

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

*Факультет №6*

*Кафедра соціології та психології*

**ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ**

навчальної дисципліни **ПСИХОГІГІЄНА ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИКА**  
вибіркових компонент  
освітньої програми першого (бакалаврського) рівня вищої освіти

*053 Психологія (практична психологія)*

**За темою №6: «Психопрофілактика суїцидальної поведінки»**

**Харків 2020**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Науково-методичною радою  
Харківського національного  
університету внутрішніх справ  
Протокол 23.09.20 р. №9

**СХВАЛЕНО**

Вченою радою факультету №6  
Протокол 16.09.20 р. №6

**ПОГОДЖЕНО**

Секцією Науково-методичної ради  
ХНУВС з гуманітарних та соціально-  
економічних дисциплін  
Протокол 18.09.19 р. №5

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології  
(протокол від 07.09.2020 № 9)

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

**Рецензенти:**

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

### **План лекції:**

1. Поняття про суїцид. Історичний аспект дослідження суїциду.
2. Соціальні та психологічні чинники, супутні суїциду.
3. Психологічна діагностика суїцидальної поведінки. Психотерапевтична і консультативна допомога суїцидентам.
4. Психопрофілактика суїцидальної поведінки.

### **Рекомендована література:**

#### **Основна**

1. Афанасьєва Н.Є. Основи психогієни та психопрофілактики: навч. пос. Х.: НУЦЗУ, 2016. 91 с.
2. Галецька І., Сосновський. Т. Психологія здоров'я: теорія і практика. Л.: Вид. центр ЛНУ ім. І. Франка, 2006. 338 с.
3. Коцан І.Я., Ложкін Г.В., Мушкевич М.І. Психологія здоров'я людини : навч. посіб.; Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки. Луцьк : Вежа, 2011. 430 с.
4. Психопрофілактика у професійній діяльності поліції. Психологія у професійній діяльності поліції: навч. посіб. / [О.О. Євдокімова, І. В. Жданова, Д.В.Швець та ін.] ; за заг. ред. В. В. Сокурєнка ; МВС України, Харк. нац. ун-т внутр. справ. Х. : ХНУВС, 2018. Розділ 6. С. 372- 420.
5. Толкунова І.В., Гринь О.Р., Смоляр І.І., Голець О.В. Психологія здоров'я людини /за ред. І.В.Толкунової. Київ: 2018. 156 с.

#### **Додаткова**

6. Андрушко Я.С. Психокорекція : навч.-метод. Посібник. Львів : ЛьвДУВС, 2017. 211 с.
7. Каліна Н.Ф. Психотерапія : підручник. К. : Академвидав, 2010. 288 с.
8. Превентивні психофізіологічні заходи з попередження розвитку дезадаптації у військовослужбовців (невротичних та психічних розладів, пресуїцидальних форм поведінки) в умовах воєнного конфлікту та після його завершення: Метод. реком. / Швець А.В., Коваль О.В., Лук'янчук І.А., Іванцова Г.В., Чайковский А.Р. К. : "МП Леся", 2016. 80 с.
9. Професійно-психологічна підготовка працівників слідчих підрозділів : навч. посіб. / [І.В.Жданова, П.В.Макаренко, Н.Е.Мілорадова та ін.. ]; за заг. ред.. І.В. Жданової ; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. – Харків : ХНУВС, 2014. 516 с.
10. Профілактика відхиленої поведінки у військовослужбовців: навчально-методичний посібник/ А.М. Романишин, Т.М. Мацевко «та ін.». Львів: НАСВ, 2017.– 322 с.
11. Психологія суїциду: навч. посіб. / за ред. В. П. Москальця. Київ Івано-Франківськ: Плай, 2002. 260 с.
12. Рибалка В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій проблемної особистості. К. : Шк. світ, 2009. 128 с.

## Текст лекції

### Питання 1. Поняття про суїцид. Історичний аспект дослідження суїциду.

Існує безліч визначень поняття самогубства. Класичним вважається визначення, дане Емілем Дюргеймом. Самогубством називається будь-який випадок смерті, який безпосередньо або опосередковано є результатом позитивного або негативного вчинку, скоєного самим потерпілим, якщо цей останній знав про результат. Замах на самогубство це цілком однорідна дія, але не доведена до кінця. Суїцид є усвідомленим позбавленням себе життя і, з цієї точки зору, самогубство є чисто людським свідомим, поведінковим актом.

Самогубством не вважається позбавлення себе життя через необережність самого потерпілого або особою, яка перебуває в стані неосудності. У цих випадках небезпечні для життя дії не направляються уявленнями про власну смерть, мають інші мотиви і цілі, і їх слід відносити до категорії нещасних випадків.

До саморуйнівної поведінки поряд з суїцидальною відносять, в ряді випадків, зловживання алкоголем, наркотичними, сильнодіючими медикаментозними засобами, куріння; навмисне робоче перевантаження; вперте небажання лікуватися; ризикований стиль водіння транспортних засобів, особливо керування автомобілем і мотоциклом в нетверезому стані; завзяте прагнення до поїздок в зони бойових дій; захоплення деякими видами спорту, коли воно пов'язане з невинуватим ризиком (наприклад, альпінізм, парашутний спорт і т.п.).

Суїцидальна поведінка – це будь-які внутрішні чи зовнішні форми психічних актів, які визначаються і направляються уявленнями про позбавлення себе життя. Суїцидальна поведінка проявляється в двох основних формах: зовнішніх і внутрішніх. До внутрішніх форм відносять суїцидальні думки (уявлення, переживання); суїцидальні тенденції (задуми, наміри). До зовнішніх форм – суїцидальні прояви; суїцидальні замаху (спроби).

Суїцидальні думки (уявлення, переживання) – пасивні роздуми про відсутність цінності, сенсу життя («жити не варто», «щастя в житті немає», «не живеш, а існуєш»), а також уявлення, фантазії на тему своєї смерті, але не позбавлення себе життя («добре б померти», «хочеться заснути і не прокинутися»). Суїцидальні думки в нормі бувають практично у всіх людей при усвідомленні нерозв'язності якого-небудь конфлікту або психотравмуючої події, але вони не переходять в суїцидальні тенденції.

Суїцидальні тенденції (задуми, наміри) – активні і серйозні роздуми, розробка плану суїциду, визначення способів здійснення самогубства, часу, місця його здійснення. У зовнішній поведінці можливі прояви спонукань до безпосереднього здійснення суїцидального задуму. Майже всі суїциденти в цей період висловлюють в тій чи іншій формі суїцидальні наміри кому-небудь з близьких, друзів або колег, іноді у вигляді натяків або в жартівливій формі (суїцидальні прояви). Причому близько 15% роблять це відкрито і публічно. Зазвичай відкриті висловлювання суїцидальних намірів сприймаються оточуючими в демонстративно-шантажному плані або їм взагалі не надається належної уваги. Однак, їх не варто недооцінювати. У всіх випадках, при наявності таких висловлювань, потрібна консультація психолога.

Перехід суїцидальних тенденцій в суїцидальні прояви говорить про приєднання до задуму суїциду вольового компонента, який спонукає до безпосереднього здійснення рішення – здійснення суїцидальної спроби.

Суїцидальні замаху (спроби) – цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя з метою покінчити життя самогубством або з демонстративно-шантажними цілями.

Іноді спроби самогубства не завершуються летальним кінцем з незалежних від суїцидента причин (не смертельне поранення, обрив мотузки, вчасно надана медична, реанімаційна допомога і т.п.).

Слід розрізняти завершені самогубства (справжні суїциди) і спроби самогубства (незавершені суїциди), що носять демонстративно-шантажний характер. Останні не мають на меті відход з життя. Їх мета – залучення до себе або повернення втраченого уваги, жалості і співчуття оточуючих, позбавлення від загрози покарання і т.п.

Екзистенційно поставлена проблема невідповідності людини світу, світу – людині набуває рис глобальності. На такому соціальному тлі чи варто дивуватися «омолодженню» суїциду, інтенсивності його розвитку і всеохоплюючому характеру «чорного феномена».

Протягом вже двох століть невідоме здивування викликає у філософів, культурологів і соціологів ряд загадкових суїцидальних констант, в тому числі переважно свідомий характер самонасилю, а також стабільність супроводжуючих самогубство асоціальних чинників, до яких відносять час дня, стать, вік і сезон скоєння насильницького діяння.

З того моменту як вимір інтенсивності суїциду став частиною демографічного знання, суїцидологи змушені констатувати, що різні епохи існування людства мають майже постійний відсоток тих, хто позбавляє себе життя в стані божевілля, чи неосудності, а саме: 17-20% від загального числа добровільних смертей, тоді як жертва самонасилю (або «самоагресії», за висловом американських суїцидологів), не обтяжена ні будь-якою психопатією, ні складними обставинами особистого життя, ні хибними схильностями, роками виношує зловісний задум самовільної смерті і, дочекавшись відповідного, за її розрахунками, моменту, негайно перетворює їх в життя. Мабуть, саме ця особливість суїциду спонукала сучасних медиків, мікробіологів, хіміків-органіків, а також психіатрів-практиків шукати в людському організмі «речове» підтвердження прихованої схильності до самогубства, що вплинуло на виявлення специфіки впливу на мозок людини зниження рівня вмісту в ньому серотоніну в як свого роду «провісника» суїцидальної поведінки. Однак самі дослідники змушені були констатувати, що протягом всієї людської еволюції рівень серотоніну вражає своїми стабільними показниками, зниження рівня його змісту в клітинах мозку недостатньо для наукового передбачення суїциду, також як використання цієї речовини в клінічних цілях, щонайменше, проблематично, адже «успіху» домагаються, як правило, на думку вченого, ті самогубці, які «дбайливо планують» самонасилю, а не імпульсивно діючі особистості з розбалансованою нервовою системою, тому серотонін може виступити в якості «фактора ризику», але не може кардинальним чином вплинути на розкриття «сумних секретів» цього явища.

При аналізі суїциду можна зробити наступний висновок: самогубство як прояв дієздатної волі, коли страждає сам активний суб'єкт, що знає про результат і свідомо виконує задуманий план насильства, – це феномен хвороби свідомості, для характеристики, якої не можна використовувати медичний термін.

Позитивно суїцид оцінювався деякими древніми співтовариствами людей періоду родоплемінних відносин, такими, наприклад, як стародавні скандинавські племена з їх ідеологією альтруїстичного самогубства старих, які звільняють плем'я від невтішних турбот про старість, або готи з «скелею предків» що існувала у них, з якою кидалися з-за страху перед природною смертю. Суїцид оцінювався не лише позитивно, а й набував ефекту естетизації в ритуальних формах Харакірі (Японія) і Саті (Індія). Античний світ періоду правління римських імператорів і боротьби політичних партій і угруповань знає чимале число самогубств римської аристократії за політичними мотивами.

В Індії, навпаки, давня традиція саті – «цілюще» джерело самогубств. Вона наказує дружині після смерті чоловіка зробити спалення на його кремаційному багатті. Через цей звичай відсоток самогубств жінок в Індії в кілька разів вище, ніж у чоловіків.

Негативна оцінка явища суїциду все-таки має більш стійкий і масовий характер в порівнянні з позитивною протягом усього існування людської цивілізації.

Так, зокрема, народи Близького Сходу – Давня Персія і Вавилон суворо засуджували самогубство, виходячи зі священних заповідей «Авести» (книги основних догматів релігії зороастризму); древній іудейський світ взагалі практично не знав такого роду насильства, що дало право соціологу Е. Дюркгейму помітити: «єврейство – це саме та релігія, в рамках якої схильність до самогубства має найменшу величину».

Християнство засуджує самогубство як слідство впадання в смертний гріх зневіри, а також як форму вбивства порушення заповіді «не убий!» (Постанова Тридентського собору 1568 року згідно тлумачення Блаженним Августином шостої заповіді). Епоха «перших християн» практично не знає самогубства (Новий Завіт дає за приклад дві долі: зневіреного отримати прощення своєму зрадництву самогубці Іуди і апостола Петра, який подолав розпач троекратного зречення Христа).

Слід зазначити, що Росію від багатьох європейських держав відрізняв більш зважений і диференційований підхід до цього явища життя: закони, що карають самогубство, постійно уточнювалися і доповнювалися. Так, наприклад, до проведення реформ Петром Великим передбачався лише суд церкви і ніякої кримінальної караності за замах на самогубство чи самогубство. Перші форми караності свідомого суїциду з'являються у військовому статуті Петра Першого за 1716 рік. Пізніше по російському законодавству класифікувалися 2 види самогубства: суїцид, скоєний у стані осудності (кримінально карається), і в стані неосудності (карається), причому заходи, здійснювані щодо свідомо вчинивших замах на власне життя, постійно пом'якшуються. Не піддавалися покаранню особи, які пішли на смерть з патріотизму, для збереження державних таємниць чи прагнення зберегти честь і цнотливість.

За радянських часів існувала офіційно визнана статистика лише з доведення до самогубства, вона виявляла дивні демографічні перекоси: більшість

такого роду самогубств відбувалося в сільській місцевості (понад 51%), не дивлячись на те, що суїцид у світі переважно явище міське; рівень освіти самогубців переважно середній, або неповний середній, тоді як феномен свідомого суїциду частіше фіксуємо у високо інтелектуальному середовищі (в царській Росії, наприклад, це офіцери флоту, представниці вищих жіночих навчальних закладів, відомі поети, художники і т.д.); за своїм соціальним статусом радянські самогубці – це найчастіше колгоспники або домогосподарки.

Незважаючи на явну неповноту інформованості з суїцидологічних питань, дослідники змушені були констатувати переважно свідому природу «самогубства із людським обличчям» (перш за все про це свідчило ретельне планування суїцидального акту доведеного до кінця).

Цікаво в цьому плані розглянути природу свідомого суїциду не тільки в плані конфлікту особистості з суспільством, а й в плані асоціального характеру співвідношення особистості та її біологічної норми, враховуючи існування таких суїцидальних констант як стать, вік, а також час доби і сезон скоєння страшного діяння.

#### *Парадокси суїциду.*

У світі кожні 20 секунд одна людина накладає на себе руки, а кожні 2 секунди хтось безуспішно намагається звести рахунки з життям. Число самогубців перевищує кількість жертв вбивств і воєн разом узятих. Незважаючи на те, що феномен суїциду досліджується досить давно, до цих пір існує багато незрозумілих закономірностей.

Міжнародна статистика показує, що від 2% до 11% населення в різні періоди життя схильні до скоєння самогубств. Кількість самогубств, скоєних у світі, стабільно зростає – про це свідчать дані Міжнародної Асоціації Попередження Самогубств, яка проводить подібні підрахунки з 1950-х років.

Самогубства, як правило, відбуваються від відчаю, в знак протесту, щоб зберегти почуття власної гідності, в результаті потьмарення розуму, щоб уникнути болю або помститися. «Факторами ризику» є бідність, безробіття, втрата близьких і проблеми в сімейних відносинах. Люди, в родині яких були самогубці, схильні частіше кінчати з собою. Важливу роль також відіграють моральні і фізичні травми, отримані в дитинстві. Негативний вплив також надають соціальна ізоляція людини і психічні проблеми, зокрема, депресії.

Однак у багатьох випадках причини самогубств залишаються неясними. За незрозумілих причин чоловіки в чотири рази частіше, ніж жінки, накладають на себе руки, проте жінки в два-три рази частіше роблять спроби самогубства (точні дані відсутні, але прийнято вважати, що на кожне «успішне» самогубство припадає 8-20 невдалих спроб його здійснення). Опитування, проведені в різних країнах світу, показують, що до 80% підлітків періодично замислюються про те, щоб накласти на себе руки. Однак найбільше число самогубств здійснюють люди пенсійного віку, які, як правило, заздалегідь не зізнаються в наявності подібних намірів. За даними багатьох досліджень, люди нетрадиційної сексуальної орієнтації в два-три рази частіше, ніж їх традиційно орієнтовані однолітки добровільно йдуть з життя.

За оцінками Американського Фонду Попередження суїциду, найбільше число спроб самогубства чомусь відбувається в квітні, червні та липні місяцях. У деяких країнах світу відзначалися сплески самогубств під час свят. Дані Все-

світньої Організації Охорони здоров'я показують, що незважаючи на те, що самогубства частіше відбуваються в економічно і соціально неблагополучних державах, є фактори, що показують, що існують серйозні виключення з цього правила. Наприклад, у багатьох «бідних» державах Латинської Америки і Близького Сходу рівень самогубств значно нижче, ніж в «багатих» державах Західної Європи. При цьому в цілком благополучних в економічному плані країнах Балтії, а також в Фінляндії та Угорщині, рівень самогубств протягом довгого часу значно перевищує загальноєвропейську «норму». Ще одним парадоксом є неймовірно високий рівень суїцидів в острівних державах (Куба, Японія, Шрі-Ланка, Маврикій та ін.).

Існує також залежність між релігією і суїцидом. У переважно ісламських державах число самогубств близько до нуля (0,1 випадку на 100 тис. населення). У державах, де більшість населення сповідує християнство і індуїзм, цей рівень помітно вище – в християнських державах 11,2 випадків на 100 тис., в Індії, відповідно, 9,6. У переважно буддистських державах цей показник ще вище – 17,6 суїцидів на 100 тис. У атеїстичних державах (наприклад, в Китаї) він досягає 25,6 на 100 тис. жителів. Цікаво, що серед християн і буддистів число самогубців-чоловіків в 3,5 рази перевершує число самогубців-жінок, а серед мусульман і індуїстів цей розрив в три рази менше. Однак релігійні уподобання також не є абсолютним критерієм: в католицькій Ірландії відсоток самогубств утричі більше, ніж в католицькій Італії, а в переважно протестантській Великобританії – удвічі більше, ніж в колишній британській колонії Австралії (всі ці країни можна порівняти за рівнем життя і іншим соціальним показниками).

За даними Національного Інституту психічного здоров'я США, в 2001 році (більш свіжі дані недоступні) самогубство займало 11-е місце серед головних причин такого відходу жителів США з життя (перші місця займали серцево-судинні та онкологічні захворювання) і 5-е місце серед причин смерті серед молодих людей у віці 15-24-х років. Всього у 2001 році самогубства склали 1,3% від усіх смертельних випадків у США (для порівняння, інсульт забрали 6,8% життів). За оцінками Американської Асоціації суїцидологів, переважна більшість самогубців (до 90%) страждали психічними розладами або\і наркоманією, алкоголізмом та ін.

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я прийшла до висновку, що на частку суїцидів припадає 1,4% всіх економічних втрат, спричинених захворюваннями (в деяких регіонах світу цей показник досягає 2,5%).

У число людей, що добровільно пішли з життя, досить часто потрапляли цілком благополучні люди, часто котрі володіли широкою, часом світовою, популярністю. Наприклад, самогубцями були настільки різні особистості, як римський філософ і державний діяч Катон Молодший, голландський художник Вінсент Ван Гог, японський письменник Юкіо Місіма, його британський колега Артур Кестлер, американський рок-музикант Курт Кобейн та ін.

У законодавствах багатьох країн світу довгий час існувало положення, яке оголошує самогубство кримінальним злочином. З британського законодавства, наприклад, ця стаття була вилучена в 1961 році. Цікаво, що законодавство сусідньої Шотландії самогубство злочином не вважало ніколи.

Право на добровільний відхід людини з життя (тракується, як самогубство) практично беззастережно засуджується всіма світовими релігіями. Однак є



й винятки, найбільш відомим з яких є японські релігійні культи, що часто зводили благородну смерть від власної руки в розряд вищого морального ідеалу. З іншого боку, неймовірний вплив, який надавало християнство на всі аспекти життя європейців протягом тисячоліть, не зміг запобігти справжній епідемії самогубств серед представників вищих класів в епоху Середньовіччя. Георгес Міноіс, автор масштабного дослідження «Історія Самогубства: Добровільна Смерть в Західній Культурі» зазначає, що європейське суспільство століттями вважало неприйнятним самогубства, які здійснюються представниками нижчих класів, але досить схвально дивилося на аналогічні дії дворян.

Подібна розбіжність поглядів при оцінках феномена самогубства простежувалося завжди. Наприклад, античні філософи Платон і Аристотель ставилися до самогубств вкрай негативно. Однак деякі філософи, колишні їх сучасники, (наприклад, стоїки) вважали самогубство проявом вищої волі людини. Християнство вкрай негативно ставилося і ставиться до самогубства, аж до того, що самогубців було прийнято ховати на неосвяченій землі – поза цвинтарної огорожі. Однак існують і християнські церкви, які при певних обставинах виправдовують самогубців.

Західна цивілізація періодично проводила переоцінку свого ставлення до суїциду. Найбільш помітні зміни відбулися у 18 столітті після початку епохи бурхливого розвитку науки: суїцид стали розглядати не тільки як «угоду окремої людини з спокусником (дияволом)», а й як результат взаємодії індивіда і суспільства. У 19 столітті в світських колах верх взяли погляди, існуючі і сьогодні – самогубство частіше сприймається не як гріх і не як акт особистої свободи, а як прояв хвороби – психологічної, моральної, фізичної або соціальної. Цікаво, що зміни поглядів відбилися і на англійській мові – до 18 століття для позначення цього явища використовувалося слово самогубство – self-murder, після став набагато більш загальноприйнятим нейтральний термін суїцид – suicide.

## **Питання 2. Соціальні та психологічні чинники, супутні суїциду.**

Поглиблене вивчення феномена суїциду за останнє десятиліття підтвердило його неоднорідність і неоднозначність. Суїцидологами була визнана неспроможність психопатологічної концепції суїциду, згідно з якою самогубство – це завжди аутоагресивні акт психічно хворої людини. Було показано, що значна частина самогубств відбувається психічно здоровими особами в результаті соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту.

Існують різні точки зору на причини суїцидної поведінки: самогубства розглядаються як один з виразів соціального неблагополуччя і відображають психологічну напругу в суспільстві; самогубства зв'язуються з хворобливим станом людей, які їх здійснюють.

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я налічує 800 причин самогубств. З них: 41% – невідомі; 19% – страх перед покаранням; 18% – душевна хвороба; 18% – домашні проблеми; 6% – пристрасті; 3% – грошові втрати; 1,4% – пересиченість життям; 1,2% – фізичні хвороби.

Основною причиною почастишання суїцидної поведінки є руйнування цінностей традиційної культури. Чоловіки переживають втрату ролі головних годувальників, відповідальних за забезпечення сім'ї, труднощі в конкуренції за місце роботи. Телебачення формує протиріччя між відносною бідністю свого життя і пишністю екранного життя. У молодих людей розвивається «аномічна депресія» – це порушення поведінки, що характеризується аномією – відсутністю прийнятних норм керованої поведінки і сплутаністю культурної ідентичності, хронічним станом роздратування і незадоволеністю життям, відсутністю поваги до себе і цілі, втратою надії на краще майбутнє. Аномія супроводжується також втратою здатності культурно прийнятними способами справлятися зі стресовими ситуаціями в житті, реагувати на образи, проявити агресію.

Серед детермінант суїциду зазвичай виділяють чинники **асоціального характеру** такі як пору року, дня, а також стать і вік.

Вже прийнято вважати одним з фундаментальних теоретичних питань соціології та водночас суїцидології існування низки соціальних (демографічних) констант, в число яких входить дивне співвідношення 1:4, що означає, що в світі на одну жінку-самогубцю доводиться в середньому чотири чоловіки.

Паралельно з проясненням проблеми «чоловічого» характеру суїциду знову постає проблема співвідношення між суїцидом і божевіллям, тому що якщо самогубство – не жіночий, як правило, злочин, то божевілля як раз має в статистичному плані жіночий характер, що дозволило свого часу Е. Дюркгейму висловити припущення про те, що «ідіотизм охороняє від самогубства».

Крім того, що суїцид є переважно «чоловічим явищем», хоча жінки і випереджають чоловіків за кількістю суїцидальних спроб, він ще й явище «молоде», тому що суїцидальний вік незалежно від статі, національності, місця проживання – це 19-40 років, тобто період найбільшої життєвої активності людини. Корективи в цю константу не вніс ні «помолодшавший» суїцид в США і Європі, починаючи з кінця 60-х років нашого століття, ні перевернута статистика радянських часів нашої країни, ні культурологічні дослідження історії аналізованого феномена. Наприклад, коли в країнах Європи, США, Канади, Японії та Австралії ставало спостерігатися незмінне зростання суїцидальних спроб в молодіжному середовищі, а смертність від самогубства стала третьою провідною причиною смерті молодих людей у віці від 14 років і старше, то суїцидальний «сплеск» приходиться на найбільш «свідомий» вік (зберігається донині) від 20 до 24 років.

Видатний російський космист А.Л. Чижевський писав про причини «весняних криз» в житті громади. А.Л. Чижевський наполягав на тому, що вплив навколишнього середовища на нашу психіку глибше, ніж це передбачають звичайно з позицій послідовного антропоморфізму. Він робив висновок про схильність живого організму в періоди сезонної сонячної активності до «різких і бурхливих» психічних переживань, включаючи суїцид.

Якщо взяти статистику тільки протягом XX століття, то найбільш небезпечним часом року будуть, як їх називають суїцидологи, «вбивчі місяці» – травень і червень, сучасні американські дослідники відзначають сезон – весна. «Убивчі години» – з ранку до опівдня, тобто до 12.00, або від 13.00 до 15.00.

Розглянемо, нарешті, і те, що становить особливість сучасного нам суспільства за рамками національних, політичних і релігійних відмінностей. Особ-

ливу роль в сучасних суспільствах, безумовно, відіграють засоби масової інформації, що впливають на заразливість і колективний характер суїциду. З огляду на заразливість суїциду, він легко переростає в психологічну епідемію за межею хвороби та здоров'я, можна зробити висновок про серйозну небезпеку впливу на психіку сучасної людини ЗМІ у всіх його можливих на сьогоднішній день формах.

До соціальних факторів, які супроводжують суїцид, зазвичай відносять урбанізацію населення, вплив засобів масової інформації, заразливість і колективність самого феномена самогубства, ослаблення інституту сім'ї та руйнування її внутрішньої гармонії, специфіку національного забарвлення даного явища, а також певний зв'язок з характером віросповідання певних народів.

Крізь умовності, обряди, звичаї, традиції проступає жива особистість, яка поміщає себе в ризиковані обставини («прикордонну ситуацію» між життям і смертю), провідним такої особистості виступає специфіка людської свідомості, її здатність до рефлексії, зв'язаність в ній інтелекта та вольового початку.

Необхідно відзначити, що «мікро» може стати «макро» – конфліктом, якщо використовувати оцінку соціальної регульованості поведінки особистості. Зокрема, з точки зору відомого французького соціолога, для захисту суспільства від сплесків масового суїциду необхідно чітко уявляти залежність свідомого замаху на своє життя від рівня соціальної інтегрованості особистості. Мається на увазі як жорстка, гранична регуляція поведінки особистості з боку суспільства, так і «слабка» регуляція персональної поведінки (варіанти занедбаності дітей в сім'ї, відсутність кримінальної караності суїциду в суспільстві) як наслідок, «аномічний суїцид» (особливо в середовищі підлітків, ефект роз'єднаності, відчуження).

Обидві крайності, на думку Е. Дюркгейма, однаково небезпечні в плані провокування свідомого суїциду. Підтверджує цю думку і існування як егоїстичного, так і альтруїстичного характеру самогубства, які здійснюють або асоціальні особистості, або зайве інтегровані (наприклад, солдат-самогубець, який кинувся на гранату, рятуючи життя свого товариша).

Свідомий суїцид переважно асоціальний (чим менш інтегрована особистість, тим більше схильна вона до суїцидальних настроїв), глибоко егоцентричний (статистика показує значне переважання «егоїстичного» самогубства над «альтруїстичним»), обумовлений не тільки низкою зовнішніх умов, але і рядом прихованих від сторонніх очей внутрішніх індивідуальних причин. За всілякої статистикою часто упускається головне – особистісний, неповторний характер будь-якого свідомого зведення рахунків з життям.

Людина, що володіє свободою «від» прийняття самостійно рішень, рідше піддає себе ризику самогубства. В якомусь сенсі пан частіше кінчає собою, ніж раб протягом усієї людської історії; багатий частіше зводить рахунки з життям, ніж бідний; схильний до рефлексії інтелектуал частіше піддається суїцидальним настроїв, ніж простий робітник. Ступінь соціалізації людини поводить на користь самогубці, проте справжня індивідуальна свобода виявляється важливішою для людства, ніж рабство у різноманітних його історичних формах, оскільки саме боротьба за свободу особистості в суспільстві часто оплачується кров'ю героїв.

Американський філософ і психолог У. Джемс називав гетерогенність свідомості джерелом смертельної боротьби між двома «Я»: реальним і ідеальним. Короткий огляд ідей У. Джемса з цієї проблеми представляє з себе наступну картину: існує два основних типи темпераментів людини залежно від ставлення до зла у світі, а саме:

1. «одного разу народжені» – оптимісти;
2. «двічі народжені» – песимісти.

Подолання розбалансованості психіки, зовнішній прояв якої практично непомітний, а внутрішній у формі песимізму проявляє себе як роздвоєність свідомості на «Я» реальне і ідеальне, можливо через свідомо підготовлюваний суїцид, або через набуття «вершини свідомості» (тобто через провідну ідею, витоки якої лежать за межами раціонального, вона є віра в когось або в щось, як основний обмежувач абсолютної внутрішньої свободи).

Єдиним результатом цієї боротьби за сенс індивідуального існування є шлях знаходження віри. У. Джемс наполягав на рятівному характері будь-якої віри по відношенню до суїцидальних спроб. Він розглядав подібний кризовий стан свідомості як форму «релігійної хвороби», коли на нормальний релігійний запит загалом немає нормальної релігійної відповіді. За його твердженням, саме особистості з розвиненим, «великим» інтелектом найважче слідувати абсурдною логікою бездоказової віри. Виникає ситуація, коли індивідуальна людська свідомість виступає в якості основного джерела дисгармонії всередині особистості, яка виявляється глибоко нещасною, і в якій на місце «інстинкту любові» виступає протилежний йому «інстинкт смерті», використовуючи фрейдівську термінологію.

Віра, воля, свобода виступають при такому баченні проблеми як атрибути людської природи, але у феномена індивідуальної віри зберігається особлива функція по відношенню до всієї свідомості людини в цілому.

Віра – це принципова несвобода, але вона ж організує і основний імпульс до дії (до того, щоб жити).

По суті У. Джемсу вдалося визначити парадигму «нещасної свідомості» самогубці-інтелектуала, укладену в двох основних невідповідностях людини і світу:

1) туга за гармонійним влаштуванням світу, по тому, що «за межами природи» існує дух, і повна неможливість довести існування розумного початку поза людиною;

2) туга про Бога як всемогутню особистість при неможливості довести його буття.

Виділяють три форми суїциду:

1. Істинний (коли людина дійсно хоче вбити себе).
2. Афективний (з переважанням емоційного моменту).
3. Демонстративний (самогубство як спосіб привернути увагу до своєї особистості).

Перший в основному характерний для чоловіків, другий і третій – для жінок.

Головні психологічні установки, що ведуть до самогубства, наступні:

а) Вкрай вузький погляд на ситуацію. Виражається він в тому, що думки людини течуть по одному і тому ж колі, вона не в силах вирватися з нього. Ін-

телект повністю виключений, найпростіші умовиводи стають непосильними. Людина годинами сидить, мозок напружено працює, але вся його робота відбувається навколо найпростіших думок, на кшталт: «як погано», «що робити?», «чому я?». Вузькість виражається і в тому, що людина бачить тільки поточний момент часу. Вона не здатна уявити ні минулого, ні майбутнього. Вона як би виходить з того, що її життя цілком складається з того страждання, яке вона відчуває зараз. Найпростіша думка про те, що біль пройде, їй недоступна.

б) Крайній егоцентризм. Людина фіксується на своєму болі і тому не здатна на «погляд з боку».

в) Самоізоляція. Людина не сприймає оточуючих людей як реальність. Від спроб допомогти відмахується, вони тільки заважають їй зосереджуватися на своєму болі. Всі пропозиції про вихід із ситуації відкидаються.

г) Зворотна ситуація. Людина відчайдушно шукає допомоги, але не знаходить її. Після цього вона забивається в свій кут і припиняє пошуки.

д) Крайня втома. Людина втрачає останні сили в боротьбі з ситуацією і здається. Втрата сил завжди супроводжується згасанням надії. Коли надія померла, людина теж вмирає.

Всі причини суїциду можна умовно розділити на ті, що мають конкретну причину і на зовні безпричинні. В обох випадках самогубець впевнений, що нічого змінити не можна. Зрозуміло, назвати всі можливі причини зведення рахунків з життям неможливо, ми наведемо найбільш поширені. Але вони вміщують в себе 99% всіх випадків. Ось вони:

- Політичні самогубства.
- Самогубства в знак протесту.
- Жертовне самогубство в умовах війни.
- Самогубство з почуття обов'язку.
- Грошові борги, розорення.
- Професійна неспроможність.
- Безробіття.
- Каяття за вчинене вбивство або зраду.
- Загроза тюремного ув'язнення або смертної кари.
- Тюремне ув'язнення.
- Загроза фізичної розправи.
- Отримання важкої інвалідності.
- Невиліковна хвороба і пов'язане з нею очікування смерті.
- Схожа на невиліковну хворобу і нещасна любов.
- Психічний розлад.
- Наркоманія. Алкоголізм.
- Шантаж.
- Сексуальна невдача.
- Зрада чоловіка, дружини.
- «Сімейні» самогубства.
- Ревнощі.
- Небажана вагітність.
- Венеричні хвороби.
- Згвалтування.
- Систематичні побиття.

- Публічне приниження.
- Колективна травля.
- Стан афекту.
- Смерть дітей, близької людини.
- Самотність. Туга. Втома.
- Релігійні мотиви.
- Наслідування кумиру

Групи підвищеного ризику:

- ☐ люди молодого віку;
- ☐ люди, які раніше намагалися накласти на себе руки;
- ☐ люди, які мають психічне захворювання;
- ☐ люди, які зловживають алкоголем або наркотиками;
- ☐ люди, що переживають або пережили сімейні драми і трагедії: смерть, розлучення, конфлікти;
- ☐ люди, які мають важкі хронічні захворювання.
- ☐ люди, чиє життя зазнало значних змін: вихід на пенсію, втрата роботи, синдром «порожнього гнізда».

### **Питання 3. Психологічна діагностика суїцидальної поведінки. Психотерапевтична і консультативна допомога суїцидентам.**

Незважаючи на різноманітність методів діагностики суїцидальної поведінки, точна реєстрація суїцидальних намірів поки неможлива, так як психологи не можуть охопити увагою всі ситуації, які можуть спровокувати суїцид. Крім того, особистість людини, її психічні стани – це, багато в чому, таємниця, загадка.

І все ж необхідність вирішувати цю суспільно значущу проблему всіма доступними способами змушує шукати, перш за все, діагностичні шляхи, що дозволяють виявити «групу ризику виникнення суїцидальної поведінки». Хайкіна М.В. пише: «Аналіз варіантів суїцидальної поведінки дозволяє зробити висновок, що люди, які вчиняють спробу самогубства, мають особистісні особливості, які схильні в певних ситуаціях до подібного типу поведінки. Тому в психології важливо розробити пакет діагностичних методів, що дозволяють на ранніх стадіях виявити розвиток кризи і надати необхідну психотерапевтичну допомогу».

Зазвичай психологи включають в діагностичні батареї відомі методики і тести, що дозволяють досліджувати глибинні тенденції та потреби особистості. Вибирають зазвичай проєктивні методики, такі як ТАТ (тематичний аперцептивний тест), Тест Г. Роршаха (кольорові плями), тест Розенцвейга, що дозволяє досліджувати рівень соціальної дезадаптації і характер реагування в скрутних ситуаціях. Часто дослідники вважають за краще піктограми.

Крім перерахованих методик психологи і психотерапевти використовують різного роду прийоми і процедури, що дозволяють перевірити ефективність проведеної психотерапевтичної роботи. Наприклад, В. Франкл пропонував пацієнтам розташувати значущі події в минулому і передбачуваних в майбутньому

на прямій, що символізує життя. Відмова людини відзначити події майбутнього вважалася тривожною ознакою.

Необхідність вирішення скринінгових завдань призводить до того, що методики повинні бути компактними, давати можливість швидкої обробки великої кількості результатів. Хайкіна М.В. пропонує свою діагностичну батарею, що включає опитувальник «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка і метод незакінчених речень. Опитувальник Г. Айзенка дає можливість виявити рівень тривожності, фрустрації, агресії і ригідності, тобто тих станів, які з великою ймовірністю можуть супроводжувати потенційного і реального суїцидента.

При обробці результатів по тесту Г. Айзенка маються на увазі такі характеристики:

- Особистісна тривожність – схильність індивіда до переживання тривоги, що характеризується низьким порогом виникнення реакції тривоги.
- Фрустрація – психічний стан, що виникає внаслідок реальної чи уявної перешкоди досягнення мети.
- Агресія – підвищена психологічна активність, прагнення до лідерства шляхом застосування сили по відношенню до інших людей.
- Ригідність – утрудненість у зміні наміченої суб'єктом діяльності в умовах, що об'єктивно потребують її перебудови.

На другому етапі діагностичної роботи Хайкіна М.В. пропонує використовувати метод «незакінчених речень», який є проєктивною методикою, що дозволяє направлено з'ясувати ставлення досліджуваного до навколишнього і деякі особистісні установки. Досліджуваний повинен продовжити такі речення:

- 1) «Завтра я ...»;
- 2) «Настане день, коли ...»;
- 3) «Я хочу жити, тому що ...».

При обробці результатів психологу необхідно звертати увагу на особливості сприйняття людиною навколишнього і на наявність або відсутність усвідомленого прагнення до збереження життя. Ці речення дозволяють виявляти як особливості планування свого життя, так і наявність усвідомленого прагнення жити. Досвід використання даних незакінчених речень показує, що, незважаючи на минулі 2-3 роки після спроби суїциду, у суїцидентів зберігається характерна особливість світосприйняття, негативне ставлення до навколишнього. Більшість з них прагне порвати з цим, але при цьому не може сформулювати шляхи досягнення виходу з несприятливої ситуації. Отже, не можна говорити про те, що адаптація після спроби самогубства сталася в повному обсязі, і ризик суїциду як і раніше існує.

Людина в стані депресії часто становить небезпеку для самої себе, тому що схильна до саморуйнування в явній або прихованій формі. Завжди є небезпека, що слабо виражена депресія може перейти в гострі суїцидальні наміри. Психотерапевт або консультант теж людина зі своїми упередженнями і помилками. Часто фахівці початківці нехтують інформацією про суїцидальні наміри клієнта, не можуть спільно пережити або зрозуміти його готовності вчинити самогубство, навіть якщо клієнт прямо або побічно висловлює такий намір. Р. Кочюнас стверджує: «Проблема полягає, як правило, не в приховуванні самогубцем своїх намірів, а в тому, що він не буде почутий, коли говорить про них».

Важливим є питання, хто саме і в яких ситуаціях частіше здійснює самогубство. Уже згадувалося, що не всі люди в стані депресії мають намір вчинити самогубство, але поза депресії самогубство відбувається дуже рідко.

Відзначаються дві умови, що сприяють спробам самогубства. Перша – збільшення стресу до рівня, який важко переноситься індивідом. Друга – нездатність подолати стрес ні поодиночці, ні з допомогою інших. Зазвичай рішення накласти на себе руки в гострій формі виникає раптово. Часто йому передуює серія спроб поділитися своїми намірами з іншими людьми. Найбільша вірогідність спроби самогубства припадає на вершину екзистенціальної кризи. Багато психотерапевтів і консультантів зазначають, що важливою рисою самогубці є амбівалентність. Вона ускладнює розпізнавання справжніх намірів оточуючими. Часто можна чути: «Не схоже на самогубство. Вчора у нього був гарний настрій». Консультант, що зустрічається з клієнтами, які мають суїцидальні наміри, перш за все, зобов'язаний проаналізувати власні установки і почуття по відношенню до самогубства, знати їх заздалегідь. У роботі ніколи не слід приховувати свої справжні почуття. Хороший контакт з консультантом може бути найміцнішою ниткою, що зв'язує людину, яка втратила надію, з життям.

Іноді вважають, що обговорення з клієнтами можливості самогубства тільки підсилює їх наміри. Однак, як правило, бесіда про почуття, що підштовхують до самогубства, зменшує ймовірність реалізації спонукань. Тому консультант не повинен ухилятися від обговорення з депресивними клієнтами проблеми самогубства. Тим самим він показує клієнту, що думки про самогубство можуть бути сприйняті і зрозумілі іншою людиною.

Розглядаючи дуже серйозно будь-який намір самогубства, все ж не можна забувати про можливість маніпулятивної загрози з метою переконати консультанта в важливості своєї проблеми і претендувати на максимум його часу. Більшість симулянтів є істероїдним особистостями. Деякі клієнти говорять про самогубство з бажання помститися тим, хто нібито їх недостатньо любить. Взагалі елемент ворожості присутній майже в кожному самогубстві. Зустрівшись з депресивним клієнтом, що висловлює суїцидальні наміри, дуже важливо оцінити ризик їх реалізації. Від правильного прогнозу може залежати життя клієнта. Ступінь ймовірності самогубства консультант може з'ясувати, задаючи клієнту непрямі питання. Прямо питати: «Маєте Ви намір вчинити самогубство?» – неприйнятно, тому що таке питання спонукає клієнта до заперечення. Ефективна тактика поступового розпитування.

Така поступовість опитування дає можливість точніше дізнатися, як далеко зайшов клієнт в своїх думках про смерть. Засновник логотерапії В. Франкл пропонує оцінювати замість ймовірності самогубства величину життєвого потенціалу і питати клієнта не про причини небажання жити, а про сенс життя для нього. Чим більше перебуває ниток, що зв'язують клієнта з життям, тим менш імовірно самогубство.

Існують певні правила консультування осіб з суїцидальними намірами:

1. З такими клієнтами потрібно частіше зустрічатися.
2. Консультант повинен звертати увагу суїцидного клієнта на позитивні аспекти його життя.



3. Дізнавшись про намір клієнта вчинити самогубство, не слід панікувати, намагатися відволікти його якимсь заняттям і вдаватися до моралізування. Така тактика лише переконає клієнта, що його ніхто не розуміє і не чує.

4. Спеціаліст повинен залучити до роботи з клієнтом між консультативними зустрічами значущих для нього людей (близьких, друзів).

5. Клієнт повинен мати можливість в будь-який час зателефонувати консультантові, щоб той міг контролювати його емоційний стан.

6. При високій ймовірності самогубства слід вжити заходів обережності – інформувати близьких клієнта, обговорити питання про госпіталізацію.

7. Консультант не повинен дозволяти клієнту маніпулювати собою за допомогою загрози самогубства.

8. Консультант повинен пам'ятати, що не завжди вдається перешкодити самогубство.

9. Консультант зобов'язаний детально в письмовій формі документувати свої дії, щоб в разі нещастя він зміг довести собі і іншим, що діяв професійно і вжив усіх заходів для уникнення катастрофи.

Під час першого контакту після невдалого самогубства на перший план виступають унікальність ситуації і самопочуття «самогубці-невдахи». Людина, що випробувала максимальну напругу духовних сил, розуміє, що не померла, але обставини, що призвели до спроби піти з життя, у неї залишилися. Момент «пробудження» – початок нового етапу життя цієї особи. Тому важливо, який «вплив» буде вписаний в «чистий аркуш» свідомості клієнта. Час першого контакту не повинен обмежуватися, клієнту треба дозволити виговоритися. Від консультанта потрібна непідробна щирість, зосередження і віддача всіх своїх духовних сил. Мається на увазі щось більше, ніж обов'язок консультанта. Після спроби самогубства клієнт максимально відкритий і дуже ранимий, він ясно відчуває внутрішній стан консультанта. У першій фазі не слід обговорювати основний конфлікт. Лише поступово можна перейти до причин і психосоматичного змісту самогубства. Саме консультування повинно бути спрямоване на зменшення тривоги і безнадії. Фаза одужання починається, коли клієнт може повернутися в своє колишнє оточення. Далі можуть поновитися суїцидальні наміри, так як проблема невдачливого суїцидента пов'язана саме з найближчим оточенням. Тому необхідно працювати з сім'єю суїцидента. Взагалі спроба самогубства – суттєва причина для зміни в сімейному житті, точніше кажучи, такі зміни стають неминучими. Тільки зміна умов життя по-справжньому лікує.

Керівник відомої клініки в США В. Меннінгер пропонує поради фахівцям, що працюють з потенційними самогубцями, і тим, хто страждає через самогубство клієнта:

1. Світоглядні установки:

- Фахівець не може нести відповідальність за те, що говорить і робить клієнт поза стінами терапевтичного кабінету.

- Самогубство іноді відбувається всупереч дбайливому ставленню.

- Не можна запобігти самогубство, якщо клієнт дійсно прийняв рішення.

2. Тактика при консультуванні клієнтів з суїцидальними намірами:

- Необхідна пильність і готовність до невдачі.

- В ризикованих випадках обов'язково консультуйтеся з колегами.

- Необхідно обговорити з колегами самогубство клієнта як можливий варіант виходу з кризи. Слід пам'ятати, що роль консультанта полягає в тому, щоб застерегти клієнта і допомогти йому знайти інші шляхи виходу з кризи.

3. Як реагувати на самогубство клієнта:

- Виходите з того, що самогубство всім завдає біль.
- Ви знаходите приголомшливий досвід.
- Не дивуйтеся пригніченому настрою, почуттям провини і злоби.

4. Подолання наслідків самогубства клієнта:

- Скорбота – природна реакція, і всі переживають її однаково.
- Говоріть і переживайте, але без зайвого самозвинувачення.
- Дозвольте собі виговоритися з колегами, друзями, в сім'ї;
- Пам'ятайте річницю сумної події, щоб не опинитися захопленим зненацька.

Формування суїцидальної мотивації відбувається в три етапи:

1. Виникнення пасивних думок про смерть і відхід з життя, фантазій на тему своєї смерті. Однак ці думки ще не мають характеру суїцидальних, тобто позбавлення себе життя не розглядається як довільна дія. Людині в голову приходять думки типу: «от би заснути і не прокинутися» «добре б померти ...», і т.д. Поряд з такими пасивними думками людина починає відчувати непереборний потяг до смерті.

2. Далі людина переходить в стадію, яку умовно можна назвати суїцидальними задумами. Потяг до смерті посилюється, і думки про неї з абстрактно-мрійливих перетворюються в більш оформлені і практичні задуми. Пізніше до них приєднується вольовий компонент і рішення, так що суїцидальну мотивацію можна вважати практично оформленою.

3. І на останній, третій стадії людина демонструє вже сформовану суїцидальну поведінку, тобто, кажучи науковою мовою, зовнішні і внутрішні форми психічних актів, що направляються уявленнями про позбавлення себе життя. Причому ще однією цікавою особливістю другої і третьої стадій є те, що потенційний суїцидент усюди починає бачити знаки – підтвердження того, що його задум вірний, і єдино можливий.

#### **Питання 4. Психопрофілактика суїцидальної поведінки.**

Для профілактики, попередження суїцидальної поведінки велике значення мають виховання, обстановка в сім'ї, знання батьками тих умов, які допомагають виховати людину, резистентну до суїцидної поведінки, з меншим ризиком скоєння самогубства навіть в екстремальній ситуації. Важлива також загальна гуманізація суспільства. Найбільш ефективно попередження самогубств знаходиться в сфері міжособистісних відносин, у взаєморозумінні та взаємній підтримці. Велике значення має повага суспільства до особистості. В кожній людині потрібно з дитинства виховувати почуття поваги до себе, власної гідності, щоб людина відчувала себе особистістю не тільки в зв'язку зі ставленням до неї оточуючих, а сама по собі, поважала себе, свої погляди, свою працю, своє ставлення до людей і до самого життя.

Ознаки суїцидальних намірів (по Шнейдеману):

- Метою суїциду є знаходження рішення, а завдання суїциду полягає у припиненні свідомості.
- Стимулом до скоєння суїциду є нестерпна психічна (душевна) біль.
- Стресорами при суїциді є фрустровані психологічні потреби.
- Суїцидальною емоцією є безпорадність-безнадійність.
- Внутрішнім ставленням до суїциду є амбівалентність.
- Загальним станом психіки при суїциді є звуження когнітивної сфери.
- Дією при суїциді є втеча.
- Комунікативною дією при суїциді є повідомлення про свій намір.
- Закономірністю є відповідність суїцидальної поведінки загальному життєвому стилю поведінки.

Основною ланкою в справі запобігання самогубств є анонімна телефонна служба («телефон довіри»). Мета телефонної служби – прагнення запропонувати будь-якій людині, що знаходиться в кризовій ситуації і думає про самогубство, телефонний контакт зі співробітником, готовим вислухати її, допомогти абоненту подолати кризову ситуацію, з якою він зіткнувся. Серед принципів служби особливе місце займає довірливість, абсолютна таємність, заборона винагороди за послуги і заборона надання будь-якого тиску.

Антисуїцидальні чинники особистості – це сформовані життєві установки, що перешкоджають здійсненню суїцидальних намірів. До них, перш за все, відносяться позитивні моделі поведінки, пов'язані з досягненням певних цілей (емоційна прив'язаність до значущих рідних і близьких; почуття обов'язку по відношенню до них, батьківські обов'язки; наявність різноманітних життєвих, творчих, ділових, сімейних, службових та інших планів, задумів; психологічна гнучкість і адаптованість, вміння компенсувати негативні особисті переживання, використовувати методи саморегуляції і зняття психічної напруженості і ін.).

У той же час, антисуїцидальний характер носять і стереотипи поведінки, пов'язані з униканням болю, фізичних страждань, невідомості; прагнення врахувати громадську думку і уникнути осуду з боку оточуючих і т.п. Всі вони роблять неприйнятним для індивідуума вчинення самогубства як способу вирішення конфліктної ситуації.

*Психопрофілактика суїцидальної поведінки працівників, які здійснюють діяльність в особливих умовах.*

Наявність стресогенних чинників з боку службової діяльності, які тривало впливають, можуть призводити до виникнення суїцидальних намірів і поведінки у працівників, які здійснюють свою діяльність в особливих умовах: військових, працівників МВС і ДСНС і т.п. Це можливість екстремальних (пов'язаних із загрозою для життя, здоров'я, іншими тяжкими наслідками) ситуацій, які є штатними для діяльності працівників; необхідність використання заходів примусу (фізичного і психічного), діяти в конфліктних ситуаціях і пов'язані з цим негативні емоції; висока відповідальність і напруженість роботи, пов'язана із здійсненням владних повноважень, носінням зброї; ненормований робочий день. В останні роки на перший план висунулися невідповідність між положенням працівника під час виконання службових обов'язків і положенням поза

службою, в побуті, обумовлені низьким грошовим утриманням, порушенням соціальних прав і пільг, передбачених законодавством.

У той же час є і ряд чинників службової діяльності, які можуть надавати профілактичний вплив на рівень самогубств серед працівників. Перш за все, це певний соціальний статус, соціальна стабільність, наявність згуртованих професійних колективів. Стійкі професійні колективи із сприятливим морально-психологічним кліматом є одним з найбільш істотних факторів сучасного суспільства, що перешкоджають розвитку суїцидальної поведінки.

Робота з попередження суїцидальних подій проводиться в загальній системі заходів профілактики надзвичайних подій і травматизму працівників, а також в системі психопрофілактики.

Труднощі розглянутої проблеми, особливо її профілактичного спрямування, пов'язані з відсутністю специфічності суїцидальних проявів. Немає такої людини, яка за своїми індивідуальними якостями обов'язково повинна покінчити життя самогубством, немає такої ситуації, а також психопатологічних порушень, які неодмінно привели б людину до суїциду.

Практичне розв'язання проблеми профілактики суїцидальної поведінки серед працівників можливе лише на основі комплексного підходу, що забезпечує знання особистості суїцидента, особливостей мікросоціального клімату в формальній і неформальній сферах спілкування, а також професійного, матеріального і побутового статусів.

Основною метою має бути запобігання самій можливості появи суїцидальних переживань, своєчасне розпізнавання і купірування станів, що несуть потенційну загрозу суїциду і, більш того, на ліквідацію умов, що їх породжують.

Вищеназвані завдання можуть бути з успіхом вирішені тільки при проведенні комплексу психопрофілактичних і психогігієнічних заходів.

Робота по збереженню нервово-психічного здоров'я працівників вимагає безперервного, щоденного вивчення індивідуальних особливостей кожного працівника, його виконавської дисципліни, успіхів в освоєнні передових форм і методів роботи, настрою, а також сімейно-побутові аспекти життя. Це в свою чергу вимагає від керівників навчальних закладів, працівників кадрового апарату і медичних установ постійного вдосконалення знань в області психогігієни і психопрофілактики.

В умовах діяльності в особливих умовах психопрофілактика включає наступні етапи:

- ретельний кадровий і медико-психологічний відбір осіб для роботи, тобто проведення спеціального професійного відбору;
- використання працівників з урахуванням їх психологічних особливостей, установок і стану нервово-психічного здоров'я;
- проведення заходів щодо професійної орієнтації;
- формування згуртованих, працездатних службових колективів;
- своєчасне вирішення конфліктних ситуацій на службі і в побуті;
- раннє виявлення осіб з нервово-психічними розладами або нестійкістю, віднесення їх до «групи ризику», постановка на облік, динамічне спостереження; обстеження, лікування і експертиза відповідно до медичних показань.

Профілактика суїцидальної поведінки серед працівників під час проходження служби здійснюється за наступними напрямками:

1. Проведення заходів щодо усунення причин та умов, що сприяють виникненню станів соціально-психологічної дезадаптації, що призводять до розвитку суїцидальної поведінки. Розвиток особистості працівника, формування у нього психологічної стійкості до різного роду стресових ситуацій. Здійснення роботи по згуртуванню службового колективу.

2. Своєчасне виявлення суїцидальних тенденцій і дій у працівників, які знаходяться в стані соціально-психологічної дезадаптації або в пресуїцидальному періоді.

У початковому періоді пресуїциду керівників підрозділів, працівників кадрових і виховних апаратів, психологів, а також медичних працівників повинні насторожувати такі особливості поведінки, як погіршення настрою, невласлива замкненість, загальмованість або навпаки підвищена товариськість, збудливість. Слід звертати увагу на зловживання алкоголем, прийом психотропних, заспокійливих препаратів; зміни ваги (схуднення), скарги на порушення сну (безсоння, сонливість вдень). Можливі дивні немотивовані вчинки, висловлювання, загострення таких рис характеру як безкомпромісність, упертість, нездатність відступати, прагнення до досягнення мети будь-якою ціною, схильність до самостійного прийняття рішень з одночасною підвищеною ранимістю, нестійкістю настрою.

Особливо повинні насторожувати суїцидальні думки, натяки, висловлювання (в пресуїцидальний період відзначалися в 20% випадків самогубств працівників). Поява ж постійних ідей самогубства, суїцидальних висловлювань та спроб (13%), прямі або символічні «прощання» (9%), порушена поведінка або «зловісний» спокій, не властива раніше зібраність – показник гострої суїцидальної кризи, що загрожує життю. Зафіксувати наявність таких висловлювань іноді досить важко, про них, як правило, знають найближчі люди, на очах яких розвивається конфлікт в пресуїцидальний період і які не завжди повідомляють про них на роботу або в медичні установи.

Працівник, що знаходиться в стані психологічної кризи, відчуває виражену потребу в емоційній підтримці близьких і кваліфікованої психологічній допомозі.

У процесі бесіди з працівником, що звернулися за допомогою або виявляє не властиві йому раніше форми поведінки, необхідно уважно вислухати його, намагаючись, по можливості, не перебивати, а лише уточнити окремі деталі. Часто вже в ході бесіди працівник усвідомлює, що конфліктна ситуація, яка сприймається як несподівана, непереборна, безнадійна, незрозуміла, певним чином сформувалася протягом деякого періоду часу і тісно пов'язана з попередніми подіями життя. Співрозмовник усвідомлює також, що криза через якийсь час може бути подолана в сприятливу для нього сторону, що особи, залучені в конфлікт, раніше підтримували з ним доброзичливі відносини, і, отже, ці відносини можуть бути відновлені.

Якщо в ході бесіди співрозмовник невпевнено пропонував варіанти виходу з кризової ситуації, песимістично оцінював майбутнє, активно висловлював суїцидальні думки, то необхідно невідкладно направляти його до лікувального закладу. Бажано, щоб він відвідав фахівця-психолога. Однак не можна допускати ніяких дій всупереч бажанню працівника. Будь-яка інформація, повідомлена у

ході бесіди, не може бути передана без його згоди кому б то не було, а тим більше стати предметом обговорення в колективі.

Основні рекомендації по організації роботи з працівником після проведеної розмови і консультації з психологом або психіатром:

- поставтеся до всіх висловлювань співрозмовника дуже серйозно;
- продумайте план надання реальної допомоги;
- з огляду на підвищену імовірність неадекватних дій, створіть для нього на якийсь період більш спокійні («щадні») умови служби;
- не залишайте без контролю і уваги;
- ставте нескладні завдання, успішне виконання яких сприятиме підвищенню самооцінки особистості.

Профілактика суїцидальної поведінки серед працівників, які здійснюють діяльність в особливих умовах, вимагає проведення комплексу спільних заходів з професійного відбору та орієнтації кандидатів на службу; виявлення працівників з нервово-психічними розладами і станами психоемоційного напруження; своєчасного купірування пресуїцидальних станів, а також проведення психогігієнічних і реабілітаційних заходів по збереженню і зміцненню психічного здоров'я особового складу.

Все це вимагає від керівної ланки, кадрових і виховних апаратів, психологів, медичних працівників чіткої взаємодії і повного взаєморозуміння, бо вдосконалення якості кадрового складу, підвищення ефективності діяльності і попередження надзвичайних подій, у тому числі і самогубств, є їх спільним завданням.

Корінь же проблеми треба шукати в самому нашому житті. Тільки всеосяжне зростання рівня життя може кардинальним чином вплинути на суїцидальну ситуацію в країні, та й в світі теж. А організації, що борються за життя потенційних суїцидентів, потрібно заохочувати виходячи з етичних і загальнолюдських норм.