаптації [26].

Вивченню психологічних факторів ризику аутоагресивної поведінки серед студентів присвячено статтю І.М. Соколової [137]. У цій роботі відбито результати досліджень впливу індивідуально-психологічних особливостей особистості на суїцидальну активність і ступінь зрілості студентів перших років навчання чоловічої і жіночої статі. Використовуючи метод СМДО (скорочений варіант ММРІ), опитувальники «Визначення суїцидального ризику» і «Оцінка самосвідомості смерті», автор аналізує профіль особистості, визначає наявність суїцидальних думок і намірів у студентів, а також власне ставлення до смерті. Подані кореляційні рельєфи свідчать, що студенти:

чоловічої статі:

- ✓ зі збільшенням суїцидального ризику не намагаються справити на інших сприятливе враження; воліють приховувати свої труднощі;
- ✓ схильні до нагромадження афекту повільної зміни настрою, підвищеної підозрливості;
- ✓ усвідомлено ідентифікують себе із соціально бажаним образом і зріло ставляться до смерті;

жіночої статі:

- ✓ суїцидонебезпечні за підвищених показників за шкалою істерії (СМДО);
- ✓ емоційно лабільні (витіснення факторів, що викликають тривогу);
- ✓ схильні до невротичних захисних реакцій.

Отримані автором дані дозволяють розробити заходи профілактики аутоагресії серед студентів. Насамперед, превентивно-психологічні заходи повинні проводитися для студентів першого року навчання, тому що саме ця категорія осіб піддається великим емоційним

навантаженням у зв'язку з необхідністю адаптації до нових соціальних умов.

Практичний інтерес являють результати досліджень І.В. Полякової [112], Л.Г. Смолинського [134], А.М. Понизовського [113], А.Б. Ордянської [100], пов'язані з вивченням аутоагресії при афективних реакціях у психічно здорових осіб, акцентуєваних особистостей, а також у людей із психічними захворюваннями.

І.В. Полякова зазначає, що у разі гострих афективних реакцій психогенна ситуація не встигає піддатися глибокій, усвідомленій особистісній переробці і призводить до насиченої афективної відповіді, нерідко з елементами дезорганізації поведінки [112].

Автором виділено такі типи суїцидонебезпечних афективних реакцій:

- ✓ гострі первинні (афективну реакцію викликано впливом надзвичайного психогенного фактора);
- ✓ вторинні (наявність протрагованої психотравмуючої ситуації);
- ✓ афективні реакції «акумуляції» (захисні можливості осіб знижені тривалою психотравмуючою ситуацією) [112].

Л. Г. Смолинський, обстежуючи пацієнтів з вираженими акцентуаціями характеру, дійшов висновку, що в ряді випадків окремі особи цієї групи у момент переживання конфліктних ситуацій реагували на те, що відбувається, подібно до особистостей психопатичного кола.

До основних типів суїцидонебезпечних реакцій, які зустрічаються в акцентуантів, він відносить:

- ✓ реакції егоцентричного переключення;
- ✓ психалгії;
- ✓ реакції переживання негативних інтерперсональних відносин [134].

Проблеми суїцидальної поведінки осіб, що страждають на різні психічні захворювання, відбито в роботах А.М. Понизовського [115], А.Б. Ордянської [100]. Так, А.Б. Ордянська, розглядаючи особливості суїцидальної поведінки у хворих із психічними розладами, зазначала, що нерідко видозмінений профіль особистості впливає на її поведінку і життєву орієнтацію. Нерідко обдарованість контрастує або своєрідно поєднується з життєвою непристосованістю, непрактичністю, інфантильністю у вирішенні елементарних побутових питань. Вибірчий контакт із оточуючими, деяка замкнутість ускладнюють адаптацію таких хворих у мікросоціальних групах, що поглиблює стан відчуженості і підвищує ризик суїцидальної активності [100].

А.М. Понизовський, розглядаючи суїцидальну поведінку хворих на маніакально-депресивний психоз, висуває теорію про суїцид як наслідок особистісної переробки конфліктної ситуації, незважаючи на причини й умови її виникнення, і зазначає, що, визначаючи суїцидальний ризик, необхідно враховувати три основні фактори:

- ✓ характер і структуру психопатологічного стану;

✓ інтегральну систему особистості (що включає її соціальні установки);

✓ ситуаційні впливи [113].

На особливу увагу заслуговують праці, присвячені розробці програм реабілітації і поственції суїцидентів. До їхнього числа належать дослідження Г.А. Скібіної [131], І.С. Лазарашвілі [84], І.В. Полякової [112], Л.Г. Магурдумової [91], Л.І. Постовалової [116], С.В. Кряжева [80], М.Б. Данилової [60], А.Б. Ордянської [100] та ін.

Так, у статті «Тактика ведення суїцидентів у найближчому постсуїцидальному періоді» Г.А. Скібіна зробила спробу визначити завдання й особливості роботи лікаря-психіатра з особами, що зробили спроби самогубства, на різних етапах реабілітації [130]. Проведене дослідження показало, що у практичному плані ця робота починається на першому етапі, коли застосовується комплекс реанімаційних заходів, спрямованих на відновлення життєвих функцій організму в медичних установах. Уже в цей період часто виникають психопатологічні розлади, які належать до компетенції психіатра. Робота продовжується до моменту повного відновлення працездатності, зняття симптомів дратівливої слабкості, нестерпності фізичних і емоційних навантажень. Автор підкреслює, що терапія психічних порушень після суїцидальної спроби повинна проводитися диференційовано, відповідно до клінічної картини постсуїцидальних розладів, типу їхнього плину й етапів відновлювального періоду [130].

Узагальнюючи семирічний досвід роботи кабінетів соціально-психологічної допомоги, Л.Г. Магурдумова виділила такі етапи реадaptaційної роботи:

- 1) збирання інформації про суїцидальні спроби;
- 2) запрошення до кабінету соціально-психологічної допомоги;
- 3) первинний амбулаторний прийом пацієнта;
- 4) аналіз постсуїцидального періоду з акцентуванням уваги на особистісному ставленні суїцидента та його близьких до факту спроби самогубства;
- 5) вибір адекватних методів реабілітації;
- 6) спостереження пацієнтів протягом тривалого часу постсуїцидального періоду;
- 7) психотерапевтична робота з найближчим оточенням суїцидента.

Перевагою реабілітації осіб після суїцидальної спроби в умовах кабінету соціально-психологічної допомоги, як вважає Л.Г. Магурдумова, є можливість багатогранного охоплення пацієнтів на фоні необмеженого часу і без відриву від повсякденного життя [91].

Багатоланкова система суїцидологічної служби, включаючи різні види реабілітаційної допомоги, повинна обов'язково враховувати клінічний статус хворих, їхню особистісну своєрідність і особливості конфліктної ситуації.

Спостереження М.Б. Данилової та А.Б. Ордянської [100] свідчать, що доцільно диференціювати суїцидальну поведінку душевнохворих, що знаходяться в психозі чи ремісії, хворих із граничними розладами і практично здорових осіб у стані короткочасної гострої ситуаційної реакції.

Виходячи з цих положень, слід віддавати перевагу тому чи іншому виду реабілітації. Крім того, реадaptaційна програма повинна включати абсолютно новий підхід до особистості та її навколишнього мікросоціального середовища, спрямований на відновлення позитивного ставлення пацієнта до життя, свого соціального статусу, свого майбутнього.

Цікавою, на наш погляд, стала ідея створення у Москві на базі районного управління внутрішніх справ комплексної суїцидологічної бригади як однієї з ланок у межах єдиної служби. Результати роботи цієї бригади відбито у статті С.В. Кряжева і Л.І. Постовалової «Питання організації комплексного розслідування та поственції суїцидів» [80]. Перед бригадою фахівців поставлено два класи завдань:

1. Вироблення й апробація надійних прийомів і засобів аналізу конкретних суїцидальних акцій.

2. Організація поственції суїцидів.

Групу фахівців склали юристи, судово-медичні експерти, психологи, психіатри, соціологи. Робота бригади включала кілька основних аспектів:

- ✓ кримінально-правовий (з'ясування наявності чи відсутності складу злочину);

- ✓ медичний (підготовка кваліфікованого висновку про причини смерті чи ушкоджень);

- ✓ соціально-психологічний (проведення психологічної аутопсії, тобто уявної реконструкції просуїцидальної мотивації, життєвих обставин і конфліктів, що вплинули на прийняття суїцидального рішення) [80].

Критерієм ефективності суїцидальної поственції є відновлення адаптивних здібностей особистості у різних сферах життєдіяльності (особливо в тій, яка стала причиною дезадаптації особистості), а також відсутність повторних суїцидальних акцій.

У комплексному дослідженні феномена самогубства, розробці профілактичних заходів, зокрема заходів вторинної превенції та реабілітації, особливого значення набуває вивчення причин повторення аутоагресивних дій.

Актуальність цієї проблеми обумовлена зростанням числа суїцидальних спроб у загальній популяції населення значною мірою за рахунок збільшення повторних замахів на самогубство.

Так, дослідник І.С. Лазарашвілі у своїх роботах [84] зазначає, що найбільш суїцидонебезпечним є перший рік після першої спроби, причому ймовірність того, що друга буде «більш успішною», зростає.

При цьому автор указує, що частота рецидивів і їхня серйозність тим вища, чим більша подібність до первинної спроби за її обставинами із завершеним суїцидальним актом. Порівняльний аналіз суїцидальних дій свідчить, що повторні замаху спостерігаються у конфліктних ситуаціях, які визначалися колишньою сферою, хоча сам конфлікт іноді відрізняється структурою і складається з нових невдач і провалів. Важливо підкреслити, що після першої спроби самогубства, коли актуальна ситуація у результаті безпосереднього впливу суїцидальних дій особи змінювалася у сприятливий бік, простежується тенденція до закріплення суїцидальної поведінки як модусу реагування у конфліктній ситуації, з метою змінення сформованих обставин на свою користь.

Найбільш адекватною формою превенції повторних суїцидальних спроб є ведення пацієнтів в умовах кабінетів соціально-психологічної допомоги в найближчому постсуїцидальному періоді і в амбулаторних кабінетах у процесі подальшого спостереження. Для прогнозування рецидиву замахів необхідно враховувати вікові, статеві, соціально-психологічні фактори, досліджувати структуру, гостроту, характер суїцидального конфлікту, ймовірні способи його розв'язання, особливості поведінки у стресогенних ситуаціях, спрямованість соціально-психологічної дезадаптації, мотиваційну сферу особистості, її потреби та наміри, психічний стан і клініку постсуїцидального періоду.

ГЛАВА 7

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТА ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРИЧИН СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

У сучасній суїцидологічній науці все більшого визнання набуває думка, що суїцид є складним біосоціальним феноменом, результатом впливу на індивіда різних психологічних і соціальних факторів. Соціально-психологічний та епідеміологічний аналіз причин суїцидальної поведінки містить у собі декілька достатньо автономних аспектів розгляду.

Суїцид як форма поведінки людини привертає увагу своєю неприродністю. В.Н. Огронович називає цей феномен «страшною біологічною катастрофою, від якої інстинкт самозбереження не може врятувати» [98]. З.Фрейд дає йому назву «інстинкт смерті» і протиставляє суїцидоманію «інстинкту любові».

Найчастіше суїцидальний вчинок є індивідуальним рішенням, підсумком міркувань окремо взятої людини. Однак, як свідчать результати досліджень, проведених багатьма фахівцями, суїцидальний феномен являє собою статистично стійке соціальне явище, поширеність якого має певні закономірності, пов'язані із соціально-економічними, культурно-історичними й етнічними умовами розвитку.

Характерною рисою є той факт, що вибух суїцидальної активності спостерігається в періоди різних соціально-економічних і політичних змін у житті суспільства. У цьому випадку йдеться про соціальні групи чи окремі особистості, що не можуть адаптуватися до корінного змінення способу життя, системи цінностей і критеріїв життєвого успіху. Це положення теоретично обґрунтовує Ю. Александровський у своїй концепції соціально-стресових розладів [7].

Самогубство як реакція на соціально-психологічні фактори, що дезадаптують, існує протягом багатьох століть.

У періоди стабільного соціального стану суспільства кількість суїцидів залишається відносно постійною. Більше того, навіть різновиди здійснення самогубств залишаються настільки стабільними, що їх можна прогнозувати як закономірне явище, породжуване відповідним рівнем організації соціальних явищ. Цю дивну закономірність вперше обґрунтовує у 1894 році бельгійський учений А. Кетле, який вважається засновником моральної статистики. Аналізуючи інформацію про кількість тих, хто повісився, втопився, отруївся, застрелився, вчинив самоспалення, дослідник зазначає, що їхнє число щорічно повторюється з незначною варіацією. Цікаво, що не тільки спосіб самогубства, але і райони, де вони сталися, були відносно постійними. Цей факт свідчить про значущість тих соціально-психологічних факторів, які лежать в основі закономірності існування цього явища [78].

На сьогодні самогубство впевнено посідає четверте місце серед причин смертності населення Землі. Щорічно у світі до шестисот тисяч людей чинять акти аутоагресії, і кількість суїцидентів постійно збільшується.

Відповідно до критеріїв Всесвітньої організації охорони здоров'я соціально-психологічне благополуччя нації знаходиться під загрозою, якщо кількість самогубств перевищує 20 випадків на 100 тисяч населення (рівень суїцидальної активності).

Так, наприклад, у Росії щорічно близько 60 тисяч осіб чинять самогубства. З 1990 до 1994 року кількість суїцидів там зросла з 26,4 до 41,9 осіб на 100 тисяч населення.

Рейтинг суїциду в США залишається відносно стабільним з 50-х років ХХ ст., коливаючись між 10 і 13 випадками на 100 тисяч. Щорічна кількість суїцидів у середньому становила 30 тисяч на рік, відповідно перевищуючи число смертей від убивств.

Рейтинг суїциду у Канаді трохи вищий, ніж у США, – близько 38 тисяч випадків добровільного відходу з життя щороку.

До країн з високим рівнем суїцидальної активності на сьогодні належать:

Латвія – 42,5 суїцидів на 100 тисяч населення;

Литва – 42;

Естонія – 38,2;

Росія – 37,8;

Угорщина – 35,9.

Країни з низьким рейтингом суїцидів представлені:

Гватемалою – 0,5;

Філіппінами – 0,5;

Албанією – 1,4;

Домініканською Республікою – 2,1;

Вірменією – 2,3 [22].

Однак точне порівняння рейтингу суїцидів серед різних країн світу провести важко, тому що офіційна статистика найчастіше недостовірна, а методи сертифікації причин смерті різні – самогубства іноді кваліфікуються як нещасні випадки, а суїцидальні спроби не фіксуються взагалі. Це відбувається тому, що великий відсоток постсуїцидентів відмовляється від медичної допомоги через відсутність ускладнень після суїцидальних дій чи віддає перевагу самолікуванню. Цей факт значно спотворює реальну картину рівня суїцидальної активності в окремо взятій країні, тому що, за різними джерелами, на одне завершене самогубство припадає 7-10 спроб. А суїцидальна спроба, як зазначав ще Е. Дюркгейм, – це цілком така ж дія, але тільки не доведена до кінця [61].

Найбільшу стурбованість викликають навіть не стільки абсолютні показники кількості самогубств, скільки тенденція зростання їх числа в усьому світі. Високий рівень самогубств у багатьох

економічно розвинутих країнах порушує питання про причини виникнення цього явища і пошук оптимальних засобів превенції і профілактики аутоагресії. Розгляд суїцидальної поведінки лише в межах клініко-психологічних досліджень неминуче звужує цей аспект і виявляється явно недостатнім для розуміння всього різмаїття негативних факторів, що лежать в основі його формування.

Суїцид – це не тільки індивідуальна поведінкова реакція, обумовлена психологічними і патопсихологічними особливостями особистості в екстремальних життєвих обставинах.

Суїцидальний феномен є статистично стійким соціальним явищем, що визначається макросоціологічними змінами в житті суспільства. Об'єктивні умови існування цілих соціальних груп поза будь-яким сумнівом впливають на частоту самогубств. Світова суїцидологічна практика підтверджує існування тісної залежності між рівнем суїцидальної активності і такими перемінними, як соціально-економічна нестабільність, політичні перетворення, урбанізація населення, інтенсивність міграційних потоків, порушення звичних життєвих стереотипів під впливом соціальних і політичних змін у житті суспільства, вплив засобів масової інформації, заразливість і колективність самого феномена самогубства, а також значною мірою – послаблення ролі традиційних соціальних інститутів у регламентації взаємин між поколіннями й окремими людьми.

У свою чергу, стабільність інститутів родини, церкви, шлюбу, збереження традиційного способу життя є антисуїцидальними факторами, тому що вони протистоять роз'єднаності між людьми, обмежують безмірне зростання потреб і особистих домагань, визначають упорядкованість життя і зводять до мінімуму кількість соціально-психологічних дезадаптуючих факторів.

Ще на початку ХХ ст. В.Н. Огронович намагалася «відшукати зв'язок між самогубством і соціальними факторами, внаслідок недостатності факторів поза соціальними, які... не вичерпують питання. Чи не є самогубство соціальною недугою, наслідком боротьби за існування, за право на життя в усіх його формах, результатом сумних умов життя сучасного людства? Словом, чи не є самогубство термометром, що показує температуру суспільного тіла? У сучасних самогубствах ми бачимо не ряд розрізнених, довільних, випадкових явищ, нічим не пов'язаних одне з одним, а щось загальне, пов'язане. Хвиля то підвищується, то знижується, залежно від якихось загальних причин» [98, с.52].

Наявність функціональної залежності між динамікою самогубств і соціально-економічними перетвореннями можна проілюструвати на прикладі колишнього СРСР. У недалекому радянському минулому розбіжність між верхньою і нижньою межею в показниках суїцидальної активності у різних регіонах і республіках була значною. Різні темпи економічного розвитку, ступінь стабільності традиційних форм

життєдіяльності істотно впливали на динаміку рівня смертності внаслідок суїцидальної поведінки. Так, у Прибалтійських республіках і Росії зафіксовано максимум частоти самогубств. За даними 1988 року на 100 тисяч жителів було вчинено самогубств:

- у Литві – 26;
- Естонії – 24;
- РРФСР – 24;
- Латвії – 23 [22].

Це були високорозвинуті в економічному відношенні республіки, в яких постійне зростання рівня домагань і потреб могло служити причиною виникнення психологічного підґрунтя для фрустрації у випадку, коли ці потреби не задовольняються.

Найменші суїцидальні показники у Радянському Союзі реєструвалися в республіках Закавказзя – від двох до чотирьох на 100 тисяч жителів і в Середній Азії – від чотирьох до восьми. Низький рівень самогубств у цих республіках був пов'язаний з тим, що там зберігалися досить стійкі національні і релігійні традиції, переважало сільське населення, багатодітність у родинах сприяла вихованню і підтриманню поваги до літніх і старих людей, що в сукупності стримувало зростання кількості самогубств. Антисуїцидальний вплив цих факторів настільки великий, що навіть екологічні катастрофи і національні трагедії (землетрус у Вірменії, вірменські погроми в Нагорному Карабасі), що принесли горе і страждання величезній частині населення, не стали причиною епідемії самогубств; ці республіки, як і раніше, залишилися на останньому місці серед інших республік колишнього СРСР за суїцидальними показниками [22].

Вивчення психологічних наслідків вимушеної зміни місць проживання є однією з актуальних проблем для сучасних соціологів, психологів, клініцистів. Сьогодні міграційні процеси в усьому світі мають тенденцію до різкого збільшення. Цей соціально-політичний фактор багато в чому визначає зростання психічної травматизації і суїцидальної активності серед значної кількості біженців (насамперед з «гарячих точок»), багато з яких побували в ролі заручників, знаходилися в зоні воєнних дій, втратили своїх близьких і помешкання. Вимушене переселення викликає у частини біженців почуття «провини того, хто вижив». Майже в усіх спостерігається порушення соціальних зв'язків, що найчастіше призводить до відчуження, повної соціальної ізоляції, психічних і соматичних порушень, аутоагресивних переживань.

Проведені шведським психологом Ферада-Нолі дослідження у цій сфері показують, що в 50% обстежених біженців (вибірка 149 осіб), які мають досвід важкої психологічної травми, відзначаються різні форми суїцидальних проявів (думки, наміри, спроби) [187]. У Швеції відсоток самогубств серед емігрантів і біженців значно вищий, ніж серед корінного населення країни. Зазначені дослідження, виконані у групах біженців, виявили наявність чіткої кореляції між суїцидами і статусом

емігрантів, незадовільним соціально-економічним станом і відсутністю необхідної психіатричної і психологічної допомоги. Ферада-Нолі звертає увагу, що психіатрична допомога емігрантам у порівнянні з допомогою корінним жителям Швеції, які намагалися покінчити із собою, виявляється меншою мірою, і що кількість емігрантів серед суїцидентів є значно вищою в районах з низькою заробітною платнею.

До соціальних факторів, що супроводжують суїцид, відносять також урбанізацію. У сучасному світі самогубство давно вже вважається міським явищем. Рівень суїцидальної активності досягає критичної точки в містах з високою концентрацією населення, де достатньо розвинуті транспортні засоби і високою є мобільність населення. Це пов'язано з великою кількістю у міському середовищі дезадаптуючих і стресогенних факторів, що є неминучим наслідком динамічного ритму життя громадян. Висока мобільність населення і частота міжособистісних контактів підвищує ймовірність виникнення конфліктних ситуацій, виходом з яких, в окремих випадках, стає суїцидальна поведінка. Однак слід зазначити, що соціальна ізоляція, відчуженість також провокує окремих осіб на аутоагресивні дії.

Так, англійський дослідник П. Сейнсбері встановив статистичні кореляції між частотою самогубств і самотністю, вивчаючи цей феномен у 28 районах Лондона. 27% від усієї кількості проаналізованих суїцидів припадало на частку осіб, що проживали самотньо, поза родиною [201].

Власне, практично всі перераховані соціальні фактори (соціально-економічна нестабільність, політичні перетворення, інтенсивність міграційних потоків і т.ін.), що супроводжують суїциди, з найбільшою силою можуть проявити себе саме в місті.

До вже сказаного варто додати, що саме з містом пов'язують ранній статевий розвиток підлітків, що, без сумніву, є обтяжуючим самогубство фактором. Діти добровільно йдуть з життя через проблеми у родині і відсутність уваги з боку батьків, підлітки – через нещасливу любов, сексуальне насильство. За останні роки в Україні (втім, як і в усьому світі), кількість юнацьких самогубств зросла на 200 %, а в деяких областях – на 300 % [175].

Наслідування і колективність – це ті характеристики суїциду, які прямо пов'язані, з одного боку, з урбанізацією сучасного суспільства, а з іншого – із впливом засобів масової інформації на свідомість людей. Необхідно підкреслити, що заразливий характер суїциду відомий досить давно. Так, наприклад, розкол російської церкви у XVII – XVIII століттях породив масові форми самоспалення і самовтоплення. Хрестоматійним став приклад з історії німецької культури, що оповідає про молодих самогубців, які пішли з життя за прикладом Вертера з твору класика Гете. Влада деяких країн навіть заборонила продаж цієї книги.

Причиною масових самогубств, як відзначає В.Н. Огронович, можуть бути загальні соціальні умови, однакове середовище. І все ж

залишається маса випадків, коли самогубство можна пояснити лише наслідкуванням [98]. У своїй книзі «Роль навіювання в суспільному житті» В.М. Бехтерев наводить багато прикладів навіювання, взаємонавіювання і самонавіювання, які призводять до самогубств. Самознищення в Терновських хуторах у 1896 році, що сталися всупереч здоровому глузду, можуть бути правильно пояснені лише з урахуванням навіювання [33].

Масові самогубства, за яких велика кількість людей убиває себе одночасно, відбуваються не так часто. Однак ці факти є свідченням глибоко соціальних (економічної, політичної, морально-етичної) криз у межах окремої соціальної групи або суспільства в цілому. Наприкінці ХХ ст. світову громадськість схвилювали жахливі факти колективних аутоагресивних дій членів деструктивних політичних і релігійних об'єднань. Ці авторитарні ієрархічні організації є руйнівними щодо природного гармонійного духовного і психофізичного стану окремої особистості, а також щодо творчих традицій і норм, сформованих соціальних структур, культури, порядку і суспільства в цілому. Лідери цих організацій практикують приховане психологічне насильство, що виражається в незаконному контролі над свідомістю, поведінкою і життям інших особистостей. Спеціально використані психологічні методики у більшості випадків спричиняють глибокі зміни у самосвідомості, депресію й інші явища, властиві стану, близькому до самогубства. До найбільш відомих фактів самогубств і загрози самогубств членів тоталітарних сект і деструктивних культів належать:

- ✓ загибель 913 осіб – членів культу Д. Джонса «Народний храм» (Гайана, США, листопад 1978 р.);

- ✓ масові самоспалення adeptів культу Д. Кореша «Гілка Давидова» (Техас, США, квітень 1993 р.);

- ✓ масове самогубство послідовників секти «Біле братство», яке ледь не сталося у Києві восени 1993 р.;

- ✓ самогубства й убивства adeptів «Ордену Храму Сонця», 48 осіб (Швейцарія, жовтень 1994 р.); 16 осіб – французькі Альпи, грудень 1995 р.;

- ✓ епідемія самогубств у Красноярському краї у 1999 році (у підлітків знайдено літературу «Свідків Ієгови»). Подібні секти не закликають своїх adeptів до самогубства, але тривожний фон у психіці виразно створюють;

- ✓ самоспалення й убивство членів релігійної організації «Відновлення десяти заповідей Господніх» (Уганда, березень, 2000 р.).

У доктрині багатьох деструктивних культів ідея самогубства як досягнення певного вищого духовного стану посідає значне місце. Трагедія в Гайані готувалася Джимом Джонсом близько 15 років. Він проголосив себе месією Народного Храму, створивши разом зі своїми послідовниками громаду в джунглях Південної Америки. Самогубство було складовою частиною його філософії, – розповідав один з колишніх членів секти Тім Стоен. Кожний, хто приходив у Народний Храм, не тільки підписував пакт про самогубство, але й неодноразово готував його під керівництвом самого Джонса [171].

Під час масового самогубства, відомого в історії як Джонстаунська різанина, від отруєння ціанідом загинуло 913 осіб, включаючи 276 дітей. Сам Джонс був знайдений мертвим із простреленою головою; проведене розслідування не підтвердило факт його самогубства.

Сьогодні в Україні діє близько 560 громад неорелігійного напрямку [83, с.109]. Багато з них використовують новітні психологічні методики контролю свідомості, що руйнують особистість і можуть призвести до самогубства.

Існуючі деструктивні і тоталітарні секти дотепер розглядалися тільки в релігійному контексті і не були законодавчо визначені. Відповідно до Конституції України церква відокремлена від держави (ст. 35), але при цьому контроль за діяльністю таких організацій, безперечно, повинен здійснюватися саме державними органами, компетентними в цих питаннях.

Психологічні і суїцидологічні служби багатьох країн уважно вивчають усі форми впливу (свідомого і підсвідомого) на психіку людини різного роду інформації для максимального зниження рівня суїцидальної активності серед населення. Так, англійські психологи, проводячи дослідження у цій галузі, звернули увагу на те, що покажчики в метро і підземних переходах «*Виходу немає*» негативно впливають на підсвідомість людини, яка знаходиться у стані стресу або дезадаптації, і можуть стати останньою ланкою, що замикає коло нерозв'язних проблем. Сьогодні в багатьох європейських країнах це позначення замінене на: «*Вихід там*» із вказівкою напрямку руху до виходу.

Ще в 20-х роках ХХ ст. А.Ф. Коні вказував, що серйозним провокатором суїциду може виступити не тільки художнє друковане слово, але і засоби масової інформації, публіцистика, кінематограф, які дають докладний опис способів реалізованих самогубств. Крім того, може стати шкідливим використання недосвідченими психологами і соціологами непродуманих із психологічного погляду питань у тестах і анкетах. Наприклад, «Чи не виникало у Вас бажання в безвихідній ситуації покінчити з життям?» або «Чи часто ви думаєте про смерть?». Такі питання в деяких випадках можуть стати останнім кроком на шляху до прийняття фатального рішення.

У сучасному суспільстві серед молоді 13-19 років поширені так звані «кластерні» самогубства. Надання широкої гласності фактам самогубств відомих людей може послужити поштовхом до суїцидальних дій інших людей. Так, у 1994 році у віці 27 років покінчив із собою соліст американської рок-групи «Нірвана» Kurt Cobain. Ця подія викликала сплеск суїцидальної активності серед американських підлітків. У нашій країні подібним фактом може служити широко обговорювана в пресі смерть соліста групи «Іванушки-International» Ігоря Соріна. Він заподіяв собі смерть, викинувшись з вікна. Результатом активного обговорення цієї гучної історії стали аналогічні самогубства дівчат-підлітків у семи містах України і трьох містах Росії [175].

Суїцидальні дії тисяч наших співгромадян свідчать аж ніяк не про величезну кількість самотійних, незалежно мислячих особистостей, що приймають в екстремальних ситуаціях виважене рішення. Масовість цього явища говорить про перекручування уявлень про справжній сенс людського життя, про те, що в суспільстві є сильними тенденції до наслідування, найчастіше незрілої поведінки. Разом з тим, такого роду соціальна патологія – це сигнал небезпеки, ознака соціального неблагополуччя.

Феномен наслідування став об'єктом дослідження американського вченого Девіда Філіпса [92]. Аналізуючи статистику самогубств у США за 20 років, він переконався, що в перші два місяці після публікації в газетах гучної історії про самогубство у середньому вдавалося до самогубства на 58 осіб більше, ніж в інші періоди, причому ці «додаткові смерті» сталися саме в тих регіонах, де з'являлися публікації.

Крім того, вчений з'ясував: безпосередньо після публікації історій про самогубства число загиблих у авіаційних катастрофах у відповідних регіонах зростало на 100%. Різко зростала і кількість жертв автомобільних аварій. Разючим був такий факт: газетні публікації про самогубців, що вмирали поодинці, викликали різке збільшення саме таких аварій, у яких гинули поодинці; описи ж ситуацій з багатьма жертвами (масові або розширені самогубства) супроводжувалися збільшенням числа катастроф саме з багатьма жертвами.

Зіставивши всі отримані дані, Д. Філіпс дійшов висновку, що всі випадки додаткових смертей були наслідувальними актами аутоагресії. Довідавшись із друку про чиєсь самогубство, деякі вразливі люди робили висновок, що суїцид – це кращий вихід і для них.

Викликає серйозні роздуми праця сучасних авторів Л. Трегубова і Ю. Вагіна «Естетика самогубства» [162]. Маючи безсумнівні переваги інформаційного характеру, ця книга пропонує своєрідну естетизацію суїциду як одного із способів гармонійного закінчення життя. Автори наводять приклади ритуальних форм самогубства, що існують з давніх часів в Індії і Японії; цитують Сенеку (майбутнього самогубця): «Не можна йти з життя під впливом пристрасті, але розум і моральне відчуття повинні підказати, коли самогубство є найкращим виходом». Потім вони намагаються показати, як героїчно виглядає самогубство тих, хто віддає перевагу смерті здобуттю свободи. Незважаючи на оригінальний підхід у розгляді феномена самогубства, не можна погодитися з основною позицією авторів щодо оцінки цього явища в людській культурі.

У той же час у світовій і вітчизняній літературі існують приклади, коли один маленький епізод може додати життєстверджуючої сили всьому твору.

Так, у «Театральному романі» М.А. Булгакова зі знаменитим дослівником «записки небіжчика» є цікавий епізод, з якого починається розділ під назвою «Напад неврастенії»: на головного героя знаходить страх смерті, близький до самого бажання смерті. Несподівана допомога

Серйозним провокатором суїциду у сучасному суспільстві є ослаблення інституту родини. Статистичні дослідження свідчать, що вплив родини на потенційного суїцидента має подвійний характер: в одних випадках вона є джерелом суїцидогенних конфліктів, в інших – виступає фактором, який протидіє реалізації сформованих у індивіда суїцидальних тенденцій.

За даними вітчизняних і зарубіжних авторів, до сімейної сфери належить близько половини всіх зареєстрованих світовою статистикою суїцидальних мотивів. Ослаблення інституту родини обумовлене рядом макросоціологічних, морально-етичних і психологічних факторів:

- ✓ соціально-економічна нестабільність, яка негативно впливає на матеріальний добробут родини;
- ✓ відсутність державної підтримки планування і допомоги молодим матерям і родинам з дітьми;
- ✓ атмосфера бездуховності й аморальності, що панує в суспільстві і є несумісною з поняттями про стійкі сімейні стосунки;
- ✓ вплив засобів масової інформації на формування серед молоді не завжди правильних чи негативних уявлень про родину;
- ✓ криза патріархальних і відродження матріархальних відносин (на рубежі ХХ – ХХІ століть емансиповані жінки часом досягають більш високого соціально-економічного статусу і не потребують підтримки з боку чоловіків, а часто й у створенні родини);
- ✓ падіння рівня народжуваності (через відсутність необхідних матеріальних коштів для нормального утримання дитини чи через безплідність одного з подружжя).

Наслідком ослаблення інституту родини можна вважати порушення родинних зв'язків, недостатність материнської любові до дитини, «синдром відсутності батьківського авторитету» [21], розпад родини, подружні зради, співжиття, хронічні конфлікти між подружжям, напруженість чи навіть ворожість у відносинах між членами родини.

Зрозуміло, вплив родини не вичерпує всього набору суїцидогенних факторів, які лежать в основі аутоагресивної поведінки, однак результати сімейно-етіологічних досліджень, проведених різними фахівцями [21;133;240], показують, що роль цього елемента у механізмі формування суїцидальних тенденцій є досить значною. Основні труднощі полягають у виявленні того, що саме в родині пов'язане з появою в індивіда суїцидальних намірів.

Складність вивчення родин суїцидентів полягає в тому, що їхній поділ на «благополучні» і «неблагополучні» (а значить суїцидонебезпечні) є не завжди досить ефективним.

До «неблагополучних» і «патологічних» родин найчастіше відносять такі, в яких спостерігаються зазначені нижче порушення:

- ✓ часті сварки, скандали;
- ✓ сексуальні дисгармонії;
- ✓ подружні зради;
- ✓ емоційна холодність і прояв агресивності в міжособистісних відносинах;
- ✓ наявність у родині алкоголіків, наркоманів, осіб з асоціальною поведінкою;
- ✓ бездітність;
- ✓ відсутність у родині шлюбної пари [118].

Однак суїцидологічна практика показує, що сама по собі наявність у родині цих аномалій не може служити достатньою підставою для віднесення конкретної родини до розряду суїцидонебезпечних. Аутоагресія може виникнути у тих людей, родини яких не мають видимих ознак аномалій. «Благополучні» родини іноді є такими лише при поверхневому спостереженні: вони можуть містити у собі латентні суїцидогенні фактори, що часом важко розпізнати на тлі зовнішнього благополуччя родини. Іноді інтерпретація тих чи інших типів сімейних взаємин як «аномальних» є вкрай суб'єктивною і значною мірою визначається культурною належністю самого дослідника.

Наприклад, гучні сварки, що виступають атрибутом неблагополучних родин, у певному соціокультурному середовищі не вважаються ганебною формою поведінки. Вербальна нестриманість, бурхливі з'ясування відносин із взаємними звинуваченнями й образами змінюються у таких родинах такими ж бурхливими примиреннями і часто виконують «очисну», «психотерапевтичну» функцію, знімаючи психологічну напруженість між членами родини, виключаючи можливості нагромадження невисловлених образ і виникнення інших негативних реакцій [118].

Ще одним прикладом може бути факт впливу батьківського статусу на суїцидальну активність і світосприймання індивіда. Прийнято вважати, що діти сприяють подружньому і сімейному щастю (особливо жінок) і знижують імовірність самогубства. Однак, емпіричні дані голландських соціологів Я. Веєразінге і Л. Тепперман свідчать, що бездітні пари у сучасному світі іноді не менш щасливі, ніж родини з дітьми (у Нідерландах, США, Домініканській Республіці, Польщі) [214]. Хоча, слід зазначити, що сказане є справедливим лише щодо подружніх пар, які мали можливість вибору. Безплідні пари в середньому менш щасливі і більш схильні до аутоагресії.

Важливим фактором у оцінці рівня суїцидальної активності в суспільстві є екологічна ситуація в тому чи іншому регіоні. Мета соціоекологічного аналізу – з'ясування географічного розподілу самогубств і встановлення суїцидогенних екологічних факторів. Зразком подібного аналізу може служити дослідження М. Хальббакса, який на

прикладі Франції показав, що частота суїцидів є особливо високою у долинах рік, у містах з високою концентрацією населення, де добре розвинуті транспортні засоби і висока мобільність населення [119].

У колишньому Радянському Союзі початок соціоекологічним дослідженням у масштабах окремих регіонів поклали роботи, виконані у 70-х роках ХХ ст. під керівництвом А.Г. Амбрумової, С.В. Бородіна, А.С. Міхліна [14;38]. Ці дослідження зафіксували зв'язок між формуванням суїцидальних тенденцій і зміною життєвого середовища людини, вказавши на необхідність подальшого всебічного вивчення дії соціоекологічного впливу на організм людини, на розвиток її психіки й у цілому на процеси соціальної і соціально-психологічної адаптації. На рівні соціоекологічного аналізу одиницями опису виступають великі соціальні групи, відносно яких визначаються суїцидальні показники.

Сьогодні в Україні динаміка рівня смертності внаслідок аутоагресивної поведінки серед різних регіонів країни свідчить про те, що цей показник є істотно вищим у розвинутих промислових областях і Чорнобильській зоні, тобто в центрах, які відрізняються гостротою екологічних проблем. Наводячи статистичні дані, зазначимо, що серед людей, які постраждали у результаті аварії на Чорнобильській АЕС, кожний десятий померлий – самогубець [175]. Результати обстеження учасників ліквідації аварії на ЧАЕС, проведеного Н.В. Тарабріною, О.О. Лазебною, М.Є. Зеленовою [142], доводять наявність симптому «втрати життєвої перспективи» у 71% опитаних респондентів. Дані суїцидології вказують на високий кореляційний зв'язок між «почуттям безнадійності», «неможливістю зазирнути в майбутнє» і суїцидальним ризиком. Діти, що пережили аварію на ЧАЕС, воліють не згадувати про події майбутнього, називаючи тільки одну-дві події найближчого місяця чи року; вони недовірливі, замкнуті, часто песимістично налаштовані на майбутнє життя.

Техногенний вплив на середовище мешкання людини, природу, високий рівень забруднення атмосфери і водних ресурсів шкідливими викидами, перенасиченість підприємствами важкої промисловості є серйозними причинами високого рівня соматичної захворюваності серед населення і психічних розладів; і, як наслідок, – зростання рівня суїцидальної активності.

Сторіччя тому колишній СРСР посідав одне з останніх місць серед європейських держав за рівнем самогубств: у ньому заподіювались три самогубства на 100 тисяч жителів [22]. За кілька десятиліть частота самогубств значно збільшилася, і СРСР впевнено обігнав за цим показником інші країни. Безумовно, основними факторами безпрецедентного зростання суїцидальної активності стали політичні і соціально-економічні зміни в житті суспільства.

У радянську епоху старий світ був майже повністю зруйнований; знищувалися цілі класи і стани: дворяни, духовенство, чернецтво, інтелігенція, купецтво, заможні селяни. Разом із храмами знищувалася і

християнська мораль. У новому суспільстві інтереси особистості і саме людське життя повністю поглиналися інтересами держави.

У такі історичні періоди різкої соціальної деструкції можуть виникати дійсні епідемії самогубств, жертвами яких стають найменш соціально захищені прошарки суспільства. Наприклад, у США рейтинг суїциду досяг критичної точки під час Великої Депресії 30-х років ХХ ст., коли безробіття стало масовим явищем і багато тисяч американських громадян утратили свій соціальний статус, опинившись за межею бідності [17]. Іноді люди вбивають себе на знак протесту проти сваволі уряду, а також через небажання підкорятися існуючим у суспільстві законам.

Сучасна Україна входить до групи країн з високим рівнем суїцидальної активності. І можна вважати очевидним те, що сплеск аутоагресії, як і інших форм деструктивної й аутодеструктивної поведінки (злочинна і протиправна діяльність, алкоголізм, наркоманія), відбувається на тлі політичної і соціально-економічної нестабільності.

До важливих політичних змін останніх десятиліть можна віднести розвал однополярної системи мислення, появу багатопартійності, демократизацію суспільства, інформаційний «вибух». До середини 90-х років ХХ ст. Україна не мала затвердженого правового статусу як незалежна держава, живучи за старою радянською Конституцією і багатьма правовими документами (Кримінальний кодекс, Кримінально-процесуальний кодекс та ін.). Після розвалу СРСР сталося порушення традиційних політичних і економічних зв'язків між Україною і колишніми республіками. Процес заміни командно-адміністративної системи ринковими відносинами став складним психологічним бар'єром для багатьох громадян, тому що суспільна свідомість формувалася в умовах регульованого державою виробництва і споживання. На зміну «утриманським» настроям прийшли закони ринкової конкуренції і боротьби за виживання. З'явився новий тип особистості – завзятий, ініціативний, який орієнтується на власні сили. Однак не всі змогли перебудуватися як психологічно, так і морально. Катастрофа ідеологічних підвалин, стереотипів поведінки, руйнування світогляду особливо болісно була сприйнята середнім і старшим поколінням.

Відсутність єдиної державної ідеології, невизначеність моральних орієнтирів призвели до духовної кризи. Підсилюється роз'єднаність між поколіннями. Молодь почуває себе ошуканою, старше покоління – скривдженим і ображеним.

Зі здобуттям Україною незалежності у 1991 році прискорюється соціально-економічна криза, відбувається падіння темпів суспільного виробництва і зниження життєвого рівня населення (насамперед найменш захищених категорій громадян: пенсіонерів, інвалідів, хронічно хворих). Знецінення і «заморожування» багаторічних грошових внесків рядових громадян, зростання інфляційних процесів призводять до масового зубожіння населення. Відбувається руйнування соціальної інфраструктури. У зв'язку із закриттям підприємств і галузей промисловості «вимирають»

цілі регіони. Наслідком стає явне і приховане безробіття. У 90-ті роки ХХ ст. в країні починаються масові міграційні процеси. Громадяни виїжджають на постійне місце проживання і сезонні роботи до США, Ізраїлю, Німеччини, Туреччини, Польщі, Росії та ін. країн. Виникає гостра проблема подолання злочинів сталінської епохи у сфері національної політики: тисячі біженців повертаються до Криму, вимагаючи економічного перерозподілу власності і політичного вирішення питання про створення своєї національно-територіальної автономії, аж до відокремлення від України. Сьогодні у Криму близько 400 тисяч біженців; мають офіційне громадянство – 40 тисяч. Кримське питання залишається неврегульованим як у правовому, так і у політичному аспекті.

Підбиваючи підсумки розгляду існуючих підходів до феномена самогубства, зазначимо:

1. Стратегію сучасних суїцидологічних досліджень обумовлено, насамперед, вимогами практики і вона складається з декількох основних напрямів: накопичення наукової інформації про природу аутоагресії й ефективності кризової превенції; розробка впливових схем профілактики з урахуванням всього розмаїття культурних і соціально-економічних структур країн світу; організація заходів для роботи з групами осіб з підвищеною суїцидальною активністю; удосконалення діяльності соціально-психологічних служб.

2. Первинна суїцидологічна превенція повинна бути завданням не тільки спеціально створеної служби, але і широкомасштабних соціально-психологічних програм, метою яких є вплив на весь комплекс суїцидогенних факторів сучасного суспільства.

3. Суїцидологічна кризова превенція припускає активне втручання суїцидолога, психотерапевта, працівника соціально-психологічної служби в когнітивну й емоційну сферу потенційного суїцидента з метою купірування станів психологічної кризи шляхом корекції неадаптивних шаблонів мислення. Це дозволить індивіду переживати життєві кризи і суїцидально небезпечні ситуації без особистісного «зламування».

4. Поственція покликана вирішувати більш локальні завдання:

- ✓ надання реабілітаційної допомоги самому самогубцю;
- ✓ надання психологічної підтримки найближчому соціальному оточенню особи, яка скоїла акт аутоагресії;
- ✓ запобігання повторній суїцидальній спробі.

5. Аналіз особливостей масової психології дозволяє виділити важливі фактори, які визначають динаміку суїцидальної активності громадян. До таких належать:

- ✓ зниження життєвого рівня великої кількості громадян України;
- ✓ скорочення системи соціальних гарантій;
- ✓ безперспективність істотного поліпшення життєвого рівня тільки завдяки чесній і сумлінній праці;
- ✓ ослаблення соціальних інститутів;
- ✓ руйнування традиційних форм життя.

Сьогодні Україна входить до групи країн з високим рівнем суїцидальної активності (понад 32,4 випадків самогубств на 100 тисяч населення). Найбільш благополучна картина складається в західних регіонах країни – Львівській, Тернопільській, Івано-Франківській областях (у середньому 13,4 на 100 тисяч населення). Відносно стійкий суїцидальний бар'єр у цій популяції обумовлений сильними релігійними традиціями, меншою щільністю населення в цих областях у порівнянні з південно-східною частиною країни, а також менш «хворобливою» адаптацією населення Західної України до нових економічних умов.

Проблема самогубства заслуговує на серйозну увагу і вимагає проведення комплексних досліджень у цій галузі. Однак слід констатувати той факт, що суїцидологічної служби в Україні не існує, фахівців даного профілю недостатньо, а їхня підготовка не завжди відповідає сучасним знанням у цій сфері.

Впровадження сучасних форм і методів профілактики аутоагресії у кризових стаціонарах шляхом амбулаторної допомоги, патронажу, психологічного консультування, створення «Телефонів Довіри» дотепер не набуло масштабів державної програми і багато в чому залишається справою ентузіастів. Держава цікавиться обставинами життя і смерті своїх громадян здебільшого лише формально.

Велика частина постсуїцидентів знаходиться в лікарні до поліпшення тільки фізичного здоров'я, не проходячи необхідної психологічної реабілітації. Але ж саме ці люди неодноразово роблять повторні спроби, що, як правило, закінчуються летальними наслідками. На Заході кожна спроба самогубства дорого коштує державі і суспільству – на психологічну реабілітацію і відновлення здоров'я витрачається 6-7 тисяч доларів.

Звичайно, ті медико-психологічні і реабілітаційні служби, що існують сьогодні в Україні, не можуть кардинально вплинути на усунення глобальних причин самогубства, тому що вони соціальні за своєю природою і відбивають дефекти суспільного устрою, багатого на різні форми соціальних відхилень. Проте активна діяльність суїцидологів та інших фахівців, спрямована на виявлення суїцидонебезпечного контингенту, профілактику аутоагресивної поведінки, буде вважатися немарною навіть у разі порятунку одного життя зі ста.

РОЗДІЛ ІІІ
АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА ПЕРСОНАЛУ
МНС УКРАЇНИ:
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ
ВИНИКНЕННЯ, ДІАГНОСТИКА ТА ПРОФІЛАКТИКА
(В СХЕМАХ І ТАБЛИЦЯХ)



СТРЕСОГЕННІСТЬ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЙ

Екстремальні ситуації розрізняються за рівнем своєї стресогенності. Вивчаючи вплив стресу на фізичне здоров'я людей, американські вчені диференціювали різні життєві ситуації залежно від рівня їх стресогенності

| Подія | Величина | Подія | Величина |
|---|----------|---|----------|
| Смерть чоловіка/жінки | 100 | Залишення сином/дочкою батьківського дому | 29 |
| Шлюботорозлучний процес | 73 | Сварка з рідними дружини | 29 |
| Фактичне розлучення | 65 | Видатне особисте досягнення | 28 |
| Перебування в місцях позбавлення волі | 63 | Втрата одним із подружжя роботи | 26 |
| Смерть близького друга сім'ї | 63 | Вступ до школи/закінчення школи | 26 |
| Хвороба або поранення | 53 | Зміна умов життя | 25 |
| Весілля | 50 | Зміна звичок | 24 |
| Звільнення з роботи | 47 | Конфлікт з начальством | 23 |
| Повернення до подружжя | 45 | Зміна графіку роботи | 20 |
| Вихід на пенсію | 45 | Зміна місця проживання | 20 |
| Зміна стану здоров'я члена сім'ї | 44 | Зміна школи | 20 |
| Вагітність | 40 | Зміна звичних форм проведення вільного часу | 19 |
| Проблеми в сексуальній сфері | 39 | Зміни в церковній діяльності | 19 |
| Поява нового члена сім'ї | 39 | Зміни в громадській діяльності | 18 |
| Зміни у сфері бізнесу | 39 | Наявність застави на суму менше 10000 \$ | 17 |
| Зміна рівня добробуту | 38 | Зміна режиму сну | 16 |
| Смерть близького друга | 37 | Зміна кількості членів сімейної «ради» | 15 |
| Зміна профілю роботи | 36 | Зміна звичного режиму харчування | 15 |
| Погіршення стосунків з подружжям | 35 | Відпустка | 13 |
| Наявність застави на суму більше 10000 \$ | 31 | Різдвяні свята | 12 |
| Позбавлення права викупу застави або позики | 30 | Незначне порушення закону | 11 |
| Зміни обсягу обов'язків на роботі | 29 | | |

ОЗНАКИ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ, ПОВ'ЯЗАНІ З ПЕРЕНЕСЕНИМ СТРЕСОВИМ ВПЛИВОМ

зниження інтелектуальної результативності
(розумової працездатності)

нав'язливі ідеї
самозвинувачення, суїцидальні
думки і висловлювання

виражена
тривожність
(неспокій)

замкнутість

похмурий, сумно-
зловливий,
депресивний настрій

агресивні або
пасивно-
неприятні
реакції на
широке коло
подразників



розвиток
(загострення)
соматичних
захворювань на фоні
астенічних або
депресивних явищ

конфліктність,
порушення
соціальної
адаптації (навіть в
умовах звичного
соціального
середовища)

вегето-судинні
порушення

порушення сну (утруднене засинання, страхітливі
сновидіння з переважанням тематики пережитого
стресового впливу)

РІЗНОМАНІТНІ ОЗНАКИ ФІЗІОЛОГІЧНОГО І ПАТОЛОГІЧНОГО АФЕКТІВ

Афект (від лат. "affectus" – чинити, згідно з почуттям) – надзвичайне нервово-психічне збудження, яке раптово виникає в гострій конфліктній ситуації та проявляється у тимчасовій дезорганізації свідомості та у надмірній активізації імпульсивних дій.

ФІЗІОЛОГІЧНИЙ АФЕКТ

- ✓ Висока інтенсивність збудження.
- ✓ Відповідність причині, яка викликала цей стан.
- ✓ Значна дезорганізація свідомості («звуження свідомості»).
- ✓ Нестриманість у діях.
- ✓ Незв'язність асоціативних ідей, домінування одного уявлення.
- ✓ Зберігання окремих спогадів.



ПАТОЛОГІЧНИЙ АФЕКТ

- ✓ Надінтенсивність перенапруження.
- ✓ Невідповідність причині, яка викликала цей стан.
- ✓ Повна дезорганізація свідомості, запаморочення.
- ✓ Повна втрата здатності усвідомлювати свої дії.
- ✓ Хаотичне нагромадження ідей.
- ✓ Амнезія.

ТИПИ ПАТОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРІВ, ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ ЯКИХ СТРАЖДАЄ САМА ЛЮДИНА АБО ТІ, ХТО ЇЇ ОТОЧУЄ

шизоїдний тип – характеризується внутрішньою відірваністю від зовнішнього світу, відсутністю внутрішньої послідовності в усій психіці. Шизоїд ігнорує те, що не відповідає його уявленням, свої вимоги будує незалежно від реальності, у нього своя логіка, і це позначається на його мисленні, яке має індивідуальний, іноді дуже оригінальний характер; він замкнутий, дратівливий, уникає спілкування.

гіпертимний тип – спостерігається підвищена активність, енергійність, яка направлена часто на неадекватні цілі (алкоголізм, наркотики, сексуальні зв'язки, хуліганство і т.п.); люди такого типу не виконують обіцянки, їх інтереси поверхні, нестійкі, вони терпіти не можуть критики, зауважень, у них немає межі між дозволеним і недозволеним.

психастенічний тип – характерна крайня нерішучість, боязливість, постійна схильність до сумнівів. Психастеніків мучить страх за себе, за рідних. Для зменшення тривоги та страхів вони піддаються загальноприйнятим забобонам, виробляють свої прикмети та ритуали дій для «захисту себе від лих».

епілептоїдний тип - характерна надзвичайна дратівливість, нетерпимість до думки оточуючих, у сім'ї часто тирані, легко впадають у гнів, виражаючи його в лайливих словах, рукоприкладстві, при цьому часто втрачають контроль за власними діями до повної неосудності.

**ТИПИ ПАТОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРІВ,
ВІД ОСОБЛИВОСТЕЙ ЯКИХ СТРАЖДАЄ САМА ЛЮДИНА АБО ОТОЧУЮЧІ (продовження)**

істероїдний тип – характерне прагнення будь-що звернути на себе увагу, досягти свого будь-якими засобами (омана, демонстративні сцени, зомління, паралічі, хвороби і т. п.).

конформний тип – характерне прагнення наслідувати інших, «бути як всі», опанувати стандарти поведінки, поглядів, думок, притаманних даній соціальній групі, не маючи власної позиції.

параноїдний тип – характерне «застрявання» якихось почуттів, думок, ідей («манія ревнощів», «манія переслідування» і т.п.), помисливість, підозрілість, злопам'ятність, фанатизм.

циклоїдний тип – характеризується багаторазовою зміною періодів розквіту сил і періодів депресії. Часті зміни душевних станів стомлюють людину, роблять її поведінку мало передбачуваною, протирічною.

сензитивний тип – характерне постійне зниження настрою, люди такого типу в усьому бачать тільки сумні сторони, життя здається обтяжливим, невартим, швидко втомлюються фізично, залишаючись наодинці, часто проймаються зневірою.

ВІЗУАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ФАКТИЧНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ЛЮДИНИ ЗА ЇЇ ЗОВНІШНІМИ ПРОЯВАМИ

| | |
|--|---|
| Усвідомлення своєї сили (упевненості в собі) | <p>Стабільна пряма поза, доповнена виставленим підборіддям, руки при цьому можуть бути зціплені за спиною, розташовані на стегнах («підбоченившись»), засунуті в кишені при висунутих великих пальцях зовні, активно демонструється тильний бік кистей, у той час як великі пальці поміщаються за пояс. Руки іноді закладаються за голову або з'єднуються кінцями пальців при розведенні долонь. Очі часто майже прикриті повіками, так що дивитися доводиться, відкинувши назад голову. Посмішка з ледве опущеними бровами. Рішучість і лаконічність мовлення. Скупість у передачі ділової інформації під час встановлення контакту.</p> |
| Усвідомлення своєї слабкості (відсутність упевненості в собі) | <p>Надмірна жестикуляція, а також закладання рук за спину із захопленням однією рукою зап'ястя іншої; прагнення спертися на щось або притулитися до чого-небудь. Посмішка у поєднанні з піднесеними бровами. Сумніви в підборі слів і переривчасте мовлення. Поспішність у поданні інформації, а також схильність ґрунтовно і докладно аргументувати свої слова. Метушливість.</p> |
| Воля до опору | <p>Середня гучність голосу, твердий холодний тон, чітка артикуляція, повільний темп і ритмічний плин мовлення, точна дикція.</p> |
| Внутрішнє напруження | <p>Скутість у позах і рухах, прагнення спертися або притулитись до чого-небудь, схрещені ноги у позі сидячи. Міцно зціплені між собою руки, надмірно часте збивання попелу з підпаленої сигарети. Зміна тембру голосу, форсування звуку, раптові спазми гортані, скрипіння зубами, заїкання, регіт, який не відповідає моменту, постійне переривання мовлення інших. Збільшення числа шаблонних фраз, які висловлюються швидше, ніж звичайно, зневажання мовленнєвими паузами, використання в мовленні слів з пестливими та зменшувальними суфіксами.</p> |
| Нервозність і невпевненість | <p>Метушливість, часта зміна пози, надмірна жестикуляція, покусання нігтів, відкидання волосся з лоба, посилена міміка рота, закушування губ. Високий і пронизливий голос, швидке мовлення, «висловлення думок вголос». Спітніння.</p> |
| Поганий настрій (негативні емоції) | <p>Хода з волочінням ніг, помітно звужені зіниці, погляд спрямований на землю. Пускання диму від сигарети вниз, уповільнене мовлення, похмура мовчаність, роздратований голос. Причіпки до абсолютно необразливих слів і провокування на сварку, ворожість, неконтактність.</p> |

ПОЗИЦІЯ ЛЮДИНИ, У СТРУКТУРІ ОСОБИСТОСТІ ЯКОЇ ПЕРЕВАЖАЄ АЛКОГОЛЬНА ЗАЛЕЖНІСТЬ

домінування потреби в алкоголізації і відповідних їй мотивів поведінки

сприйняття ступеня своєї алкогольної залежності з позиції суспільних норм

сформовані спеціальні механізми особистісного захисту (я не алкоголік, я такий, як усі; пити – це норма тощо; відмова від обговорення алкогольної теми)



ступінь потягу до алкоголю

уявлення про самого себе

алкогольна настанова (**пізнавальний компонент**: сформовані відчуття, погляди, чуттєвий досвід; **емоційний компонент**: особистісне ставлення до вживання спиртного, почуття правоти, підйом настрою; **поведінковий компонент**: налагодження контакту з іншими «початківцями» алкоголіками, їх повна підтримка, ритуалізованість поведінки)

ОСОБИСТІСНІ ЗМІНИ ПРИ АЛКОГОЛІЗМІ

Духовне життя відходить на задній план, набуває показного характеру (безцільні розмови, резонерство, бажання зовнішньо триматися на висоті становища). Емоційність підвищується у сфері споживчих, егоїстичних спрямувань особистості

У тверезому стані важко задовольнити емоційні потреби, досягти спокою, виразити своє ставлення до оточуючих. Це можливо лише в стані сп'яніння

Розвивається споживацьке, утриманське ставлення до життя



Психофізіологічні процеси (сон, харчування, відпочинок, досягнення стану комфорту) стають залежними від надходження в організм алкоголю

У духовному житті починає переважати суб'єктивізм і послаблюється почуття реальності

Втрачається цінність будь-якого виду діяльності, крім мотивів досягнення стану сп'яніння, які визначають весь спосіб життя людини. Така людина прагне не просто до спілкування, а до спілкування у стані сп'яніння.

СПЕЦИФІЧНІ ПОВЕДІНКОВІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ АЛКОГОЛІЗМУ



- Ў постійний і нестримний потяг до спиртного;
- Ў прагнення бути з іншими людьми, бажання бути «як усі»;
- Ў яскраво виражене наслідування інших;
- Ў заздрість, егоїзм: «Вони (інші люди, які не страждають на алкоголізм) п'ють, а мені не можна?»;
- Ў заборона пити сприймається як крах всього життя;
- Ў розуміння пиття як загальноприйнятої норми;
- Ў сформований тип самоствердження через алкоголізм;
- Ў стан сп'яніння дає відчуття повноти життя, а поза його - життя втрачає сенс;
- Ў вживання спиртного як захисна реакція від фрустрації: страшно залишатися наодинці з собою у тверезому стані;
- Ў звичка до вживання (якщо не випив – щось не завершив; почуття незручності без спиртного);
- Ў почуття особистого обов'язку перед друзями по пляшці;
- Ў інші способи досягнення психологічного комфорту, як правило, не апробовані;
- Ў адаптація сексуальної сфери до вживання алкоголю;
- Ў тиск референтної групи, яка санкціонує вживання спиртного;
- Ў байдуже ставлення до себе.

ВІЗУАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЛЮДИНИ, ЯКА ПЕРЕБУВАЄ У СТАНІ АЛКОГОЛЬНОГО СП'ЯНІННЯ

Стан алкогольного сп'яніння часто створює передумови для скоєння людиною акта аутоагресії. В стані алкогольного сп'яніння знижується рівень критичності та самоконтролю, змінюється характер сприйняття інших осіб і мовленнєвих повідомлень, нерідко підвищується ступінь імпульсивності, нестриманості, агресивності.

Легка стадія сп'яніння. У стані легкого сп'яніння людині властиві ейфорія, підвищення самооцінки та рівня претензій, послаблення критичності та концентрації уваги, підвищена самовпевненість, образливість. Рухи активізуються. Спостерігається гіперемія, яка нерідко веде до зміни кольору обличчя (почервоніння). Людина в цьому стані переоцінює свої фізичні та інтелектуальні можливості.

Середня стадія сп'яніння. За вираженого алкогольного сп'яніння втрачається відчуття міри щодо оточуючих, проявляються інстинкти. Реакції на зовнішні подразники набувають явної афективної забарвленості. Незначні факти можуть викликати гнів, лють. Втрачається зв'язність мислення, порушуються рухові реакції, спостерігається помітна хитлива хода, знижується больова чутливість, значно знижується спроможність до просторової орієнтації.

Тяжкий ступінь сп'яніння характеризується посиленням гальмівної дії алкоголю на нервову систему. Порушується орієнтація в оточуючому просторі. Спостерігаються серйозні ускладнення рухів, схильність до млявості, сонливості, різко знижується больова чутливість. Порушуються вегето-судинні функції, що виражається у підвищеному слиновиділенні, блюванні, посиленні діурезу. Пригнічення нервової системи посилюється, і в подальшому настає сон.

ВІЗУАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЛЮДИНИ, ЯКА ЗНАХОДИТЬСЯ В СТАНІ НАРКОТИЧНОГО СП'ЯНІННЯ

НЕПРЯМІ ОЗНАКИ

- Виглядає старшою своїх років, з сухою, млявою, покритою передчасними зморшками або пастозною шкірою, тьмяним, ламким волоссям. У разі зловживання ефедрю волосся на голові скуйовджене, сплутане, «стоїть дибки». Нігті ламкі, обламуються шарами (особливо в опіоманів). У багатьох немає зубів.
- Зловживання опіатами та ефедрином призводить до втрати маси тіла до 7-15 кг і більше.
- На тілі є сліди ін'єкцій у м'язи частіше по ходу вен (в області ліктювих згинів, на передпліччях, тильного боку кистей, стоп, на шиї і навіть мошонці). Вени згрубілі, пальпуються як товсті жгути, помітні пігментовані темні «доріжки» вен зі слідами свіжих і застарілих ін'єкцій. На шкірі з'являється множинний гнійничковий сип, який залишає після себе пігментні плями. Запалення, що виникає в місцях ін'єкцій, залишає грубі рубці після розітнутих гнійників.

ЗАГАЛЬНІ ОЗНАКИ

- Зовнішній вигляд і поведінка нагадують стан алкогольного сп'яніння.
- Виникає звуження, викривлення або затьмарення свідомості.
- Безпричинна веселість, сміхотливість, балакучість, злобність, агресивність, які у більшості не відповідають даній ситуації.
- Підвищена жестикуляція, надмірність рухів, непосидючість або ж, навпаки, нерухомість, млявість, розслабленість, потяг до спокою.
- Зміна координації рухів: порушення їх розмірності (розмашистість, різкість, неточність), хиткість ходи, похитування тулуба навіть у положенні сидячи (особливо при заплющених очах).
- Порушення почерку.
- Зміна кольору зору шкіряних покривів.
- Підвищення слиновиділення або, навпаки, сухість у роті, сухість губ.
- Прискорення мови, підкреслена виразність або ж уповільненість, нерозбірливість, нечіткість мови («каша у роті»).

ВІЗУАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ОСІБ З ПСИХІЧНИМИ АНОМАЛІЯМИ

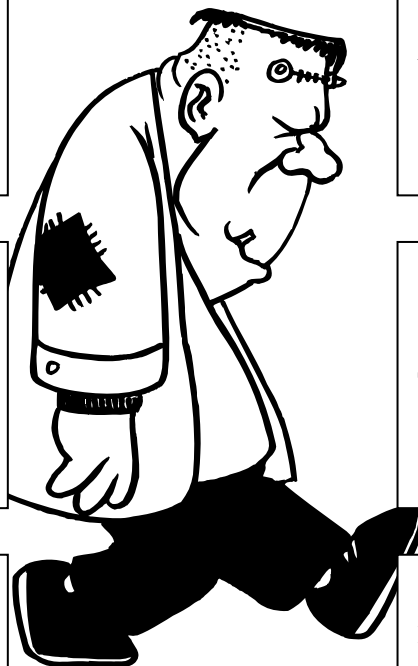
| | |
|--|---|
| <p>Шизофренія параноїдального типу</p> | <p>Стан хворих характеризується розладом інтелектуальної діяльності, неможливістю зібрати свої думки для послідовного викладу прохання, пропозиції, зауваження. Такі люди складають враження неуважних, безтолкових, захоплених своїми переживаннями. Частково або більшою мірою втрачений зв'язок з реальністю. Параноїдальне марення у хворих формується на ґрунті реальних подій, тому вони можуть повідомляти і реальні факти. Особливо небезпечні галюцинаторні прояви у хворого. Під впливом вербальних наказів «голосів» хворий може скоїти небезпечний вчинок (убивство, зґвалтування, самогубство та ін.) Об'єктивно галюцинації проявляються в тому, що хворий постійно до чогось прислухається, уважно дивиться в одному напрямку, щось сам собі шепоче.</p> |
| <p>Маніакально – депресивний психоз</p> | <p>У маніакальній фазі стан хворого характеризується необґрунтовано підвищеним настроєм, оптимізмом, прискоренням мислення та надмірною активністю. Депресія проявляється у вигляді пониження настрою, суму, втрати інтересу до діяльності, самозвинувачень, втрати зв'язку з реальним світом. Часто розвиваються суїцидальні думки. Часті демонстративні спроби самогубства.</p> |
| <p>Епілепсія</p> | <p>У стані «приголомшення» хворий не представляє небезпеки для оточуючих. За запамороченої свідомості хворі можуть втікати або від'їжджати, скоювати підпали та інші агресивні дії (убивства, тяжкі тілесні ушкодження і т.п.). У паморочному стані хворий не орієнтується в оточуючому, відповідає неадекватно на поставлене питання, хоча зовнішньо поведінка має так би мовити цілеспрямований характер.</p> |
| <p>Олігофренія у стадії дебільності</p> | <p>Хворого відрізняє незрілість суджень і одноманітність мовлення, недоступність абстрактних понять, мала кмітливість. У нього утруднена адаптація до соціального середовища та трудової діяльності.</p> |
| <p>Психопатія</p> | <p>З точки зору сучасного розпізнавання небезпеки становлять інтерес збудливий, істеричний і мозаїчний типи психопатії. Збудливий психопат характеризується вибуховістю, психічною напруженістю, владністю, підозрілістю, неуживчивістю, злопам'ятністю та образливістю. За істеричної психопатії хворі у стані емоційного збудження схильні до агресії або суїцидальних спроб. У випадку мозаїчної психопатії хворі, зустрічаючи труднощі, проявляють гнів, роздратованість, імпульсивність.</p> |

РЕКОМЕНДАЦІ ПРАКТИЧНИМ ПСИХОЛОГАМ МНС УКРАЇНИ ЩОДО ДІЙ У ВІДНОШЕННІ ДО ДУШЕВНОХВОРИХ ЛЮДЕЙ

1. Стримуйте емоції хворого до прибуття медичної допомоги, за необхідності доставте його в лікарню, особливо, коли людина агресивна або потенційно агресивна.

2. Опитайте, якщо є можливість, рідних та близьких про протікання, загострення хвороби раніше.

3. Слідкуйте за своїм станом. Ваш емоційний настрій, відсутність остраху ексцентричної поведінки шизофреніка, спокій справляють позитивний вплив на хворого.



4. Виведіть оточуючих, друзів або рідних, якщо вони дратують хворого.

5. Спробуйте вступити в контакт (бесіду) з душевнохворим. Розпитайте його про переживання, голоси, які він чує, почуття.

6. Заздалегідь повідомляйте хворому про намір зробити який-небудь рух та уникайте несподіваних дій, бо він може неправильно тлумачити вашу поведінку і поведися агресивно щодо Вас.

7. Не повертайтеся до хворого спиною, необхідно постійно тримати його в полі зору.

82 РЕКОМЕНДАЦІ ПРАКТИЧНИМ ПСИХОЛОГАМ МНС УКРАЇНИ ЩОДО ВСТАНОВЛЕННЯ КОНТАКТУ З ДУШЕВНОХВОРОЮ ЛЮДИНОЮ

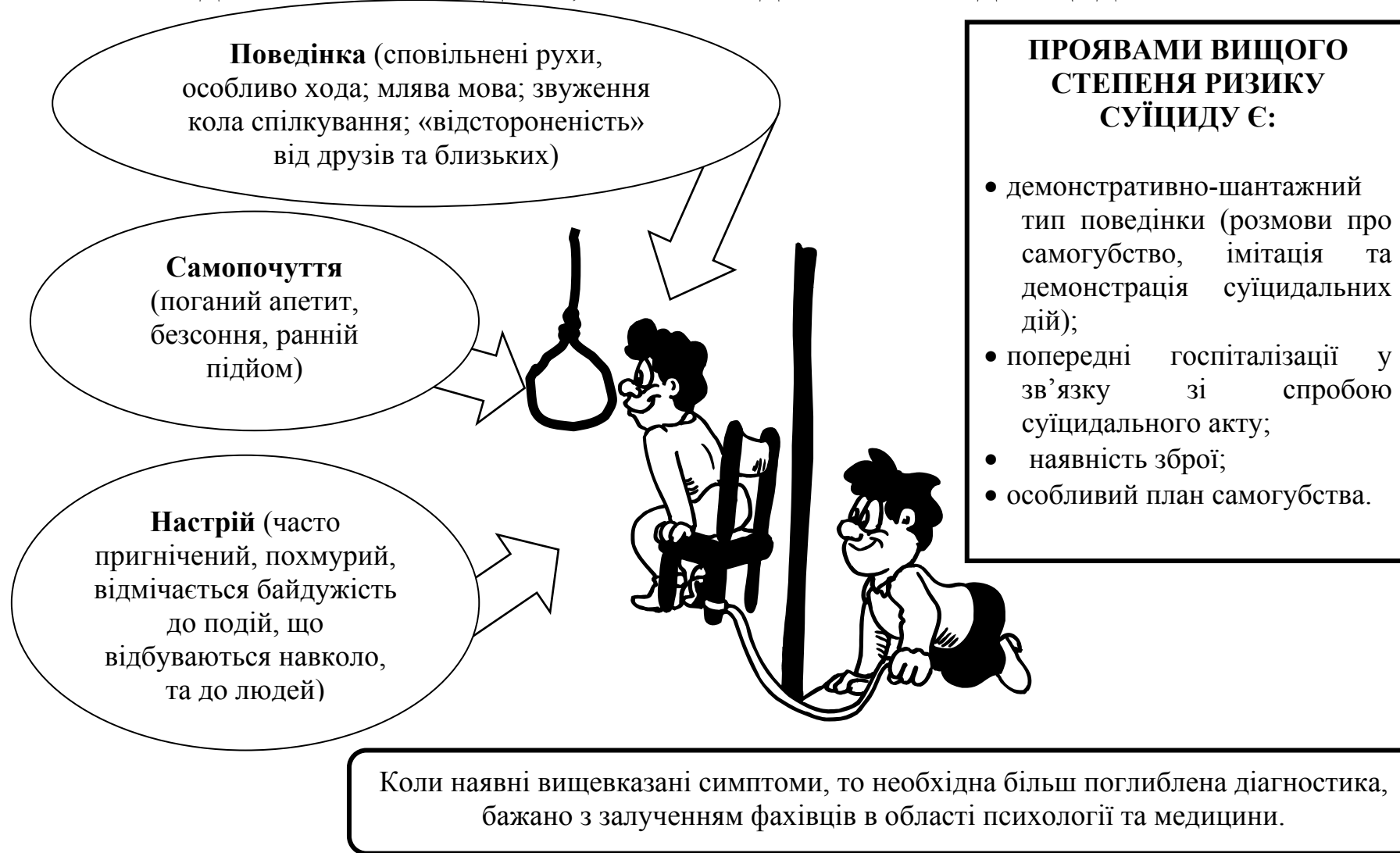
Не заперечуйте маренням, бо це може викликати агресію, насилля щодо Вас.



Не йдіть на поводу у хворого, бо можете опинитися в заплутаній ситуації (якщо Ви погодитесь з тим, наприклад, що через півгодини з'явиться президент або прем'єр-міністр і забере хворого з собою, то потім Вам буде важко пояснити, чому він повинен піти з Вами в лікарню).

Необхідно вибрати проміжний варіант – визнати реальність того, що відбувається з хворим, але дати йому зрозуміти, що Ви вважаєте це лише його відчуттями. Можна спробувати виставити себе як прибічника хворого в тій боротьбі, яку він, на його думку, веде. Можливий варіант висловлювання:
«Звичайно, Ви дуже налякані, але поки я тут, Ви у безпеці».

ВІЗУАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЛЮДИНИ, ЯКА ЗНАХОДИТЬСЯ В ПРЕДСУЇЦИДАЛЬНОМУ СТАНІ



ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОТЕНЦІЙНОГО СУЇЦИДЕНТА

Необхідно нагадати, що найбільш небезпечною з усіх характеристик предсуїцидального стану людини є песимістична установка особистості на неможливість виходу з кризи, а найбільш вагомим компонентом такої установки є депресія.



егоцентризм (повне занурення особистості в себе, що носить характер нестерпних переживань, страждань про самого себе)



аутоагресія (ступень самознешкодження, самокатування доходить до крайнощів, у поведінці проявляються підозрілість, необґрунтовані звинувачення, байдуже-спокійне та навіть позитивне ставлення до нещасть, смерті друзів, близьких людей)



параноїдальність (проявляється у моральному догматизмі, підвищеній роздратованості та образливості, схильності до утворення свержцінних ідей, у дотриманні жорстких стереотипів мислення, сприйняття, поведінки)



головні мотиви поведінки (протест проти «всього і вся», нігілізм, поклик до співчуття у деяких життєвих ситуаціях, особливо в емоційно нестійких, незрілих молодих людей, як правило, до 25-30 років. Для більш зрілих особистостей характерні дещо інші мотиви – уникання душевних або фізичних страждань, самопокарання, капітуляція перед скрутними життєвими обставинами)



песимістична установка особистості на можливість виходу з кризової ситуації (її складові: апатія, тривога, почуття провини, депресія).



ДІЇ ПЕРСОНАЛУ МНС УКРАЇНИ ЩОДО НЕЙТРАЛІЗАЦІЇ СПРОБИ САМОГУБСТВА

(неозброєний, але "активний" самогубець)

Необхідно уникнути бажання відразу ж активно вмішатися у ситуацію, якщо тільки це не фаза безпосереднього суїцидального акту!



Спробувати відговорити людину від її намірів.

Під час триваючих погроз, мовби не звертаючи особливої уваги на погрози потенційного самогубця, спробувати якомога більше узнати про нього, почути від оточуючих або від нього самого характеристику ситуації, що склалася.

Якщо Ви опинилися свідком безпосереднього виконання суїцидального акту, то, можливо, просто фізично припинити спробу самогубства. Коли людині завадили вчинити суїцидальний акт шляхом фізичного втручання, то вона, скоріше за все, поступиться Вам, тому що пік рішучості швидко проходить.

ДІЇ ПЕРСОНАЛУ МНС УКРАЇНИ ЩОДО НЕЙТРАЛІЗАЦІЇ СПРОБИ САМОГУБСТВА (потенційний самогубець озброєний)



ОСНОВНІ ФАЗИ В ДИНАМІЦІ ПРЕДСУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ЛЮДИНИ

Предсуїцид – це період часу від виникнення перших суїцидальних задумів і переживань до їх реалізації. Він характеризується особливим психічним станом, який обумовлює підвищену вірогідність суїцидальної дії. У свою чергу у предсуїциді можна виділити передиспозиційну і суїцидальну фази. Перехід передиспозиційної фази дезадаптації в суїцидальну завжди обумовлений конфліктною ситуацією. Говорячи про конфлікти, що виникають у сфері службової діяльності працівників МНС України, треба підкреслити, що вони можуть мати різну локалізацію:

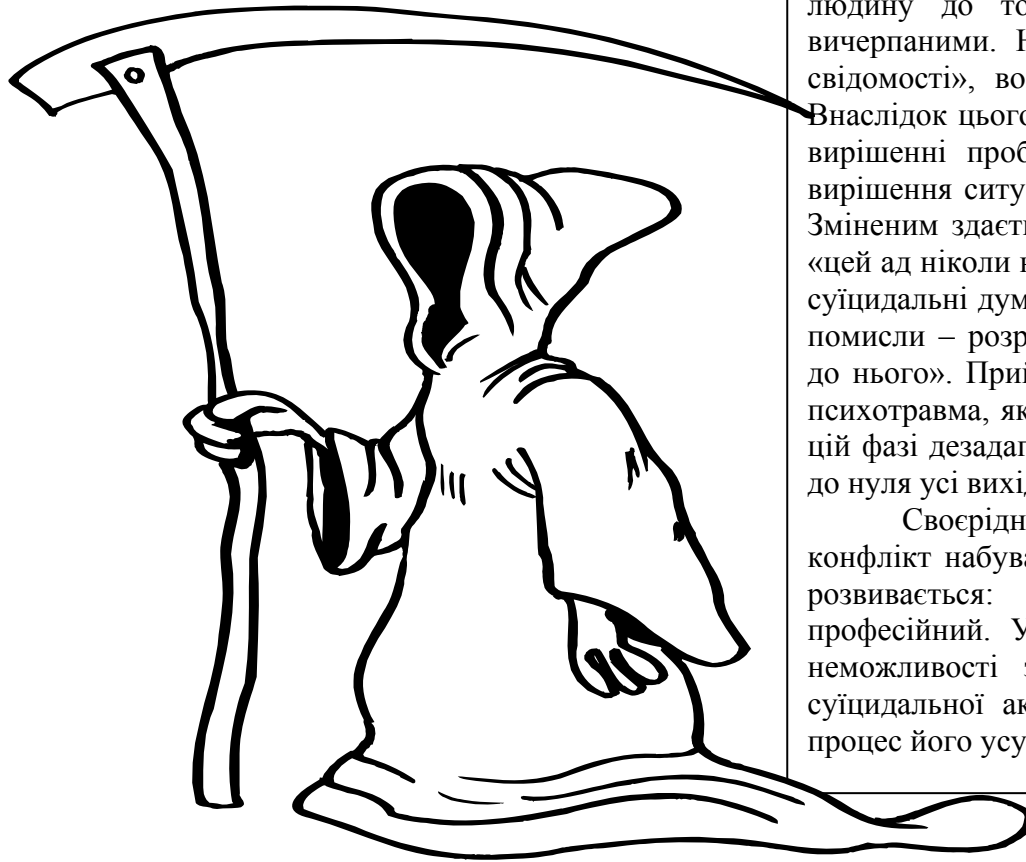
- можуть породжуватися зовнішніми факторами і не залежати від індивідуально-психологічних особливостей працівника;
- можуть бути обумовлені характером спілкування і комунікативних здібностей окремих працівників;
- можуть бути наслідком особистісної дисгармонії одного чи декількох учасників конфлікту (завищена чи занижена самооцінка; комплекс неповноцінності; внутрішній конфлікт із проекцією на комунікативну сферу тощо).

Предиспозиційна фаза – цей період часу визначається підвищеною психологічною напруженістю для суїцидента, пошуком шляхів для виходу з критичної ситуації, що створилася. Увага концентрується на «непереборних» труднощах у житті, службі, на думках про відсутність потенційних можливостей для вирішення виниклих проблем. Очікування можливого неблагополучного розвитку подій викликає неспокій, який поступово переростає у почуття тривоги. Характерною особливістю цього періоду є гостра потреба людини до встановлення неформального контакту, теплих дружніх взаємин, потреба у співпереживаннях, емоційній підтримці («пошук опори»), бажання поділитися своїми переживаннями. Якщо у перші дні працівник проявляє активність у пошуках співчуття і допомоги ззовні, то у наступному вона (активність) помітно знижується, хоча потреба у допомозі залишається високою. Життя сприймається тільки ретроспективно. Людина намагається знайти розрядку у спогадах про приємні, щасливі моменти свого життя, але ці спогади, як правило, тільки обтяжують сприймання нинішньої ситуації. Інколи все прожите життя сприймається як нескінченна череда провалів та невдач. Виникає почуття внутрішньої порожнечі і безглуздості існування. Тому слід приділяти підвищену увагу різним антивітальним проявам і переживанням у працівників. До них відносяться міркування про відсутність цінності життя, що виражаються у формулюваннях типу «жити не варто», «зморився від такого життя», «не живеш, а існуєш», при цьому думки про власну смерть, як правило, носять наліт теоретизування, без будь якого бажання померти (тобто у суїцидента немає чітких уявлень про власну смерть, а є заперечення життя). Практично доцільно користуватися наступною шкалою для оцінки суїцидального ризику:

- пасивні суїцидальні думки («добре б умерти», «заснути і не прокинутися»);
- суїцидальні задуми – це активна форма прояву суїцидальності, тобто тенденція до самогубства, глибина якої наростає паралельно ступеню розробки плану її реалізації, придумуються способи суїциду, час і місце дії;
- суїцидальні наміри – припускають приєднання до задуму рішення і вольового компонента, що спонукає до безпосереднього переходу в зовнішню поведінку.

Перехід від виникнення суїцидальних думок до спроб їхньої реалізації може бути від декількох хвилин до декількох місяців. У випадках тривалого предсуїциду процес розвитку внутрішніх форм суїцидальної поведінки чітко проходить через описані вище стадії. При гострих суїцидах можна спостерігати появу суїцидальних задумів і намірів відразу – без попередніх ступенів.

ОСНОВНІ ФАЗИ В ДИНАМІЦІ ПРЕДСУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ЛЮДИНИ (продовження)



Суїцидальна фаза – починається з моменту зародження первинних суїцидальних тенденцій, обмірковування способу самогубства аж до ухвалення остаточного рішення й активних аутоагресивних дій. Довготривалі, але невдалі спроби практично змінити психотравмуючу ситуацію призводять людину до того, що всі її ресурси та резерви виявляються майже вичерпаними. На фоні емоційного подавленого стану виникає «звуження свідомості», воно концентрується лише на негативних аспектах ситуації. Внаслідок цього, людина нездатна сприймати те, що могло б допомогти їй у вирішенні проблеми. По мірі того як вичерпуються всі відомі варіанти вирішення ситуації, виникає відчуття безпорадності перед лицем труднощів. Зміненим здається плин часу, його болісне уповільнення, відчуття того, що «цей ад ніколи не скінчиться». З'являються нестійкі, спочатку досить дифузні суїцидальні думки («Я що-небудь із собою зроблю»), а пізніше й суїцидальні помисли – розробка плану самогубства, обдумування способу «примирення до нього». Прийняття рішення про самогубство звичайно сприяє додаткова психотравма, яка ще більше переконує людину у неминучості катастрофи. У цій фазі дезадаптаційний процес йде загальним «кінцевим шляхом», зводячи до нуля усі вихідні рівні і вироблені раніше форми адаптації.

Своєрідного емоційного забарвлення і специфічних характеристик конфлікт набуває додатково від тієї сфери діяльності, у якій він переважно розвивається: особисто-сімейний, вітальний, інтимний, побутовий, професійний. У випадку порушення адаптаційних процесів особистості і неможливості змінити конфліктну ситуацію, різко погіршується рівень суїцидальної активності. Ця фаза конфлікту являє собою парадоксальний процес його усунення за рахунок аутодеструкції.

ХАРАКТЕР СУЇЦИДАЛЬНИХ РЕАКЦІЙ



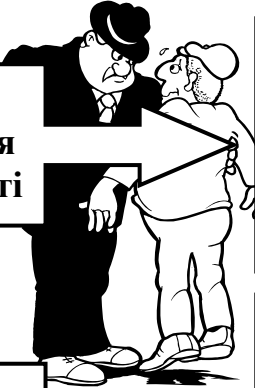
Загальний фон настрою знижений. Суїцидент відчуває почуття дискомфорту різного ступеня виразності. Інші психічні стани (пригнічення, роздратованість, нудьга, безпорадність) виявлені, взагалі, слабкі і загального стану не визначають, приєднуючись лише окремими частинками до почуття дискомфорту і незадоволення. Коло контактів вузьке. Нерідко втрачається й глибина контактів. Вони набувають поверхового формального характеру. Триває ця реакція до 2-х місяців. При підвищенні рівня стомлення, за несприятливих умов, великих навантажень і недостатності контактів виникають суїцидальні тенденції у вигляді спроби самогубства через повішення.

Вони зумовлені передусім зміною світовідчуття (встановленням похмурого забарвлення світогляду, міркувань і оцінок), втратою попередньої системи цінностей. Ця реакція характерна для періоду адаптації або за наявності постійних конфліктів. Така реакція несприятлива передусім тому, що перекриває шлях до планування діяльності і поведінки, поступаючись місцем похмурим прогнозам. Цей тип реакції найбільш суїцидонебезпечний, оскільки будь-які втручання переосмислюються в дусі власної песимістичної концепції і не можуть нейтралізувати психотравмуючі чинники. Він притаманний суїцидентам, чий темперамент ближче до меланхолічного. Для цього типу реакції характерні швидке прийняття рішення про самогубство і його реалізацію. Такі суїциденти приймають рішення остаточні, стрімкі і такі, що погано коригуються. Особи з цією формою ситуаційних реакцій часто залишають передсмертні записки, зазвичай це роздуми про своє життя. Записки ці правдиві і часто розкривають справжні причини самогубства. Бувають випадки, коли песимістична ситуаційна реакція виникає на фоні завищеної оцінки своїх можливостей. Цей тип реакції є найбільш тривалим - приблизно 3 місяці.

Зміст її полягає у раціональному "підведенні підсумків", оцінці пройденого шляху і перспектив. Підготовка до самогубства носить прихований характер, обираються найбільш летальні способи суїциду. У випадку «невдалого» самогубства зберігається твердий намір повторити спробу. Цей вид реакції частіше всього зустрічається в осіб, які мають ті чи інші психічні відхилення.

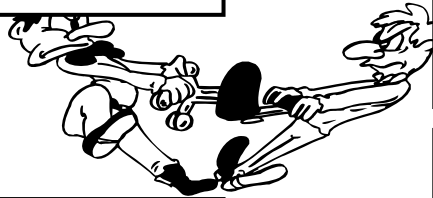
ХАРАКТЕР СУЇЦИДАЛЬНИХ РЕАКЦІЙ (продовження)

4. Ситуаційна реакція зниження комунікабельності



Особа відмовляється від звичайних контактів або значно їх обмежує, що супроводжується стійким тривалим і болісним переживанням самотності, безпорадності. Реакція характерна для ситуації розлучення, зради коханої жінки, знуцання з боку інших, публічної образи, ганьби, хвороби, що пов'язана із фізіологічною неповноцінністю. Триває цей тип реакції приблизно 1 місяць. Її можна вважати допоміжною, оскільки вона відбувається паралельно з іншими видами реакцій.

5. Ситуаційна реакція опозиції



Вона характеризується виразністю суперечливої позиції особистості, проявами агресивності. В окремих випадках агресивні тенденції міняють напрямом, переключаючись на самоагресивність. Особи з подібним типом реакції мають невисокий рівень суїцидального ризику. Як правило, це молодь, що виховувалась в неблагополучних сім'ях та часто відчувала образу, цим пояснюються агресивні установки, а також певна адаптація до життєвих негараздів. Тільки в крайніх, рідких випадках, при тривалому невирішенні конфлікту вони вдаються до демонстративно-шантажних суїцидальних дій. Триває ця реакція 2-3 тижні.

6. Ситуаційна реакція дезорганізації



Вона має виразний тривожний компонент, внаслідок чого у суїцидента порушується сон. Людина постійно перебуває у збудженому стані. Триває цей тип реакції до двох тижнів. Ця реакція, на відміну від інших, не несе в собі захисної функції. Реакція дезорганізації повністю виключає інтелектуальний контроль. Приблизно у 50% випадків таких реакцій існує небезпека зриву в непоміркований, неочікуваний суїцид. Передумовою цього є досить низький рівень контролю свідомості при швидкій зміні настрою і частих тривогах, образах, безпорадності, гніві, що провокують агресію або самоагресію.



МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА СТРУКТУРА НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПІСЛЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ СПРОБИ



1.

**СИМПТОМИ, ЯКІ СЛІД
ПОПЕРЕДИТИ В ПЕРШУ ЧЕРГУ**

При суїцидальних спробах причина та привід ніколи не збігаються. Таким чином, щоб перейти до з'ясування причин, які призвели до самогубства, треба усунути фактори, що слугували приводом до суїцидальної дії (*суїцидальний привід* - це остання негативна подія в житті людини, яка підштовхнула її до суїциду). Перед медико-психологічним втручанням ми позбавляємось одиниці, яка була каталізатором суїциду. Усунення приводу, як правило, відбувається у два етапи: активне втручання у ситуацію передбачає у випадках високого ризику суїциду лікування у стаціонарі протягом від 28 днів до 3 місяців; пасивне втручання у ситуацію передбачає психотерапевтичну роботу з суїцидентом і повинно починатися через тиждень після активного втручання та поступово замінити медикаментозне лікування соціальною та психологічною допомогою. Другий етап спрямований на переконання пацієнта у недоречності дій, які можуть спричинити самогубство, та надання як практичної допомоги, так і рекомендацій щодо прийняття рішення та вжиття заходів щодо запобігання скрутному становищу або негативній ситуації, в яку потрапила людина.

2.

ВІК

Якщо враховувати вікову статистику самогубств серед населення, то наймолодшому суїциденту було 5 років, а найстаршому - 102. Тому не викликає жодного сумніву те, що психотерапевтичне втручання повинно обов'язково враховувати вікові особливості суїцидента.

3.

**ЧИ ЗВЕРТАВСЯ СУЇЦИДЕНТ РАНІШЕ ЗА ДОПОМОГОЮ ДО ІНШИХ
СПЕЦІАЛІСТІВ (ПСИХОЛОГІВ ТА ПСИХІАТРІВ)? НАЯВНІСТЬ ЧИ
ВІДСУТНІСТЬ ЕФЕКТУ ВІД ЇХ ВТРУЧАННЯ**

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА СТРУКТУРА НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПІСЛЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ СПРОБИ (продовження)

4.

СОМАТИЧНИЙ СТАН

Особливо впливають на суїцидальну поведінку захворювання, які не виліковуються або є довготривалими. Найбільша кількість суїцидентів (87%) серед хворих на сухоту, СНІД, рак, цукровий діабет, астму. Необхідно діяти у двох напрямках: якщо людина навіювана, її можна примусити виконувати рекомендації; якщо самозакохана - нагадати про негативні риси особистості. Відомо багато випадків, коли злоба допомагала подолати хворобу.

5.

ПСИХІЧНИЙ СТАН

Суїцидент не може бути визнаним психічно хворим тільки в силу того, що він намагався позбавити себе життя. Щоб встановити психічний стан людини, психолог повинен дотримуватися наступних принципів: людина повинна вважатись психічно здоровою і здатною усвідомлювати свої дії і керувати ними, поки зворотне не буде доведено; жодна особа без її особистої згоди не може залучатися до медичних, наукових або інших досліджень; здійснення психологічного дослідження повинно відповідати сукупності чинних правових норм та вимогам етичного кодексу психолога; психолог є незалежним і керується тільки власними знаннями та сукупністю правових норм; характер та рівень підготовки психолога повинен відповідати характеру та ступеню складності дослідження; інформація, яка міститься в об'єктах дослідження, не може бути отримана та інтерпретована психологом будь-яким іншим засобом, крім використання науково-обґрунтованих методів; психолог особисто досліджує всі об'єкти; сторони, що зацікавлені в процесі дослідження, забезпечують повноту дослідження в межах чинних правових норм; висновки психолога будуються на дослідженні максимально можливої кількості об'єктів дослідження, які співпадають між собою і чинним діагностичним стандартом; жодне рішення психолога не має доказу, якщо воно не спирається на факти і не є мотивованим.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА СТРУКТУРА НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПІСЛЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ СПРОБИ (продовження)

6.

ЯКІ ЗАХОДИ ЗАСТОСОВУВАВ СУЇЦИДЕНТ, ЩОБ УНИКНУТИ СИТУАЦІЇ, В ЯКУ ПОТРАПИВ, ТА ЇХ РЕЗУЛЬТАТИ?

✓ При роботі з суїцидентом психолог повинен усвідомлювати, що виникнення конфліктної ситуації здійснюється одним шляхом – самодеструктивним, і суїцидальна поведінка може бути обумовлена змінами у житті, які мають різний психостресовий ступінь. У кожному випадку психолог складає для суїцидента індивідуальний план виходу з кризової ситуації і забезпечує його психологічне супроводження.

7.

СОЦІАЛЬНІ СТОСУНКИ

- ✓ «Я -»; «Ти +» - це депресивний стан внаслідок самоприниження, характерний для самотніх меланхоліків. Спроба самогубства може переслідувати три цілі: покінчити із втомою чи ненавистю; покарати самого себе при нездатності знайти вихід із кризи; бажання покарати тих, перед ким доводилося принижуватися.
- ✓ «Я -»; «Ти -» - це позиція безнадійності. Вона притаманна багатьом людям, але спроба самогубства вчиняється тоді, коли з певних причин, людина не виходить переможцем в боротьбі за право займати ту ступінь в суспільстві, яку бажає.
- ✓ «Я +»; «Ти -» - це ситуація, яку людина вирішує за принципами: або Я, або Він. Спроба самогубства - це лише спосіб залякати, а її летальний наслідок - результат нещасного випадку.
- ✓ «Я -»; «Ти +»; «Вони -» - це позиція самознущання, яку можна пояснити патологією сприйняття, чим і обумовлені суїцидальні спроби.
 - «Я -»; «Ти -»; «Вони -» - це позиція песиміста. А песимізм - це не патологія, а спосіб світосприйняття. Суїцидальна реакція виникає в результаті фатального збігу обставин, з яких випливає висновок: "Гарних людей вже не має, нікому не можна довіряти"; самогубство сприймається як спосіб уникнення травмуючої ситуації.
- ✓ Заслуговує уваги позиція випадків: «Я -»; «Ти +»; «Вони .+» - це один із видів самогубства повільного і страшного. Караючи себе, суїцидент кидає виклик оточенню, звинувачує його у нерозумінні своєї особистості.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА СТРУКТУРА НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПІСЛЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ СПРОБИ (продовження)

8.

ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Психолог, перш за все, відповідає на запитання: 1. «Чи є цей випадок самогубством?» Треба вміти розмежовувати такі види смерті, як вбивство, самогубство, нещасний випадок, самопожертвування, невиправданий ризик. **Самогубство** - це добровільне, усвідомлене позбавлення людиною себе життя. Суїциденти, як правило, завжди залишають передсмертні записки (їх умовно можна поділити на монологічні та діалогічні. *Монологічні* не передбачають наявності інших осіб, які були би причетними до цього самогубства. *Діалогічні* - завжди пов'язані з будь-якими особами, що звинувачуються у підштовхуванні до скоєного вчинку). Поняття нещасний випадок тлумачать у сучасній психологічній та юридичній літературі по-різному. Тому нещасний випадок, у результаті якого настала смерть, треба правильно кваліфікувати. Нещасний суїцидальний випадок серед психічно хворих - це неусвідомлені дії особи, результатом яких є її смерть. Серед хворих на шизофренію суїцидальні спроби під час кризового стану є "нормою", їх важко попередити, якщо не використовувати медикаментозні засоби втручання. Але після психічної кризи хворі заперечують факт спроби самогубства. Летальний кінець, у такому випадку, треба розцінювати не як самогубство, а як нещасний випадок. Отже, **нешасний суїцидальний випадок** - це результат дій, під час яких людина не мала наміру вмерти і не передбачала небезпеки певних дій для свого життя, загинула через необережність. **Невиправданий ризик** - це наслідок небезпечних дій людини, яка має передбачати їх негативні наслідки, але нехтує ними. **Самопожертвування** - смертельний ризик заради спасіння інших осіб або досягнення мети державного характеру. 2. «До якого виду належить суїцидальна дія?» По-перше, треба визначити, до якого типу належить цей вид самогубства: прямого чи непрямого. **Прямий суїцид** - це дії, які спрямовані на швидке позбавлення себе життя (отрута, постріл, повішення, падіння з висоти тощо). **Непрямий суїцид** - це серія дій, наслідком яких може бути смерть (голодування, вживання наркотиків, алкоголю тощо). Окрему позицію займає **автоцид** - смерть внаслідок ДТП (використання автотранспортних засобів з метою здійснення самогубства). По-друге, визначити закінчений чи незакінчений суїцид. **Закінчений суїцид** - це дії, наслідком яких є смерть. **Незакінчений суїцид** - дії, після яких людина залишилась живою, але на деякий час втратила працездатність. 3. «Які причини вчинення суїциду?» **Причини суїциду** - це комплекс життєвих криз, які переживає людина. До них належать: переживання образи, самотність, відчуженість, неможливість бути зрозумілим; дійсна або вигадана втрата коханої близької людини, ревності; переживання, які пов'язані із смертю рідних чи розлученням з чоловіком (жінкою); почуття провини, сорому, скомпрометованість, ображення самолюбства, каяття, незадоволення собою; побоювання ганьби, приниження; страх покарання, небажання просити вибачення; любовні невдачі, сексуальні ексцеси; почуття помсти, злоби, протесту, погрози; бажання привернути до себе увагу, співчуття, бажання уникнути неприємних наслідків хибного вчинку, життєвої ситуації; співчуття або наслідування товаришам, героям книг чи фільмів (ефект Вернера).

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА СТРУКТУРА НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПІСЛЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ СПРОБИ (продовження)

9.

ВИБІР СИСТЕМИ ПСИХОПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ З СУЇЦИДЕНТАМИ

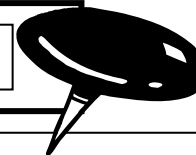


По-перше, це психокорекційна робота, яка проводиться у два етапи: перший етап - аналіз стресової ситуації. Психологу необхідно з'ясувати причини та обставини, які спонукали людину позбавити себе життя (психологічна бесіда). Вимоги до психолога: максимум уваги, емпатія, відсутність будь-якої критики, бесіда у вигляді монологу суїцидента з елементами методу активного вислуховування. Другий етап - корекція особистих установок суїцидента. Психолог займає активну позицію, підказує, звертає увагу на ті речі, які суїцидент не помічав раніше. Необхідно зробити все, щоб людина побачила себе в іншому світі.

Для профілактики самогубств можна використовувати: аутогенне тренування, що дозволяє переключити організм суїцидента з напруженого емоційного стану в стан емоційного спокою; психогігієнічний комплекс та прогресивну релаксацію, які впливають на поліпшення емоційних станів схильних до самогубства; психотерапевтичні вправи, які допомагають активно сприяти реалізації індивідуальної мети; зменшувати внутрішню аутоагресивність; психофізичні вправи і фітотерапію, які поліпшують емоційний стан суїцидентів.

10.

РУБІЖНИЙ КОНТРОЛЬ. СИСТЕМА



З метою попередження суїцидальних вчинків доцільно використовувати метод експертного візуального визначення та обліку емоційних станів людини.



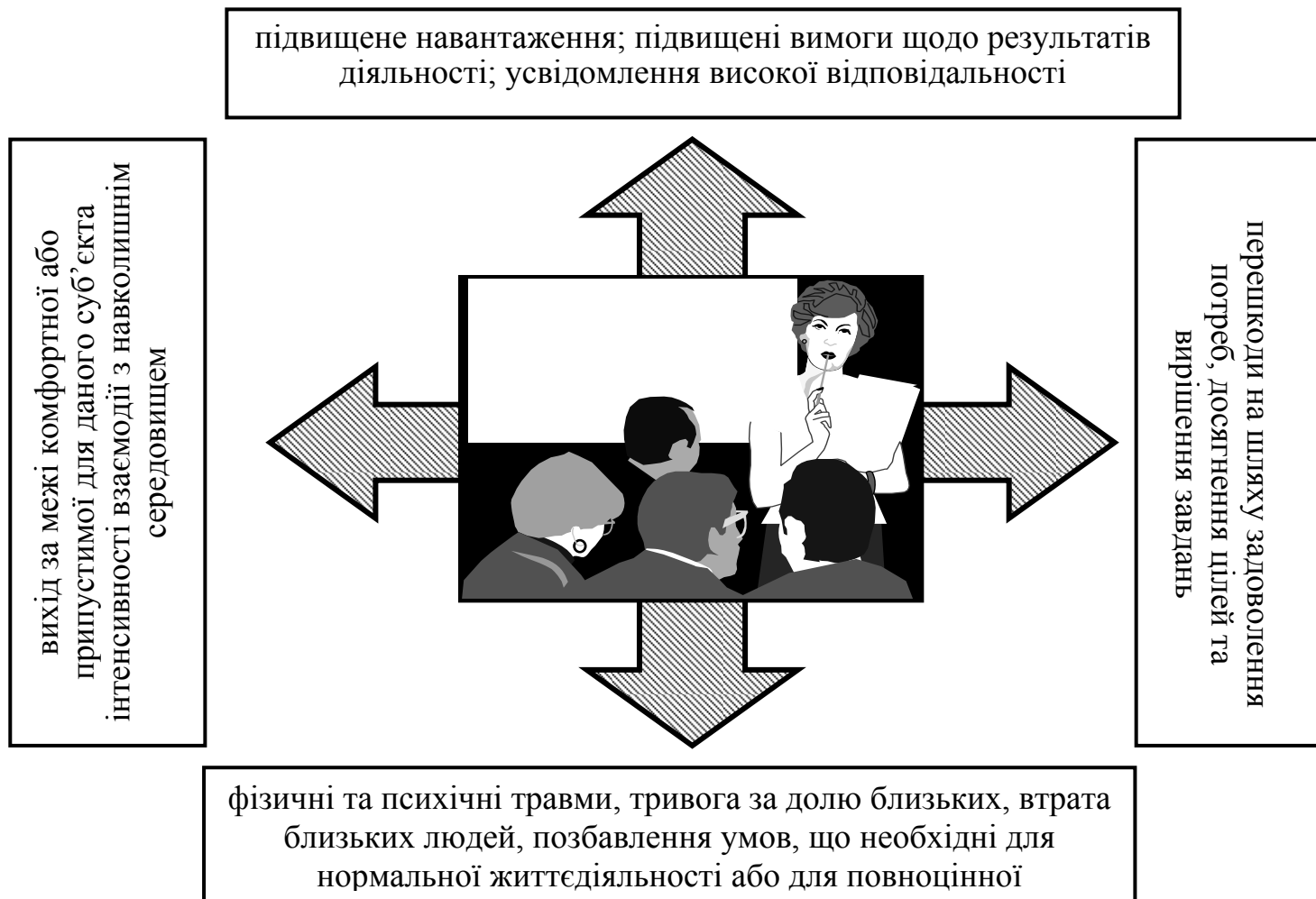
ПРИЧИНИ ТА ПРИВОДИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПЕРСОНАЛУ МНС УКРАЇНИ

Суїцид (від англ. suicide – самогубство) – 1) акт самогубства, який здійснюється людиною у стані сильного душевного розладу або під впливом психічного захворювання; 2) усвідомлений акт самоусунення з життя під впливом гострих психотравмуючих ситуацій, при яких власне життя як вища цінність втрачає сенс; 3) аномальне явище людської поведінки, що суперечить інстинкту самозбереження.

Суїцид є наслідком соціально-психологічної дезадаптації особистості, коли людина не бачить для себе можливості подальшого існування в умовах, що склалися

| Причини | Приводи |
|---------------------------------------|---|
| Матеріально-побутові причини | Важкі житлові умови, низька і несвоєчасно виплачувана заробітна платня, слабкі соціальні гарантії, недостатнє матеріально-технічне забезпечення професійної діяльності. |
| Соціально-психологічні причини | <ol style="list-style-type: none"> Особистісні – завищена або занижена самооцінка, посилена об'єктивними обставинами, неможливість самореалізації, статева неспроможність, інтимно-особистісні проблеми, самотність. Сімейні – подружня зрада, хвороба або смерть близьких людей, відсутність психоемоційного контакту з членами родини, нерозуміння з їх боку. Організаційні – конфліктні стосунки з колегами та керівництвом, погіршення соціально-психологічного мікроклімату в колективі. Специфічні – професійна неспроможність, падіння престижу служби, острах покарання за порушення дисципліни і законності. |
| Медико-психологічні причини | Погіршення стану здоров'я, серйозне невиліковне захворювання, наявність травм, поранень, психічні розлади, каліцтва. |

ОСНОВНІ ГРУПИ ФАКТОРІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ ВИНИКНЕННЮ АУТОДЕСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ПЕРСОНАЛУ МНС УКРАЇНИ



АЛГОРИТМ ДІЯЛЬНОСТІ ПРАКТИЧНОГО ПСИХОЛОГА ЩОДО ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ ПРЕВЕНТИВНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ РОБОТИ, СПРЯМОВАНОЇ НА ЗАПОБІГАННЯ АУТОДЕСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ПЕРСОНАЛУ МНС УКРАЇНИ

I етап:

Етап прогнозування ризику суїцидальної активності

II етап:

Етап превенції аутодеструктивних намірів

III етап:

Етап психопрофілактики аутодеструктивної поведінки серед персоналу МНС України



ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ БЕСІДИ З ЛЮДИНОЮ, ЯКА ЗНАХОДИТЬСЯ В ПРЕДСУЇЦИДАЛЬНОМУ СТАНІ

- ☯ Виявіть співчуття, переконайте людину в тому, що ви її розумієте. Ваша щирість і непідробність (справжність) почуттів може ослабити рішучість людини покінчити із собою.
- ☯ Проблема полягає у тому, щоб розговорити людину. Не бійтеся, якщо вона стане відкривати душу, навіть коли розмова виявиться небезпечною. Пам'ятайте, що краще нехай людина говорить про що завгодно, тільки б не мовчала. Поки людина (у предсуїцидальному стані) говорить, навіть з болем про самогубство, вона, скоріш за все, його не скоїть. Навіть виявлення негативних емоцій може поліпшити ситуацію.
- ☯ Однією зі складностей вашого положення є необхідність зберігання симпатії до людини, яка знаходиться в предсуїцидальному стані, у ситуації висловлювання нею несправедливих, жорстких або навіть жорстоких, незрілих суджень.
- ☯ Не можна говорити: «Припини молоти нісенітницю, дурниці!». Проявіть співпереживання, співчуття, наприклад, такими репліками: «Я розумію», «Ясно» і т.п. Якщо необхідно уточнити – «Зрозуміло, що ви маєте на увазі...», якщо вам відповідають «ні», зробіть ще спробу зрозуміти, що людина намагається сказати.
- ☯ Міркування про те, що звичайно відчуває людина в подібній ситуації, рідко кому допомагають.
- ☯ Можна запропонувати підійти до проблеми з інших позицій, але не переконуйте людину в чомусь нереальному. Якщо розмова піде про важкі моменти її життя, нагадайте, що проблеми і труднощі виникають в житті кожної людини.
- ☯ Перехід до розмови про самогубство дуже складний. Неможливо дати рекомендації для всіх випадків, та краще діяти рішуче: скажіть людині, що вона має право сама розпоряджатися своєю долею, - таким чином ви зменшите ризик прийняття суїцидального рішення та не спровокуєте людину до самогубства своїми невмілими висловлюваннями.
- ☯ Примусьте людину замислитися над тим, що ще не зроблено і ще попереду, – як це не парадоксально, прийняти ще раз і більш сміливо остаточне рішення: життя або смерть. Підкресліть, що вибір цілком залежить від неї, але взяти на себе таку відповідальність дуже непросто.
- ☯ Необхідно відзначити, що чим краще ви зумієте зробити так, щоб потенційний самогубець усвідомив необхідність самостійно прийняти рішення при одночасно вашому турботливому, але ненав'язливому відношенні до нього, тим скоріше самогубець засумнівається: «чи варто відмовлятися від шансу на життя».

ОСОБЛИВОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ БЕСІДИ З ПРАЦІВНИКОМ МНС УКРАЇНИ, У ПОВЕДІНЦІ ЯКОГО НАЯВНИЙ АУТОДЕСТРУКТИВНИЙ КОМПОНЕНТ

Для того, щоб своєчасно виявити пожежного-рятувальника, у поведінці якого спостерігається аутоагресія, практичному психологу доцільно постійно підтримувати контакт із керівництвом підрозділів, учити керівників виявляти за певними ознаками підлеглих, які знаходяться у стані суїцидальної активності. З моменту виявлення таких працівників і виникає необхідність проведення з ними індивідуальної профілактичної бесіди.

Невідкладна корекційна допомога персоналу МНС України, що переживають ситуаційну кризу з аутоагресивними проявами, складається, як правило, з 4 -6 корекційних бесід, після яких суїцидальні думки і переживання знижують свою інтенсивність.

В основі невідкладної психологічної допомоги лежить точна, глибока і швидка діагностика стану й особистості пожежного-рятувальника, точний вибір зон, методів і прийомів допомоги. Досвід показує, що для досягнення своїх цілей невідкладна допомога повинна відповідати наступним принципам:

- **встановлення взаємин «співпереживаючого партнерства»** на самому початку бесіди; емоційно-нейтральний контакт, припустимий при довгостроковому впливі, неефективний при купіруванні суїцидонебезпечних станів;
- **спрямованість впливів на суїцидогенні переживання**, у першу чергу на переживання безнадійності, песимістичну оцінку майбутнього;
- **спрямованість допомоги, насамперед, на пізнавальну сферу**: допомога в освоєнні нової інформації, оцінці актуальної ситуації, виробленню плану дій, його реалізації, внесенні коректив;
- **спрямованість на активізацію особистісних резервних можливостей** працівника;
- **дотримання послідовності етапів бесіди і надання допомоги**, тому що ця послідовність протиставляється дезорганізації пожежного-рятувальника і є важливим чинником зменшення емоційної напруги;
- **дотримання конфіденційності корекційної роботи** необхідно для підвищення довірчості під час обговорення особистих і інтимних проблем, зменшує переживання занепокоєння й уразливості.

Коли у людини горе, моральний розлад, розчарування, вона, як правило, шукає співчуття в оточуючих, прагне «висловити» своє горе. Все, що виговорено вголос, ніби відходить від людини у словах, при цьому полегшуючи переживання. Якщо працівник знаходиться в емоційно подавленому стані, його поведінка здалася вам суїцидонебезпечною, невідкладно запросіть його на бесіду. Для запобігання спроби самогубства так важливо вчасно встановити з людиною, яка потрапила в біду, контакт, вступити з нею у приятельське спілкування. Важливо підкреслити, що бесіда з людиною, яка знаходиться у стані психологічної кризи – справа надзвичайно тонка, специфічна і потребує ретельної попередньої підготовки. Але часом обставини складаються так, що проводити бесіду необхідно невідкладно. Найбільший обсяг психологічної роботи припадає на першу бесіду.

Як показує досвід роботи, для того, щоб бесіда пройшла ефективно, вона повинна бути побудована певним чином і складатися з декількох послідовних етапів, кожний з яких має свою специфічну задачу і припускає використання спеціальних прийомів. У ході першого контакту особі, що здійснює допомогу, необхідно вирішити відразу кілька задач:

- зменшити емоційну напругу;
- зменшити суїцидогенні переживання;
- мобілізувати працівника на подолання важких обставин;
- підготувати працівника до можливих нових психотравмуючих подій у ході даної кризи і до адекватної реакції на них;
- підсилити мотивацію щодо подальшого одержання психологічної допомоги, переключивши частину уваги працівника із ситуаційних проблем на внутрішньоособистісні.

Запрошення на бесіду

У жодному разі не викликати до себе працівника на бесіду через третіх осіб. Запрошення необхідно зробити обов'язково особисто, бажано віч-на-віч. Краще спочатку зустрітися мов би ненавмисне, звернутися з якимось нескладним проханням або дорученням, виконання якого дасть привід для зустрічі.

Місце бесіди

Можна, звичайно, провести розмову у службовому кабінеті, але більш правильно - не в настільки «формальному» місці. Головне – відсутність сторонніх. Ніхто не повинен переривати розмову, скільки б вона не тривала.

Час бесіди

Бажано призначити бесіду не в службовий час, коли кожний зайнятий своїми справами. Можна, навіть, перед тим, як людина збирається додому. Не треба боятись продовжити бесіду і після того, як увесь особовий склад розійдеться по домівках. Нічна розмова легше стає довірливою. І ще один аргумент на користь «вечірньої» розмови: це час, коли негативні переживання посилюються, загострюється почуття самотності, що несе у собі підвищену суїцидальну небезпеку. Це час максимальної кількості самогубств.

Поведінка під час бесіди

В ході бесіди намагайтеся не робити ніяких записів або обмежуйтеся стислими позначками. Не поглядайте на годинник і тим більше не виконуйте будь-яких «побічних» справ. Будьте гранично уважним, гранично зацікавленим співрозмовником. Покажіть, що важливіше цієї бесіди для вас зараз нічого немає.

Початковий етап бесіди

Головна задача цього етапу полягає у встановленні емоційного контакту із працівником, якого запрошено на бесіду, встановлення взаємовідносин «партнерства», що характеризуються високим ступенем конфіденційності.

Працівника необхідно переконати в тому, що його проблеми будуть зрозумілі, що ви щиро розділяєте його турботи і труднощі.

Цим ви зменшуєте ступінь його емоційної напруженості, надаєте йому можливість більш відверто говорити про свою ситуацію і переживання, включаючи ті аспекти, яких він з якихось причин соромиться. Емоційне прийняття, співчуття, готовність до розуміння знижують виражене при суїцидонебезпечних станах переживання самотності.

Ваш співрозмовник повинен бути вислуханий терпляче і співчутливо, без сумніву і критики. Навіть якщо ви не поділяєте висловлених співрозмовником оцінок, по-іншому дивитися на оточуючих його людей, на сформовану ситуацію, не поспішайте суперечити, спростовувати, висловлювати свої погляди. На першому етапі – тільки уважне («емпатичне») вислуховування, доброзичливість, щире (не показне!) прагнення зрозуміти співрозмовника. Навіть ваші питання, уточнення не повинні на цьому етапі нести в собі елементів сумніву в правомірності думок і уявлень співрозмовника. Завдяки цьому ви будете сприйматися як людина розуміюча, чуйна, така, що заслуговує на довіру.

Слухаючи співрозмовника, звертайте увагу не тільки на його слова, але і намагайтеся виявити підтекст, примічайте замовчування, стежте за манерою спілкування і поведінки, особливостями мовлення, жестів, міміки – вони не менше слів допоможуть вам визначити, чи встановлений той взаємний контакт, коли можна буде переходити до другого етапу бесіди.

Другий етап бесіди

У ході другого етапу з'ясуються соціально-демографічні характеристики працівника та інших втягнутих до кризисної ситуації осіб, їх положення у мікросоціалній групі. У процесі бесіди формується більш повне уявлення про особистість працівника, його потреби і інтереси, про його цінності, життєву спрямованість. Необхідно уточнити також інформацію про близьких йому людей, тому що саме вони (родичі, друзі, товариші по службі) часто є такими резервними джерелами допомоги і підтримки, що будуть сприяти подоланню дійсної кризи.

Встановлюється послідовність подій, у результаті яких склалася кризова ситуація, з'ясовується, що вплинуло на стан людини. Один із найбільш істотних моментів цього етапу – зняття відчуття безвихідності ситуації.

Встановивши причини і послідовність розвитку кризи, необхідно перебороти наявне у працівника уявлення про винятковість його несприятливої ситуації, переконати в тому, що подібні ситуації виникають і в інших людей, що стан справ є цілком поправним і причини можуть бути усунуті (прийом «подолання винятковості ситуації»). Важливо з'ясувати, яка подія раптово змінила сформовані обставини і що спонукало звернутися за допомогою.

При гострих суїцидонебезпечних станах несприятлива ситуація, унаслідок перекручувань пізнавальних процесів, часто сприймається особистістю як несподівана, раптова, нездоланна, безнадійна. Психологу потрібно допомогти працівнику усвідомити, що ця ситуація сформувалася протягом певного періоду часу, тісно пов'язана з якимись попередніми подіями на його життєвому шляху й отже може бути змінена у сприятливому для нього напрямку. Таким чином, актуальна криза пов'язується з попереднім життям пожежного-рятувальника.

Часто критичні обставини представляються працівнику такими, що потребують негайного, невідкладного рішення. У таких випадках потрібно підкреслити, що в нього є час на обмірковування, на ухвалення рішення (прийом «зняття гостроти»).

Встановлюючи зв'язок актуальної кризи з попереднім періодом життя, працівник, як правило, усвідомлює, що особи, у даний час втягнуті в конфлікт, раніше підтримували з ним доброзичливі, часто близькі відносини; отже, ці відносини можуть бути відновлені.

У процесі бесіди часто з'ясовується, що аналогічні критичні ситуації виникали у працівника і раніше, але він знаходив способи їхнього подолання. Психологу необхідно встановити причини, у силу яких працівник у даний час не може використовувати ці способи.

Психолог повинен одержати також вичерпні зведення про близьких працівника, не пов'язаних з даною критичною ситуацією. Одержання таких даних представляє певні труднощі, тому що увага працівника зосереджена на тих, хто втягнутий у кризу. Тим часом, часто саме особи першої групи (родичі, друзі-товариші по службі) є резервними джерелами підтримки і допомоги.

З цією ж метою можна використовувати питання, сформульовані таким чином, що сама відповідь на них буде припускати зміну позиції людини стосовно її проблем і труднощів (в даному контексті можна використовувати притчі). Тут необхідно пам'ятати золоте правило психотерапії: «Якщо не можеш змінити обставини, зміни ставлення до них».

Співчутливо вислухайте розповідь пожежного-рятувальника про його життя, службу, про успіхи і досягнення, про труднощі, з якими йому доводиться зіштовхуватися. Необхідно тактовно підкреслити ці успіхи, формуючи у співрозмовника уявлення про себе як про особистість, спроможну подолати життєві негаразди (прийом «підтримка успіхами і досягненнями»). Слід зазначити, що «підтримка успіхами і досягненнями», будучи методом непрямого навіювання, є дуже ефективним прийомом психологічної допомоги та повинен неодноразово повторюватися протягом усієї бесіди.

У ході цього етапу необхідно також використовувати прийоми, що підтримують і поглиблюють зміст бесіди. «Структурування бесіди» – це висловлювання, спрямовані на внесення послідовності в розповідь. У результаті пережитої емоційної напруженості співрозмовник може забігати вперед у своїй розповіді або пропускати деякі моменти, іноді дуже істотні. У той же час пожежні-рятувальники в ході бесіди часто фіксуються на епізодах, які завдають психічну травму. Цю тенденцію необхідно рішуче переборювати, у протилежному випадку негативні переживання будуть посилюватися.

Встановлення послідовності фактів, приведення їх у певну систему в багатьох випадках приводить до зміни оцінки ситуації потенційним суїцидентом, до усвідомлення того, що несприятлива ситуація, яку було сприйнято ним як непереборну і безнадійну, є цілком поправною (її можна виправити). Варто враховувати, що і самий процес розповіді про свою ситуацію і переживання сприяє зняттю негативних емоцій.

У ході бесіди можуть виникнути паузи. У цих випадках можна використовувати прийом «постійна увага до змісту» – повторення деяких фактів, повідомлених працівником раніше, - тим самим виявляючи зацікавленість до співрозмовника, приділяючи йому увагу.

При з'ясуванні характеру і глибини суїцидальних переживань психологу потрібно прагнути до того, щоб працівник відкрито висловлював свої суїцидальні наміри (це сприяє підвищенню відповідальності пожежного-рятувальника за свою поведінку і появі критичного відношення до суїцидальних переживань, зменшує імовірність їхнього здійснення).

У багатьох випадках кризова особистість, повідомивши всю значиму, з її погляду інформацію, у силу перекручувань передбачення ситуації, відчуває труднощі в її осмислюванні. Психолог повинний висловити точне формулювання пережитої працівником кризи. Це створює у пожежного-рятувальника уявлення, що, якою би важкою не була його проблема, вона може бути зрозуміла, і психолог її розуміє. Тим самим зменшуються переживання самотності і безпорадності.

При завершенні другого етапу бесіди доцільно використовувати прийом «визначення конфлікту», тобто висловити чітке формування ситуації, що переживається працівником. Точне формулювання ситуації створює уявлення, що, якою би важкою не була проблема, вона може бути зрозумілою, і ви її розумієте. Використання цього прийому особливо необхідне в таких випадках, коли співрозмовник стурбований або розгублений.

Протягом другого етапу бесіди використовуються прийоми, що підтримують і поглиблюють контакт і комунікацію:

- **повторення змісту.** Цим прийомом психолог повідомляє пожежному-рятувальнику, що уважно слухає його і розуміє.

- **відображення емоцій.** Виділення емоційного компонента, якого-небудь факту і повідомлення його працівнику, наприклад: «Представляю, яке горе охопило Вас, коли Ви дізналися, що хвороба дитини серйозна». Прийом стимулює більш відкритий прояв емоцій і особливо показаний у тих випадках, коли співрозмовник відчуває пригніченість і образу.

- **означування ситуації або переживання.** Виділення з висловлень пожежного-рятувальника їхнього основного значення. Наприклад: «Якщо я Вас правильно зрозумів, дружина постійно дорікала Вас у недостатній увазі до себе?».

- **встановлення послідовності подій.** Повторення психологом повідомлених йому фактів у їх причинно-наслідковій або тимчасовій послідовності.

- **розробка** («поглиблення в тему»). Після того, як психолог зорієнтувався у проблемі, він направляє бесіду на обговорення проблеми, що представляється йому найбільш важливою. Розробка повинна здійснюватися тактовно, її не можна перетворювати в розслідування. Якщо проблема є дійсно значущою для працівника, він повернеться до неї в тій або іншій формі.

- **вербалізація.** Словесне позначення того, що має на увазі працівник. Змістом вербалізації повинно бути лише те, що працівник сам припускає.

- **пошук джерел емоцій.** Працівнику пропонується задуматися над своїм емоційним станом і установити його безпосередні причини. Наприклад: «Які почуття викликала у Вас ця подія?». Цей прийом допомагає пожежному-рятувальнику усвідомити взаємозв'язки між його вчинками, вчинками інших осіб, втягнутих у конфлікт, і виникаючими в нього емоціями (для кризової особистості часто характерне нерозуміння зв'язків між вчинками і реакціями на них).

Третій етап бесіди

Цей етап являє собою спільне планування діяльності щодо подолання кризової ситуації. Варто мати на увазі, що можливість реалізації планових дій буде вищою в тих випадках, коли в плануванні ваш співрозмовник відіграє головну роль.

Основними прийомами третього етапу можуть бути «інтерпретація», «планування», «утримання паузи».

«Інтерпретація» – висловлення гіпотези про можливі засоби розв'язання ситуації.

«Планування» – спонукання працівника до вербального (словесного) оформлення планів майбутньої діяльності. Воно може виражатися, зокрема, у пропозиції працівнику подумати, що можна зробити в даній ситуації, щоб уникнути несприятливих для нього наслідків. Планування містить у собі не тільки сферу проблем, що вимагають рішення, але й елементи власної поведінки особистості. Якщо планування здійснюється особою, що одержала допомогу, то імовірність реалізації планованих дій вище, ніж у тих випадках, коли ведучу роль у плануванні відіграє психолог.

«Утримання паузи» (цілеспрямоване мовчання) – важливий засіб психологічного впливу. Мета паузи – надати співрозмовнику можливість проявити ініціативу і стимулювати словесне оформлення розроблених ним планів поведінки. Мовчання повинно повідомити працівнику, що психолог очікує його слів. Мовчання уповільнює темп бесіди, надає працівнику час для розгляду альтернатив, для прийняття рішень. Воно позитивно впливає на його емоційний стан, зменшує емоційну напругу. Утримання паузи повинно бути «схвалювальним мовчанням», що виражає інтерес до співрозмовника. Воно повинно супроводжуватися невербальною комунікацією – позою, мімікою, жестами, поглядом, що виражають емоційну підтримку.

Базуючись на знаннях особистості пожежного-рятувальника, його стосунках із оточуючими в існуючій несприятливій ситуації, необхідно запропонувати певний варіант поведінки, можливі засоби розв'язання ситуації, що можуть привести до виходу з психологічної кризи.

Процес подолання ситуації, яка травмує психічно, розбивається на більш дрібні етапи, задачі яких можуть бути вирішені. Для розв'язання найближчих задач пропонується декілька попередніх рішень.

Поради необхідно надавати надзвичайно обережно і ні в якому разі не наполягати на їх «істинності в останній інстанції» (тут в нагоді можуть стати методи позитивної психотерапії та притчі). Яким би не був ваш власний життєвий і фаховий досвід, дати 100-відсоткову добру пораду просто неможливо, оскільки життєві ситуації кожної людини індивідуальні й унікальні. Найбільш прийнятними будуть ті рекомендації, що спираються на систему цінностей самого працівника, у протилежному випадку це може призвести до того, що він буде механічно відхиляти погляди, які йому нав'язуються, недовіжливо і без необхідної уваги ставитися до ваших слів.

У деяких випадках у ході планування дій працівник займає пасивну позицію, виявляє утриманські тенденції, намагається повернутися до обговорення прояву свого емоційного стану. У цьому випадку необхідно повернути співрозмовника до обговорення конкретних планів (прийом «фокусування на ситуації»).

У результаті аналізу попередніх рішень виробляється конструктивний план поведінки, спрямованої на подолання несприятливих обставин. Спільний пошук засобів вирішення проблеми додасть вашому підлеглому впевненості у власних силах, підвищить його самооцінку.

Четвертий (завершальний) етап бесіди

Це етап остаточного формулювання рішення, активної психологічної підтримки і надання пожежному-рятувальнику впевненості у своїх силах і можливостях. Необхідно закликати його проявити максимум волі і цілеспрямованості у досягненні бажаного результату.

План дій повинен бути виражений гранично ясно, послідовно і коротко. У тих випадках, коли працівник виражає сумніви щодо яких-небудь моментів наміченого плану, на них слід зупинитися особливо, при цьому проявити рішучість, наполегливість, підібрати вагомні аргументи і докази. Основними прийомами цього періоду є: логічна аргументація, переконання, в деяких випадках - раціональне уселяння впевненості.

Якщо в ході бесіди працівник активно висловлює суїцидальні думки, то його необхідно негайно направити в медичний заклад. Проте, може скластися ситуація, коли в силу різноманітних обставин цього робити не рекомендується. У цьому випадку бесіда повинна бути спрямована на корекцію суїцидогенних особистісних установок. З цією метою необхідно переконати працівника в наступному:

- що важкий емоційний стан, пережитий ним у теперішній момент, є тимчасовим, що інші особи в аналогічних ситуаціях почували себе також тяжко, а згодом їхній стан цілком нормалізувався;
- що він потрібен рідним, близьким, друзям і його смерть стане для них важкою травмою (актуалізація антисуїцидальних чинників);
- що він, безумовно, має право розпоряджатися своїм життям, але рішення питання про відхід із життя, в силу його крайньої важливості, краще відкласти на якийсь час, спокійно його обміркувати (підкреслення права працівника розпоряджатися власним життям підвищує його самооцінку, збільшує відповідальність за свою поведінку, зменшуючи актуальність суїцидальних переживань).

Найважливішою умовою профілактичної бесіди є анонімність. Це значить, що будь-яка інформація, повідомлена пожежним-рятувальником, не може бути передана без його згоди кому б то не було, а тим більше стати предметом обговорення у службовому колективі. Порушення цього принципу підриває основу довіри, що в остаточному підсумку робить подальшу профілактичну роботу надзвичайно важкою, а часом і просто неможливою.

Після бесіди необхідно старанно осмислити її результат, зробити необхідні записи і продумати основні напрямки подальшої роботи, яка буде будуватися, виходячи з аналізу бесіди з урахуванням особистісних особливостей працівника і ситуації, що склалася. Тому будь-які деталізовані рекомендації стосовно цього дати важко, але основні можуть полягати в наступному:

- необхідно довести до відома керівника підрозділу про несприятливу для його підлеглого ситуацію, що склалася (та частка інформації, яку ви розкриваєте, обов'язково обговорюється з працівником у ході проведення бесіди. Підкреслимо, що надані вам відомості можуть мати настільки інтимний і довірчий характер, що їхнє розголошення може завдати шкоду пожежному-рятувальнику);
- з огляду на підвищену можливість неадекватних реакцій необхідно створити для працівника на якийсь період більш спокійні умови службової діяльності;
- не залишати працівника на цей період без контролю й уваги. Цю задачу доречно доручити товаришам по службі, які знаходяться з ним у дружніх стосунках або є авторитетними для нього;
- при необхідності продумати можливість госпіталізації пожежного-рятувальника.

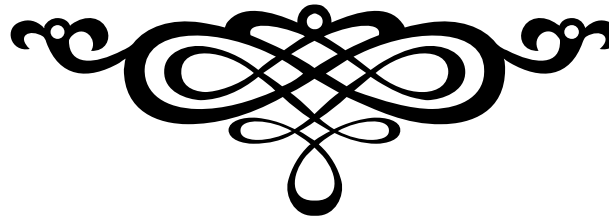
У завершенні бесіди психолог пропонує особі, що переживає кризу, подальші контакти, повідомляє свій графік роботи, призначає конкретний час наступної зустрічі. У процесі невідкладної бесіди психолог поступово переходить від позиції емпатичного слухання до позиції співучасті в пізнавальному оволодінні і практичному розв'язанні ситуації. Це виражається й у зміні його вербальної активності. На першому етапі вербальна активність психолога залежить від стану співробітника, на другому – активність мінімальна і зростає на етапі планування діяльності. На останньому етапі активність психолога досягає максимуму.

Як показує досвід, тривалість першої невідкладної бесіди складає від 1,5 до 2 годин. У 25% випадків для купірування суїцидальної поведінки буває досить однієї бесіди. У більшості випадків людина, яка знаходиться у кризовому стані, звертається за допомогою 4-5 разів (від 2 до 6 тижнів).

Таким чином, для проведення профілактичної бесіди з пожежним-рятувальником, який знаходиться у стані психологічної кризи, може бути запропонована певна її побудова з виділенням головних етапів. Але буває так, що бесіда йде іншим шляхом, етапи можуть змінюватися місцями, сполучатися і т.п. Боятися цього не потрібно, тому що будь-яка схема несе в собі елемент умовності.

Друга бесіда, призначувана психологом, як правило, через 2-3 дні, має своєю метою інтелектуальне освоєння ситуації. На тлі вже сформованого емпатичного контакту психолог допомагає працівнику глибше і точніше опанувати те, що відбувається, прийняти його реальність. Оцінюються вже розпочаті дії, спрямовані на вирішення кризи. Здійснюється «зворотний зв'язок»: спільно розроблений план поведінки – дії працівника – спільний аналіз їхніх результатів – подальше планування діяльності. У випадку «нерозв'язних конфліктів» і необоротних утрат, коли зміна зовнішньої ситуації неможлива, самовдосконалення і самоактуалізація можуть бути представлені працівнику як головна життєва мета, що заміняє втрачену мету. Формування у пожежного-рятувальника мотивації до особистісного росту і розвитку – найважливіша задача інтенсивної психологічної допомоги. Виникнення даної мотивації непохитно купірує аутоагресивні переживання.

Творче застосування цієї методики, щире бажання допомогти людині в біді, утримати її від фатального кроку повинно бути головним орієнтиром у роботі практичного психолога МНС України.



МЕТОДИКИ ПРОГНОЗУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПЕРСОНАЛУ МНС УКРАЇНИ

На наш погляд, превентивно-профілактична діяльність психологічної служби буде більш ефективною, якщо будуть використані сучасні методики прогнозування аутоагресії. Скласти чіткий алгоритм дій психолога допоможе *карта суїцидального ризику*, що містить інформацію про ті інтрапсихичні особливості особистості, що за певних обставин (дезадаптуючих, критичних, фрустраційних, стресогенних) можуть спровокувати різні форми аутодеструкції, у тому числі і самогубство.

Запропоновані для практичного застосування в діяльності психолога МНС *карта суїцидального ризику* та *анкета для опитування працівників щодо вивчення життєвих ситуацій, які дезадаптують особистість*, будуть корисними:

- при вивченні особистості і складанні загального психологічного портрету;
- при оцінці стану працівника, який опинився у складній життєвій ситуації;
- при проведенні первинної психопрофілактики особи з неадекватною поведінкою;
- при підозрі психолога чи співробітників колективу про суїцидальні наміри особистості.

Карта суїцидального ризику заповнюється у процесі безпосереднього й опосередкованого вивчення особистості за допомогою наступних методів:

- анкетування;
- індивідуальної бесіди;
- систематичного включеного і невключеного спостереження;
- аналізу документів і незалежних характеристик;
- психологічного тестування;
- соціометрії.

Карту суїцидального ризику та *анкету для опитування працівників щодо вивчення життєвих ситуацій, які дезадаптують особистість* бажано включати до психологічного портрету особистості. Суїцидальний ризик слід вважати реальним (таким, що потребує активного психологічного втручання), якщо 30-35% ознак оцінюються як характерні для даної особистості. У цьому випадку робота психолога не обмежується превенцією і психологічною підтримкою, а здійснюється (у вигляді спостереження) навіть після поліпшення стану працівника. При необхідності психолог повинен звернутися до фахівців лікувальних закладів.

Коректність і високий професіоналізм у роботі з кризовою особистістю та її найближчим соціальним оточенням, знання структури й особливостей суїцидальної поведінки забезпечать максимальну ефективність психопрофілактики суїцидального ризику і зниження рівня самогубств серед персоналу МНС України.

КАРТА СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ

1. Біографічні дані

- 1.1. Суїцидальні спроби серед родичів.
- 1.2. Виховання в неповній чи неблагополучній родині.
- 1.3. Смерть чи розлучення батьків до досягнення суб'єктом 15-ти років.
- 1.4. Деформація спрямованості особистості (відсутність життєвих планів, професійних інтересів, деформація ієрархії потреб).
- 1.5. Віктимність щодо нещасливих випадків (травм, опіків, ДТП і т.д.).
- 1.6. Участь у бойових діях («гарячих точках», миротворчих операціях у складі збройних сил).
- 1.7. Участь у ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС.
- 1.8. Різка зміна соціального чи професійного статусу (погіршення матеріально-побутових умов, зниження по службі).
- 1.9. Зміна місця навчання чи роботи без істотних причин.
- 1.10. У біографії працівника була смерть дружини/чоловіка (дитини) чи розлучення.

2. Особистісні соціально-психологічні особливості

- 2.1. Схильність до егоцентризму.
- 2.2. Акцентуація рис характеру.
- 2.3. Схильність до різних форм деструктивної й агресивної поведінки.
- 2.4. Схильність до аутодеструкції (зловживання алкоголем, зневажливе ставлення до свого здоров'я).
- 2.5. Підвищена емоційність, вразливість, поміркованість.
- 2.6. Хворобливе самолюбство; завищена чи занижена самооцінка, невпевненість у собі.
- 2.7. Підвищений рівень особистісної і ситуативної тривожності.
- 2.8. Порушення в комунікативній сфері особистості (зайва замкнутість, що доходить до соціально-психологічної відчуженості).
- 2.9. Песимістичні погляди на майбутнє, невпевненість у завтрашньому дні, споконвічне програмування себе на невдачу в будь-яких починаннях.
- 2.10. «Надзалежність» від думки, ставлення значущих інших.
- 2.11. «Застрявання» на невдачах, проблемах, конфліктних ситуаціях, «надціннісних» ідеях і планах.
- 2.12. Безкомпромісність, категоричність суджень.
- 2.13. Слабкість особистісного психологічного захисту.
- 2.14. Знижена стійкість до емоційних навантажень.

3. *Актуальна ситуація*

- 3.1. Сімейний конфлікт.
- 3.2. Матеріально-побутові труднощі (об'єктивно чи суб'єктивно нерозв'язні).
- 3.3. Різке погіршення соматичного чи психічного здоров'я.
- 3.4. Службовий конфлікт.
- 3.5. Правовий конфлікт (страх перед покаранням за порушення законності).
- 3.6. Критична ситуація у службовій діяльності.
- 3.7. Процес адаптації до нових умов служби.
- 3.8. Затяжний чи нерозв'язний конфлікт у будь-якій сфері життєдіяльності.
- 3.9. Об'єктивно несправедливе ставлення (недооцінка) з боку значимих інших (дружини, дітей, керівника і колег по службі, друзів).
- 3.10. Фруструюча ситуація (відсутність перспектив у значимій сфері, професійний, сімейний крах).
- 3.11. Утрата близьких людей.
- 3.12. Дефіцит спілкування і довірчих відносин.

4. Психологічний стан особистості, детермінований актуальною ситуацією (ознаки суїцидальної активності)

- 4.1. Втрати інтересу до значущих сфер життя (професійної, особисто-сімейної), зниження загальної активності.
- 4.2. Неадекватність у поведінці (наприклад, флегматик стає занадто збудливим, гарячково активним; сангвінік – замкненим, подавленим).
- 4.3. Завуальовані і відкриті суїцидальні висловлення («от, коли мене не буде», «я втомився від життя, мене ніщо не радує», «заснути б назавжди і забути про ці проблеми»).
- 4.4. Стан дезадаптації.
- 4.5. Підвищена алкогольна залежність, наркотизація.
- 4.6. Звуження свідомості, викликане «застрьяванням» на актуальній ситуації.
- 4.7. Скарги на перевтому, депресивний стан, самотність, нерозуміння, втрату сенсу життя, спустошеність.

5. Антисуїцидальні фактори

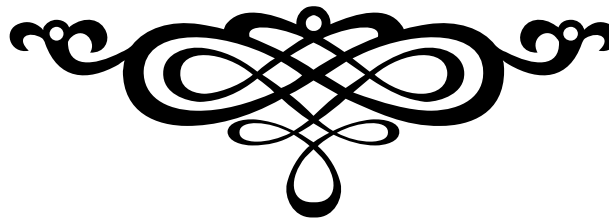
- 5.1. Емоційна прихильність до значущих інших.
- 5.2. Батьківські обов'язки.
- 5.3. Виражене почуття обов'язку, обов'язковість.
- 5.4. Острах заподіяти собі фізичне страждання чи збиток.
- 5.5. Уникнення осуду з боку оточуючих.
- 5.6. Уявлення про гріховність самогубства.
- 5.7. Наявність творчих планів, задумів. Реальна перспектива реалізувати себе у значущій сфері діяльності.
- 5.8. Переконаність в аморальності і неестетичності аутоагресивного акту.

АНКЕТА

для опитування персоналу МНС України щодо вивчення життєвих ситуацій, які дезадаптують особистість та можуть стати причиною суїцидальної поведінки

1. Ваш вік _____
2. Стаж служби в МНС України _____
3. Рід службової діяльності _____
4. Які мотиви вплинули на вибір професії (вказати до 4-х варіантів відповідей):
 - відповідність професійної діяльності Вашим переконанням і особистим якостям;
 - можливість приносити благо суспільству;
 - бажання реалізувати себе саме в цьому виді діяльності;
 - престижність служби в МНС України;
 - владні повноваження;
 - поліпшення матеріального добробуту;
 - прагнення до ризиконебезпечних видів діяльності;
 - сімейні традиції;
 - відсутність можливості вибору іншої роботи;
 - бажання одержати можливість користуватися пільгами;
 - корисливі мотиви;
 - інші фактори _____.
5. Чи змінилося Ваше уявлення про діяльність МНС України за час служби:
 - змінилося в позитивний бік;
 - змінилося в негативний бік;
 - не змінилося.
6. Які із зазначених конфліктів, що виникають у професійній сфері, є для Вас найбільш значущими (вказати до 3-х варіантів відповідей):
 - професійна неспроможність;
 - неможливість (чи нездатність) реалізувати себе в цьому виді діяльності;
 - падіння престижу діяльності МНС України;
 - постійна критика з боку керівництва;
 - конфліктні відносини з товаришами по службі; погіршення психологічного мікроклімату в колективі;

- недооцінка Ваших особистих і професійних якостей колегами по службі і керівником підрозділу;
 - страх покарання за порушення службової дисципліни;
 - страх покарання за порушення законності;
 - (свій варіант) _____.
7. Які із зазначених інтимно-особистісних проблем є для Вас найбільш значущими (указати до 4-х варіантів відповідей):
- самотність;
 - подружня зрада;
 - хвороба чи смерть близьких людей;
 - несправедливе ставлення з боку найближчого оточення;
 - відсутність психоемоційного контакту з членами родини (батьками, дружиною/чоловіком, дітьми і т.д.), емоційна холодність і нерозуміння з боку близьких;
 - нещасливе кохання;
 - брак уваги з боку оточуючих;
 - статева неспроможність;
 - погіршення стану здоров'я, серйозне (невиліковне) захворювання;
 - постановка психіатричного діагнозу;
 - (свій варіант) _____.
8. Які із зазначених нижче сімейно-побутових проблем є для Вас найбільш актуальними (вказати до 3-х варіантів відповідей):
- матеріальні утруднення у зв'язку з низькою зарплатою;
 - важкі житлові умови;
 - різке зниження життєвого рівня родини;
 - безперспективність істотного поліпшення матеріально-побутових умов;
 - часті конфлікти з близькими на ґрунті сімейно-побутових проблем;
 - (свій варіант) _____.



ДЕЯКІ ПІДХОДИ ЩОДО ПРОГНОЗУВАННЯ НЕРВОВО-ПСИХІЧНОЇ НЕСТІЙКОСТІ КАНДИДАТІВ НА СЛУЖБУ ТА ФАХІВЦІВ МНС УКРАЇНИ

При прийомі кандидатів на службу в МНС України виявлення осіб з ознаками нервово-психічної нестійкості повинно проходити у три етапи:

1. Вивчення документів, в результаті якого можливо отримати непрямі ознаки нервово-психічної нестійкості (психічні захворювання у батьків і близьких родичів; перенесені травми головного мозку й інфекційні захворювання; спостереження у психоневрологічному диспансері; виховання в неблагополучній сім'ї; відсутність одного з батьків; приводи в міліцію; труднощі в навчанні; залучення в антисоціальні групи; складні відносини з товаришами; низька суспільна активність; вузькість і невідповідність віку інтересів і захоплень; запальність, дратівливість, нестійкість настрою, образливість, замкненість, безініціативність, надмірна принциповість, театральність, манірність, слабовілля; рання пристрасть до алкоголю, куріння; вживання препаратів, що містять наркотичні речовини).

2. Спостереження за поведінкою кандидата з метою виявлення осіб, схильних до замкнутості, самоти, сором'язливих, нерішучих, боязких або, навпаки, конфліктних, тих, що вступають в сперечання, відмовляються виконувати накази, порушують розпорядок, розв'язаних у поведінці. Особливу увагу слід звернути на осіб з недоліками артикуляції, м'язовими сипаннями, тремором кінцівок, незручністю (незграбністю) рухів.

3. Проведення індивідуальної співбесіди. У процесі бесіди уточнюються наявні відомості, оцінюються ті сторони особистості, що неможливо було оцінити за допомогою спостереження або документів, що є на даного кандидата. Особливу увагу необхідно звернути на осіб, у яких на етапі вивчення документів виявлені 1–2 непрямі ознаки нервово-психічної нестійкості, а також на осіб з епізодичними проявами нервово-психічної нестійкості в поведінці. При побудові плану бесіди практичному психологу МНС необхідно передбачити такі теми обговорення, як: умови виховання і розвитку; відношення до алкоголю, наркотиків; стан здоров'я; відношення до оточуючих і осіб протилежної статі.

Після індивідуальної бесіди бажано провести анкетування за допомогою опитувальника «Нервово-психічна стійкість» (НПС).

Підсумком вивчення кандидата повинен стати висновок практичного психолога МНС про рівень його нервово-психічної стійкості:

✓ *низький* – з різко вираженими ознаками нервово-психічної нестійкості, які не відповідають вимогам, що пред'являються до фахівця МНС України;

✓ *середній* – з помірно вираженими ознаками нервово-психічної нестійкості, які обмежують використання даних осіб як на посаді пожежного-рятувальника, так і в певних ситуаціях службової діяльності. Такий кандидат вимагає індивідуальних психопрофілактичних, психокорекційних, виховних і організаційних заходів;

✓ *високий* – такі кандидати можуть використовуватися без обмежень.

У період подальшого проходження служби здійснюється спостереження за працівником з метою контролю його нервово-психічного стану, вивчення системи відносин як усередині групи (відділення, команди), так і в цілому, – у колективі підрозділу, оцінки емоційного і ділового статусу кожного фахівця, а також своєчасного проведення психопрофілактичних і психокорекційних заходів.

Найбільш інформативними в цьому плані є соціометричні методики. Крім того, можуть бути використані й інші методи: метод незалежних характеристик, спостереження тощо.

Основними завданнями вивчення персоналу МНС України у цей період є:

- ✓ оцінка ходу адаптації до умов і вимог служби в конкретному підрозділі МНС України і забезпечення, у разі потреби, відповідних виховних дій, психопрофілактичних і психокорекційних заходів з метою попередження проявів нервово-психічної нестійкості;

- ✓ вивчення взаємостосунків у колективі підрозділу, надання допомоги пожежним-рятувальникам, що зазнають труднощів у встановленні контактів;

- ✓ виявлення осіб, що потребують додаткового психологічного обстеження.

Методами вивчення персоналу МНС України залишаються спостереження, психологічне тестування й індивідуальна бесіда.

Особливу увагу необхідно звертати на осіб, що болісно реагують на зауваження, тих, що легко збуджуються, запальних, конфліктних або, навпаки, замкнених, образливих, надмірно боязливих і сором'язливих.

Підлягають виявленню особи, що проявляють зарозумілість, прагнуть за будь-що виділитися серед оточуючих або, навпаки, таких, що стали об'єктом жартів, насмішок, що здійснюють безглузді вчинки, що мають дивності, ненормальності в поведінці, неохайний зовнішній вигляд.

Необхідно виділяти осіб, що виявляють під час виконання навчально-тренувальних або службово-бойових завдань незібраність, порушення координації рухів, зайву напруженість, химерність рухів і поз, відзначати випадки частого звернення по медичну допомогу з різноманітними скаргами, фіксувати тих, що відстають, насилу освоюють спеціальність, відзначати випадки невірного виконання наказів і розпоряджень.

Серед основних заходів профілактики нервово-психічних зривів слід виділити:

- ✓ уважне, чуйне відношення до працівників, пошану до їх відчуттів, думок, поглядів, пропозицій тощо, недопущення на їх адресу різких образливих висловів, несправедливості і т.п.;

- ✓ створення здорового морально-психологічного клімату в колективі (атмосфери шанобливості, доброзичливості і взаємодопомоги);

- ✓ створення здорового побуту (боротьба проти пияцтва);

- ✓ попередження конфліктних і виключення інших психотравмуючих ситуацій;

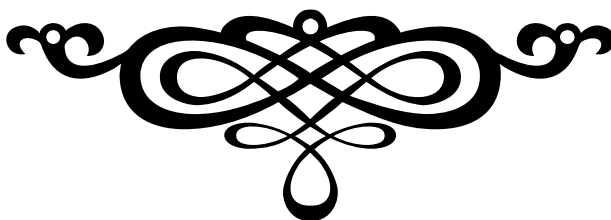
- ✓ роз'яснення працівникам типологічних рис їх характеру, можливих негативних проявів, пов'язаних з ними, і формулювання рекомендацій для самоконтролю і корекції;

- ✓ знання керівництвом підрозділу та практичним психологом МНС України типових ситуацій, у яких поведінка пожежного-

рятувальника з ознаками нервово-психічної нестійкості буде найбільш неадекватною.

Особливо хотілося б підкреслити недопущення випадків використання одержаної інформації на шкоду персоналу МНС України.

Дані спостереження необхідно аналізувати, уточнювати у процесі бесід і доповнювати результатами тестування. Узагальнені дані вивчення конкретного фахівця повинні служити базою для розробки практичним психологом конкретних пропозицій керівництву підрозділу щодо заходів індивідуально-виховного характеру, раціонального використання того або іншого професіонала в кожній конкретній ситуації, організації і проведенні психопрофілактичних і психокорекційних заходів.



СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аболин Л.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека. – Казань: КГУ, 1987. – 261 с.
2. Аболин Л.М. Эмоциональная устойчивость и пути ее повышения // Вопросы психологии. – 1989. – № 4. – С. 87 – 95.
3. Абрамов А.В. Анализ суицидальной активности сотрудников органов внутренних дел // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 1999. – № 1 (5). – С.47–52.
4. Агресивний натовп та методи протидії йому /За ред. О.В.Тімченка. – Харків, 1998. – 105 с.
5. Адаптация человека: Сб. ст. – Л.: Наука, 1972. – С. 8 – 56.
6. Айдаралиев А.А., Максимов А.Л. Адаптация человека к экстремальным условиям (опыт прогнозирования). – Л.: Наука, 1988 – С. 76 – 123.
7. Александровский Ю. А. Психоневрологические расстройства при аварии на Чернобыльской АЭС // Медицинские аспекты аварии на Чернобыльской АЭС. – К.: Здоровье, 1988. – С.171 – 177.
8. Алиев И.А. Актуальные проблемы суицидологии (уголовно-правовой и криминологический аспекты). – Баку, 1987. – С.1–8.
9. Амбрумова А.Г. Возрастные аспекты суицидального поведения //Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. – М., 1989. –С.8–24.
10. Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения //Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – Т.82. – С. 44–59.
11. Амбрумова А.Г. О самоубийцах //Аргументы и факты. – 1994. – №12.
12. Амбрумова А.Г. Психалгии в суицидологической практике //Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – Т.82. – С.73–93.
13. Амбрумова А.Г. Психология одиночества и суицид //Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1981. – Т.92. – С. 69–80.
14. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства //Медицинская помощь. – М., 1994. – № 3. – С.14–19.
15. Амбрумова А.Г. Роль личности в проблеме суицида //Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1981. – С.35–49.
16. Амбрумова А.Г. Социальная дезадаптация и суицид: Сб.тр.НИИ психиатрии им. Асатиани. – 1974 – Т.19 –20. – С.47–49.
17. Амбрумова А.Г. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения // Комплексные исследования в суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1986. – С.7–25.
18. Амбрумова А.Г. Теоретико-методологические и организационные проблемы суицидологической превенции //Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1984. – С.8 – 26.
19. Амбрумова А.Г., Полеев А.М. Телефонная психотерапевтическая помощь – Телефон Доверия – в системе социально-психологической

- службы //Методические рекомендации Всесоюзного научно-методического суицидологического Центра. – М., 1988. – 68 с.
20. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Анализ предсмертных записок суицидентов // Научные и организационные проблемы суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1983. – С.53–74.
 21. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Семейная диагностика и вопросы профилактики суицидального поведения //Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии: Сб. науч.тр. – М., 1984.–С.62–77.
 22. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном обществе //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1991.– № 1. – С.26–38.
 23. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения //Методические рекомендации Всесоюзного научно-медицинского суицидологического Центра. – М., 1980. – С.14–22.
 24. Антидепрессанты и суицид // Врач. – 1993. – № 8. – С.8.
 25. Арнольд О.Р., Дукаревич М.З., Ордянская А.Б., Скибина Г.А., Старшенбаум Г.В. Психотерапевтическая реадaptация суицидентов в условиях кризисного стационара // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии: Сб.науч.тр. – М., 1984. – С.98–109.
 26. Балашова М.Г., Собчик Е.Ю. О превентивной работе кабинета социально-психологической помощи с контингентом лиц, переживающих одиночество // Научные и организационные проблемы суицидологии: Сб. науч.тр. – М., 1983. – С.167–170.
 27. Бандурка А.М., Бочарова С.П., Землянская Е.В. Психология управления. – Харьков: ООО «Фортуна-пресс», 1998. – 464 с.
 28. Башлыков Н.А. Проблема самоубийства в капиталистических странах //Здравоохранение Российской Федерации. – 1980. – № 3. – С.39–43.
 29. Бердяев Н. О самоубийстве (психологический этюд). – Переизд. МГУ, 1992. – С.3 – 18.
 30. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
 31. Бернштейн А.Д. К механизму утомления. Роль истощения и торможения в механизме утомления. – Алма-Ата, 1955. – С.123 – 137.
 32. Бехтерев В.М. Вопросы общественного воспитания. – СПб., 1909. – 132 с.
 33. Бехтерев В.М. О причинах самоубийства и о возможной борьбе с ними. – СПб., 1912. – С.85.
 34. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 1995.– 640 с.
 35. Бовин Б.Г., Рябов С.А. Профессиональный отбор сотрудников, работающих в условиях хронической экстремальности (психологический аспект) //Проблемы профилактики дезадаптации и

- профессиональной деформации у сотрудников органов внутренних дел: Сб. науч. тр. – М.: НИИ МВД России, 1993. – С.38 – 44.
36. Бондаренко А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика. – К.: Укртехпресс, 1997. – 149 с.
37. Бондаренко А.Ф. Социальная психотерапия личности. – К.: КГПИИЯ, 1991. – 188 с.
38. Бородин С.В., Кузнецов В.Е. Проблема самоубийства и его предупреждения с позиций правового подхода (исторический аспект) //Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. Сборник научных трудов. – М., 1984. – С. 35–47.
39. Булгаков М. Театральный роман.– М.,1989. – С.27.
40. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психологической диагностике /Отв. ред. С.Крымский – Киев: Наук. думка, 1989. – 200с.
41. Буханский Н.П. Самоубийцы. – Л., 1927. – 183с.
42. В помощь практическому психологу ОВД: Методические рекомендации психологу по диагностике и выявлению суицидальных проявлений личности у сотрудников ОВД //Давыдов Н.Г., Далькевич А.В., Коваль Н.В., Легенький Н.И., Олефиренко В.Л., Омелянович В.Ю. – Киев – Донецк, 1998. – 68 с.
43. Варбан Є.О. Стратегії і прийоми психологічного подолання життєвих криз особистості //Практична психологія та соціальна робота. – 1998. – № 8. – С.7–9.
44. Васильев В.Л. Юридическая психология. – 3-е изд.– СПб: Изд-во «Питер», 2000. – 624 с.
45. Васильев И.А., Поплужный В.А., Тихомиров О.К. Эмоции и мышление. – М., 1980. – С. 35 – 54.
46. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). – М.: МГУ, 1984. – 200 с.
47. Ведяев Ф.П., Воробьева Т.М. Модели и механизмы эмоциональных стрессов. – К.: Здоров'я, 1983. – 133 с.
48. Вилюнас В.К. Психология эмоциональных явлений. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1976. – 143 с.
49. Войцехович Б.А., Редько А.Н. Социально-гигиенический портрет самоубийцы //Здравоохранение РФ. – 1994. – №1. – С.23–26.
50. Вроно Е.М. Суицидология в России // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – Т.82. – С.75–81.
51. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956.– 448 с.
52. Гавриленко І. Як попередити суїцид? // Іменем закону. – 2000. – № 24.– С.3.
53. Гайдашук А.В., Шаповалов А.В., Яковенко С.И. Психосоциальные факторы риска суицидального поведения: Пособие для работников кадрового аппарата и преподавателей гуманитарных дисциплин учебных заведений системы МВД. – К., 1995. – С.1–6.

54. Гвоздев И.М. О самоубийстве с социальной и медицинской точек зрения. – Казань, 1889. – С.11–29.
55. Гернет М.Н. Моральная статистика. – М., 1922. – Вып.1.
56. Гернет М.Н. Моральная статистика. – М., 1927. – Вып.2.
57. Гордон Г.И. Современные самоубийства //Русская мысль. – 1912. – №5. – С.74–93.
58. Гримак Л.П. Резервы человеческой психики: Введение в психологию активности. – М.: Политиздат, 1987. – 286 с.
59. Громов А. Эвтаназия: милосердие или преступление //Медицинская газета. – 1994. – №24. – 30 марта.
60. Данилова М.Б., Елисеев И.М., Постовалова Л.И. Некоторые социально-клинические характеристики группы высокого суицидального риска //Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – Т.82. – С.171–184.
61. Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд. – М., 1994.
62. Еникеев М.И. Юридическая психология: Учебник для вузов. – М.: Издательская группа НОРМА – ИНФРА, 1999. – 517 с.
63. Еникеев М.И., Кочетков О.Л. Общая, социальная и юридическая психология. Краткий энциклопедический словарь. – М., 1997. – 448 с.
64. Завальнюк А.Х. Краткий словарь судебно-медицинских терминов. – К.: Вища школа. Головное изд-во, 1982. – 192 с.
65. Ивашев В.В. Как формулировать «смертный» диагноз //Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 1998. – № 4. – С.71–76.
66. Изард К. Эмоции человека /Пер. с англ. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980. – С.440.
67. Кибрик Н.Д., Ордянская А.Б. Сексуальный конфликт как один из факторов в генезе суицидоопасных состояний (возрастной аспект)// Сравнительно- возрастные исследования в суицидологии. – М., 1989. – С.114–119.
68. Клапаред Э. Психология эмоций. – М., 1984. – 220 с.
69. Ковалев М.И. Право на жизнь и право на смерть. – 1992. – С.68–75.
70. Кондраш А. Волнение: страх перед испытанием. – К., 1981. – С.22–49.
71. Кони А.Ф. Самоубийство в законе и жизни. – М., 1923. – С.14–31.
72. Конончук Н.В. Личные и семейные мотивы суицидов //Труды Ленинградского НИИ психоневрологии. – Л., 1978. – Т.86. – С.128–132.
73. Коровин А.М. Самоубийство и потребление водки в Европейской России с 1903 по 1912 год. – М., 1916.
74. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития //Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 1991. – С.8–15.
75. Короленко Ц.П. Психофизиология человека в экстремальных условиях.– Л.: Медицина, 1978.– 271 с.

76. Космополинский Ф.П. Эмоциональный стресс при работе в экстремальных условиях. – М.: Медицина, 1976. – 191 с.
77. Краевский Б. По поводу самоубийств среди учащихся. Психологические соображения. – Харьков, 1910. – 118 с.
78. Красненкова И.П. Философский анализ суицида //Идея смерти в российском менталитете. – СПб., 1999. – С.45–69.
79. Крау Э. Начальная профессиональная адаптация и пути ее определения //Вопросы психологии. – 1972. – №1. – С. 32–43.
80. Кряжев С.В., Постовалова Л.И. Вопросы организации комплексного расследования и поственции суицидов //Комплексные исследования в суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1986. – С.214–218.
81. Кузнецов В.Е. Истоки междисциплинарного подхода в отечественной суицидологии //Комплексные исследования в суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1986. – С.84–93.
82. Кузнецов В.Е. Исторические аспекты исследования самоубийств в России // Актуальные проблемы в суицидологии. – М., 1981. – Т.92. – С.26–35.
83. Кузьмин В.В., Доля А.Н. Принадлежность к тоталитарным сектам и деструктивным культам как причина самоубийств // Психологія суїцидальної поведінки: діагностика, корекція, профілактика: Зб. наук. пр. – К., 2000. – С. 106–110.
84. Лазарашвили И.С. Анализ повторных суицидальных действий практически здоровых лиц // Научные и организационные проблемы суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1983. – С. 114–120.
85. Ларичев В.П. Аксиопсихотерапия кризисных состояний //Научные и организационные проблемы суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1983. – С.204–210.
86. Ларичев В.П. Превентивная аксиопсихокоррекция личностных нарушений при переживании состояний эмоционального кризиса //Проблемы психопрофилактики и реабилитации в суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1984. – С.170–174.
87. Ларичев В.П. Психотерапевтическая помощь в практике суицидологии // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1981. – Т.92. – С.256–263.
88. Левитов Н.Д. О психических состояниях человека. – М., 1964. – 344 с.
89. Лейбович Я.Л. 1000 современных самоубийств. – М., 1923. – 98 с.
90. Лихачев А.В. Самоубийство в Западной Европе и в Европейской России. Опыт сравнительно-исторического исследования. – СПб., 1882. – С.26–51.
91. Магурдумова Л.Г. Реабилитация лиц после суицидальной попытки в условиях кабинета социально-психологической помощи // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии. – Л., 1984. – С.24–33.
92. Майерс Д. Социальная психология. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 688 с.
93. Маклаков А.Г. Общая психология. – СПб.: Питер, 2000. – С.80–85.

94. Мицкевич В.А. Формирование психологической устойчивости сотрудников ОВД //Проблемы безопасности личного состава ОВД. – Минск, 1992. – 188 с.
95. Населення України, 2000 рік //Державний комітет статистики України. Відп. за випуск Стельмах Л.М., Задоевко Л.В., Левіна Н.І. – К., 2000. – 515с.
96. Не умирать раньше своей смерти // Медицинская газета. – 1993. – 3 сентября.
97. О причинах самоубийств в России // Медицинская газета. – 1993. – № 26. – 2 апреля – С.3.
98. Огронович В.Н. К вопросу о самоубийстве //Вестник психологии, криминальной антропологии и педологии. – СПб., 1912. – Т.9. – Вып. 2. – С.49–76.
99. Омельянович В.Ю. Аналіз соціально-психологічних та психолого-психіатричних аспектів аутодеструктивної поведінки співробітників органів і підрозділів внутрішніх справ // Проблеми правознавства та правоохоронної діяльності: Зб. наук. ст. – ДІВС. – №1. – 1999. – С.262–269.
100. Ордянская А.Б., Скибина Г.А. Принципы организации кризисного стационара и особенности ведения лиц в кризисных состояниях //Научные и организационные проблемы суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1983. – С.151–158.
101. Острогорский А.Н. Больные люди, больные дети //Педагогический сборник. – Вып.2. – 1886. – С.168.
102. Острогорский А.Н. Избранные педагогические сочинения. – М., 1985. – С.86–92.
103. Павленко И. Крик самоубийцы, или о праве на смерть //Медицинская газета. – 1994. – №77. – 5 октября.
104. Павлов И.П. Мозг и психика /Под ред. М.Г. Ярошевского. – М.: Из-во «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. – 320 с.
105. Паперно И. Самоубийство как культурный институт. – М.: Новое литературное обозрение, 1999. С.91–105.
106. Перри Г. Как справиться с кризисом. – М., 1995. – С.26–49.
107. Пік суїцидів припав на час відміни пільг //Богомольця, 10. – 2000. – № 45 (1225). – С.1–2.
108. Платонов К.К. Краткий словарь системы психологических понятий. – М.: Высшая школа, 1981. – 175 с.
109. Полеев А.М. Неотложная интенсивная психотерапия при острых суицидоопасных реакциях //Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1984. – С.149–161.
110. Полеев А.М. Психотерапевтическая помощь при интимно-личностных и супружеских конфликтах. //Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. – М., 1989. – С.124–133.

111. Полеев А.М., Малофеева Т.В. Телефонная психотерапевтическая помощь в превентивной суицидологической службе //Комплексные исследования в суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1986. – С.178–188.
112. Полякова И.В. О некоторых аффективных реакциях у суицидентов //Научные и организационные проблемы суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1983. – С.109–114.
113. Понизовский А.М. Анализ основных подходов к пониманию суицидального поведения при депрессиях //Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1981. – Т.92. – С.150–167.
114. Понизовский А.М., Демидов В.И. Роль производственных конфликтов в социально-психологической дезадаптации работников промышленных предприятий //Комплексные исследования в суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1986. – С.158–166.
115. Понизовский А.М. Опыт купирования кризисных состояний у суицидентов приемами когнитивной психотерапии //Научные и организационные проблемы суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1983. – С.188–195.
116. Постовалова Л.И. Вопросы изучения и профилактики самоубийств в работах дореволюционных исследователей //Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1984. – С.26–35.
117. Постовалова Л.И. Распространенность самоубийств в СССР // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. – М., 1989. – С.24–34.
118. Постовалова Л.И. Социально-психологические аспекты семейной диагностики суицидентов //Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1981. – Т.92. – С.103–124.
119. Постовалова Л.И. Социологические аспекты суицидального поведения //Научные и организационные проблемы суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1983. – С.33–39.
120. Постовалова Л.И., Семенов Э.В., Ларичев В.П. Межличностные конфликты в генезе завершенных суицидов //Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1981. – Т.92. – С.81–102.
121. Психологический словарь / Под. ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова. – М., 1996. – 440 с.
122. Психология личности. Тесты, опросники, методики. – М., 1995. – 127 с.
123. Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд. – М.: Политиздат, 1990. – 494 с.
124. Розанов П.Г. О самоубийстве. – К., 1891.– 154 с. 1989. – 76с.
125. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 720с.
126. Рязанцев С. Танатология (учение о смерти). – СПб., 1993. – С.41–55.

127. Рязанцев С. Философия смерти. – Спикс СПб., 1994. – С.18–21.
128. Сикорский И.А. Психологическая борьба с самоубийством в юные годы. – Киев, 1913. – С.98–106.
129. Сикорский И.А. Психологические основы воспитания и обучения. – СПб., 1909. – С.49.
130. Скибина Г.А. Тактика ведения суицидентов в ближайшем постсуицидальном периоде //Комплексные исследования в суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1986. – С.237–247.
131. Скибина Г.А., Арнольд О.Р., Ордянская А.Б. Комплексный подход к купированию кризисных состояний //Комплексные исследования в суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1986. – С.166–178.
132. Словарь физиологических терминов /Под ред. Газенко О.Г. – М.: Наука, 1987. – 447 с.
133. Смирнов А. Самоубийство и христианский взгляд на жизнь (публичная лекция). – СПб., 1914. – С.11–18.
134. Смолинский Л.Г. Суицидоопасные ситуационные реакции и их динамика у лиц с акцентуациями характера //Комплексные исследования в суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1986. – С.136–140.
135. Слуцкий А.С., Занадворов М.С. Некоторые психологические и клинические аспекты поведения суицидентов //Психологический журнал. – Т13. – 1992–1. – С.77–85.
136. Собчик Е.Ю. Принцип индивидуального психокоррекционного подхода в работе психолога кабинета социально-психологической помощи //Комплексные исследования в суицидологии : Сб. науч. тр. – М., 1986. – С.152–157.
137. Соколова И.М. Исследование психологических факторов риска аутодеструктивного поведения у студентов //Вісник Харківського університету. – № 5. – Х., 2001.
138. Старшенбаум Г.В. Возрастные аспекты кризисной терапии. //Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. – М., 1989. – С.124–133.
139. Старшенбаум Г.В. Групповая психотерапия пациентов с суицидоопасными реакциями //Комплексные исследования в суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1986. – С.196–203.
140. Суицидология: прошлое, настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах / Составитель Моховиков А.Н. – М., 2001. – С.31–59.
141. Сулицький В.В. Наукові основи методики викладання навчальної дисципліни «Психологія суїцидальної поведінки»: Навчально-методичний посібник. – К.: КІВС КРАКОС, 2000. – 198 с.
142. Тарабрина Н.В. и др. Посттравматические стрессовые нарушения у участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС //Чернобыльский след: с воздействия. – М., 1992. – С.192–237.
143. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб: Питер, 2001. – 272с.

144. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние проблемы //Психол. журн. – 1992. – Т. 13. – №2. – С.14–29.
145. Тарнавский Е.Н. Применение статистического метода в области уголовной статистики. – Ж.М.Ю. – 1916. – № 8.
146. Тимченко А.В. Психологические аспекты состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных условиях и методы их коррекции. – Харьков, 1997. – 184 с.
147. Тимченко А.В., Тимченко О.В. Анализ суицидальной активности работников органов внутренних дел УМВД Украины в Донецкой области //Актуальні проблеми суїцидології: Зб. наук. пр. /Заг. ред. Яковенка С.І. – К.: РВВ КІВС, 2002. – С.23-29.
148. Тимченко О.В. К проблеме о зависимости уровня счастья и склонности к самоубийству от основных демографических характеристик // Психологія суїцидальної поведінки: діагностика, корекція, профілактика: Зб. наук. пр./За заг. ред. С.І. Яковенка. – К.: РВВ КІВС, 2000. – С.99–103.
149. Тимченко О.В. Суицидальное поведение сотрудников ОВД: классификация причин и основные направления профилактической работы //Вісник УніВС. –1999. –№8. – С.148–151.
150. Тихоненко В.А. Морально-этические аспекты суицида и вопросы реабилитации // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии: Сб. науч. тр. – М., 1984. – С.47–62.
151. Тихоненко В.А., Михлин А.С., Ревин В.П., Дукаревич М.З., Постовалова Л.И. Комплексная превенция суицидов //Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1981. – Т.92. – С.210–227.
152. Тимченко О.В. Організація роботи з профілактики суїцидальних проявів серед курсантів вищих навчальних закладів МВС України // Організація виховної роботи у вищих навчальних закладах МВС України: Матеріали науково-практичної конференції. – Харків: Вид-во Нац. ун-ту внутр. справ, 2002. – С.128 –130.
153. Тимченко О.В. Роль психолога у прогнозуванні суїцидальної поведінки працівників органів внутрішніх справ //Науковий вісник Дніпропетровського юридичного інституту МВС України. – 2001.– №3(6). –С.361 –365.
154. Тимченко О.В. Соціально-психологічна дезадаптація особистості в генезі суїцидної поведінки // Наукові записки Харківського військового університету. Соціальна філософія, педагогіка, психологія. – Харків : ХВУ, 2000. – Вип. VI. –С. 190 –194.
155. Тимченко О.В. Структура суїцидальної поведінки // Наукові записки Харківського військового університету. Соціальна філософія, педагогіка, психологія. – Харків : ХВУ, 2001. – Вип. IX. –С. 143 –146.
156. Тимченко О.В. Телефонна психотерапія : напрямки роботи з кризовими та суїцидонебезпечними абонентами // Вісник ХДПУ ім.

- Г.С. Сковорди. Психологія. –Харків: ХДПУ, 2001. – Вип. 5. –С.174 – 177.
157. Тімченко О.В., Тімченко О.В. Аутоагресивна поведінка працівників органів внутрішніх справ України: соціально-психологічні детермінанти виникнення, методи превенції та профілактики: Монографія. – Донецьк: ДІВС МВС України, 2003. – 236с.
158. Тімченко О.В. Критична ситуація в діяльності працівників ОВС та основні поведінкові моделі, що застосовуються при її вирішенні //Зб. наук. пр. Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / За ред. С.Д.Максименка. – К., 2001. – Т. III.– Ч. 6. – С.153–157.
159. Тімченко О.В. Психологічні рекомендації працівникам ОВС щодо саморегуляції поведінки і керування професійним стресом //Психологія: Зб. наук. пр. НПУ ім. М.П. Драгоманова. Випуск 13. – К.: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2001. – С.419–423.
160. Тімченко О.В. Сучасні групові методи надання психологічної допомоги в кризових ситуаціях //Науковий вісник Чернівецького університету: Зб. наук. пр. Педагогіка та психологія. – Чернівці: Рута, 2001. – Вип.122.– С.3–5.
161. Тімченко О.В. Сучасні підходи до класифікації стресу //Вісник Харківського державного педагогічного університету ім. Г.С. Сковороди. Психологія. – Харків: ХДПУ, 2001. – Вип.6. – С.194–199.
162. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. – Пермь, 1993. – 235с.
163. Убийца в вашем мозгу //За рубежом. – 1992. – С.21.
164. Федоров В.А. Родители и дети их – самоубийцы. – Саратов, 1911. – С.15–28.
165. Феноменов М.Я. Причины самоубийства в русской школе. – СПб., 1914. – С.51–63.
166. Фонтана Д. Как справиться со стрессом. – М., 1995. – 124 с.
167. Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе. – М., 1925. – 230 с.
168. Фрейд З. Самоубийство среди учащихся. – Одесса, 1912. – С.29–77.
169. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность: Пер. с нем. /Под ред. Б.М. Величковского.– М.: Педагогика, 1986. – Т.2. – 392 с.
170. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). – СПб: Питер Ком, 1998. – С.78–93.
171. Чалдини Р. Психология влияния. – СПб.: Питер Ком, 1999. – С.55–63.
172. Чуев Ю.Ф. Особенности формирования суицидального поведения при стрессовой ситуационной нагрузке //Неврология и психиатрия. – Вып.15. – Киев, 1986. – С.38–40.
173. Чуфаровский Ю.Ф. Юридическая психология. – М.: Право и Закон. – 1997. – 352 с.

174. Шайхлисламов З.Р. Прогнозирование эмоциональной устойчивости работников органов внутренних дел в экстремальных условиях служебно-оперативной деятельности: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.01 / Университет внутренних дел. – Харьков, 1995. – 24 с.
175. Шевченко О. Кто и как стремится к смерти // Аргументы и факты. – 2000. – № 24. – С.19.
176. Шнейдман Э. Душа самоубийцы: Пер. с англ. – М.: Смысл, 2001. – 315 с.
177. Adam K.S. et al. Parental loss and family stability in attempted suicide. Arch. Gen. Psychiatry, 1982, 39, 9, 1081–85.
178. Avery D., Winocur G. Suicide, attempted suicide and relapse rate in depression. Arch. Gen. Psychiatry, 1978, 35, 749–753.
179. Bachelor J., Napier M. Attempted suicide in old age. Brit. med. Journal, 1953, 1186–90.
180. Bennet A.E. Recognizing the potential suicide. Geriatrics, 1967, 22, 5, 175–181.
181. Bleeker J. A.C. and H. van Engelen. Euthanasia in the Netherlands/ Texts and Abstracts for the Subnetwork on Psychogeriatrics. Hilversum the Netherlands. June 5–9. – 1996. – P.30.
182. Brayli D. Attempted suicide its social significance and effects / Charman and Hall Ltd. London. – 1993. – P.78–82.
183. Cooper C.L., Payne R. (eds.) Stress at work, John Wiley & Sons, LTD, 1978.
184. Dagi T.F. Letting and making death happen; Is there really no difference? The problem of moral linkage. –1998. – P.81–90.
185. Dyer J., Kreitman N. Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. Brit. J. psychiatry, 1984, 144, 2, 127–133.
186. Farberow N.L., Kang H.K., Bullman T.A. Combat experience and post service psychosocial status as predictor of suicide in Vietnam veterans // Journal of Nervous and Mental Disease. – 1990. – V.178. – P. 32–37
187. Ferrada-Noli M.A cross-cultural breakdown of Swedish suicide // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1997. – V.96. – №2. – P.108–117.
188. French J. R. P., Caplan R. D., Van Harrison R. The mechanisms of job stress and strain. Chichester, England: Wiley, 1982.
189. Gratton C. Letting and making death happen // J. of medical humanities. – N.Y., 1990. – Vol. 11, № 2. – P. 75–80.
190. Hendin H., Haas A. –P. Suicide and guilt as manifestation of PTSD in Vietnam combat veterans // American Journal of Psychiatry. –1991. –V. 148. – P. 586– 591.
191. Klipatrik D.G., Best C.L. & Veronen L.J. Mental health correlates of criminal victimization // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1985. – V.53. – P.866-873

192. Lester D., Beck A.T. Completed suicide and their previous attempts // J Clin. Psychology. – 1976. – Vol. 32. – № 3. P.553–555.
193. Lewicka M. Ukierunkowanie zyciowe czlowieka jako jeden ze wspolwyz-nacznikow stanow pesymizmy zyciowege // Pr. Psychologiczne. – Wroclaw, 1992. – № 28. – S. 51–61.
194. Menninger K.A. Man against Himself. New York: Harcourt, Brace & Co.,1938
195. Miles S. P. Condition predisposing to suicide. A review. J. nerv. ment. Dis., 1977, 184, 4, 231 –246.
196. Miller T.W., Martin W.& Spiro K. Traumatic stress disorder: Diagnostic and clinical issues in former prisoners of war // Comprehensive Psychiatry. – 1989. – V. 30. – P.139-148.
197. Miluska J. Czym jest sytuacja alienujaca: Proba analizy psychologicznej zjawiska // Cztowie i spoteczenstwo / Uniw im Adama Mickewicza w Poznaniu. – Poznan: Wydaw. Nauk. UAM, 1990. – T.7. – S. 23–39.
198. Murray H.A. Explorations in Personality. New York: Oxford University Press, 1938.
199. Pohlmeier H. Suicide as psychodynamic problem of depression. In.: Psychopathology of depression. Helsinki, 1980, 185 –191.
200. Pommereau X., Delorme M., Druot J.-M., Tedo Ph. –P. Suicidal behavior in youth // Psychiatrie Francaise, 1995, №2, P.50–60.
201. Sainsbury P. Suicide in London. An ecological study. – L., 1955
202. Sanders A.F. Towards a model of stress human perfomance //Acta Psychologica, 1983. Vol. 53. P. 61 – 96.
203. Schonpflug W., Battman W. The costs and benefits of coping /S. Fisher, J. Reason (Eds.) Handbook of life stress, cognition and health. Chicherster: Wiley, 1988. P.699 – 713.
204. Selye H. The stress of life. New York: McGrow-Hill, 1956. – P.81 – 94.
205. Shellenbaum P. Abschied von der Selbstzezstorung: Befroing der Lebensenergie. – Stuttgart: Kreuz, 1990. – 237 S.
206. Shinn M. Caveat emptor potential problems in using information on burnout / W. S. Poine (Ed.), Processing of the First National Conferens on burnout. 1981. P. 159 – 194.
207. Shneidman E. Definition of suicide. New York: Wiley, 1985 a.
208. Shneidman E. Suicide notes reconsidered // Psychiatry. 1973 b. 36. P. 379-395.
209. Somasundaram D. Psychiatric morbidity due to war in Northern Sri Lanka // International handbook of traumatic stress syndromes / J. -P. Wilson & . Rafael (Eds). – N.Y.: Plenum Press, 1992. – P.333 –348.
210. Spielberger C.D. Theory and research on anxiety / C.D. Spielberger (Ed.), Anxiety and Behavior. New York: Academic Press, 1986. – P. 3 – 20.

211. Spielberger Ch. D. Police Selection and Evaluation. – New York. Hemisphere Publishing Corporation, 1979.
212. Spielberger, C.; Westberry, L.; Grier, K.; and Greenfield, G. 1981. Police stress survey – Sources of stress in law enforcement. Tampa, FL: Univ. of So. Florida Human Resources Institute.
213. Vedrinne J., Weber D. Is it possible to estimate the risk of suicide? // Psychiatrie Francaise. – 1995. – № 2. – P. 67–74.
214. Weerasinghe J., Tepperman L. Suicide and happiness: seven test of the connertion // Social indicators research. – Dordrecht, 1994. – Vol. 32, № 3/ – P. 199–233.

