

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

*Факультет №6
Кафедра соціології та психології*

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

з навчальної дисципліни **«Кризова психологія»**
обов'язкових компонент освітньої програми другого
(магістерського) рівня вищої освіти

053 Психологія (практична психологія)

Тема №7: «Суїцидальні кризи та їх подолання»

Харків 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 30.08.23 №7

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету
Протокол від 25.08.23 р. №7

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін
Протокол від 29.08.23 №7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології
Протокол від 15.08.2022 №8.

Розробник:

доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук,
доцент Жданова І.В.

Рецензенти:

1. Доцент кафедри педагогіки та психології Харківської державної академії фізичної культури, кандидат психологічних наук, доцент Павлик О. М.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, кандидат психологічних наук, доцент Шиліна А.А.

План лекції:

1. Суїцидальна поведінка як форма кризового реагування.
2. Індикатори суїцидального ризику та антиризиків.
3. Психологічна допомога суїцидальним клієнтам.

Рекомендована література:

Основна:

1. Життєві кризи особистості : наук. метод. посіб. : у 2 ч. / Ін-т змісту і методів навчання; В. М. Доній, Г. М. Несек, Л. В. Сохань [та ін.]. К. : ІЗМН 2019. Ч. 1 : Психологія життєвих криз особистості. 356 с.
2. Кризова психологія: Навчальний посібник. За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. Х.: НУЦЗУ, 2020. 401 с.
3. Титаренко Т.М. Кризове психологічне консультування. К.: Плавник, 2014. 96 с.

Допоміжна:

4. Булах І.С. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник. Вінниця, ТОВ «Нілан-ЛТД», 2015. 110 с.
5. Варбан Є. О. Психодіагностика стратегій подолання критичних життєвих ситуацій : деякі підходи та методи. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. Серія № 12, Психологічні науки. К., 2017. № 17 (41), ч. 2. С. 177- 182.
6. Мороз Р. А. Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги : методичні рекомендації. Миколаїв: Іліон, 2016. 224 с.
7. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. 540 с.
8. Психологія суїцидальної поведінки. Посібник. За заг. редакцією О.В.Тімченко. Вид-во УЦЗ України. Харків, 2017, 129 с.
9. Титаренко Т. Життєві кризи: технології консультування. К. Главник, 2007. 144 с.
- 10.Черезова І.О. Психологія життєвих криз особистості : навчальний посібник [для студентів вищих навчальних закладів]. Бердянськ, БДПУ, 2016. 193 с.

Тест лекції.

Питання 1. Суїцидальна поведінка як форма кризового реагування.

За даними ВООЗ у світі кожні 40 секунд відбувається один суїцид, а щорічно відбувається всього понад 800 тисяч суїцидів. В історії світової цивілізації проблема суїциду виступала як релігійна, юридична, морально-етична, медична, психологічна.

Самогубство чи суїцид - це усвідомлене позбавлення себе життя.

Суїцидальна поведінка - поняття ширше і, крім суїциду, включає в себе суїцидальні замаху, спроби і прояви.

До *суїцидальних замахів* відносять всі суїцидальні акти, які не завершилися летально через незалежні від суїцидента чинники (напр., своєчасна реанімація).

Суїцидальними спробами вважаються демонстративно-установчі дії, при яких суїцидент найчастіше знає про безпеку засобів, які він використовує для самогубств. Однак це не знижує потенційну небезпеку подібних дій.

До *суїцидальних проявів* відносяться суїцидальні думки, натяки, висловлювання, які не супроводжуються якими-небудь діями, спрямованими на позбавлення себе життя. Притаманні всім людям. Є результатом амбівалентності, полярності, протилежностей, з яких і складається життя. Переживаються фрагментарно. Характеризують внутрішню позицію індивіда по відношенню до життя.

Отже, суїцидальною поведінкою називають будь-які внутрішні і зовнішні форми психічних актів, що направляються уявленнями про позбавлення себе життя. До *внутрішніх форм суїцидальної поведінки* відносять: думки, уявлення, переживання, суїцидальні тенденції - задуми і наміри. Виникненню суїцидальних тенденцій передують антивітальні переживання, в яких ще немає чітких уявлень про суїцид, але є заперечення життя: «Не живеш, а існуєш», «Жити не варто».

Перехід від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізації називається пресуїцидальним. Пресуїцидальний період може протікати як афективно-напружений або афективний компонент може бути скорочений.

До *зовнішніх форм суїцидальної поведінки* відносяться: суїцидальна спроба і завершений суїцид.

В історії людства першими формами суїциду були ритуальні самогубства. Вони зустрічалися у Шумерів, в стародавній Індії, у кельтів, які населяли в другому - першому тисячолітті до н.е. значну частину сучасної Західної і Центральної Європи. З поширенням християнства ставлення до суїциду змінилося: всі християнські конфесії розглядають його як тяжкий гріх, виклик Бож'єму правосуддю. Іслам і Іудаїзм так само засуджують позбавлення себе життя. У ряді мусульманських країн (Єгипет, Іран, Пакистан) рівень самогубств є одним з найнижчих у світі.

Прагнення осмислити природу суїцидів, дати цьому теоретичне обґрунтування сягає своїм корінням в глибоке минуле. В даний час виділяють три основні теоретичні концепції: психопатологічну, психологічну та соціальну.

Прихильники *психопатологічної концепції* стверджують, що самогубство є проявом гострого або хронічного психічного розладу. Робилася спроба виділити самогубство в окрему клінічну одиницю, передбачалися різні медикаментозні і терапевтичні методи лікування суїцидентів. В даний час ця концепція являє більше історичний інтерес.

Згідно *психологічної концепції* провідним і основним у формуванні суїцидальних тенденцій є психологічний фактор. У *психоаналітичному підході* суїцид розглядається як прояв «інстинкту смерті», який може проявлятися в агресії і, як окремий випадок, в аутоагресії. *Екзистенційні психологи* вважають, що основна причина самогубств - «екзистенційний вакуум», втрата сенсу життя. *Поведінкова теорія* виходить з поняття «рефлексу мети». І.П. Павлов писав, що життя перестає закликати до себе, як тільки зникає мета (напр., в записках самогубців вони пишуть, що припиняють життя тому, що воно безцільне).

Основоположник *соціологічної концепції* Е. Дюрхгейм вважав, що в основі суїцидальної поведінки лежить зниження і нестійкість соціальної інтеграції (соціальної аномії).

Подальший розвиток концепції самогубств пов'язано з роботами А.Г. Амбрумової, з точки зору якої, *суїцидальна поведінка* є наслідком соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитого нею мікросоціального конфлікту. З її точки зору сукупність суїцидентів представлена *трьома діагностичними категоріями*:

- а) психічно хворими,
- б) особами з граничними нервово-психічними розладами,
- в) практично здоровими людьми.

Кількісне співвідношення цих категорій складає 1,5: 5: 1.

У всіх суїцидентів, незалежно від їх діагностичної приналежності, виявляються об'єктивні і суб'єктивні ознаки соціально-психологічної дезадаптації особистості. *Об'єктивна дезадаптація* проявляється зміною поведінки людини в середовищі найближчого соціального оточення. *Суб'єктивно дезадаптація* проявляється широким діапазоном від негативно забарвлених переживань (тривога, горе, образа, душевний біль і інші) до виражених психопатологічних синдромів (астенія, дисфорія, депресія).

В *динаміці суїциду* виділяють дві фази: *пredisпозиційну* й *суїцидальну* (з моменту зародження суїцидальних тенденцій до замаху на життя). Для переходу *пredisпозиційної* фази в *суїцидальну* вирішальне значення має конфлікт. Конфлікт утворюється з двох різноспрямованих тенденцій, одна з яких основна, актуальна в даний момент, потреба людини, інша - перешкода її задоволенню. Виходячи з цього, розрізняють: внутрішній, зовнішній і змішаний конфлікти.

Конфлікт піддається генералізації, трансформації та переносу. Генералізація конфлікту - розширення кола осіб, пов'язаних з локальним джерелом первісного конфлікту. Трансформація полягає в тому, що на основі первинного конфлікту в одній сфері виникає вторинний, похідний від нього конфлікт в іншому середовищі. Перенесення конфлікту - зміна напрямку конфліктної реакції з істинного агенту на об'єкт з іншого середовища відносин, який заміщає його.

Суїцидогенний конфлікт так само проходить дві фази.

Перша (пredisпозиційна) є передумовою суїцидального акту і може бути обумовлена різними причинами:

- реальними (у здорових людей);
- психотичними (при патологічних переживаннях у осіб з афективними, маячними, галюцинаторними синдромами).

Незалежно від того, якими причинами він обумовлений, конфлікт для суб'єкта має характер реальності, супроводжується тяжкими переживаннями.

Друга (суїцидальна) фаза конфлікту являє собою парадоксальний процес його усунення за рахунок саморуйнування суб'єкта. Перехід першої фази в другу відбувається через «*критичний пункт*», який характеризується:

- значним обмеженням кількості відомих суб'єкту варіантів його розв'язання;
- суб'єктивною оцінкою різних альтернативних варіантів вирішення конфлікту як неефективних або неприйнятних для особистості.

А.Г. Амбрумова і В.А. Тихоненко виділяють *два основних типи суїцидальних спроб*: справжні і демонстративно-шантажні. Про останній може свідчити вибір малонебезпечних способів самогубства, спроба здійснення суїциду на очах у інших.

А.Г. Амбрумова, виділяє наступні мотиви і приводи суїцидальних вчинків:

- особистісно-сімейні конфлікти;
- стан психічного здоров'я;
- стан фізичного здоров'я;
- конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою суїцидента;
- конфлікти у професійній або навчальній сфері;
- матеріально-побутові труднощі;
- інші види мотивів.

Іншими факторами суїцидальної небезпеки можуть виступати стать, вік, сімейний стан, освіта і професійний статус. Суїциди найчастіше зустрічаються у віковій групі від 45 до 65 років, групою високого ризику є підлітки та молоді люди у віці від 12 до 24 років, чоловіки 20-30 років, представники обох статей старше 50 років і особливо старше 60 років. Рівень суїцидів у чоловіків в 3-4 рази вище, ніж у жінок; у жінок в 3 рази вище рівень суїцидальних спроб.

Найчастіше суїциди скоюють люди, які не перебували у шлюбі, розлучені, вдови, бездітні і ті, хто проживає на самоті. Серед суїцидентів найбільше осіб з низьким професійним статусом, безробітних, а так само осіб з високим професійним статусом.

Питання 2. Індикатори суїцидального ризику та антиризиків.

Індикатори суїцидального ризику - це особливості сформованих ситуацій, настрою, когнітивної діяльності та висловлювань, які збільшують ймовірність суїцидальної поведінки.

Основні групи індикаторів наступні.

Ситуаційні індикатори суїцидального ризику.

1. смерть коханої людини, особливо дружини або чоловіка, розлучення.
2. раптова втрата роботи, навчання.
3. вихід на пенсію.
4. вимушена соціальна ізоляція (вимушене переселення, тюремне ув'язнення, у підлітків - переїзд на нове місце проживання).
5. сексуальне насильство;
6. самотність, нерозділене кохання;
7. небажана вагітність (особливо у підлітків);
8. «втрата особи» - особливо у підлітків, боязнь ганьби або покарання.

Поведінкові індикатори суїцидального ризику.

1. зловживання алкоголем, наркотиками;
2. ескейп-реакції (втеча з дому);
3. самоізоляція від людей;
4. різке зниження повсякденної активності;
5. зміна усталених звичок (недотримання найпростіших правил гігієни, догляду за зовнішністю і т.д.);
6. перевага тим розмовам про події, що пов'язані зі смертю або самогубствами;
7. часте прослуховування траурної музики;
8. «приведення справ у порядок» (оформлення заповіту, роздарування особистих речей, написання листів родичам і т.д.).

Цю інформацію ми частіше можемо отримати від близьких людей пацієнта, ніж від нього самого.

Когнітивні індикатори суїцидального ризику.

1. дозволяючі установки до суїцидальної поведінки («Я можу піти з цього життя» на противагу «Я не скористаюся цим виходом»);
2. значимість сімейних, соціально-престижних і інших цінностей перевищує значущість власного життя;
3. наявність негативної тріади, характерної для депресивних станів: негативні оцінки своєї особистості, навколишнього світу і майбутнього. Власна особистість постає в очах клієнта як незначна, яка не має права на життя; навколишній світ розцінюється як світ втрат і розчарувань; майбутнього немає або воно бачиться як постійні муки;
4. «тунельне бачення» - нездатність клієнта побачити інші шляхи вирішення проблеми, крім одного - піти з цього життя;
5. наявність актуалізованих суїцидальних думок, намірів і планів.

Антисуїцидальні фактори – це сформовані позитивні життєві настанови, життєва позиція, комплекс особистісних факторів та психологічні особливості людини, а також душевні переживання, що перешкоджають здійсненню суїцидальних намірів. Вони перешкоджають формуванню наміру та безпосередньої реалізації суїцидального задуму або знецінюють

доцільність суїцидального акту як способу вирішення психотравмуючої ситуації.

Конкретні антисуїцидальні чинники:

- Страх смерті, страх фізичних страждань;
- Релігійні мотиви;
- Інтенсивні емоційні переваги та симпатії до значущого близького;
- Сімейні обов'язки;
- Небажання викликати негативні переживання у близьких.
- Виражене почуття обов'язку;
- Концентрацію уваги на стані власного здоров'я;
- Залежність від громадської думки та уникнення засудження з боку оточення;
- Міркування про гріховність та ганьбу суїциду;
- Уявлення про невикористані життєві можливості;
- Наявність творчих планів, тенденцій, задумів;
- Дотримання естетичних критеріїв у мисленні;
- Любов до життя;
- Психологічна гнучкість та адаптованість, вміння компенсувати негативні особисті переживання, використовувати методи зняття психічної напруженості.

Ступінь суїцидального ризику прямо пов'язана з тим, на якій стадії актуалізації та реалізації цих думок і намірів знаходиться клієнт.

Питання 3. Психологічна допомога суїцидальним клієнтам.

Психологічна допомога при суїциді має свої особливості і складається з кризової підтримки, кризового втручання і підвищення рівня соціально-психологічної адаптації суїцидентів.

Загальні принципи роботи з суїцидентами:

1. Допомога психолога або психотерапевта повинна бути невідкладною (протягом 24 годин).
2. Встановлення контакту.
3. При наявності кризової ситуації анамнез - це сама криза. Збирати його в даних умовах не обов'язково, бо психолог знає, що сталося.
4. У роботі перевага віддається конкретності (фактам): що вже зробив або має намір зробити клієнт.
5. Робота «тут і тепер».
6. У даній роботі не вирішуються загальні проблеми. Вирішується тільки проблема, через яку сталася криза.
7. Минуле є важливим настільки, наскільки допомагає зрозуміти «тут і тепер».
8. Допомога у максимальному вираженні почуттів і переживань клієнта.

9. Помилкою буде передача власного оптимізму.
 10. Психолог не ділиться своїми почуттями стосовно клієнта.
 11. Конфронтацію (неприйняття ситуації) необхідно подолати.
 12. Якщо протягом проведеної роботи виникає перенесення, то воно не аналізується.
 13. Поява агресії у бік психолога або іншої особи є позитивним фактом.
- Дуже доцільним та ефективним є укладання контракту (плану самозбереження, програми антисуїцидальної безпеки).

Кризова підтримка реалізується за допомогою консультативної бесіди.

На *першому етапі* метою психолога є встановлення *емоційного контакту* з суїцидентом та надання йому можливості виговоритися. Як правило, після невдалого замаху на самогубство пацієнт охоче виливає свої почуття в тривалому монолозі, після чого його стан стає більш спокійним. Встановлення терапевтичного контакту вимагає, щоб клієнт був вислуханий терпляче і співчутливо, необхідно створити у клієнта впевненість в тому, що психолог компетентний у питаннях надання психологічної допомоги, що він розбереться в особливостях індивідуальної кризи пацієнта і готовий застосувати адекватні види допомоги. Емпатичний контакт сприяє ліквідації почуття емоційної ізоляції і безнадії.

Другий етап допомоги - *з'ясування причин*, які послужили приводом для глибокої психологічної кризи. На цьому етапі завдання психолога полягає в тому, щоб відвести пацієнта від суїцидальних думок, позбавити його від відчуття безвиходу, підняти його самооцінку і дати можливість переконатися в тому, що його психологічні проблеми і важкий емоційний стан - явища тимчасові, і всі труднощі, з якими він зіткнувся, переборні, а його відхід з життя не вирішить проблем, але стане важким ударом для рідних і друзів.

Наступний етап допомоги - *вироблення заходів для подолання кризової ситуації*. На цьому етапі психолог допомагає пацієнтові приділити особливу увагу психологічним проблемам, повірити у свої сили і скласти план подолання проблемної ситуації. *Конструктивний покроковий план подальших дій*, які можна зробити замість самогубства, допоможе суїциденту ефективніше подолати виниклі психологічні проблеми і швидше знайти вихід з нерозв'язної, на його думку, ситуації.

Кризове втручання включає в себе розгляд невипробуваних раніше способів вирішення кризової ситуації, виявлення неадаптивних психологічних установок, які блокують оптимальні способи розв'язання кризи, корекцію неадаптивних психологічних установок.

Корисно досліджувати разом з клієнтом систему його самопідтримки (напр., через малюнок або бесіду: «хто або що підтримує мене в моєму житті?»). Можна звернути увагу на те, наскільки часто людина звертається до тих чи інших форм самопідтримки. Дуже важливо проговорити і спробувати

невідомі раніше способи вирішення кризової ситуації, при цьому увагу слід приділяти навичкам самоаналізу і самоспостереження.

Велике значення має фізична активність людини, заняття спортом (біг, плавання), які дозволяють знизити фізичне напруження, дають емоційну розрядку.

Потужним терапевтичним прийомом є надання клієнтами допомоги іншим людям, які опинилися у ще більш складній ситуації. Це дозволяє перейти від власних переживань на переживання іншої людини. В результаті такої допомоги виникає безцінний досвід, який є базою для вирішення власних проблем.

Підвищення рівня *соціально-психологічної адаптації* це фактично тренінг невикористаних раніше способів проблемно-вирішальної поведінки, вироблення навичок самоконтролю і самокорекції щодо неадаптивних психологічних установок, розширення мережі соціальної підтримки шляхом залучення до психокорекційної роботи значущих осіб з мікросоціального оточення людини. Формат роботи може бути як груповий, так і індивідуальний. Основними методами психологічної допомоги можуть бути комунікативний тренінг з використанням проблемних дискусій, рольовий тренінг, психодрама, гештальт підхід.

Закінчення кризової допомоги є короткою, але важливою фазою роботи. На заключному етапі підсумовуються досягнення клієнта, складаються реалістичні плани на майбутнє, обговорюється, яким чином досвід виходу з цієї кризи може допомогти у подоланні майбутніх криз. Визначається потреба у довгостроковій психотерапії і в разі необхідності виробляється мотивація до її проведення. Закінченню кризової роботи присвячується одна-дві зустрічі, так як швидке завершення може посилити тривогу клієнта з приводу припинення. Якщо тривога все ж зростає, потрібно розділити це переживання і дослідити її причини.

Важливо відзначити, що психологічна робота з суїцидентами вимагає досвідченості і являє собою великий ризик, оскільки ймовірність суїциду (не дивлячись на контракт) може залишатися високою. У зв'язку з цим початківцям і малодосвідченим психологам-консультантам рекомендується передавати своїх клієнтів більш досвідченим колегам в разі, якщо вони діагностують суїцидальну активність.