

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

*Факультет № 6
Кафедра соціології та психології*

ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ

З навчальної дисципліни «Психологія девіантної поведінки»
обов'язкових компонент
освітньої програми другого (магістерського) рівня вищої освіти

053 Психологія (практична психологія)

Тема №7. Психологія суїцидальної поведінки

Харків 2023

ЗАТВЕРДЖЕНО

Науково-методичною радою
Харківського національного
університету внутрішніх справ
Протокол від 30.08.2023 р. № 7

СХВАЛЕНО

Вченою радою факультету № 6
Протокол від 25.08.2023 р. № 7

ПОГОДЖЕНО

Секцією Науково-методичної ради
ХНУВС з гуманітарних та соціально-
економічних дисциплін
Протокол від 29.08.2023 р. №7

Розглянуто на засіданні кафедри соціології та психології – Протокол №8 від 15.08.2023

Розробники:

Доцент кафедри соціології та психології, кандидат психологічних наук,
доцент Шиліна А. А.

Рецензенти:

1. Начальник науково-дослідної лабораторії морально-психологічного супроводження службово-бойової діяльності Національної гвардії України науково-дослідного центру службово-бойової діяльності Національної гвардії України, кандидат психологічних наук, підполковник Колесніченко О.С.
2. Доцент кафедри соціології та психології факультету № 6 Харківського національного університету внутрішніх справ, кандидат психологічних наук, доцент Чепіга Л.П.

План лекції:

1. Історія та сучасний стан проблеми суїцидів у психології.
2. Чинники суїцидальної поведінки. Поняття та види суїцидальної поведінки.
3. Мотиви, причини, приводи суїцидальної поведінки. Чинники ризику та антиризиків суїцидальної поведінки. Соціально-психологічна дезадаптація особистості в умовах мікросоціального конфлікту.
4. Проблема психопрофілактики та психокорекції суїцидальної поведінки.

Рекомендована література (основна, допоміжна), інформаційні ресурси в Інтернеті:

Основна:

1. Аутоагресивна поведінка підлітків: монографія. О. В. Погорілко, А.М.Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І.Ісаков. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2017. 141 с. URL: <https://psychiatry.umsa.edu.ua/storage/resources/files/LUk8Z7IUdwbsTTphPXGve0wbEaF7pfbjHDrunoHu.pdf>
2. Вольнова Л. М. Профілактика девіантної поведінки підлітків: навч.-метод. посібник до спецкурсу «Психологія девіацій» для студентів спеціальності «Соціальна робота» у двох частинах. Ч. 1. Теоретична частина. 2-ге вид., перероб і доповн. К., 2016. 188 с. URL: http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/12327/Volnova_profila%20deviant.1%20chast.Teoriya.PDF;jsessionid=22E58E54B11F84815A27845B1A8AFC74?sequence=1
3. Вольнова Л. М. Профілактика девіантної поведінки підлітків: навч.-метод. посібник до спецкурсу «Психологія девіацій» для студентів спеціальності «Соціальна педагогіка» у двох частинах. Ч. II. Практична частина. 2-ге вид., перероб і доповн. К., 2016. 193 с.
4. Кошова І. В., Кресан О. Д. Психологія девіантної поведінки: Навчально-методичний посібник. Ніжин: Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2021. 226 с.
5. Кузьменко В.В., Діса О.В., Шинкаренко І.О. Психологія девіантної поведінки : навч. посіб. Дніпро: Видавець Біла К.О. 2019. 68 с.
6. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки: навч. посібник. К.: Либідь, 2011. 520 с.

Текст лекції.

1. Історія та сучасний стан проблеми суїцидів у психології.

У ході історичного розвитку людства, залежно від відповідного етапу розвитку суспільства й уявлень, що переважали, погляди на сутність самогубства істотно змінювалися, так само як і моральна оцінка суїциду. Самогубство відомо з найдавніших часів, але на різних етапах розвитку суспільства люди ставилися до такого явища по-різному.

Феномен суїциду в загальнопсихологічному аспекті, трактують як поведінку людини, спрямовану на її самознищення. Із глибокої стародавності

ставлення до суїциду тісним образом було пов'язане з тим, як те або інше суспільство, соціальна група або культура сприймали поняття смерті. Уже разом з першими суїцидами, здійсненими на початку людської історії, виявилось й різне ставлення до самогубства. Ставлення до самогубства в історії обумовлювалося не стільки релігійними установками й поглядами тих або інших філософів, скільки регламентувалося законодавством.

У стародавні часи самогубство оцінювали досить неоднозначно. У більшості законодавств грецьких держав самогубство вважалося ганебним і навіть злочинним ділом. Зокрема, Піфагор і Аристотель були противниками самогубства, вважаючи, що цей прояв боягузства та малодушності. Сократ і Платон безпосередньо до суїциду не призивали, але в їхніх роботах говориться про переваги смерті перед життям, а у їх поглядах міститься терпиме ставлення до самогубства. Але при цьому, вони вважали, що самогубці повинні бути поховані окремо від інших людей, без яких-небудь розпізнавальних знаків. Давньогрецькі філософи займали різну позицію на допустимість самогубства. У деяких грецьких колоніях існував звичай, відповідно до якого суду або сенату давалося право дозволяти самогубство, якщо людина зверталася за подібним дозволом. Цей звичай судової санкції на самогубство згодом був і в деяких римських провінціях. Але вже тоді, в ті давні часи знаходилися люди, що доводили безглуздість судового визначення «достатності» причин, пропонованих людиною як підстави для самогубства. Епікурейці, вважаючи метою життя задоволення, та стоїки, занепокоєні страхом втрати контролю, уважали суїцид можливим і навіть бажаним. Рим знаходився під впливом філософії стоїцизму, і там суїцид не був великим злом, тому що стоїки цінували необмежений прояв волі, що передбачало й право вибору одного з багатьох варіантів відмови від життя. Смерть розглядалася ними як перевага людини над богами.

Ставлення до самогубства в східній культурі також відрізняється своєю неоднозначністю. В іудаїзмі самогубство було категорично заборонене, й там зустрічаються описи лише одиничних випадків самогубства. У Талмуді ставлення до самогубства було негативним і розглядалося як злочин, який підлягає суду й покаранню. Ритуальний характер, оточений ореолом святості, носить самогубство в японській культурі: ні в якій іншій культурі такого ставлення не спостерігається. Це визначається релігійними традиціями, національними звичаями, що регламентували ситуації, у яких суїциду не було альтернативи. Нерідко в японській історії зустрічаються описи етнічних традицій, які сприяли широкому розповсюдженню героїчних суїцидів, що відображали полум'яний патріотизм, неприборкану мужність і самопожертву представників вищих станів суспільства. Найтяжким гріхом вважалося самогубство в ісламі, однак, заохочувалися героїчні самогубства в ім'я батьківщини й Аллаха. На сьогодні найнижча кількість суїцидів на душу населення у світі спостерігається саме в мусульманських країнах. У Древній Індії кінцевою метою було «визволення» від ланцюга народжень і злиття з світом Брахми, а от метод «визволення» нерідко досягався шляхом суїциду,

який не засуджувався. Також безпосередньо не заборонялося самогубство у буддизмі, згідно якого суть суїциду полягає в постійному переродженні, а добровільне позбавлення себе життя не перериває цей процес.

У християнстві спочатку не було чітко позначеного ставлення до самогубства. Але після постанови Тридентського собору 1568 р., християнство стало засуджувати самогубство як наслідок упадання в смертний гріх зневіри, а також як форму вбивства в порушенні заповіді «Не убий!». Відповідно до християнського віровчення середніх століть, самогубство вважалося більш тяжким злочином, ніж убивство, тому що людина, що вбиває себе, зазіхає не тільки на тіло, але й на душу, а у випадку вбивства вмирає тільки тіло іншого. За звичаєм, самогубця ховали без церковних обрядів навіть тоді, коли самогубство відбувалося в стані божевілля. У зв'язку із цим епоха «перших християн» практично не знає самогубства. Світське законодавство, поступово перемішуючись із настановами церкви і просочуючись духом канонічного права, ще більш жорстко стало ставитися до самогубства. Над тілами самогубців проводили різні варіанти знущань, застосовували до них ритуали та підбирали особливі місця їх поховання.

Однак деякі правителі, затверджуючи своїми законами церковні звичаї та встановлення вже починають припускати деякі потурання стосовно самогубць. Роберт Нормандський, що покінчив життя самогубством, написав твір, у якому доводив, що ніякі закони не забороняють людині позбавити себе життя. На його думку, незалежно від наявності або відсутності загробного життя, самогубство не може бути злочином, тому що вбивається тільки тіло, а не душа, яка у такий спосіб може перейти в кращий світ (у випадку його існування). Якщо ж душа вмирає разом з тілом, вона страждає від самогубства дуже короткий час. Дар життя робиться зайвим, коли він тяжкий, і тоді людина вправі від нього відмовитися.

В епоху Відродження вперше стали виправдовувати припустимість самогубства як у психологічному значенні, так і у правовій площині. Вік Освіти в особі Д. Юма й Ж.-Ж. Руссо зламав уявлення про абсолютну неприйнятність цивілізованим людством права людини на смерть. Д. Юм гадав, що людина, яка добровільно припиняє своє життя, зовсім не діє проти волі Божої, тому що елементи, з яких ми складаємося, продовжують служити світовому прогресу після нашої смерті.

На відміну від багатьох європейських держав, у Росії, закони що карають самогубство, постійно уточнювалися й доповнювалися. Перші форми караності свідомого суїциду з'явилися у військовому уставі Петра I за 1716 рік, а до цього передбачався тільки суд церкви й ніякої кримінальної відповідальності за замах на самогубство. Кримінально карним уважався суїцид, здійснений у стані осудності, а некараним - здійснений у стані неосудності. У Російській імперії щодо самогубств діяли наступні положення: - заповіти самогубців вважалися недійсними; - самогубцеві не дозволялося церковне поховання; - за спробу самогубства накладався

церковний проклін і передбачалося тюремне ув'язнення.

Заходи, що вживалися у відношенні людей, свідомо зробивших замах на власне життя, постійно пом'якшувалися. Наприклад, в Англії пом'якшили покарання за самогубство тільки у 1870 р. і лише в 1961 р. скасували кримінальну відповідальність за суїцид; карне законодавство Нью-Йорка вважало замах на самогубство злочином до 1919 р. у Росії під тиском передової правової думки за Карним Кодексом 1903р. самогубство вже не вважалося злочином, а передбачало відповідальність тільки за доведення до самогубства.

У працях філософів також неоднозначно вирішувалося питання про самогубство. У численних філософських роботах розглядаються різні аспекти проблеми самогубства. Так, Камю вважав, що по-справжньому серйозна філософська проблема – це проблема самогубства, і фундаментальне питання філософії – варто жити чи ні, а всі інші питання другорядні. Багатьох російських мислителів, таких як Ф. М. Достоевський, Л. М. Толстой, В. С. Соловйов, М. О. Бердяєв, А. Ф. Коні цікавила проблема суїциду як граничної ситуації при виборі певного життєвого шляху особистістю. Філософією не раз вирішувалася проблема суїциду в екзистенціальному ключі, але в цьому розумінні суїциду, екзистенціальному поясненню не вистачило системності, наукової визначеності в розкритті джерел феномена самогубства. М. О. Бердяєв надав повністю психологічний аналіз феномену самогубства, і головну, якщо не єдину причину самогубства він бачив у незліченних стражданнях людини, які в остаточному підсумку придушують і перемагають її. Тобто, за Бердяєвим, людина нездатна знайти духовну опору у важкій боротьбі з життєвими проблемами, які переважають його фізичні та душевні можливості й неможливість розв'язання яких найчастіше всього приводить людину до рішення про самогубство.

Ставлення до самогубства в сучасному світі дуже змінилося, воно стало більш гуманне, розсудливе, а це, в свою чергу, сприяло появі такої загальносвітої проблеми як евтаназія. Евтаназія – добровільна смерть безнадійно хворих, які неймовірно страждають самі й мимоволі обтяжують життя своїх близьких. Даною проблемою займаються в багатьох країнах, при чому в більшості випадків на користь того, щоб дозволити евтаназію, але дозвіл на добровільне позбавлення себе життя від нестерпних страждань існує усього в декілька країнах. Деякі дослідники пропонують як варіант евтаназії - евтелію, як більш благополучне завершення життя. Евтелія – це коли у людини відпадає необхідність вибору між життям і смертю, а є тільки вибір між важкою або легкою смертю.

З вище розглянутого видно, що людина дуже давно навчилася свідомо позбавляти себе життя. Однак сприйняття суїциду змінювалося в міру виникнення й розвитку класів і держав. У наші дні констатується той факт, що зараз самогубство майже в усіх країнах займає почесне третє місце, відразу за смертю в результаті хвороби та за смертю від нещасного випадку

(як правило, внаслідок дорожньо-транспортних випадків). Щорічно вбивають себе 30 тис. американців, 25 тис. японців, 20 тис. французів, 60 тис. росіян. Число ж спроб самогубств у 7 - 8 разів більше. Потрібно враховувати, що статистика самогубств завжди занижена, тому що до неї потрапляють лише явні випадки. Насправді, як підкреслюється у багатьох дослідженнях, самогубств чи ледве не вдвічі більше. Майже півмільйона землян щороку самі ставлять крапку у своєму житті.

У теперішній час Україна відноситься до країн з високим рівнем суїцидальної активності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВОЗ) у 2000 році в усьому світі приблизно мільйон людей загинуло в наслідок самогубства, у 10 - 20 разів більше людей намагалися покінчити з собою. Рівень самогубств найчастіше визначають кількістю завершених самогубств на 100 тис. населення, більше 20 випадків на 100 тис. осіб вважається критичним, тоді як в Україні, на 2006 рік відмічався показник 28,2 випадків на 100 тис. З 2000 року в Україні намітилася тенденція до зниження рівня самогубств. При цьому загальний рівень смертності від суїцидів в Україні перевищує такий в країнах Європейського регіону в 1,5 рази і у 2 рази - в країнах, які є членами Європейського союзу.

2. Чинники суїцидальної поведінки. Поняття та види суїцидальної поведінки.

Суїцидологія - міждисциплінарна галузь наукового знання, що вивчає причини суїцидальної поведінки та шляхи її профілактики.

Термін «суїцидологія» уперше з'явився в російській науковій літературі ще наприкінці XIX ст. і вперше він був використаний П. Г. Розановим. На Заході, за даними Е. Шнейдмана, цей термін з'явився тільки у 1929 році. Реальне становлення суїцидології як мультидисциплінарної науки з вивчення суїцидальної (і в більш широкому понятті - аутодеструктивної) поведінки відбулося в середині XX століття. Суїцидологія тісно пов'язана з такими науковими дисциплінами як психологія, психіатрія, фізіологія, соціологія, філософія, юриспруденція, релігієзнавство та з іншими науками.

Основне поняття суїцидології - поняття суїцид - (від лат. *suī* - себе, *caedo* - убивати, знищувати). Під ним суїцидологи розуміють акт позбавлення себе життя, при якому людина діє навмисно, цілеспрямовано й усвідомлено.

Визначення поняття самогубства, що включає найважливіший критерій відмежування цього феномену від подібних з ним явищ, було дано вже Емілем Дюркгеймом. Він писав: «Самогубством називається кожний смертний випадок, що безпосередньо або посередньо є результатом позитивного або негативного вчинку, здійсненого самим потерпілим, якщо цей останній знав про те, який результат його очікує. Замах на самогубство - це цілком однорідна дія, але тільки не доведена до кінця». Більш просте і чітке визначення цьому поняттю дав сучасний суїцидолог М. Фарбер: «Самогубство - це свідоме, навмисне й швидке позбавлення себе життя». Відповідно до визначення ВОЗ «суїцид - акт самогубства з фатальним

результатом; замах на самогубство - аналогічний акт, що не має фатального результату».

Уявлення про те, що суїцидента не можна відвернути від ухваленого ним рішення, базується на невірному припущенні про невідворотність суїцидального наміру у самогубці.

Як відзначав ще М. Бехтерев, потреба в самознищенні у переважної більшості людей є лише тимчасовою, “невдала спроба вже знов повертає інстинкт життя і турботу про неї”. Бехтерев звертав увагу на нелогічність в поведінці осіб, що робили замах на самогубство. Після невдалої спроби вони починали поводитися як люди, що дорожать своїм життям, енергійно боротися за нього і з старанністю приймати лікарські засоби, призначені для них.

У роботах відомих американських суїцидологів Н. Фарбероу і Е. Шнейдмана сам факт суїциду трактується як своєрідний заклик до тих, що оточують, “крик про допомогу”. Саме потреба суїцидента в живій людській участі, готовність прийняти пропонувану йому допомогу служать підставою для можливості організувати профілактику самогубств. У цьому і полягає гуманістична суть суїцидологічної превенції.

Джоост Мерло, автор книги “Суїцид і масовий суїцид”, затверджує “80% людей визнають, що вони “трали” ідеями про суїцид”. Жодна група, національність або клас людей не вільні від цього “невибачного гріха суспільства”. Хоча людина може жодного разу не вимовити слово “самогубство”, чи означає це, що вона або він повністю вільні від бажання смерті? Ці бажання можуть бути виражені по-різному: “Якби я зараз помер, мої батьки пошкодували б, що відносилися до мене так погано”, “Краще померти, чим так далі жити”, “Я втомився від життя”, “Вам без мене буде краще”, “Вам не доведеться дуже довго мене терпіти”.

Ці висловлювання для випадкового спостерігача можуть показатися не пов'язаними з самогубством, але слід підкреслити, що саме вони використовуються в пресуїцидальних бесідах і записках. Погрози можуть перетворитися на дії. Замість пасивного ухвалення нездоланих труднощів виникає активна декларація незалежності: смерть від своїх рук. Жертва неначе кричить: “Принаймні, я зумів зробити хоча би це”.

Непряме самогубство .

Існують люди що є суїцидальними особистостями, але цього не визнає їх сім'я, друзі, або професіонали, що стикаються з ними. Суб'єкти, що зневірилися, можуть визнавати життя таким, що не виноситься із-за непереборних перешкод, і їх поведінка може бути спрямована до смерті. У 1897 р. французький філософ Еміль Дюркгейм назвав таку поведінку “символічним суїцидом”. У свою чергу, Карл Меннінгер описав “хронічний суїцид”, як “непряму саморуйнівну поведінку, яка підриває чиє-небудь власне здоров'я”. Американський дослідник Н.Б. Табачник визначає саморуйнівну поведінку як здійснення “будь-яких дій, над якими у людини є деякий реальний або потенційний вольовий контроль, сприяючих

просуванню індивіда у напрямі ранішої фізичної смерті”. Будь-яка поведінка, яка скорочує життя людини, крім того визначається як “часткове”, “напівнавмисне”, “напівнавмисне”, “приховане самогубство”, “несвідома суїциїдальна поведінка” або “суїциїдальний еквівалент”.

Люди часто поволі вбивають себе, не усвідомлюючи своїх летальних намірів. Обличчя, до яких відноситься це твердження, заперечували б те, що їх дії направлені на саморуйнування або спричинення шкоди самим собі. Та все ж, їх спосіб життя є рухом у бік саморуйнування. Ті ж психічні сили, які штовхають людину до стрибка вниз з хмарочоса, лежать в основі таких небезпечних звичок, як зловживання алкоголем, медичне вживання наркотиків, ігнорування серйозних хвороб, переїдання, надмірна робота або хронічне куріння.

Автоцид. Ще одним містом, де варто шукати замасковані самогубства, є проїжджі частина дороги. Машина є ідеальним інструментом самознищення. У багатьох випадках життєва мудрість, яка вигукує побачивши автомобіля: “Боже, він намірюється накласти на себе руки!”, є обґрунтованою. Багато випадків смерті, відмічені як нещасні випадки, часто є замаскованими самогубствами. У 40% жертв транспортних аварій з летальним результатом знаходять підвищений рівень алкоголю в крові. Спірним питанням залишається те, наскільки “випадковими” були ці нещасні випадки.

Фахівці вважають що неухважність, перевищення швидкості, помилки в оцінці ситуації і управління автомобілем в нетверезому стані часто є наслідком усвідомленої або несвідомої саморуйнівної поведінки. До 25% з обстежених жертв нещасних випадків знаходилися в пригніченому стані або говорили про відчуття безпорадності, що є типовим для суїциїдальних осіб. До нещасного випадку у них бували фантазії про смерть і саморуйнування. На думку фахівців приблизно чверть водіїв, які гинуть в автокатастрофах, самі навмисно або полунавмисно сприяють цим аваріям своєю відчайдушністю і надмірно ризикованими вчинками.

Хлопці, з якими з більшою вірогідністю траплялися аварії, переважно проводили час на вулиці, відрізнялися бурхливим і некерованим характером, повстанським духом або бачили себе в образі “крутого хлопця”. В стані емоційного стресу вони легко вживали алкоголь або наркотики, а потім безтурботно і імпульсивно управляли автомобілем, виявляючи більшу цікавість до потужності і швидкості, чим до безпеки водіння. В цілому, дівчата вважаються безпечнішими водіями. Вони, мабуть, можуть легше проявляти свої внутрішні відчуття, чим хлопці, які прагнуть поводитися що називається “по-чоловічому”.

Використання транспортних засобів як методу саморуйнування особливо погано піддається динамічному спостереженню, статистичному обліку і аналізу. Люди, які коять автоцид, рідко залишають суїциїдальні записки.

Алкоголізм. Ризик суїцидів дуже високий у хворих алкоголізмом. Це захворювання має відношення до 25-30% самогубств; серед молодих людей його внесок може бути ще вище - до 50% . Тривале зловживання алкоголем сприяє посиленню депресії, відчуття провини і психічного болю, які, як відомо, часто передують суїциду.

П'яниці нерідко відчують себе позбавленими любові тих, що оточують. Вони випивають для того, щоб притупити цей біль. Оскільки алкоголь сприяє виникненню депресії, то її початкові ознаки виникають досить швидко. Після випивки вони відчують себе ще пригніченишими і винуватими, і це є приводом для нового прийому алкоголю. Таким чином, виникає порочний круг - депресія приводить до вживання алкоголю, що у свою чергу викликає ще більшу депресію, приводячи надалі до частоті алкоголізації або запоїв. В результаті розпадається сім'я, втрачаються друзі і робота. Дослідження показують, що у багатьох п'яниць, що ставлять хрест на своєму житті, наголошується втрата тісних взаємин з оточенням, принаймні протягом 6 тижнів передуючих суїциду. Під час міжособової кризи хворого алкоголізмом відрізняється особливо високим суїцидальним ризиком. Алкоголь також підсилює агресивність, яка може привести до саморуйнування, якщо оглядається на самого себе.

Хворі алкоголізмом можуть не прагнути убити себе свідомо, але їх хронічне пияцтво, тим не думка, *є поведінкою, що скорочує їх життя*. Токсичні ефекти алкоголю на організм людини добре відомі і описані в науковій літературі. Крім того, важке тілесне зношування і недоїдання також входять в стиль життя алкоголіка. Коли він вмирає, то його смерть може бути і не віднесена до суїцидів, оскільки до неї привели такі соматичні причини як цироз печінки. Передчасна смерть може бути викликана і міжособовими конфліктами, якими багатий алкоголізм, а також властивим йому згубним впливом на тілесне або емоційне здоров'я або найчастіше різними їх поєднаннями. Проте, існує дуже мало сумнівів, що алкоголізм є істотним чинником суїцидального синдрому.

Наркоманія. Часто вживання алкоголю поєднується з прийомом барбітуратів, транквілізаторів або героїну, як в прямих суїцидальних цілях, так і ненавмисно. Наркотики і алкоголь є відносно летальною комбінацією. Вони ослаблюють мотиваційний контроль над поведінкою людини, загострюють депресію або навіть викликають психози.

Наркоманія і суїциди тісно зв'язані між собою. Тривале вживання наркотиків і їх вплив на організм, також як і загальний стиль життя наркоманів в цілому, значною мірою направлені на саморуйнування, незалежно від усвідомлення ними цих намірів.

Психологи спостерігали взаємозв'язок полінаркоманії і станів депресії і тривоги. У психоаналітичному дослідженні цього феномена, зробленому в 1933 р., відомий психоаналітик Шандор Радо ввів термін “фармокотемія”, для опису своєрідного розладу психіки, при якому наркотики уживаються з метою утамовування нестерпного психічного болю. Він підкреслював, що в

цих випадках наркотикам приписуються магічні властивості, які можуть підвищити самооцінку або допомогти справитися з меланхолічним настроєм.

Токсичні ефекти наркотиків, також як і алкоголю, повертають до широкого круга хвороб: найчастіше розвиваються такі серйозні захворювання як гепатит і ендокардит. У переважного числа наркоманів вони виникають із-за поєднаного прийому пігулок і ін'єкційних наркотиків. Вони страждають від загального стилю життя, що характеризується стихійністю і недостатнім харчуванням. Наркомани з великою вірогідністю захворюють такою фатальною хворобою як СНІД. Приблизно 17 % з тих, хто ризикує захворіти СНІДОМ, використовує внутрішньовенне введення наркотиків. Вірус СНІДУ персистує в крові і розповсюджується через голки при використанні одного і того ж шприца.

Недавні дослідження хворих наркоманією підтвердило уявлення про те, що наркотики є одним з широко поширених засобів здійснення самогубств. Не тільки молоді, але і літні люди вбивають себе передозуванням медикаментів. Основними ліками використовуваними для самогубств літніми людьми являються: пентабарбітал, секобарбітал, фенobarбітал, саліцелати і секоамobarбітал.

Багато наркоманів, як і інші потенційні самовбивці, молоді і немолоді, відчують себе нелюбимими оточенням і самі не люблять нікого. По словах психіатора Ісідора Седжера, “ніхто з тих, хто не залишив надію на любов, не здійснює самогубства”. Наркотики притупляють відчуття і як би тримають сім'ю, друзів і весь світ на відстані. Для деяких людей є тільки два виходи: вживати наркотики або зробити спробу самогубства.

Форми напівнавмисних суїцидів. За звичайним визначенням, суїцид є навмисним позбавленням себе життя. Разом з тим, встановлено, що велике число людей бажають померти, але ще не знаходиться в тому стані, в якому вони свідомо здійснили б це бажання.

Самогубства, приховані під личиною нещасних випадків, не настільки рідкісні, як це вважається. Ті люди, які схильні до нещасних випадків, самі можуть вважати себе обережним, та все ж, як це не дивно, поведуться саморуйнівним чином. Наприклад, заподіюють собі ножові поранення або “випадково” приймають дуже багато пігулок.

Деякі люди, з одного боку, не упевнені в тому, що хочуть померти, але при цьому не переконані і в тому, що бажають жити. Ця амбівалентність виявляється в так званих “смертельних іграх”, до яких відноситься, наприклад, російська рулетка. У таких “іграх” результат залежить від зовнішніх сил, і рішення береться як би за гравців. Гра із смертю, крім того, має місце під час інших ризикованих змагань, наприклад, при автомобільних гонках або стрибках з парашутом.

Суїцидальний еквівалент може бути закамуюфльований міркуваннями ідеалізму або альтруїзму. Мученики віддають своє життя в ім'я Бога або Вітчизни. Ще задовго до смерті вони несвідомо можуть бажати померти. Потім виникає можливість, яка дозволяє їм зробити це з честю і

благородством. В результаті, із-за своєї беззавітної хоробрості, вони набувають не презирства, а благоговіння для своїх нащадків.

Багато випадків смерті не потрапляють в рубрику самогубств, не дивлячись на те, що в їх основі лежить певний несвідомий летальний намір людини. В центрі профілактики суїцидів в Лос-анжелосе запропонували 3 робочих категорії причин смерті.

Ненавмисна смерть - це смерть, в якій індивід, не грає ніякої активної ролі.

Навмисна смерть - це смерть, в якій жертва грає активну роль в ній, здійснюючи вольові або імпульсні дії.

Полунавмисна смерть, в якій жертва грає частково несвідому, приховану роль в саморуйнуванні.

Таким чином, існує багато способів здійснення самогубства, окрім розтину вен, прийому отрути, спроб повіситися або застрелитися.

Як би там не було, суїцид є головною причиною марних смертей. По словах Джастіса Кордоза: “Крик про допомогу є закликом до порятунку”.

Стрессова ситуація робить людей сприйнятливішими до самогубства. В цей час щось відбувається як усередині, так і навколо них. У кризових обставинах вони втрачають всі перспективи і орієнтири, і під загрозою виявляється їх виживання як цілого. Прогнози на майбутнє здаються похмурими і безнадійними.

Ризик суїциду високий у людей:

1. З недавно виявленою прогресуючою хворобою. Чинник прогресу захворювання є більш значущим для суїцидальної ризику, чим його тяжкість або втрата працездатності. Пацієнти, що відчувають біль, часто адаптуються до свого стану, якщо він є стабільним. Проте хвороба, що вимушує людину постійно пристосовуватися до нових несприятливих змін, приводить до набагато більшого стресу; у цих умовах ряд хворих вирішує швидше зробити самогубство, чим дозволити хворобі самій поставити крапку.
2. Економічні нелади, з якими стикається людина. Поза сумнівом, вони породжують проблеми, пов'язані з їжею, одягом або з фінансовими колотнечами. Вони гостро відчувають себе невдахами, життя яких не вдалося. Майбутнє здається їм украй невизначеним, а самогубство розглядається як прийнятний дозвіл ситуаційної дилеми.
3. Із смертю улюбленої людини життя вже ніколи не стане колишнім. Руйнується звичний стереотип сімейного життя. Можливому суїциду, як правило, передують затяжне сімейне горе. Протягом багатьох місяців після похоронів спостерігається заперечення виниклої реальності, соматичні дисфункції, панічні розлади, що все більше охоплює відчуття провини, ідеалізація втрати, апатія, а також вороже відношення до готових допомогти друзям і родичам. Людина відмовляється бачити самоту і порожнечу в житті. У цих умовах суїцид може здаватися звільненням від нестерпного психічного болю або способом з'єднання з тим, хто був улюбленим і назавжди пішов.

Його можуть розглядати як покарання за уявні і реальні вчинки, допущені по відношенню до покійного.

4. По багатьом обставинам розлучення і сімейні конфлікти можуть сприйматися як події важчі, ніж смерть. Якщо людина вмирає, то цьому існують раціональні (“У нього був рак”) або релігійні (“Бог дав, Бог узяв”). При розлученні розумні і надприродні трактування здаються позбавленими підстав. Вони особливо не задовольняють, якщо до ситуації залучаються діти і виникають проблеми з їх опікою і вихованням, які доводиться вирішувати на тлі несвідомого відчуття провини, поразки або мести. Виникаючі проблеми роблять глибокий психотравмуючий вплив, як на батьків, так і на дітей. Дослідження показують, що багато людей у результаті кінчає з собою, виховувалися в неповній сім’ї.

Сімейні чинники.

Для розуміння суїцидента потрібне добре знати його сімейну ситуацію, оскільки вона відображає емоційні порушення у членів сім’ї. Було виявлено, що у більшості суїцидентів підлітків, їх батьки були пригнічені, думали про самогубство, або вже робили спроби саморуйнування. Так само членів сім’ї можуть охоплювати гнів і обурення. Щоб відреагувати свої емоції, вони можуть несвідомо вибрати одного з близьких об’єктом агресії, яка може привести до самогубства.

У сім’ї можуть виникнути такі кризові ситуації, як смерть близьких, розлучення, серйозне захворювання або втрата роботи.

Емоційні порушення. Більшість потенційних самовбивць страждають від депресії. Депресія часто починається поступово, з’являється тривога і смуток. Люди можуть не усвідомити її початку. Вони тільки помічають, що останнім часом стали пригніченими, сумними і “нудьгують”, майбутнє виглядає тьманим і вони вважають, що його не можна змінити. Часто вони приходять до думки, що хворі на рак, психічне або невиліковне захворювання. Перед суїцидом вони починають думати про смерть. Їм стає важко виконувати навіть прості обов’язки, ухвалити найпростіше рішення. Вони скаржаться на млявість, недолік життєвої енергії і втому. Ознакою депресії і обумовлених нею суїцидальних думок може бути зниження сексуальної активності, вони скаржаться так само на безпліддя і імпотенцію. Інтимні зв’язки не приносять їм задоволення.

3. Мотиви, причини, приводи суїцидальної поведінки. Чинники ризику та антиризиків суїцидальної поведінки. Соціально-психологічна дезадаптація особистості в умовах мікросоціального конфлікту.

З’ясування щирих мотивів (спонукальних сил) суїцидальної поведінки є складним завданням. У силу ряду обставин родичі суїцидентів і навколишні особи часто бувають незацікавлені в розголошенні причин суїцидів, не бажають вторгтися в сферу суцього особистих переживань або, виходячи з заяв про «ганебність» і «гріховність» самогубств, намагаються сховати не тільки їхні мотиви, але й навіть факти суїцидів і замахів.

Самі ж суїциденти (як ми вже відзначали вище) не завжди адекватно оцінюють причини своїх вчинків і найчастіше висувають у якості їхніх пояснень лише безпосередні приводи, найближчі події або суб'єктивно перекручені версії (мотивування). Таким чином може виникнути невідповідність мотивів, приводів і мотивувань суїцидальної поведінки.

Доцільно класифікувати мотиви й приводи суїцидальних вчинків (у порядку послідовного зменшення їхньої питомої ваги) на наступні групи:

1. Особисто-сімейні конфлікти, у тому числі:
 - 1) несправедливе відношення (образи, обвинувачення, приниження) з боку родичів і навколишніх;
 - 2) ревності, подружня зрада, розлучення;
 - 3) втрата «значимого іншого», хвороба, смерть близьких;
 - 4) перешкоди до задоволення ситуаційної актуальної потреби;
 - 5) незадоволеність поведінкою і особистими якостями «значимих інших»;
 - 6) самотність, зміна звичного стереотипу життя, соціальна ізоляція;
 - 7) невдала любов;
 - 8) недолік уваги, турботи з боку навколишніх;
 - 9) статева неспроможність;
2. Стан психічного здоров'я, в тому числі:
 - 1) реальні конфлікти в психічно хворих (див. весь перелік: 1 – 1), 3), 4), 5), 6);
 - 2) патологічні мотивування;
 - 3) постановка психіатричного діагнозу.
3. Стан фізичного здоров'я, у тому числі:
 - 1) соматичні захворювання, фізичні страждання;
 - 2) каліцтва.
4. Конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою суїцидента, у тому числі:
 - 1) побоювання судової відповідальності;
 - 2) страх іншого покарання або ганьби;
 - 3) самоосуд за поганий вчинок.
5. Конфлікти в професійній або навчальній сфері, у тому числі:
 - 1) неспроможність, невдачі на роботі або в навчанні, втрата престижу;
 - 2) несправедливі вимоги до виконання професійних або навчальних обов'язків.
6. Матеріально-побутові труднощі.
7. Інші мотиви й приводи.
1. Особисто-сімейні конфлікти.

Конфлікти в особистій і сімейній сферах є переважними мотивами (приводами) суїцидальних учинків. Обертає на себе увагу нерівномірність розподілу завершених самогубств і замахів. Для їхнього порівняння використовується коефіцієнт летальності, що відбиває відношення притаманних ваг завершених самогубств і замахів.

Дослідження показує, що в тих випадках, де мотив (привід) пов'язаний із самотністю, втратою значимої іншої людини, статевою неспроможністю, подружньою зрадою, коефіцієнт летальності вище. Навпаки, у випадках невдалої любові або перешкод до задоволення ситуаційної потреби - він значно нижче. Це побічно свідчить про ступінь серйозності суїцидальних намірів.

Статистичні дані показують, що розлучення й сімейні сварки приводять до смерті (у результаті суїцидів) чоловіків частіше, ніж жінок. З іншої, сторони, хвороба й смерть близьких, самотність і невдалу любов жінки переживають гостріше, ніж чоловіки.

Найбільше важко переносять сімейні конфлікти особи у віці 30 - 40 років; невдалу любов - молоді люди 16 -18 років; самотність, втрату близьких - особи пенсійного віку; несправедливе відношення навколишніх - підлітки до 16 років, а також особи 40-55 років.

Сімейні конфлікти й розлучення - мотиви самогубств головним чином одружених (заміжніх) і розведених суїцидентів; невдала любов - у неодружених (незаміжніх); хвороба або смерть близьких - в овдовілих; самотність - у тих, хто не має родини.

Зіставлення мотивів самогубств і характеристик суїцидентів показує, що сімейні сварки частіше констатуються в тих, хто гірше характеризувався за місцем роботи, мав дисциплінарні, адміністративні стягнення, зловживав алкоголем, мав судимості. Навпроти, такі мотиви самогубств, як смерть близьких, невдала любов, самотність відзначаються найчастіше в осіб, які одержали позитивну характеристику по всіх перерахованих показниках.

2. Стан психічного здоров'я.

Необхідно вказати на те, що приблизно дві третини таких хворих роблять суїцидальні вчинки в неспсихотичних станах по цілком реальним мотивам і приводам, які зустрічаються у всіх інших контингентах населення. І лише біля третини з них, у стані психозу висувують патологічні «псевдореальні» мотивування, пов'язані з маячними ідеями неспроможності, самозвинувачення, осуду, переслідування, фізичного впливу; іпохондричними, дісморфофобічними ідеями; маренням ревнощів; вербальними галюцинаціями, у тому числі імперативного характеру; різними деперсоналізаційними, сенестопатичними розладами; патологічною зміною самооцінки; первинною втратою сенсу життя й ін.

В окремих випадках суїцидальна поведінка виникає слідом за постановкою психіатричного діагнозу (шизофренії) і узяттям на облік психоневрологічного диспансеру, що розцінюється деякими хворими, які мають збережений стан психіки, як свідчення безнадійності їхнього захворювання й повного особистісного краху, тобто це є для них потужним психотравмуючим фактором.

3. Стан фізичного здоров'я.

Питома вага цього мотиву самогубств невелика, хоча наявність тої або іншої соматичної патології виявляється в значній частини суїцидентів.

Ухвалення рішення про самогубство у зв'язку з заявами про невиліковність захворювання й переживаннями фізичного страждання частіше спостерігається в онкологічних хворих (особливо на діагностичному етапі обстеження), у хворих туберкульозом, важкими серцево-судинними захворюваннями. Причому приблизно в 10% випадків суб'єктивні заяви про серйозність захворювання явно перебільшуються.

Ще меншу поширеність мають суїцидальні мотиви, пов'язані з каліцтвом зовнішності.

Суїциденти, що мотивують свої замаху соматичними захворюваннями, відносяться переважно до осіб старшого віку, а каліцтвами - до віку 16 -25 років. Соматичні хвороби приводять до суїциду частіше вдових; каліцтва - неодружених.

4. Конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою суїцидента.

У даній групі мотивів варто виділяти випадки побоювання кримінальної відповідальності, іншого покарання або ганьби, а також переживання каяття, сорому за зроблений злочин або поганий вчинок. Зіставлення даних про завершені й незавершені суїциди показує, що при остраху кримінальної відповідальності, суїцидальні дії більше серйозні, чим при побоюваннях іншого покарання.

У цілому, контингент осіб, що роблять суїциди по зазначеним мотивам, характеризується з негативної сторони й виявляє попередньому суїциду період антисоціальної поведінки.

5. Конфлікти в професійній або навчальній сферах.

Суїцидогенні мотиви, пов'язані з роботою або навчанням, обумовлені в одних випадках власною неспроможністю, невдачами, невідповідністю своїх здібностей характеру пропонованим вимогам, падінням престижу; в інших випадках відзначається несправедливість зовнішніх санкцій, упередженість відносин. Так чи інакше, коефіцієнт летальності тут нижче одиниці, хоча й не набагато.

6. Матеріально-побутові труднощі.

Суїцидальні дії, обумовлені даним мотивом зустрічаються вкрай рідко. Слід зазначити, що об'єктивно житло-побутові умови й матеріальна забезпеченість переважної більшості цих осіб оцінюються як гарні або задовільні. Мова йде скоріше про завищені домагання, які суб'єкт не може задовольнити в силу деяких причин (недостатніх здібностей, рівня домагань або систематичного зловживання алкоголем).

6.3. Групові фактори суїцидального ризику.

1. Рівень суїцидів і суїцидальних спроб є інтенсивний показник частоти даних явищ, що розраховується звичайно на 100000 населення. Числові вираження цих коефіцієнтів неоднакові для різних груп, які виділяються по тим або іншим підставам (факторам): статі, віку, місцю проживання, професії, родинному стану, стану здоров'я й ін. Таким чином, одні контингенти населення виявляються статистично більше суїцидонебезпечними чим інші, характеризуються більш високим

суїцидальним ризиком, тобто більшою імовірністю появи в них випадків суїцидальної поведінки.

Статистико - епідеміологічні дослідження показують, що варто розрізняти ризик завершених самогубств від суїцидальних спроб, співвідношення яких за усередненими даними становить 1:8. Однак у виді недосконалості форм статистичного обліку суїцидальних спроб фактично реєструється не більше 4-5 замахів розраховуючи на 1 завершене самогубство.

Класифікація суїцидальних проявів, розроблена в суїцидологічному Центрі Московського НДІ психіатрії, побудована на основі психологічної теорії діяльності й концепцій суїциду. Вона створена з урахуванням прогностичних критеріїв і використовується в практичній роботі із запобігання самогубств.

Як відправний пункт вибрано визначення самогубства як *навмисного* позбавлення себе життя. Це значить, що зі сфери суїцидальної поведінки виключені ті випадки, де небезпечні для життя дії не пов'язані з усвідомленими поданнями про власну смерть. Подібні випадки становлять широку зону аутодеструктивної активності, що примикає до суїцидальної сфери, але не є такою в буквальному значенні.

Таким чином, власно суїцидальною поведінкою називаються будь-які внутрішні й зовнішні форми психічних актів, що направляються уявленнями про позбавлення себе життя. Варто підкреслити, що термін «поведінка» поєднує різноманітні внутрішні (у тому числі вербальні) і зовнішні форми психічних актів, які, відповідно до сучасних психологічних поглядів, перебувають у відносинах генетичного споріднення.

Внутрішні форми суїцидальної поведінки містять у собі суїцидальні думки, подання, переживання, а також суїцидальні тенденції, які підрозділяються на задуми й наміри. Перерахований ряд понять, з одного боку, відбиває розходження в структурі, у суб'єктивному оформленні суїцидальних феноменів, а з іншого боку, представляє шкалу їхньої глибини або готовності до переходу в зовнішні форми суїцидальної поведінки.

Період від виникнення суїцидальних думок до спроб їхньої реалізації називається пресуїцидальним (пресуїцидом). Тривалість його може обчислюватися хвилинами («гострий пресуїцид») або місяцями («хронічний пресуїцид»). У випадках тривалого пресуїциду процес розвитку внутрішніх форм суїцидальної поведінки чітко проходить описані вище етапи. Однак ця послідовність виявляється далеко не завжди. При гострих пресуїцидах можна спостерігати появу суїцидальних задумів і намірів відразу - без попередніх ступенів.

Деякі автори використовують термін «імпульсивні» самогубства, приписуючи їм невмотивований характер. Ця точка зору є внутрішньо суперечливою, тому що допускає можливість навмисної поведінки без мотиву. Тому рекомендується не вживати терміна «імпульсивний суїцид», а розглядати випадки, які їм позначаються, як несподівані (для навколишніх), з

гострим пресуїцидом. Якщо ж небезпечні для життя дії не направлялися уявленням про власну смерть, а мали інші мотиви й думки, то їх вірніше відносити до категорії нещасних випадків.

Якісні характеристики пресуїцидальних періодів надзвичайно різноманітні в різних діагностичних категоріях суїцидентів і включають у себе майже весь діапазон психопатологічних синдромів і негативно пофарбованих психологічних переживань. Настільки ж різноманітні й поведінкові характеристики пресуїциду.

Зовнішні форми суїцидальної поведінки містять у собі суїцидальні спроби й завершені суїциди.

Суїцидальна спроба — це цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя, що не закінчилося смертю.

Як засоби позбавлення себе життя можуть бути використані найрізноманітніші об'єкти, якими характеризується спосіб суїциду: самоповішення, самоотруєння, самопорізи, рубані-колото-рубані, вогнепальні поранення, падіння з висоти, під транспорт, що рухається, опіки й електротравми, тощо. Значно рідше зустрічаються такі способи, як удари головою об стіну, введення повітря у вени й ін..

Суїцидальна спроба й суїцид у своєму розвитку проходять дві фази. Перша — оборотна — коли суб'єкт сам або при втручанні навколишніх осіб може припинити спробу. Друга — необоротна. Хронологічні параметри цих фаз залежать як від намірів суїцидента, так і від способу замаху.

Виходячи з визначень суїцидальної спроби і її фаз, можна в кожному конкретному випадку вирішити практично важливе питання, чи мав місце перехід від суїцидальних тенденцій до замаху на самогубство. Зокрема, вдається відрізнити суїцидальні спроби від підготовок до суїциду (нагромадження ліків, пошук ріжучих предметів й ін., без цілеспрямованого використання їх, як засобів позбавлення себе життя); причому підготовка до суїциду може мати відкритий характер або ретельно ховатися.

Виходячи із загальної структури суїцидальних актів, побудовані дві типологічні схеми, що застосовані як до внутрішніх, так і до зовнішніх форм суїцидальної поведінки.

Одна з типологій заснована на категорії мети й дає можливість, з одного боку, відмежовувати суїцидальну поведінку від зовні подібних варіантів самоушкоджень, а з іншого боку, усередині суїцидальної сфери диференціювати щирі суїциди від демонстративно-шантажних.

Метою істинних самогубств, замахів і тенденцій є позбавлення себе життя. Як кінцевий результат передбачається смерть, однак, ступінь дійсного жадання смерті надзвичайно різна, що відбивається на умовах і способах реалізації суїцидальних тенденцій.

Демонстративно-шантажна суїцидальна поведінка своєю метою припускає не позбавлення себе життя, а демонстрацію цього наміру. До речі, така демонстрація часом кінчається завершеним суїцидом, внаслідок недообліку реальних обставин.

На відміну від суїцидальної поведінки, самоушкодження (або покалічення) взагалі не направляються уявленнями про смерть. Ціль їх обмежується лише ушкодженнями того або іншого органа. Це знаходить своє вираження й у способах реалізації й особливостях поведінки суб'єкта.

Нарешті, як ми вже відзначали раніше, небезпечні для життя дії, що направляються іншими цілями, варто відносити до нещасних випадків.

Таким чином, ті самі операції кваліфікуються по різному, залежно від мети, що вони обслуговують.

Так, наприклад, самопорізи бритвою в області передпліч можуть бути віднесені: а) до числа ширих суїцидальних спроб, якщо кінцевою метою була смерть від крововтрати; б) до розряду демонстративно-шантажних замахів - якщо метою було продемонструвати навколишнім намір умерти, при відсутності такого; в) до самоутвердження - якщо ціль обмежувалася бажанням випробувати фізичний біль (як це буває в психопатичних особистостей у періоди афективних розрядів) або поглибленням стану наркотичного сп'яніння (шляхом обмеженої крововтрати); г) до нещасних випадків - якщо, приміром, при маревних ідеях самопорізи мали на меті «випустити більше крові бісів».

Уважний аналіз цілей дій, що небезпечні для життя, особливо необхідно в хворих на психози. Так, у стані делірію вистрибування хворого з вікна в одному випадку було розцінено як суїцидальна спроба, оскільки метою була смерть і рятування в такий спосіб від переслідувачів; а в іншому - кваліфікувалося як нещасний випадок, у зв'язку з тим, що хворий, будучи дезорієнтований у навколишньому й не припускаючи смертельного результату, «вибіг» у вікно, порахувавши, що він перебуває на першому поверсі.

Відомі випадки, коли хворі шизофренією лягали на проїзну частину дороги перед транспортом, з метою довести своє безсмертя, або стрибали з великої висоти, щоб «пролетіти над містом». Ці й подібні приклади не можуть бути віднесені до суїцидальних спроб або до самоушкоджень, а є нещасними випадками, незважаючи на їх операціональну подібність із суїцидами.

Проведення подібного аналізу, природно, утрудняється тими перекручуваннями, які виникають при суб'єктивній реконструкції станів свідомості. От чому так важливі дані про поведінку суїцидента під час замаху на своє життя. У серії наведених прикладів необхідна диференціація проведена завдяки спрямованому опитуванню пацієнтів і відновленню об'єктивної послідовності подій.

ПОСТСУЇЦИДАЛЬНИЙ період, що починається слідом за спробою самогубства, являє собою «результуючу» таких численних складових, як конфліктна ситуація, що довела до замаху на самогубство; сам суїцидальний акт, з його «психічним» і «соматичним» компонентами; особливості переривання суїциду й наступних реанімаційних заходів; соматичні наслідки й ускладнення; нова, сформована після спроби ситуація й особистісне

відношення до неї та інше. Визначити питому вагу кожного з перерахованих компонентів, його роль у формуванні постсуїцидального стану - завдання, від рішення якого залежать не тільки, теоретичні побудови, але й конкретна терапевтична тактика.

Представлений вище аналіз пресуїцидальних станів дозволяє позначити ті вузлові компоненти, доля яких простежується й у постсуїцидах. Такими є:

- а) конфлікт і його значимість для суб'єкта;
- б) прийняття суїцидального рішення;
- в) особистісне відношення до суїцидальної мети.

Після здійснення спроби самогубства в найближчому постсуїцидальному стані відповідно визначаються три головних моменти:

- а) актуальність суїцидогенного конфлікту;
- б) ступінь фіксованості суїцидальних тенденцій;
- в) особливості відношення до зробленої спроби.

Перераховані критерії дозволяють виділити чотири типи постсуїцидальних станів, незалежних від їхніх клінічних проявів.

4. Проблема психопрофілактики та психокорекції суїцидальної поведінки.

Суїцидальна поведінка часто базується на нездатності особистості розв'язати яку - не будь життєву ситуацію, внутріособистісний конфлікт і протікає, як правило, на фоні депресивного настрою. Внаслідок цього, корекція й терапія суїцидальної поведінки повинна бути комплексною.

Психологічна допомога має два ведучих напрямки: психологічна превенція (попередження, психопрофілактика) і психологічна інтервенція (подолання, корекція, реабілітація). В історії людського суспільства широко використовувалися два основних типи превентивних впливів - репресивний і терапевтичний, насамперед медикаментозний. Застосування їх залежало від того, чи розумілося самогубство як злочин або як наслідок захворювання.

Психологічна превенція суїциду вирішує наступні основні проблеми:

1. Встановлення суїцидонебезпечного контингенту;
2. Пошуки оптимальних профілактичних засобів.

Практичне завдання виявлення суїцидонебезпечного контингенту або «груп ризику» у теоретико-методологічному плані тотожні завданню визначення області або границь суїцидологічних досліджень. Питання про те, кого варто вважати реальними або потенційними суїцидентами, з якого моменту й при яких обставинах дана особа повинна потрапити в поле зору суїцидологів, не має однозначного рішення. При визначенні області суїцидологічних досліджень можна виділити дві полярні тенденції. Одні дослідники прагнули максимально звузити сферу вивчення суїциду, інші навпроти, гранично розширити її. У сучасних суїцидологічних роботах все частіше висловлюються думки про необхідність розглядати суїцидальний феномен у рамках поняття аутодеструктивної поведінки.

На думку Амбрумової, адекватне визначення області досліджень полягає в тому, що вона не повинна бути, з одного боку, занадто вузькою, а з іншого боку - і надто широкою. При надмірному звуженні її за межами вивчення, а отже, і превенції залишається великий клас явищ, які являють собою частину цілісного суїцидального феномену. Область вивчення не повинна бути й розширеною настільки, що в ній буде зовсім втрачена специфіка досліджуваного об'єкта, і його неможливо буде відрізнити від інших незліченних різновидів людської поведінки. Вітчизняні суїцидологи вважають, що суїцид і форми аутодеструктивної поведінки (паління, переїдання й ін.) зовсім неправомірно ставити в один ряд. Схожість складається між ними лише в тому, що кожне з них таїть у собі реальну або потенційну загрозу для життя й здоров'я людини. Чітке розмежування видів суїцидальної поведінки становить інтерес не тільки в теоретичному плані. Воно важливо, насамперед, з погляду профілактики: суїцидальна поведінка корисливої й агресивної орієнтації і самогубство як відхилення соціально-пасивного типу вимагають зовсім різних способів превенції.

Розрізняють наступні види профілактики суїцидальної поведінки, по змісту:

1. Спеціалізовані психіатричні (суїцидологічні) - медикаментозні й психотерапевтичні методи впливу, спрямовані на лікування психічних і поведінкових розладів і на профілактику формування й рецидивів суїцидальної активності.

2. Психологічні - психокорекційні програми, направлені на формування антисуїцидальних бар'єрів і антисуїцидальних особистісних чинників.

3. Загальномедичні - лікувальні заходи, спрямовані на усунення сомато-неврологічних наслідків здійсненої суїцидальної спроби.

4. Соціальні - заходи, спрямовані на зміну соціально-економічного статусу потенційних і реальних суїцидентів.

Найважливішим завданням соціальної профілактики є забезпечення умов для формування, збереження й зміцнення здорового соціально-екологічного середовища, підвищення культурного рівня життя населення, його побутової й виробничої сфери. Необхідне проведення загальнопрофілактичних заходів щодо зміцнення інституту родини й шлюбу, виявленню родин, у яких не забезпечуються нормальні умови для виховання підростаючого покоління, а також осіб ведучих асоціальний спосіб життя, що постійно міняють місце роботи, або зовсім не зайняті суспільно корисною працею. У формуванні соціальних відхилень беруть участь об'єктивні умови існування людей і поведінкових факторів, або моделі поводження засвоєні особистістю в процесі її соціалізації. Поведінкові моделі в більшій мірі визначаються соціокультурним середовищем навколо індивіда, вибір же того або іншого типу поведінки, реагування на ті або інші стресові ситуації залежить від характерологічних особливостей індивіда, від придбаного їм життєвого досвіду. Спосіб вирішення життєвих конфліктів залежить від того, як це прийнято в даній культурній спільності. Вибір суїцидальної поведінки

обумовлюється в значній мірі тим, наскільки терпимо, або, навпроти, нетерпимо ставляться навколишні до такого роду поведінці. Організація суїцидологічної превенції, тому повинна враховувати й соціокультурні умови життєдіяльності людини.

5. Інформаційно-освітні - заходи спрямовані на інформування всіх груп населення про необхідність і способи укріплення психічного здоров'я, про переваги здорового способу життя, про перші ознаки суїцидонебезпечних станів і стратегій поведінки в цій ситуації. Крім того, цей вид профілактики містить у собі освітні програми по діагностиці суїцидонебезпечних станів і негайних заходів по їх запобіганню.

За послідовністю виділяють наступні види профілактики суїцидальної поведінки:

1. Первинна профілактика: втручання, спрямовані на попередження суїцидальних дій серед всіх категорій населення.

2. Вторинна профілактика: заходи, які проводяться із суїцидентами, що вчинили суїцидальну спробу, з метою запобігання рецидивів суїцидів.

3. Третинна профілактика: втручання, направлені на запобігання інвалідизуючих наслідків суїциду й на запобігання повторних суїцидальних спроб, а також заходи, які проводять з близьким оточенням суїцидентів, спрямовані на превенцію формування суїцидальної поведінки імітаційного характеру у такому оточенні.

Психологічну допомогу людині із уже сформованою суїцидальною поведінкою прийнято називати кризовою інтервенцією. Ведучим методом у цьому випадку виступає кризове консультування, а його метою - утримання людини від смерті.

Насамперед, для цього призначена телефонна служба медико-психологічної допомоги - Телефон екстреної психологічної допомоги (Телефон довіри). Кризове консультування також здійснюється в умовах спеціалізованих центрів і кабінетів. Для страждаючих психічними захворюваннями створюються суїцидологічні кабінети при психоневрологічних диспансерах і спеціалізовані відділення психіатричних лікарень.

Для практично здорових і осіб із граничними розладами призначена телефонна служба медико-психологічної допомоги - Телефон Довіри, кабінети соціально - психологічної допомоги, кризове відділення. Для страждаючих психічними захворюваннями в складі служби є суїцидологічні кабінети й спеціалізовані відділення в психіатричній лікарні. Серед профілактичних мір, спрямованих на попередження самогубств у практично здорових осіб і з прикордонними психічними розладами, найважливіше місце займають психотерапевтичні впливи. У багатьох випадках психотерапія представляє собою єдино необхідний вид допомоги пацієнтам, що пережили кризові й суїцидонебезпечні стани.

Особливо актуальна психологічна допомога людям з гострими суїцидальними реакціями, переважна більшість яких є практично здоровими

людьми. Суїцидонебезпечні реакції проявляються на декількох рівнях особистісного функціонування. В афективній сфері це інтенсивні негативні емоції (тривога, самотність, розпач, туга, образа). У когнітивній області виникає неадаптивна концепція ситуації з песимістичною оцінкою сьогодення й майбутнього, з перекрученим сприйняттям часу. Порушення особистісної ідентифікації торкаються самооцінки, знижують здатність приймати рішення, поведінка часто буває імпульсивною, непродуктивною.

Головна мета невідкладної допомоги - запобігти подальшому розвитку реакції й замахів на самогубство. Для цього людині потрібна допомога в оволодінні ситуацією, а також корекція неадаптивних особистісних установок, що обумовлюють розвиток кризових станів і суїцидальних тенденцій.

Більшість дослідників виділяють наступні кроки невідкладної допомоги - кризової інтервенції.

Вирішальне значення має перший крок — бесіда (1,5—2 ч). Перше важливе завдання - установлення контакту й досягнення довіри. На даній стадії також необхідно провести оцінку обставин і ступеня погрози суїциду.

Другий крок - інтелектуальне оволодіння ситуацією. За допомогою спеціальних питань і тверджень необхідно перебороти почуття винятковості ситуації: такі ситуації зустрічаються нерідко. Також за допомогою включення актуальної ситуації в контекст життєвого шляху варто зняти відчуття її раптовості й непереборності. Зменшити гостроту переживання можна за допомогою підкреслення, що є час на обмірковування, або концентрації на попередніх досягненнях і успіхах.

Третій крок — укладання контракту — планування дій, необхідних для подолання критичної ситуації й найбільш прийнятних для пацієнта. На цьому етапі важливо перешкоджати відходу пацієнта від суті кризи й від пошуку позитивних альтернатив (прийом «фокусування на ситуації»).

Четвертий крок — активна психологічна підтримка й підвищення впевненості у своїх силах. Провідні прийоми на цьому етапі: логічна аргументація, переконання, раціональне вселяння, актуалізація особистісних ресурсів. На завершальному етапі кризової роботи варто також обговорити те, яким образом подолання даної психотравмуючої ситуації буде корисним для подолання життєвих труднощів у майбутньому. Таким чином, найважливіше завдання кризової інтервенції - корекція суїцидальних установок людини. У крайньому випадку, можна спробувати переконати суїцидента в тім, що кожна людина має право розпоряджатися своїм життям, але рішення цього найважливішого питання краще відкласти на кілька днів або тижнів, щоб спокійно його обмірковувати. У цілому ефективність роботи із суїцидальною поведінкою залежить від точності виявлення суїцидального ризику й мотивації суїцидальних намірів.

Крім надання кризової допомоги, доцільна подальша робота, орієнтована на більше глибокі особистісні зміни — поственція й вторинна інтервенція. На даному етапі можливе застосування різних методів і методик.

Добре зарекомендували себе позитивна й когнітивна психотерапія, логотерапія, аксиопсихотерапія, терапія творчим самовираженням, духовна психотерапія.

Розглянуті стратегії інтервенції основних форм девіантної поведінки, носять узагальнений характер і вимагають адаптації до конкретної ситуації й особистості.