Міністерство освіти і науки України
Волинський національний університет імені Лесі Українки

**Р. П. Федоренко**

# ПСИХОЛОГІЯ СУЇЦИДУ

*Навчальний посібник*

Видання друге, змінене та доповнене

Луцьк
Вежа-Друк
2025

УДК 159.9:179.7(07)+616.89-008.441.44(07)
Ф 33

*Рекомендовано до друку вченою радою*
*Волинського національного університету імені Лесі Українки*
*(протокол № 14 від 27 листопада 2025 р.)*

**Рецензенти:**

***О. С. Кочарян*** – доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри психотерапії та консультування Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

***Я. О. Гошовський*** **–** доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри педагогічної та вікової психології Волинського національного університету імені Лесі Українки;

***А. П. Мельник*** **–** кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології та психодіагностики Волинського національного університету імені Лесі Українки.

**Федоренко Р. П.**

Ф 33 Психологія суїциду [Текст] : навч. посіб. / Раїса Петрівна Федоренко. – Вид. 2-ге, змін. та доп. – Луцьк : Вежа-Друк, 2025. – 520 с.

ISBN 978-966-940-716-0

У навчальному посібнику розглядаються важливі науково-методичні положення щодо теорій та концепцій суїцидальної поведінки; розкрито мотивацію та фактори, що детермінують суїцидальні спроби; пропонуються найбільш поширені методи діагностики, які можна використовувати у практичній роботі психолога для виявлення осіб, схильних до суїцидальних намірів. Подано методики та техніки терапії щодо осіб, які здійснили спробу самогубства. Запропоновано практичні розробки засобів допомоги особам із суїцидальними намірами та їх найближчому оточенню.

Розраховано на студентів факультету психології, практичних та клінічних психологів, соціальних педагогів, лікарів, педагогічних працівників та студентів інших спеціальностей.

***Авторські права захищені свідоцтвом***
***про реєстрацію авторського права на твір № 117861 від 06.04.2023 р.***
***Державна організація «Український національний офіс***
***інтелектуальної власності та інновацій»***

**УДК159.9:179.7(07)+616.89-008.441.44(07)**

© Федоренко Р. П., 2025
© Подолець О. В. (обкладинка), 2025

ISBN 978-966-940-716-0

**ЗМІСТ**

**ПЕРЕДМОВА** ..... 6

**РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ** ..... 8

1.1. Теоретичні основи психології суїцидальної поведінки ..... 8

1.2. Загальнопсихологічні особливості суїциду. Суїцид і суїцидоподібні вчинки ..... 46

1.3. Соціальні фактори мотивації суїцидальної поведінки ..... 57

1.4. Соціально-психологічні, індивідуально-психологічні та особистісні чинники виникнення та перебігу суїцидальної поведінки у молоді ..... 75

1.5. Психологічні особливості суїциду неповнолітніх ..... 90

1.6. Суїцидальна поведінка у студентському віці: причини, характеристика ..... 102

1.7. Самогубство в похилому віці: соціально-психологічні чинники ..... 108

1.8. Психологічні особливості самогубств серед співробітників органів внутрішніх справ ..... 114

1.9. Соціально-психологічні особливості суїцидальної поведінки засуджених ..... 125

1.10. Психологічні аспекти суїцидальної поведінки військовослужбовців ..... 131

**РОЗДІЛ 2. ОСНОВНІ МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ СУЇЦИДЕНТАМ** ..... 182

2.1. Психодіагностика аутоагресивної (суїцидальної) поведінки ..... 182

2.2. Психотерапія як метод корекції і превенції аутоагресивної поведінки ..... 183

2.3. Профілактика суїцидальної поведінки ..... 185

2.4. Організаційні і правові принципи надання допомоги суїцидентам ..... 195

2.5. Основні методи психокорекційної роботи з суїцидентами ..... 200

2.6. Психологічна профілактика та корекція суїцидальних тенденцій в учнівської молоді ..... 212

2.7. Формування навичок психологічної допомоги при суїциді ..... 220

**РОЗДІЛ 3. НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ КЛІЄНТАМ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ У КРИЗОВИХ СТАНАХ** ..... 274

3.1. Психологічна допомога клієнтам із психосоматичними розладами ..... 274

3.2. Особливості консультування клієнтів з депресією ..... 277

3.3. Робота психолога з клієнтами з розладами поведінки ..... 281
3.4. Особливості роботи психолога з клієнтами,
які переживають втрату ..... 312
3.5. Психологічна допомога невиліковно хворим клієнтам ..... 316
3.6. Особливості роботи психолога з клієнтами,
що зазнали сексуального насилля ..... 318
3.7. Надання допомоги клієнтам з алкогольною залежністю ..... 328
3.8. Психоконсультативна допомога при суїцидальних намірах ..... 335
3.9. Психологічна допомога людям,
які пережили самогубство близьких ..... 345

**РОЗДІЛ 4. ПСИХОДІАГНОСТИЧНИЙ ПРАКТИКУМ ..... 352**
4.1. Опитувальник травматичного стресу
для діагностики психологічних наслідків *(І. О. Котеньова)* ..... 352
4.2. Шкала оцінки впливу травматичної події
*(IMPACT OF EVENT SCALE-R – скор. 1ES-R)* ..... 357
4.3. Особистісний профіль кризи *(ТАРАС, 2003)* ..... 360
4.4. Контрольний перелік питань для оцінки ПТСР *(PCL-5)* ..... 364
4.5. PHQ-9 – Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я ..... 366
4.6. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій
*(цивільний варіант)* ..... 368
4.7. Опитувальник особистісної та соціальної ідентичності ..... 371
4.8. Опитувальник депресивності Бека
*(BECK DEPRESSION INVENTORY – BDI)* ..... 376
4.9. Шкала базових переконань *(WORLD ASSUMPTION SCALE – WAS)* .....381
4.10. Карта ризику суїцидальності *(Н. Конончук)* ..... 384
4.11. Тест незакінчених речень *(варіант Л. Сакса та В. Леві)* ..... 385
4.12. Тест незакінчених речень *(авторська версія)* ..... 389
4.13. Методика визначення схильності
до суїцидальної поведінки *(М. Горська)* ..... 390
4.14. Тест-опитувальник батьківського ставлення *(А. Варга, В. Столін)* .....393
4.15. Тест-опитувальник «Задоволеність шлюбом»
*(В. Столін, Т. Романова, Г. Бутенко)* ..... 396
4.16. Методика «Розподіл ролей у сім'ї» ..... 401
4.17. Методика «Спілкування у сім'ї» ..... 406
4.18. Методика «Типовий сімейний стан» ..... 416
4.19. Опитувальник «Конструктивно-деструктивна сім'я» *(КДС)* ..... 418
4.20. Тест діагностики самотності *(Д. Расел, Л. Пепло, М. Фергюсон)* ..... 420
4.21. Тест «Кактус» *(М. Панфілова)* ..... 422
4.22. Тест «Баранчик у пляшці» ..... 423

4.23. Проективна методика «Мої страхи» *(О. Захаров)* ..... 430
4.24. Методика «Визначення рівня самооцінки» *(Г. Казанцева)* ..... 431
4.25. Методика «Страхи в будиночках» *(М. Панфілова)* ..... 433
4.26. Методика первинної діагностики та виявлення дітей «групи ризику» *(М. Рожков, М. Ковальчук)* ..... 435
4.27. Колірний тест взаємин *(А. Еткінд)* ..... 441
4.28. Методика на визначення самооцінки *(Дембо-Рубінштейн)* ..... 444
4.29. Тест на виявлення підліткової депресії *(В. Казанська)* ..... 445
4.30. Тест на визначення акцентуації характеру *(К. Леонгард)* ..... 447
4.31. Піктографічний експрес-тест «Ризик суїцидальної дії» ..... 456
4.32. Проективна методика «Людина під дощем» *(Є. Романова, Т. Ситько)* ..... 459
4.33. Опитувальник «Осада» *(С. Яковенко)* ..... 468
4.34. Шкала безнадійності Бека *(HOPELESSNESS SKALE A.BECK)* ..... 474
4.35. Особистісний опитувальник індивідуальної суїцидальної спрямованості (ІСС) ..... 478

**Питання для самоконтролю** ..... 484
**Рекомендована література** ..... 486
**Короткий термінологічний словник** ..... 491
**Додатки** ..... 500

# ПЕРЕДМОВА

Життя особистості в час загальних соціальних реконструкцій і потужного інформаційного тиску, які змушують перебувати в стані постійного емоційного напруження, стає загальною нормою. Перебуваючи у ситуаціях постійних стресів та емоційних навантажень, таким проблемам, як внутрішній неспокій, тривога, дискомфорт, зазвичай, не надається належної уваги, не дивлячись на те, що вони можуть призводити до криз, тяжких душевних розладів, потрясінь, які в трагічних випадках закінчуються самогубством.

Дотепер проблема самогубства у світі залишається нерозв'язаною, а тому стає дедалі актуальнішою, особливо на тлі зростання показників цього явища, яке, зокрема в Україні, набуває епідемічного характеру. Якщо пощастить зрозуміти, чому людина, завзято захищаючи недоторканність життя на планеті та поглиблюючи свої знання, вибирає між життям і смертю на користь останньої, то можна буде упритул наблизитися до розв'язання проблеми ефективного попередження самогубств. Тому важливим є вивчення феномену цього явища, в тому числі через призму невід'ємної частини культури людства – світових релігій.

Слід визнати, що за часів освоєння космосу, біоінженерії, а після світових воєн і розвитку масової культури відбулися зміни й у духовності людини. Чим освіченішою вона стає, що більше знань про світ здобуває, то глибше «зазирає» в себе, частіше замислюється над сенсом свого життя. Проте дедалі більше людей на планеті втрачають потяг до життя, вдаються до самогубства. Залишаючись на індивідуальному рівні затабованим через свою інтимність, нині самогубство сприймається загалом як негативне моральне явище, адже людські втрати не можна виправдати. Це розуміють і у широкому загалі, і в державі. Проте проблема мінімізації самогубства визнається дотепер не розв'язаною.

В Україні за останнє десятиріччя спостерігається зростання аутоагресивної активності у різних її проявах, зокрема, у такому життєво небезпечному, як суїцидальна поведінка. Саме тому суїцидальна поведінка у сучасній науці та практиці розглядається як

гостра медико-соціальна та соціально-психологічна проблема, що постійно перебуває у полі зору фахівців різних галузей: соціологів, юристів, медиків, психіатрів, психологів, педагогів.

Згідно з даними ВООЗ, суїцид на нашій планеті набув наростаючої тенденції, оскільки понад 600 тисяч осіб щорічно закінчують своє життя самогубством. Статистика засвідчує, що в Україні кількість смертей через самогубство зайняла друге місце після природніх смертей, при цьому, на першому місці – діти віком до 14 років. Психотерапевти, священики свідчать, що регулярно чують сповіді людей про їхні суїцидальні думки. Сам вчинок суїциду випливає зі стану душі, психіки, з емоційного переживання та осмислення ситуації. Отже, суїцид у своїй основі – психологічне явище. Тому основною частиною суїцидології є психологія суїциду, яка містить загальнопсихологічні, патопсихологічні, диференційно-психологічні, соціально-психологічні, психодіагностичні, психокорекційні, психолого-педагогічні, психолого-вікові аспекти.

Запропоноване видання (доповнене та перероблене) є відповіддю на запит практичних психологів, студентів факультетів психології щодо ключових аспектів організації системи психологічної допомоги різним категоріям осіб із суїцидальною поведінкою. Метою нового видання є розкриття понятійного апарату психології суїциду, її основних методологічних та технологічних позицій.

У навчальному посібнику викладено сучасні наукові дані щодо проблеми запобігання самогубств. Висвітлено соціально-психологічні, індивідуально-психологічні та особистісні передумови виникнення суїцидальних тенденцій, підходи, принципи, методи і прийоми психодіагностичної та психопрофілактичної роботи з потенційними суїцидентами, враховано практичний досвід роботи автора посібника з окремими категоріями осіб із суїцидальними намірами.

Бажаємо читачам натхнення та мотивації до нових досягнень, актуалізації творчого потенціалу в процесі вдосконалення психологічної майстерності.

# РОЗДІЛ 1
# СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

*Теоретичні основи суїцидальної поведінки. Суїцид і суїцидоподібні вчинки. Соціальні форми мотивації суїцидальної поведінки. Психологічні особливості суїциду неповнолітніх. Суїцидальна поведінка у студентському віці. Самогубство у похилому віці. Психологічні особливості самогубств серед співробітників органів внутрішніх справ. Соціально-психологічні особливості суїцидальної поведінки засуджених. Психологічні особливості виникнення суїцидальних намірів військовослужбовців.*

## 1.1. Теоретичні основи психології суїцидальної поведінки

### *Соціально-історичний аспект проблеми самогубства*

Історія людської цивілізації багата на свідчення, які доводять, що суїцидальна поведінка була властива людині ще з найдавніших часів. Археологічні розкопки гробниць царів Шумера і Аккаде (III тис. до н. е., територія сучасного Іраку) відкрили цікаві й водночас жахливі факти: воїни особистої охорони царів випивали смертельну отруту, щоб супроводжувати своїх повелителів в останню путь і навічно застигнути біля дверей їхніх підземних опочивалень. У стародавніх кельтів (II–I тис. до н. е.), які займали значну частину сучасної Західної і Центральної Європи, вважалося соромом помирати у ліжку. Відчуваючи смерть, кельти влаштовували пишні бенкети, а після свята кидалися у море.

З розвитком людської спільноти погляди на сутність самогубства та його моральна оцінка суттєво змінювалися. У кожну культурно-історичну епоху в різних етносах воно розцінювалося як гріх чи норма, злочин чи подвиг, прояв героїзму чи слабкості духу. Напевне, найпершою письмовою згадкою про суїцид, яка дійшла до нас із сивої давнини, є стародавньоєгипетський твір «Суперечка людини зі своєю душею». Він належить до епохи Стародавнього царства (XXI ст. до н. е.) і був написаний невідомим автором в часи докорінної перебудови суспільного порядку і моралі. Весь твір пронизаний відчуттям замкну-

тості і покинутості, людина почуває себе самотньою у суспільстві: «Мені смерть видається нині зціленням хворого, виходом з полону страждань. Мені смерть видається нині благотворним миром, сидінням у тіні вітрила, наповненого вітром. Мені смерть видається нині лотоса пахощами, безтурботністю на березі сп'яніння. Мені смерть видається нині неба проясненням, осягненням істини прихованої. Мені смерть видається нині домівкою рідною після довгих років ув'язнення». Те, що твір записаний і зберігся аж до наших днів, свідчить, що він уже на той час мав важливе художнє значення й що в епоху Стародавнього Царства ставлення влади і громадськості до самогубства було досить толерантним.

У традиційних примітивних культурах смерть оцінювалась як «погана» або «хороша». Самогубство логічно пов'язувалося з поганою смертю. За народними віруваннями і переказами народів Африки, Азії та Південної Америки, що перебували на родоплемінному етапі розвитку, самогубці перетворювалися на маленьких злих духів і погано впливали на тих, хто залишився жити, зокрема на своїх родичів.

Греко-римська культура ставилася до суїциду неоднозначно. Він тісно пов'язувався у греків і римлян із розумінням свободи, яка була однією з головних ідей їхньої філософії. З одного боку, самознищення засуджувалося. Наприклад, Сократ вважав, що самогубство неприпустиме, тому що життя людини належить богам; Платон зауважував, що розум дається людині для того, щоб мати мужність жити навіть життям, сповненим страждань; Арістотель стверджував, що, вбиваючи себе, людина переступає закон і тому винна перед собою як перед громадянином і перед державою. В Афінах руку самогубці відрубували і хоронили окремо. З іншого боку, Епікур та його учні вважали суїцид можливим і у певних випадках бажаним. За переказами, Діоген Синопський закінчив життя самогубством, затримавши і зупинивши дихання. У Римі самогубство застосовувалося як міра покарання за певні злочини. Так, засуджений імператором Нероном до самогубства Сенека перерізав собі судини на гомілках. Поки точилася кров, він диктував писарям те, що не встиг записати сам. Між іншим, сам Сенека так розмірковував про самогубство у «Листах до Люцилія»:

«Мудрець повинен жити стільки, скільки належить, а не стільки, скільки він може. В житті ми повинні дослухатися до думки інших людей; в смерті – лише до своєї власної. Живий перебуває під владою долі, той, хто не боїться смерті, – уникнув її влади. Великий той, хто не лише вирішив покінчити з життям, але й зумів знайти смерть». Петроній, автор знаменитого «Сатирикона», перерізав собі судини на вечірці з друзями. Слабнучи від втрати крові, він попросив тимчасово перев'язати собі судини, щоб востаннє отримати насолоду від сну. Прокинувшись, він зірвав пов'язки, щоб померти. Римляни навіть ідеалізували самогубство – воно сприймалося як прояв витонченості. Тацит в одному зі своїх творів («Аннали») пише, що за часів імператора Клавдія свобода полягала лише у виборі способу своєї смерті. А за часів Марка Антонія існувала академія-синапофименон – члени якої по черзі позбавляли себе життя, вигадуючи приємні способи самогубства. Стародавні іудеї – маленький кочівний народ – не могли дозволити собі розкоші втрачати людей. Уже перші рядки Книги Буття говорять про те, що життя є благо, людина повинна цінувати його і ніколи не впадати у відчай, оскільки за всім стоїть Бог. Людина ж – не суперник, а партнер Бога у процесі життєтворення. У такому контексті самогубство виглядає як перепона, як відмова від можливості творення життя. Священні книги іудеїв містять лише декілька спогадів про самогубство: у випадку полону ворогом чи мучеництва. Сучасний іудаїзм із розумінням і співчуттям ставиться до тих, хто позбавляє себе життя. Суїцидентам надаються всі права і здійснюються всі обряди, які зазвичай передбачені для вшанування померлих. Завдяки цьому родичів позбавляють подальшого безчестя. Ті, хто здійснив самогубство, вважаються емоційно пригніченими людьми, які не можуть відповідати за свої вчинки.

У Стародавній Індії суїцид сприймався як спосіб "звільнення" від ланцюга народжень (карми) і злиття зі світом Брахми (основою світобудови). Оптимальним варіантом суїциду була повільна і поступова смерть, яка очищає від гріхів. Поряд з цим відомо багато трактатів і законів, де засуджувалася аутоагресія і рекомендувалися способи боротьби з нею.

В ісламі самогубство оцінюється як найбільший гріх і забороняється Кораном, однак самогубства в ім'я вітчизни й Алаха часто визнаються за героїчні вчинки.

На Русі самогубців хоронили за старим язичницьким обрядом окремо від інших, нерідко пробивши груди осиковим колом для профілактики від "нечисті". Цей звичай зберігся і після прийняття християнства у деяких українських селах і сьогодні.

Є підстави вважати, що у християнстві однозначне ставлення до суїциду сформувалося не відразу. Першим з отців церкви його публічно засудив Блаженний Августин у IV ст. Інший відомий поборник християнства Фома Аквінський писав, що самогубство – це великий гріх стосовно себе, суспільства і Бога; це гріх стосовно своєї душі, тому що вона позбавляється можливості покаятися. У Біблії найбільш чітко щодо самогубства висловлюється апостол Павло: «Хіба ви не знаєте, що ви храм Божий... Якщо хтось розорить храм Божий, того покарає Бог, бо храм Божий святий, а цей храм – ви» [1 Кор. 3:16,17]. Видатний російський мислитель Микола Бердяєв у психологічному етюді «Про самогубство» зазначає: «Можна співчувати самогубцеві, але не можна співчувати самогубству». Будучи істинним християнином, він оцінює суїцид як насильство не лише над життям, а й над смертю, оскільки тут немає вільного прийняття смерті в час, коли вона посилається творцем; тому це неповага до таїни смерті, яка є такою ж великою, як і таїна життя – це гріховне ставлення до життя і до смерті. Крім того, самогубство прямо протилежне Хресту Ісуса – це відмова від Хреста. Адже сенс життя християнина – страждання – Хрест: «Візьми свій хрест і йди за мною». Крім того, самогубство за своєю природою є запереченням трьох найвищих християнських чеснот – Віри, Надії та Любові. Самогубець втратив віру і в Бога, і в людей. Він втратив надію і підкорився тузі, зневірі – а це найбільший гріх. Він не має любові, бо не думає про ближніх.

З часом, зокрема і під сильним впливом релігійних традицій, суспільство почало вороже ставитися до самогубства. Деякі мислителі оцінювали цей вчинок навіть як вияв людиною презирства і неповаги до всього людства. Наприклад, І. Кант писав: «Самогубство є образою

людства». Релігійні заборони позначалися на кримінальних і громадянських кодексах деяких держав. Так, в Англії та багатьох інших країнах самогубство довго вважалося кримінальним злочином. Тих, хто намагався здійснити суїцид, чекало ув'язнення. Такі санкції нібито мали слугувати засобом залякування потенційних самовбивць. Однак вони не були спроможні запобігти здійсненню цього фатального вчинку навіть після звільнення суїцидента із ув'язнення.

Наведемо ще декілька суперечливих думок видатних представників європейської культури щодо самогубства. Німецький філософ А. Камю писав, що є лише одна насправді серйозна проблема – проблема самогубства. Вирішити, чи варте життя того, щоб його прожити, – означає відповісти на фундаментальне питання філософії. Самогубство – один зі способів боротьби з абсурдом буття, один із методів пізнання світу.

А. Шопенгауер закликав до світового самогубства, згасання світової волі до життя, яке лише породжує муки і страждання, до небуття, нірвани (він близький до буддизму).

А чи справді варто жити життям, сповненим страждань? Напевне, це питання одним із перших постає перед людиною, яка починає задумуватися над тим, як перервати потік нестерпних переживань. Ф. Достоєвський пише в «Записках из подполья», що свідомість – це єдина причина страждань. Звільнення від свідомості є звільненням від страждань. Це звільнення хтось знаходить в алкоголі, хтось у наркотиках. А хтось... Однак існує й інша думка – думка про те, що страждання має сенс – її висловлюють і окремі автори, в тому числі Ф. Ніцше, В. Франкл.

На їхню думку, людина може пережити багато страждань– сил у неї більше, ніж вона здогадується. Проте їй важко переживати страждання, які не мають сенсу. Страждання, мета і сенс якого усвідомлені – це вже зовсім інше страждання. За В. Франклом, жодне самогубство не може бути виправданим морально, оскільки воно позбавляє людину можливості розвиватися і спокутувати ті страждання,які вона спричинила іншим. Однак сенсу життя не можна навчитися – його можна лише знайти. Унікальний, індивідуалізований, вінлежить десь поза одиничним життям людини.

Завдання психолога – допомогти людині знайти свій сенс життя.

Таке ставлення суспільства до суїциду пов'язане, насамперед, з ритуальними самогубствами, які й до цього часу трапляються у звичаях окремих народів. Наприклад, тільки на початку 80-х років XX ст. в Індії державним законом було заборонено здійснення традиційного ритуального самогубства сатті. Мовою хінді це означає «віддана дружина». Це обряд самоспалювання дружини на кремаційному вогнищі чоловіка для задоволення його чуттєвих потреб у потойбічному світі. Часто перед самоспалюванням вдова приймає особливий наркотичний напій, який полегшує страждання. Вона прощається з дітьми та рідними, і її приковують біля покійника на погрібальному вогнищі, після чого його підпалюють. Якщо в день, на який призначено кремацію чоловіка, у дружини місячні, то її сатті відкладають. Між іншим, цей обряд виконували й слов'янські жінки за часів язичництва. Однак в Індії дружина, яка залишалася жити після смерті чоловіка, ганьбила весь рід, а українки вибирали такий шлях цілком добровільно.

Ще один вид ритуального самогубства, яке відбувається в Індії ще й сьогодні, – дікша. Здійснювалося воно на релігійному ґрунті і розцінювалося як подвиг, самопожертва богу і спокутування гріхів. Найчастіше використовувалися способи самоспалення чи самовтоплення. Траплялися і криваві жертвоприношення у храмі богині Калі. Особливо масовими були самовтоплення під час паломництва до священних рік: здійснивши тут дікшу, людина досягає мокші (повного звільнення від страждань). Найкраще місце для самовтоплення з метою спокутування гріхів – місце злиття рік Ганг і Джамна; найкращий спосіб – зіскочити з гілок священного баньяна. «Популярною» була також смерть під колесами важких колісниць, на яких перевозять статуї богів із храму Джаганнатха в інший кінець міста.

Чи не найвідомішим видом ритуального самогубства, описаним у багатьох літературних творах і відображеним у численних кінострічках, є харакірі, або сепуку, – самогубство, пов'язане з бусідо, – моральним кодексом японського воїна самурая. Бусідо до найменших дрібниць регулював життя воїна і містив своєрідні моральні й

світоглядні настанови: «Самурай повинен щодня готуватися до смерті, щоб не бути посміховиськом в очах ворога. Якщо у тебе є вибір: безчесно жити чи славно вмерти – помри. Якщо в тебе є вибір: славно жити чи славно вмерти – вибери життя. Самурай завжди повинен пам'ятати, що життя – фальшиве. Є лише одна істина – смерть. Щоранку думай про те, як треба помирати, щовечора освіжуй свій розум думками про смерть і тільки так виховуй свій розум і волю».

Самураї здійснювали обряд харакірі у разі образи їх честі, власного недостойного вчинку, смерті свого сюзерена (феодала), за вироком як покарання за здійснений злочин. Поняттю «хара» в японській мові відповідають слова «живіт», «душа», «таємні наміри». Живіт японці розглядають як внутрішнє джерело емоційного існування, і розтин його через харакірі означає відкриття своїх таємних намірів, доводить чистоту помислів і прагнень. Тобто харакірі є крайнім виправданням себе перед небом і людьми. Саме як звичай такий спосіб самогубства бере свій початок з епохи Хейан (IX–XII ст.), хоча його корені сягають набагато давніших часів. Мистецтву харакірі навчали з дитячого віку хлопчиків і дівчаток. Коли дівчина одружувалася з самураєм, мати дарувала їй на весілля ніж для харакірі, оскільки дружина мала підтримати чоловіка у вирішальний момент і здійснити харакірі разом з ним. Естетичній стороні ритуалу харакірі надавалося велике значення, тому самій процедурі передувало ретельне приготування і вона супроводжувалася виконанням численних умовностей. Самурай повинен уміти здійснити харакірі не лише якісно – справді завдати собі смертельних ран, певним способом перерізавши живіт і внутрішні органи, а й красиво. Одним із найважливіших моментів у поведінці самурая, який здійснює харакірі, є збереження аж до смерті естетичного виразу обличчя, не спотвореного гримасою болю і страждання.

Для японської культури, як, напевне, ні для якої іншої, характерне оточення явища самогубства ореолом святості. Тут існують своєрідні звичаї, які чітко визначають ситуації, коли суїциду немає альтернативи. Відомий український психолог О. Моховиков, який багато років займається дослідженням проблеми самогубства, пояснює таке ставлення японців до цього явища тим, що менталітет цього народу

зумовлює майже повне злиття особистого і соціального «Я» японця: будучи насамперед членом певної соціальної групи, він повинен відповідати за все, що у ній відбувається. Крім того, самогубству сприяють стриманість, мовчазність, невираженість почуттів, схильність до інтровертованої агресії японців. Тому, крім сепуку, існують й інші види самознищення. Наприклад, ояко-сіндзю – парний суїцид молодих людей, які не мають можливості отримати щастя у цьому житті, або матері і дітей. Суспільство ставиться до такого вчинку зі співчуттям. Дзюнсі – самогубство, яке здійснюється, щоб супроводжувати свого імператора чи феодала після його смерті й служити йому вічно. Інсекі-джісатцу – суїцид, який здійснюється тоді, коли хтось, з ким людина так чи інакше пов'язана, порушує закон. Цим кроком суїцидент бере на себе відповідальність за ганебний вчинок іншої людини. Літні сімейні пари у випадку смертельної хвороби хоча б одного з подружжя також здійснювали парний суїцид.

У Стародавньому Римі ритуальне самогубство існувало як спокутування ганьби військових поразок: переможений кидався животом на увіткнутий у землю меч або слуга за наказом господаря пронизував його мечем. Так пішли з життя Клеомен III – цар Спарти, Гай Гракх – римський народний трибун, Марк Брут, який очолював заколот проти Юлія Цезаря.

У християнстві самогубства на релігійному ґрунті більш рідкісне явище, ніж, скажімо, у буддизмі чи ісламі.

Самоспалення старообрядців – в основному як протест проти утисків влади (подвійний подушний оклад – 1721 р.) й офіційної церкви. Всі переконані старообрядці були дуже фанатичними, особливо жінки. Як правило, самоспалювання здійснювалося масово, разом із дітьми. Для цього вибирали хатину чи хлів. Попередньо сповідалися, милися, одягали білу сорочку. Вважалося, що після такої мученицької смерті в ім'я Боже вони потрапляли одразу в рай.

*Самогубства христофорівців*. Христофорівці – одна з гілок старообрядництва, головним «ідеологом» якої був Христофор Зирянок. Він належав до мандрівців, або «бігунів», – християн-мандрівників. Обителі свої будували в лісі. Найчастіше – землянки. Насаджуючи "бігунську віру", закликав одновірців переховуватися нібито від

переслідувань: «Переховуватися стає все важче. Залишається один шлях – самому швидше піти з життя, добровільно прийнявши самознищення».

У XX ст. найбільш вражаючими були самогубства за релігійними мотивами членів секти «Народний дім», заснованої Джимом-Джонсом – напівфюрером-напівпророком. Понад 900 сектантів випили прохолоджуючий напій, замішаний на цианістому калії. Вони були доведені до цього безумства «білими ночами» (так називалися генеральні репетиції масового самогубства у концтаборі Джонса) та іншими містичними ритуалами.

Самогубства також характерні для таких сучасних релігійних сект, як «Марга», «Гілка Давидова», «церква Муна», Велике Біле Братство, «Аум Синрікйо», сатаністи.

За різними оцінками експертів, кількість самогубств в Україні коливається в межах 20–42 випадків на 100 тисяч населення. Найвища смертність внаслідок суїциду зафіксована у регіонах, які найбільше постраждали від Чорнобильської катастрофи, а також у східних промислових областях України – Запорізькій, Луганській і Донецькій. Західні регіони оцінюються як більш благополучні щодо поширення самогубств. Найнижчий рівень самогубств – у Закарпатській області. Дослідники вважають, що одним із визначальних факторів, котрі стримують західних українців від фатального вчинку, є християнські традиції, які ще збереглися й активно підтримуються жителями цих країв. Загалом середньостатистичні показники вчинених самогубств в Україні, за статистикою ВООЗ, станом на 2021 рік становлять 20,1 осіб на 100 тис. населення.

Офіційна статистика самогубств значно відрізняється від реальної (приблизно в чотири рази), оскільки до неї потрапляють лише явні випадки. Ніхто не фіксує випадків невдалих спроб самогубства, кількість, за різними оцінками, в 10–20 разів більше, ніж завершені самогубства. За статистичними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щороку закінчують життя самогубством понад 1 млн осіб. Серед них: 280 тис. китайців, 30 тис. американців, 25 тис. японців, 20 тис. французів, 50 тис. росіян.

ВООЗ поділяє всі країни за показником самогубств на три групи:

– низький рівень самогубств (до 10 осіб на 100 тис. населення) – Греція, Італія, Гватемала, Філіппіни (0,5), Албанія (1,4), Домініканська Республіка (2,1), Вірменія (2,3). Найнижчий рівень самогубств зафіксований у Єгипті (0,3);

– середній рівень самогубств (від 10 до 20 осіб на 100 тис. населення) – Австралія, США;

– високий і дуже високий рівень самогубств (понад 20 осіб на 100 тис. населення) – Японія (58), Латвія (42,5), Литва (42,1), Росія (42), Естонія (38,2), Угорщина (35,9), Україна (20,1).

Всесвітня організація охорони здоров'я кваліфікує кількість понад 20 самогубств на 100 тис. населення як загрозливий стан психічного здоров'я країни. Рівень самогубств у нашій державі потрібно розцінювати як високий.

Загалом в Україні кількість самогубств зростає, при цьому, варто зауважити, що смертність від суїциду у 1,5 рази є вищою від смертності від ДТП і становить понад 7 тисяч осіб в рік, а саме явище проявляє тенденцію до омолодження. Слід також відмітити, що молодь використовує все жорстокіші способи самогубства, залишаючи собі мінімум шансів на порятунок.

***Поняття та основні теорії суїцидальної поведінки***

З прогресом наук про людину і суспільство стало зрозумілим, що із саморуйнацією неможливо боротися лише релігійними чи карними санкціями. Суїцид не можна просто засуджувати – його потрібно зрозуміти і попередити. Пояснення природи самогубства теж має свою історію, що тісно пов'язана з тим ставленням до цього вчинку, яке нав'язувалося людям суспільною ідеологією. В давні часи самогубців вважали оплутаними злими духами, у середньовіччі в християнському світі – одержимими бісами; сьогодні ми нерідко натрапляємо на думку, що вчинок самогубства – це наслідок психічної патології. Розставити крапки над «і» можуть лише ретельні цілеспрямовані наукові дослідження.

Початок системних наукових досліджень самогубства належить до другої половини XIX ст., коли вперше були описані окремі спосте-

реження і висловлені припущення щодо характеру суїцидальної поведінки серед різних контингентів психічно хворих і здорових осіб.

У розв'язанні проблеми взаємозв'язку самогубства з душевним захворюваннями з самого початку сформувалося кілька тенденцій: 1) утотожнення самогубств з божевіллям (Ж. Фальре, 1822; П. Пінель, 1829); 2) заперечення будь-якого зв'язку між самогубством і психічними хворобами (П. Булацель, 1900; Е. Дюркгейм, 1912); 3) визнання можливості суїциду у здорових осіб, і у хворих: істинне значення суїцидальної поведінки в кожному окремому випад- ку може бути зрозумілим лише з огляду на весь комплекс факторів; погляд на самогубство як напрямий наслідок душевної хвороби є упередженням (Е. Крепелін, 1893).

Перший із зазначених напрямків сформувався під впливом пояснення, запропонованого церквою: самогубство – це результат божевілля, що виникає через те, що в душу проникають біси, які пожирають її зсередини. Проте вже у XVIII ст. таке тлумачення стало недостатнім, і тому була потрібна належна аргументація, обґрунтована на науковій теорії. Другий напрямок виник у зв'язку зі встановленням кореляції між рівнем самогубств і кризовими процесами у суспільстві, сім'ї, переживанням кризової ситуації окремою особистістю. Фундатори цього напрямку шукали основні чинники суїциду поза межами особистості в соціальному середовищі. Виникнення третього напрямку стало можливим завдяки систематизації досвіду клінічної практики та спеціальним науковим дослідженням багатьох видатних психіатрів кінця XIX – початку XX ст. Згідно з психопатологічною концепцією, суїцид – це завжди аутоагресивний акт психічно хворої людини. Проте значна частина суїцидів здійснюється психічно здоровими людьми в результаті соціально-психологічної дезадаптації. Тому з'явилася інша концепція – концепція непатологічних суїцидальних ситуаційних реакцій, з позицій якої суїцид розглядається як природна «загальнолюдська» реакція на екстремальні умови.

***Суїцид*** (*лат. sui – себе і caedere – вбивати*) – навмисне самоушкодження зі смертельним фіналом. Замах людини на власне життя кваліфікують як самогубство за умови, що вона усвідомлює значення своїх дій і керує ними. У всіх інших випадках здійснення людиною дій, які

завдають шкоди її психічному чи фізичному здоров'ю, кваліфікується як аутоагресивна поведінка/нещасний випадок.

***Аутоагресивна*** (*грец. autos – сам і лат. agressio – напад*) ***поведінка*** – специфічна форма особистісної активності, спрямована на завдання шкоди своєму соматичному здоров'ю.

Розрізняють ***такі види аутоагресивної поведінки***:

1) *суїцидальна поведінка* – усвідомлені цілеспрямовані дії, метою яких є позбавлення себе життя;

2) *суїцидальні еквіваленти* – неусвідомлені дії та зумисні вчинки, які призводять до фізичного/психічного саморуйнування або самознищення, хоча на це не розраховані;

3) *несуїцидальна аутоагресивна поведінка* – різні форми навмисних самоушкоджень, метою яких не є добровільна смерть або реалізація яких безпечна для життя.

Отже, **суїцид (самогубство)** є крайнім проявом аутоагресивної поведінки. Поряд з цими існують і такі поняття, як *суїцидальні тенденції* або *суїцидальна поведінка.*

***Суїцидальні тенденції,*** або ***суїцидальна поведінка,*** – це думки про самогубство, бажання і наміри вбити себе, суїцидальні мотиви, відповідні емоційні переживання (туга, безнадія, тривога, почуття провини), а також конкретні вчинки, спрямовані на заподіяння собі смерті. *Внутрішніми формами суїцидальної поведінки є:*

– **суїцидальні думки** – міркування суб'єкта про відсутність цінності і сенсу життя, обґрунтування доцільності власної смерті, обмірковування способів і засобів самогубства;

– **суїцидальні задуми** – мисленнєві операції, в яких формується суїцидальний намір, обирається спосіб, визначаються засоби, час вчинення самогубства;

– **суїцидальний намір** – утворений із задумів і вольового рішення мотиваційний феномен, який пов'язує внутрішньопсихічний і зовнішньо-дієвий складники вчинку самогубства.

*Зовнішніми формами суїцидальної поведінки є:*

– **завершений суїцид** – цілеспрямований вчинок самогубства, який мав летальний фінал;

– **суїцидальна спроба (парасуїцид)** – цілеспрямоване оперування засобами самогубства, яке внаслідок певних обставин не завершується смертю.

Видатний психіатр і патопсихолог О. Лічко пропонує таку *класифікацію суїцидальної поведінки:*

***1. Демонстративна суїцидальна поведінка*** – розігрування театральних сцен із зображенням спроб самогубства без усякого наміру справді покінчити із собою, іноді з розрахунком, що вчасно врятують. Усі дії починаються, щоб залучити чи повернути втрачену до себе увагу, розжалобити, викликати співчуття, позбутися від неприємностей, що загрожують, чи, нарешті, щоб покарати кривдника, звернувши на нього обурення оточуючих, чи завдавати йому серйозних неприємностей.

Потрібно враховувати, що демонстративні за задумом дії внаслідок необережності, неправильного розрахунку чи інших випадків можуть обернутися фатальними наслідками. Оцінка вчинку як демонстративного вимагає ретельного аналізу всіх обставин. Більшість спеціалістів зазначають, що така оцінка підліткового суїциду неприпустима.

***2. Афективна суїцидальна поведінка,*** – суїцидальні спроби, здійснені на висоті афекту, який триває лише хвилини, але іноді через напруженість ситуації може розтягуватися на години. У певний момент тут виникає думка піти з життя чи припускається така можливість. Проте тут також існує ціла гама переходів від імпровізованого на висоті афекту суїцидального спектаклю до майже позбавленого будь-якої демонстративності щирого, хоча і скороминущого бажання покінчити із собою. У першому випадку мова йде про демонстративну поведінку, але таку, що розгортається на тлі афекту – *афективна демонстрація*. В інших випадках афективна суїцидальна спроба може бути доповнена демонстративними діями, бажанням, щоб смерть «справила враження». Зрештою, істинний замах на самогубство може відбуватися також на висоті афективної реакції інтрапунітивного типу.

***3. Істинна суїцидальна поведінка***. Виникає обміркований, нерідко поступово виношений намір покінчити із собою. Поведінка будується так, щоб суїцидальна спроба була ефективною, тобто суїцидальним

діям «не перешкодили». У залишених записках, зазвичай, звучать ідеї самозвинувачення, записки більш адресовані самому собі, ніж іншим, чи призначені для того, щоб виправдати близьких.

На рубежі XIX–XX століть з'явилася перша, соціологічна, теорія суїциду. Потім до неї додалися антропологічна і психіатрична теорії. Згодом число теорій множилося: психоаналітична, біохімічна, макроприродна й ін.

*Соціологічна суїцидологія,* засновником якої був Е. Дюркгейм, трактує аутоагресивну поведінку як одну з моделей девіантної поведінки, галузь соціальної патології. Сам Е. Дюркгейм виділяє *три основні категорії суїцидів*:

– *егоїстичне самогубство,* початок котрого – у відчуженості. Людей, що здійснюють такого виду самогубство, мало що поєднує з навколишнім світом, іншими людьми; вони схильні до самотності, постійного аналізу стану своєї свідомості. У цьому разі «розв'язка не має в собі нічого пристрасного»: людина точно й задовго визначає час і спосіб своєї смерті; останні хвилини її життя забарвлені спокійною меланхолією; вона до самого кінця не припиняє самоаналіз. Про егоцентричне самогубство йдеться й тоді, коли людина вбиває себе, усвідомивши неможливість свого подальшого легкого і безбідного життя, орієнтованого на забезпечення чуттєвих задоволень; вбиває себе з іронічною байдужістю, спокоєм і своєрідною простотою;

– *альтруїстичне самогубство* здійснюють люди, котрі тісно пов'язані з іншими людьми, колективом і готові піти заради інших на все (пілоти-камікадзе часів Другої світової війни, наші сучасники, які здійснювали самоспалювання, щоб привернути увагу до певної проблеми). Цей вид самогубства найчастіше характеризується тією ясною впевненістю, яку породжує почуття виконаного обов'язку. Інколи цей акт може мати більш пристрасний і менш свідомий характер – це поривання віри й ентузіазму;

– *анемічне самогубство* здійснюється у пристрасному роздратуванні, розчаруванні чи гніві, коли раптово і шокуюче змінюються стосунки людини з суспільством. Йому часто передує вбивство тієї людини (чи людей), яких суїцидент звинувачував у своїх нещастях. До

цього ж виду Е. Дюркгейм відносив самогубства, здійснені людьми, що втомилися від безкінечної гонитви за недосяжною метою, в якій їхні бажання не лише не задовольняються, а збуджуються ще сильніше. Це збудження залишає по собі знесилення і відразу до життя (*Сенека*: «Скільки людей кличуть смерть тому, що, випробувавши всі можливі зміни, вони роблять висновок, що їм знайомі вже всі відчуття і нічого нового вони відчути не можуть»).

Автор наведеної вище класифікації самогубств зазначає, що в реальному людському досвіді описані види не завжди спостерігаються у чистому вигляді: анемія може поєднуватися з альтруїзмом чи егоїзмом, так само в одному вчинкові можуть проявлятися егоїзм і альтруїзм одночасно.

Послідовники Е. Дюркгейма розвинули соціологічну суїцидологію, виявивши низку закономірностей, які пов'язують рівень суїцидів із суспільними процесами, що дозволяє прогнозувати сплески самогубств. Однак, користуючись постулатами соціальної теорії, можна до певної міри пояснити причини самогубств лише у соціально неблагополучних країнах. Тоді, коли мова йде про країни з меншим тиском суспільства на особистість, такий підхід виявився неадекватним. Тому тут однією з альтернатив соціальній суїцидології постала антропологічна теорія, яка пояснює самогубство через процеси, що відбуваються в людській психіці.

Так, за *З. Фрейдом*, людині притаманні *два основних інстинкти* – «інстинкт життя» (Libido) та «інстинкт смерті» (Tanatos). У момент кризи душі співвідношення між свідомим і несвідомим порушуються, несвідоме набуває сили, вповні проявляючи один із інстинктів. Іноді бажання смерті виявляється сильнішим, ніж бажання життя. Здійснюючи аутоагресивний вчинок, людина вбиває в собі інтроєктований об'єкт любові, до якого відчуває амбівалентні почуття. Крім того, з віком Libido слабшає, Tanatos стає все сильнішим і реалізує себе повністю, лише довівши людину до смерті. Щоправда, панування Tanatos майже ніколи не буває абсолютним – це відкриває можливість попередження самогубства.

Засновник індивідуальної психології *А. Адлер* вважав, що до самодеструкції може спонукати комплекс неповноцінності, якого кожен

набуває з дитинства. У цьому контексті самогубство – прихована атака на інших людей, через яку індивід намагається подолати свою неповноцінність, викликавши до себе жаль і осуд тих, хто відповідальний за його занижену самооцінку.

*К. Меннінгер*, послідовник школи психоаналізу, виділив **три глибинних мотиви**, наслідком одночасного виникнення яких однозначно виступає самогубство:

- **бажання вбити** – суїциденти, як правило, інфантильні особи, тому на перешкоди у житті найчастіше реагують гнівом;
- **бажання бути вбитим** – суїцид являє собою крайній ступінь підлеглості: людина не може витримати докорів сумління і тому бачить спокутування провини лише у припиненні життя;
- **бажання вмерти** – поширене серед людей, які схильні до невиправданого ризику, а також серед хворих, які вважають смерть єдиним засобом від мук і страждань.

Якщо ці мотиви актуалізуються не одночасно, то прояви аутоагресивної поведінки набувають значно м'якших форм, ніж суїцид.

У різних психоаналітичних трактуваннях суїцид розглядається як спосіб боротьби з фруструючими зовнішніми силами і досягнення безсмертя; як засіб домогтися відчуття всемогутності шляхом повернення до раннього нарцисизму; як наслідок порушення психосексуального розвитку в результаті відсутності важливих осіб на вирішальних стадіях розвитку; як метод відновлення втраченого об'єкта любові і возз'єднання з ним; несвідомий протест проти наявних міжособистісних стосунків; бажання духовного відродження і відновлення контакту з самим собою шляхом руйнування «его».

З погляду гештальтпсихології людина й навколишнє середовище складають поле, сутністю якого є цілісність і взаємозалежність. Зв'язок між ними здійснюється через контакт, у ході якого виникає психічна реальність і відбувається психологічний розвиток особистості. Процес контактування виділяє для людини в цьому полі актуальні фігури, що визначаються її прагненнями, бажаннями і потребами. Контактуванню і його усвідомленню заважає ряд феноменів, які виникають на межі контакту. Людина використовує ці феномени, щоб не дозволити здійснення контакту. Ці феномени представлені захисни-

ми механізмами. Вони з різною мірою інтенсивності роблять свій внесок у походження саморуйнівної поведінки. У гештальтпсихології прийнято виділяти *чотири захисних механізми*. Відповідно до цього розглядають ***чотири вектори суїциду***.

**Інтроективний вектор** – контакт із навколишнім середовищем переривається на стадії виникнення фігури: людина вбирає в себе стандарти, цінності, норми і правила, які мають зовнішнє походження, і замінює власні бажання бажаннями іншої людини чи групи. Без здорової інтроспекції виявляється неможливим навчання і виховання. людина-інтроектор завжди робить так, як вимагають від неї інші. В її мовленні часто чути предикати: «Я повинен», «Так належить» тощо. Тому інтроективний вектор найбільше виражається в альтруїстичному самогубстві (за *Е. Дюркгеймом*): самогубство заради певної ідеї, на благо інших тощо. Особливо чутливі до вторгнення інтроектів підлітки.

**Проективний вектор** – використовуючи цей захисний механізм, людина приписує оточенню щось таке, що реально належить їй. Зазвичай це стосується бажань і емоцій, за які людина не хоче відповідати сама. Через проективну установку людина поступово віддаляється від інших людей, які, на її думку, проявляють певні неприваблиі якості (насправді її власні, спроектовані назовні), і в результаті відчуває пригніченість чи депресію. У крайній точці руху за цим вектором виникає феномен анемії (*за Е. Дюркгеймом*), при якому самознищення є реакцією на невдачі в пристосуванні до соціальних змін. Суїциденти з переважанням проективного вектора самогубства схильні до агресії, недовірливості, підозрілості й до вибору найбільш брутальних способів саморуйнації.

**Ретрофлексивний вектор** – людина зупиняє свою активність на рівні конкретної дії; її почуття чи бажання не виходять назовні: вона починає сама себе любити, ненавиділи чи вести нескінченний внутрішній діалог. У бесіді ретрофлексія проявляється у вживанні зворотної частки «ся» і займенника «себе», а також у прагненні до надмірного самоконтролю. Самогубство стає крайньою межею розвитку ретрофлексії: людина вбиває себе замість того, щоб знищити того, хто змусив її страждати. У ретрофлексивному векторі суїциду одночасно поєднуються, щонайменше, дві ознаки *тріади К. Меннінгера*: бажання

вбити і прагнення бути вбитим. Ретрофлексивний вектор найбільш характерний для егоїстичного самогубства за термінологією Дюркгейма. Ретрофлексивним самогубствам притаманна продуманість деталей, наявність плану самознищення.

**Конфлюентний вектор** – виявляється у стані, коли людина перешкоджає виникненню фігури, тому її психічна реальність представлена фоном сприйняття. У житті цей стан найбільш характерний для немовляти у злитті з матір'ю. Пізніше можлива конфлюенція з певною соціальною групою, значимою людиною чи незавершеним переживанням. *Конфлюенція* є дуже енергетично зарядженим станом. Енергія й активність індивіда – надзвичайно високі, що й зумовлює немалий ризик, а також інструкцію самознищення. У бесіді конфлюенція проявляється у вживанні індивідом безособових форм («Якось сумно»), займенника «ми» чи тверджень від третьої особи («Люди часто потрапляють у нестерпні ситуації»). Конфлюентний вектор набуває значення за суїцидальної поведінки у молодому віці, при виникненні у молоді високої міри злиття з групою (приналежність до тоталітарної секти з деструктивним культом) чи зі значимою людиною, яка зважилася на самогубство ("зараження" аутоагресивною поведінкою – *ефект Вертера*). Носіїв конфлюентного варіанта психологічного захисту визнають однією із серйозних груп ризику самогубства.

З погляду теорії діяльності й теорії адаптації, *суїцид* – наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікроконфліктів. Це дія, яка підпорядковується конкретній меті покінчити з життям, але включається у більш широку систему предметної діяльності з відповідним їй мотивом. Мета суїциду і мотиви діяльності, в яку він включений, як правило, не збігаються, а співвідношення мети і мотиву складає особистісний сенс самогубства для суб'єкта. Неоднозначність особистісного сенсу суїциду може бути описана такими типами: протест, помста, заклик, уникнення, самопокарання, відмова. У напрямку від першого типу до останнього відбувається наближення мети суїциду до мотиву, внаслідок чого зростає бажання смерті, істинність суїцидальних намірів, збільшується медичний ризик і летальність суїцидальних дій.

Різні особи по-різному адаптовуються до негативних життєвих умов і змін у соціумі. Визначальним чинником вибору конкретної моделі поведінки є позиція особистості, визначення та оцінка нею характеру змін. Суїцидно-небезпечною вважають позицію суб'єкта щодо змін у ситуації, яку він тлумачить як безвихідну, безнадійну, програшну. Дослідники виділяють такі її ознаки:

– **фіксованість позиції:** суб'єкт не здатний змінити образ ситуації, вільно маніпулювати його елементами в просторово-часових координатах;

– **розміщення суб'єкта** в точці прикладання загрозливих сил, погляд на ситуацію «зсередини», нездатність дистанціюватися від неї. Звуження смислової сфери особистості порівняно зі сферою конфліктної ситуації – відбувається за рахунок обмеження уявлень про власні ресурси і наростаючої ізоляції від оточення. Ізольованість і замкнутість позиції: у структурі усвідомлення конфліктних відносин замість адаптивної позиції «Ми – вони» установлюється значно вразливіша, «Я – вони», що свідчить про відчуження особистості, втрату нею зв'язку з референтними групами, порушення ідентифікації;

– **пасивність позиції**: уявляючи загрозу змін, суб'єкт не здатен зосередитися на конструктивних щодо її нейтралізації діях; внаслідок цього відбувається знецінення відомих суб'єкту варіантів рішення проблемних ситуацій, не актуалізуються знання, уміння, досвід;

– **нерозвинутість у часовій перспективі**: майбутнє уявляється суб'єкту тільки як продовження або поглиблення наявної ситуації, що підводить його до суїцидальної межі.

Загальними показниками соціально-психологічної дезадаптації є виразні зміни у психіці і поведінці людини: зниження рівня виконання нею своїх соціальних функцій, переважання негативних емоцій, можливі невропатичні синдроми, дисфорія. Показниками глибини дезадаптації є серйозність порушення звичних умов життя індивіда та його функціонування в цих умовах; його ставлення до цих порушень; ступінь «волі до життя», готовність ефективно пристосовуватися до нових умов.

Під час формування *дезадаптуючих ситуативних* реакцій переважають дистимічні (грец. *dys* – порушення і *thymos* – настрій; пригнічений

настрій) переживання нерішучості, втоми, самотності, покинутості, відчуженості, ізоляції, безпорадності, суму, душевного болю. Дезадаптивні ситуативні реакції не є патологічними.

Формування дезадаптивних ситуативних реакцій відбувається або як внутрішній конфлікт, або під впливом зовнішніх чинників. Обидва цих джерела, як правило, поєднуються, однак у кожному конкретному випадку провідна роль належить одному з них.

*Внутрішній конфлікт* – це суперечність між двома тенденціями всередині особистості (напр., між обов'язком і пристрастю). Основою внутрішнього конфлікту здебільшого виступають характерологічні особливості особистості. Він виникає у ще благополучній зовнішній ситуації. Внутрішня конфліктність особи деформує її поведінку, спілкування, нагнітає погіршення зовнішньої ситуації. Виникнення первинного, незалежного від ситуативних впливів душевного конфлікту може спричинити емоційна ригідність як риса особистості, котра суперечить високій домінантності й потребі самоствердитися. Істотним чинником формування внутрішнього конфлікту є неадекватність самооцінки.

*Зовнішні чинники* – умови життя особистості, особливості її спілкування з іншими людьми. Впливи зовнішніх чинників провокує некомпетентність особистості в певній сфері її діяльності чи у соціальних стосунках незалежно від глибини усвідомлення нею рівня своєї компетентності. Формування цього типу дезадаптивних ситуативних реакцій сприяє підвищена тривожність суб'єкта, внаслідок чого бурхливі емоційні реакції на зовнішні впливи посилюють у його сприйнятті міру їхнього руйнівного впливу.

Конфлікт, стрижнем якого є неможливість задоволення значущих потреб і котрий не розв'язується, а наростає, трансформується у життєву кризу – тривалий і глибокий внутрішній конфлікт, що знецінює сенс життя, світоглядні цінності.

***Стадії наростання життєвої кризи*** (за *Т. Титаренко*):

1. Наростання немотивованої тривожності, напруженості, дратівливість, апатія, зникнення почуття гумору породжені невдоволенням людини ситуацією і своєю активністю.

2. Поява страхів у зв'язку із песимістичними прогнозами на майбутнє, почуттям безсилля. Суб'єкт відмовляється від раніше

поставлених цілей. У нього з'являються психосоматичні порушення, хронічна втома.

3. Стабілізація переживання безнадії й відсутності сенсу існування. Втрачається здатність планувати майбутнє, катастрофічно звужуються життєві перспективи, руйнуються найважливіші цінності, виникають суїцидальні думки і наміри.

Сутність психологічної кризи полягає в дисбалансі конструктивних і руйнівних тенденцій у психіці особистості, що породжує дезадаптивні ситуативні реакції, крайнім варіантом яких може бути суїцид.

Одну з останніх теорій самогубства – психокультурну, яка поєднує в собі краще з соціологічної та психіатричної, запропонував відомий сучасний суїцидолог *М. Фарбер*. Його теорію ще називають генеральною. Однак деякі фахівці вважають, що і вона не враховує низки факторів, які ні в якому разі не можна ігнорувати. М. Фарбер характеризує самогубство як свідоме, навмисне і швидке позбавлення себе життя.

Сучасні американські вчені *Норман Фабероу і Едвін Шнейдман* також провадять свої дослідження в межах психокультурної теорії. Н. Фабероу до саморуйнівної поведінки людини відносить завершені та незавершені самогубства, алкоголізм, наркоманію, недотримання лікувальних рекомендацій, невиправдану схильність до ризику, трудоголізм тощо. *Е. Шнейдман* створив оригінальну типологію індивідів, які відіграють безпосередню, часто свідому роль у наближенні своєї смерті:

1) шукачі смерті, котрі зумисне розлучаються з життям, зводячи можливість врятуватися до мінімуму;

2) ініціатори смерті, котрі свідомо наближують її, наприклад, важко хворі, відмовляючись від системи життєзабезпечення;

3) гравці зі смертю, схильні випробовувати ситуації, коли на кону опиняється життя, а можливість виживання дуже мізерна;

4) схвалюючі смерть, котрі не прагнуть активно до свого фінішу, але й не приховують суїцидальних намірів (характерно для людей похилого віку й емоційно нестабільних підлітків та юнаків).

Одна зі стратегій – ретроспективний аналіз – психологічна аутопсія, при котрій клініцисти й дослідники намагаються отримати інформацію про минуле самогубці й зібрати якнайповнішу інформацію про його особистість на основі фактів з його життя. Родичі, друзі, близькі знайомі та лікарі суїцидента можуть пригадати певні висловлювання, дії і вчинки, які допомагають висвітлити його окремі особистісні якості.

Інша стратегія дослідження проблеми суїциду – вивчення людей, які залишилися жити після спроби самогубства. Зазвичай, люди, які здійснили парасуїцид, і люди, які здійснили завершений суїцид, можуть суттєво відрізнятися за різними характеристиками.

Отже, очевидно, що сучасні знання про самогубство не можна назвати класичними, а проблема суїциду ще має гостру потребу в комплексних дослідженнях у різних галузях науки про людину

***Особливості переживання людьми самогубства близьких***

На сьогодні справді дуже багато сказано про самогубство і зовсім мало про те, що відбувається з людьми, які пережили суїцид своїх близьких. Однак у разі завершеного суїциду саме близькі й родичі суїцидента найбільше потребують кваліфікованої допомоги в подоланні важкої травмуючої ситуації, яка виникла у них. Дуже важливим виявляється запитання про їхнє самопочуття, що переживають ці люди, про способи самодопомоги, які вони вибирають.

Поки що існує зовсім небагато праць, які висвітлюють ті чи інші питання зазначеної проблеми. Одна з найбільш відомих і повних – це книга Крістофера Лукаса і Генрі Сейдена «Мовчазне горе: Життя в тіні самогубства». Автори детально аналізують емоційні реакції, які виникають у людей у відповідь на самогубство близьких, показують послідовність їх розвитку, описують шляхи надання психологічної допомоги цим людям.

Переживання самогубства близької людини розглядається вищезгаданими та іншими (напр., Н. Тарабріною) авторами і з позицій теорії посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Відповідно, психологічна допомога будується на основі технологій попередження і терапії ПТСР. Ці люди переживають подвійний дистрес: перший – смерть близької людини, другий – усвідомлення того, що ця смерть

настала через самогубство. Чи не найбільшим із переживань стає усвідомлення того, що людина, яку вони любили, вирішила їх покинути; покинути не звичайним способом, а померти.

Однією з причин сильного душевного болю стає думка про те, що самогубця відмовився від можливості отримати від них допомогу. І близькі люди відчувають свою повну нікчемність і нездалість. Відповідь на запитання «Чому?», котре постійно постає перед родичами, залишається за померлим; вона не відома нікому; немає можливості отримати її і немає можливості сказати «Прощай!».

– Близьким людини, яка здійснила суїцид, нема чого соромитися..., але ми мимоволі почуваємо саме це – сором.

– Друзі уникають вас. Ніхто не телефонує, не заходить. Ви залишаєтесь на самоті.

– Мені просто хочеться зникнути геть з очей. Люди говорять усім своїм виглядом: «Що ти їй зробив?»

– Суспільство ставиться до самогубців як до психічно хворих. Це ж стосується і родичів. Нас змушують відчувати, ніби й ми теж хворі.

– Люди весь час підходять і запитують: «Ви бачили, як це сталося? А ваша сім'я бачила? Чому це сталося?» Відчуваєш себе як на допиті. А все, що ти знаєш насправді, – те, що людина, яку ти любив, померла.

– Самогубство – це публічне свідчення того, що я мало любила свою дитину.

Крім того, більшість родичів самогубці чомусь мовчать про свої проблеми і про смерть близької людини: ця тема прихована мовчанням, у сім'ях укладаються німі домовленості, щоб не обговорювати її.

Це мовчання заганяє родичів у глухий кут і залишає кожного наодинці з його переживаннями. Самотність утруднює одужання. Ці переживання загрожують скалічити душу; часто вони серйозно заважають знаходити вихід у лабіринті життя і стають суттєвою перепоною на шляху.

Реакції на самогубство рідної людини у своєму розвиткові проходять ряд етапів, які *К. Лукас і Г. Сейден* назвали «хвилями емоцій», оскільки почуття, подібно до нестримних океанських хвиль, захоплюють душі тих, хто залишився жити з невимовно важким тягарем

втрати. Ці «хвилі емоцій» були виділені авторами на основі власного досвіду, а також у результаті психотерапевтичної роботи з пацієнтами.

***Перша хвиля емоцій*** – це шок, заперечення того, що сталося, безпорадність (інколи полегшення) і звинувачення:

– Я не знав, куди мені кидатися.

– Я не розуміла, що зі мною відбувається.

– Я не могла в це повірити. Я відмовлялася усвідомлювати це.

– Дякувати Богу, це здійснив не я!

– Звичайно, це не вихід... але йому було важко. Тепер він заспокоївся.

– Як він міг так покинути мене?! Він не подумав, як я буду жити, постійно думаючи про це.

Деякі люди відчувають несподіване полегшення від того, що закінчилося не зовсім вдале життя їх близької людини, що настав кінець її стражданням, але це відчуття швидко змінюється відчуттям провини за пережите полегшення.

***Друга хвиля емоцій:*** гнів, почуття провини, сором і страх.

*Гнів*: Амбівалентність властива людській природі. Тому, коли хтось помирає від своєї ж руки, ми переживаємо амбівалентність почуттів: гніваємося на цю людину чи звинувачуємо себе.

– Я був розгніваний після цього. Адже вона пішла від мене, покинула назовсім.

– Я кричала так, що було чути з вікна: “Як ти міг так зробити зі мною? Чому ти зробив це мені?”

– Ти даєш дитині життя, потім вона знищує його.

*Почуття провини**:*** це спільна реакція, яка виникає у відповідь на самогубство близької людини. Раптово з’являється нескінченна кількість підстав почувати себе відповідальним за цю смерть.

– Я повинна була передбачити, що це може статися.

– Що заважало мені ставитися до нього краще.

– Якби я любив її більше... більше піклувався про неї...

– Що ж ми зробили не так?

Почуття провини дуже болюче ще й тому, що родичі самогубців розуміють: неможливо дізнатися у померлого, чи пробачив він їм їхню

провину. Вони не можуть дізнатися, чи насправді їхня поведінка була останньою краплею.

*Сором*: близькі суїцидента часто відчувають сором через ставлення сусідів, друзів чи інших людей.

– Мені було соромно, бо я вважала, що всі думатимуть, ніби в нашій сім'ї є психічно хворі.

– Я відчуваю, ніби на мені висить величезний плакат: «Мій син закінчив життя самогубством».

*Страх:* близькі суїцидента пережили потрясіння, і тому вони стають дуже чутливими, різко знижується їх толерантність до стресових навантажень, вони більше не довіряють своєму досвіду і людям.

– Я боялася, що це трапиться і з іншими моїми дітьми.

– Я боялася виходити на вулицю.

– Я боявся залишатися вдома один.

***Третя хвиля емоцій:*** депресивні переживання зі зниженням самооцінки. *Депресія* дуже тривала і глибока. Вона паралізує волю людей. Їм важко через заниження самооцінки формувати нові стосунки; вони впевнені: якщо одна людина відмовилася від них, те ж зроблять й інші.

– До того у мене було відчуття, що я маю владу над усім, що зі мною відбувається. Дивно, але після її смерті я більше ніколи не відчував контролю над ситуацією.

– ...Коли це сталося, я розірвала стосунки з чоловіком, змінила місце проживання, моє життя почало розпадатися. Мене ніхто по-справжньому не любить...

– Я відчуваю цей неймовірно густий туман; він давить, він не дає мені рухатися. Оточуючі кажуть, що у мене дуже тихий голос, настільки, що вони не можуть зрозуміти мене. Але мені байдуже. Для мене це все занадто.

***Четверта хвиля емоцій***. Протягом півроку після суїциду майже кожен близький самогубця відчуває такі симптоми: напади плачу, безсоння, страх самотності, головні болі, виразки, серцеві напади, втомлюваність. Інші вказують на досить серйозні психологічні проблеми: відчуття порожнечі, неможливість встановлювати стосунки з новими людьми, фобії, тривоги з приводу найпростіших, щоденних

подій. Однією з найсумніших сторін цих реакцій є те, що більшість не пов'язують їх із самогубством людини, яку вони любили. Вони часто не повідомляють лікаря про цю подію. І ще частіше зовсім не звертаються по допомогу. Останнє зумовлено як нерозумінням ними свого стану, нездатністю близьких підтримати їх, так і недостатністю знань про джерела допомоги.

Однією з реакцій, близьких самогубці на те, що сталося, є бажання також покінчити з собою – це одна з "нормальних" реакцій, настільки вона поширена.

Отже, *четверта хвиля емоцій* включає широкий спектр психологічних і психосоматичних проблем, зокрема схильність до суїциду.

*Близькі суїцидента страждають з трьох причин*:

1) вони відчувають скорботу за померлим;

2) переживають психічну травму – як жертви так званого посттравматичного стресового розладу;

3) тому, що про самогубство не прийнято говорити, і мовчання, яке його оточує, заважає зціленню, котре настає при звичайному траурі; це мовчання заважає звичайній «роботі горя».

Дуже важливо, щоб ці люди розуміли, через що вони проходять, вміли впізнавати ознаки гострого горя після втрати і усвідомлювали, що вони можуть «зав'язнути» в цих переживаннях і знайти сили рухатися далі. Те, що переживають родичі протягом півроку після самогубства, – найчастіше лише початок шляху.

Частина емоційних переживань, близьких самогубці, короткочасна, інші тривають довгі роки, а деякі залишаються на все життя. Щоб справитися зі своїми переживаннями суїциду, люди вкладають з ними так званий «контракт». В основі «контракту» лежить обмін: людина відмовляється від чогось задля більш прийнятного емоційного стану.

«***Контракт***» захищає людей від надто болісних переживань і думок, які вони не можуть подолати інакшим способом. Однак він також зумовлює виникнення у них змінених форм поведінки, заважає людям відчувати позитивні сторони свого існування.

Контракти з емоціями бувають різні:

«***Прощання***»: переважна більшість не має можливості попрощатися з людиною, яка здійснила самогубство, тому витрачаються роки, щоб попрощатися з померлим, цим залишаючись у нього в полоні. Переваги: якщо людина все ще прощається, то померлий ще не пішов – тому можна відкласти переживання повної втрати, гніву, провини чи сорому. Наслідки: труднощі в освоєнні нових справ у житті, почуття ізоляції.

– Думаю, що останні три роки я прощався з нею, але так і не зробив цього до кінця. Я ще й тепер намагаюся утримати її серед живих. Інколи помічаю, що розмовляю з нею. Мені нелегко приймати рішення через моє ставлення до всього: «А яке це тепер має значення?».

Пошук «***козла відпущення***»: цей «контракт» є формою боротьби зі злістю, яка накопичується стосовно людини, котра померла. Близькі самогубці знаходять одного чи декількох людей, які, на їхню думку, відповідальні за смерть того, кого вони любили. Зосередившись на «козлі відпущення», близькі спрямовують свій гнів не на суїцидента і не на самих себе, а на того, хто «міг би зупинити його» чи «був причиною його смерті». Наслідки: гнів на оточуючих ускладнює спілкування з ними, призводить до ізоляції, значних психічних і соматичних страждань, хвороб.

– Мені хотілося, щоб лікар залишив його в лікарні, але він сказав: «Йому потрібно вживати таблетки. Це він може зробити вдома». Я подав у суд на лікаря тому, що він звелів мені забрати сина додому. Якби син залишився у лікарні, він не зробив би цього. Я впевнений, що лікар просто вбив його. Цього я ніколи не забуду. Тепер мені хочеться померти. Я сильно захворів фізично і душевно.

***«Я винний; Я жертва»:*** дехто з близьких самогубці сприймають почуття провини як справедливе покарання і зовсім не намагаються його подолати:

– Я постійно думаю: що ж ми робили не так, чого не помітили, чому він був таким нещасливим, що пішов з життя?

Прояви ролі жертви можуть бути досить різноманітними, наприклад, символічна смерть разом з померлим, або ***самообмеження***. Цей спосіб вибирається для боротьби зі своїм гнівом чи провиною і полягає в обмеженні свого досвіду чи переживань. Людина забороняє

собі відкрито висловлювати почуття, чинити згідно зі своїми бажаннями. Вона не дозволяє собі, щоб у її житті траплялося хоч щось хороше. Обмеження стосуються і сексуальності.

– Я боюся бути в групі, боюся дати вихід своїм емоціям у чужому оточенні.

– Думаю, якби я пройшла курс психотерапії після того, що сталося, все було б інакше. Я була дуже нещасливою дівчинкою. Дуже самотньою. Нічого не робила, лише запоєм читала книги.

– Я вирішив, що буду зразковою дитиною, тоді мама до мене повернеться. Моє існування стало дуже обмеженим. Моя поведінка викликала глузування однолітків. Я вбив у собі грайливого, експериментуючого, інколи неслухняного юнака, можливість побути яким повинна бути у кожного з нас.

***Соматичні проблеми*:** гострі деструктивні емоційні переживання замінюються соматичними розладами. Людина «обмінює» своє фізичне здоров'я на зовнішній психічний спокій. Вона впевнена, що зосередження на проблемах здоров'я відволіче її від суїциду.

***Руйнування взаємостосунків*:** людям, які пережили суїцид близьких, надалі важко встановлювати і підтримувати нові контакти. Суїцид сам по собі є відкиданням однією людиною інших. Тому часто близькі суїцидента самі поспішають відкинути іншу людину, боячись, щоб їх знову не покинули. Цей «контракт» дуже невигідний тому, що в результаті людина все ж залишається на самоті, а їй необхідна підтримка. Він може мати ще трагічніші форми: є чоловіки і жінки, котрі після самогубства подружжя вибирають нового партнера з явно нездоровими особистісними якостями. Діти, батьки котрих покінчили з собою, назавжди зберігають недовіру до людей і, стаючи дорослими, знову й знову розривають значущі взаємостосунки, оскільки ніколи не впевнені, що їх не зрадять.

***Самогубство*:** це найстрашніший «контракт» («Ти помер – помру і я»). Самогубство близької людини краде у тих, хто її любив, почуття свого достоїнства, цінності та унікальності. Підсилений такими переживаннями потенціал ворожості часто спрямовується на найбільш доступну ціль – на самого себе. За різними статистичними даними

частота суїцидів серед близьких самогубців на 80–300 % вища, ніж у середньому серед населення.

***Мовчання*:** мовчання не виліковує хворобу, навпаки, воно погіршує її. Обговорення нещастя, яке може статися в сім'ї, є природним і корисним. Воно дає вихід психічному болю, скорботі, гніву і фрустрації. Смерть, як будь-яке інше нещастя, потребує обговорення – часу, необхідного для вираження почуттів. Однак людям, які пережили суїцид близьких, часто буває важко висловлювати свої думки і почуття, вони соромляться їх чи просто вважають ситуацію неприродною, такою, про яку не можна говорити. На тему самогубства накладається «табу». Головний контракт – мовчання:

– Батьки не дозволяли нам обговорювати цю тему, її уникали будь-якою ціною. Мені не дозволили піти на похорон, тому мені майже не вдалося погорювати. Я даремно стільки років «сиділа» на своїх почуттях, не даючи можливості їм вийти назовні.

Отже, «контракти» водночас є «друзями» і «ворогами» тих, хто пережив самогубство близької людини. Кожен з них є корисним на певний час способом уникнення болісного руйнівного гніву, страху, почуття провини, але за тривалого існування кожен веде шляхом до важких проблем. Основним способом їх вирішення є припинення мовчання.

Щоразу, коли людина обговорює хворобливі переживання, відбуваються ледь помітні зміни. Це схоже на калейдоскоп: кожен поворот дозволяє складовим елементам змінити позицію. Якщо цей поворот допускається особистістю, то відбувається деяка реорганізація переживань, певний рух уперед, після якого настає полегшення. Спочатку відбуваються крихітні трансформації почуттів. Згодом людина отримує сприятливу можливість відчувати себе більш комфортно, не зважаючи на незмінену реальність і повноту її усвідомлення.

Зниження інтенсивності розгублення, депресії, гніву, відчаю чи провини цілком залежить від наявності сприятливих можливостей навчитися говорити про самогубство.

**Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)** – це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, який здатний викликати психічні порушення, як правило, в будь-якої людини.

*Травматичний стрес* виникає внаслідок травматичної ситуації. *Травматичні ситуації* – це такі екстремальні травматичні події, які мають могутній негативний вплив; ситуації загрози, які потребують від індивіда екстраординарних зусиль для подолання наслідків їх впливу.

Суїцид близької людини належить до числа короткочасних, несподіваних травматичних подій. Події цього типу мають такі характеристики (за Н. Тарабріною):

– одиничний вплив, що несе загрозу і потребує екстраординарних зусиль для подолання наслідків;

– ізольоване, досить рідкісне травматичне переживання;

– несподівана подія;

– подія залишає непоправний слід у психіці індивіда; сліди в пам'яті мають більш яскравий і конкретний характер, ніж при пролонгованій травматичній події;

– з більшою мірою ймовірності призводять до виникнення типових ПТСР;

– з більшою мірою ймовірності проявляється класичне повторення переживання травмуючого досвіду;

– швидке відновлення нормального функціонування рідкісне й малоймовірне.

**Схема діагностики ПТСР-синдрому за класифікатором DSV-IV-R**.

*А. Індивід перебуває під дією травмуючої події; зокрема, мають виконуватися обидва наведені нижче пункти:*

1) індивід був учасником чи свідком подій, які включають смерть, загрозу серйозних ушкоджень чи фізичної (психічної) цілісності інших людей (або власної);

2) реакція індивіда включає інтенсивний страх, безпорадність чи жах.

*Примітка:* У дітей реакція може заміщуватися ажитовано чи дезорганізованою поведінкою.

*В. Травмуючі події постійно переживаються знову, принаймні хоча би в одній з наведених форм:*

1) відтворення та переживання нав'язливих образів, думок і події (у дітей – відтворення однієї і тієї ж гри на тему травмуючої події);

2) постійна присутність події у снах (у дітей – нічні кошмари, зміст яких не зберігається);

3) раптові дії чи відчуття, начебто травмуюча ситуація відбувається тепер, поява її картини в ході звичайного життєвого плину, навіть якщо такі епізоди трапляються в момент прокидання та інтоксикації (відчуття «оживання» досвіду, ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди – «флешбек»-ефекти);

4) інтенсивне переживання подій, що символізують чи нагадують деталі травмуючих подій, у т.ч. реакції на дні річниць подій;

5) фізіологічна активність у ситуаціях, які зовнішньо чи внутрішньо символізують акти травматичної події.

*C. Постійне уникнення стимулів, асоціативно пов'язаних із травмою, і numbing – блокування емоційних реакцій, заціпеніння (не спостерігалося до травми) принаймні у трьох з наведених форм*:

1) намагання уникнути думок та почуттів, що асоціюються з травмою;

2) намагання уникнути діяльності, людей чи ситуацій, що викликають травмуючі спогади;

3) нездатність згадати важливі деталі травми (психогенна амнезія);

4) помітне зменшення інтересу до важливих видів діяльності (у маленьких дітей це може бути втрата нещодавно набутих навичок);

5) почуття відокремленості від інших людей;

6) звуження меж афекту, наприклад, нездатність переживати любовні почуття;

7) почуття відсутності перспективи в майбутньому.

*D. Постійні симптоми наростання збудження (яких не було до травми), принаймні у двох з наведених форм:*

1) труднощі, пов'язані з засинанням і сном;

2) дратівливість або спалахи гніву;

3) труднощі з концентрацією уваги;

4) підозрілість, стан постійного очікування загрози;

5) гіпертрофована реакція переляку.

*E. Тривалість порушень зберігається більше одного місяця*.

*F. Розлад викликає клінічно значущий важкий емоційний стан чи порушення у соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності.*

УТОЧНЕННЯ: відстрочений початок, якщо розлад виникає щонайменше через 6 місяців після травми.

Пряме використання тільки діагностичного критерію DSM-IV-R для збирання інформації щодо стану хворого не дозволяється. Він слугує лише схемою діагностики для фахівця, котрий повинен користуватися спеціальними методиками, опитувальниками, розробленими на базі цього критерію.

За оцінкою провідних спеціалістів-суїцидологів, ПТСР розвивається щонайменше у чверті людей, які пережили самогубство близьких.

*Н.Фарбероу* зі співавторами у ретроспективних дослідженнях виявили, що наявність симптомів ПТС значно вища серед ветеранів в'єтнамської війни, які здійснили суїциди, ніж серед ветеранів, які загинули в автокатастрофах. Хендін і Хас, вивчаючи можливості прогнозування суїцидів серед ветеранів з ПТСР, припустили, що почуття провини – найбільш значущий чинник суїцидального ризику. Це ж можна припустити й стосовно родичів суїцидентів.

Дослідження *Г. Лафрі* та співавторів, що вивчали поведінку жителів Північних островів, показали, що частота суїцидальних спроб значно вища в осіб з ознаками ПТСР, ніж серед тих, котрі таких симптомів не мають.

*Г. Крамер* зі співавторами виявили, що серед пацієнтів із ПТСР у 56 % досліджуваних з суїцидальною поведінкою діагностується і ПТСР, і депресія. У пацієнтів з ПТСР і депресією спостерігається висока частота суїцидальних думок, а у пацієнтів з ПТСР, але без депресії, спостерігається збільшення частоти суїцидальних спроб. Ці висновки опосередковано підтверджують дані про те, що «супроводжуючі розлади», такі як розлади настрою, панічні чи тривожні розлади (включаючи ПТСР), пов'язані з високою здатністю до формування сприйняття суїцидальних ідей. Інші провідні симптоми в групі ПТСР містять низку клінічних параметрів, пов'язаних зі схильністю до суїцидальної поведінки: хворобливий зміст кошмарів, скорочення чи

нехтування соціальними контактами, песимізм стосовно майбутнього і зростаюча агресивність. Перераховані симптоми, пов'язані з показниками самогубств, були визначені як «чинники сприяння».

Дані суїцидології вказують на високий кореляційний зв'язок між «почуттям безнадії», «неможливістю заглянути в майбутнє» і майбутнім суїцидом. Поряд з цим потрібно відзначити, що «втрата життєвої перспективи» належить до числа діагностичних симптомів ПТСР за DSM-IV-R.

Ефективність психологічної допомоги пов'язана зі своєчасним та якнайшвидшим наданням допомоги на перших етапах для запобігання розвитку ПТСР. *На першому етапі травматичного стресу,* коли людина перебуває у стані шоку, для неї характерна інфантилізація. Людина потребує справжньої материнської ласки та батьківської сили. Символічним виразом першого має бути надання суто фізичного тепла потерпілому: одразу після врятування його треба обняти, притиснути до себе, відвести у безпечне місце, укрити чимось теплим і дати випити теплого напою, повторити декілька разів, що все гаразд, що він у повній безпеці. Символічним виразом батьківської сили має бути чітке і наполегливе інструктування потерпілих щодо місць збору, поведінки, дій, навіть якщо такі розпорядження безцільні з погляду рятувальних робіт. «Батьківську силу» ліпше спрямовувати на групи людей.

*Другий етап розвитку травматичного стресу* включає механізм єднання людей і обов'язково потребує психологічної підтримки. Розплатою за характерну для цього періоду ейфоричність може стати глибока депресія, коли людина повернеться до повсякденного життя після перебування у спецрежимі. Тому заходом психопрофілактики на цьому етапі є «заземлення» ейфоричних станів. Якщо причиною звертання стала відсутність можливості єднання з іншими потерпілими, то завданням психолога має бути певна «соціалізація» клієнта, тобто надання можливості спілкування з особами, що мають спільний досвід переживання та подолання стресового стану (групова робота). Тут буде ефективною робота з сім'єю суїцидента, знайомство її з іншими такими сім'ями, залучення цих сімей до групових зустрічей.

*Стратегія психологічної роботи на третьому етапі* пов'язана насамперед з психіатричною кваліфікацією психічних порушень потерпілих. У подоланні ПТСР виправдане використання саме засобів психологічної допомоги.

Важливим моментом є визначення «локусу» проблематики пацієнта, оскільки досить типову симптоматику складають почуття провини за те, що сталося у зв'язку з трагедією.

**Раціональна психотерапія**. В індивідуальній роботі – емоційне реагування при переказі найважливіших для пацієнта подій життя, потім з'ясування почуттів щодо подій, які сталися, і відокремлення їх від фактів травмуючого змісту. У груповій роботі – зниження напруження переживання пацієнтом унікальності свого стану при виникненні таких же проблем в інших людей, висвітлення об'єктивної картини подій у порівнянні та взаємоуточненні деталей, як вони зафіксовувалися у пам'яті різних учасників подій.

**Екзистенційно-гуманістична терапія**. Коли людина отримала травму, вона переживає відчуття, наче хтось зазіхнув на її право на життя – виникає відчуття, що світ не надає ніякої підтримки людському життю загалом. Руйнується уявлення про те, що людина є цінною і життєздатною матерією життя. Тому, щоб надати психологічну допомогу, потрібно допомогти потерпілим побачити своє «порушення» в контексті загального соціального «порушення» і зрозуміти, що травмуючий стрес є не лише наслідком минулої катастрофи, а й різних аспектів навколишнього життя, котрих треба уникати або творчо перетворювати. Зокрема, виділяють *шість тем, які стосуються глибинних переживань людей, котрі пережили суїцид близьких*: почуття провини, покинутість/зрада, втрата, самотність, втрата сенсу і страх смерті.

**Окремі техніки НЛП**. У роботі з клієнтами із суїцидальними намірами використовують такі техніки та прийоми: прийоми психодрами («порожній стілець»); групова дискусія щодо змісту подій, визначення їх «нового» сенсу для подальшого життя, дисоціація та асоціація.

Порівняно зі звичайною психотерапією, **ПТСР-терапія** допускає вищий рівень інтенсивності дій терапевта: втручання, заохочування

тощо; крім того, необхідною умовою ПТСР-терапії є бесіда про те, що сталося. Робота з потерпілим закінчується тоді, коли він може повернутися на місце, де сталася травмуюча подія, тобто може подолати негативні відчуття.

У дітей, які не зазнали дії травмуючих факторів, але перебувають у хворому оточенні, може розвинутися вторинний ПТСР (*індукований ПТСР*). Частіше ПТСР розвивається у дівчаток, ніж у хлопчиків, і в інтелектуально слабших дітей. ПТСР-синдром частіше розвивається у дітей з тих сімей, де дорослі прагнули їх «захистити» від травмуючих подій і не говорили про те, що сталося («контракт мовчання»).

Самогубство близької людини є однією з найбільших травматичних подій для дитини. Окрім таких чинників, як безпосередня загроза життю і здоров'ю близької людини і самої дитини, важливою травмуючою обставиною є відчуття дитиною своєї безпорадності. Дітям, які перенесли таку травму, як правило, властива наявність усіх симптомів ПТСР.

Розвиток ПТСР у дітей проходить ті ж етапи, що й у дорослих. *На першому етапі* важливо якомога швидше повернути дитину в сім'ю. Дитина поводить себе, як немовля: вимагає постійної уваги, хоче спати в одному ліжку з батьками тощо. Якщо не фруструвати ці бажання, спокійно їх виконувати, то днів через десять психолог може спокійно починати спільне обговорення батьками й дітьми подій, що сталися.

*На другому етапі* важливо надати можливість постійного спілкування дітей, які разом пережили катастрофу. Якщо у дитини розвивається ПТСР-синдром, то робота з нею ведеться у двох напрямках: індивідуальна (стимулювання активності обговорення подій – гра чи малювання на тему суїциду, смерті, уточнення деталей, почуттів героїв) та сімейна психотерапія (організація умов для вільного висловлювання думок членів сім'ї про пережиті події, формується ситуація, коли дитина не залишається наодинці зі своїми страхами та болями, а може відкрито їх обговорювати і отримувати підтримку від найближчих людей).

*Е. Гроллман* наголошує на декількох важливих пунктах щодо психологічної підтримки дітей, які пережили суїцид близьких:

– дитині в доступній формі потрібно чітко і просто розказати про самогубство;

– дати можливість дитині зрозуміти, що будь-які почуття, які вона переживає зараз, природні; їх переживають й інші члени родини (виявляйте свої почуття і дозволяйте дитині виявляти їх);

– запевнити дитину, що вона не винна в тому, що сталося;

– необхідно дозволити дітям розділити сімейну скорботу;

– потрібно уникати напівправди і вигадок;

– варто повідомити учителя в школі про горе, яке переживає дитина, щоб той підтримав її;

– потрібно заохочувати дітей, щоб вони проводили більше часу з друзями і швидше поверталися до своїх звичних занять;

– треба говорити з дитиною про того, хто помер, згадувати приємні моменти, проведені разом;

– дати дитині зрозуміти, що самогубство – це не найбільш достойний спосіб розв'язання проблеми;

– якщо не вистачає слів, невербальне співчуття буває більш важливим.

***Основний психологічний зміст передсмертних послань суїцидентів***

Підготовка до самогубства нерідко включає прагнення суб'єкта обґрунтовано вмотивувати, пояснити свій трагічний вчинок для інших. Однією з очевидних причин цього прагнення є спроба якщо не уникнути осуду громадською думкою свого вчинку, цілком відвернути тінь такого осуду і неприйняття від рідних, то хоча б якоюсь мірою пом'якшити його. Всіляке передсмертне послання самогубця так чи інакше є самовиправданням, покликаним викликати співчутливе розуміння.

Приблизно один з шести самогубців залишає передсмертну записку. *За змістом такі послання ділять на дві основні групи:*

1. Звинувачення, у яких суїцидент мстиво викриває дії, вчинки інших, які спонукали його піти з життя.

2. Вибачення, у яких самогубці з турботою, піклуванням про близьких, яких покидають, пояснюють їм мотиви свого вчинку.

Основи наукового вивчення передсмертних послань самогубців заклали американські психолінгвісти *Ч. Осгуд і Г. Уолкер*. Саме на цих текстах вони здійснили апробацію статистичного аналізу у лінгвістиці.

***Передсмертні послання суїцидентів бувають різні***: листи, аудіо- і відеокасети. О. Юрчук вважає, що найсуттєвішим для наукового аналізу таких послань є дискурс – текст, що розглядається в аспекті подій, з якими він пов'язаний, мовлення як цілеспрямована соціальна дія, як компонент, що бере участь у взаємодії людей і в механізмах їх свідомості, у когнітивних процесах.

Дискурсивний аналіз передсмертних послань самогубців дав змогу класифікувати їх за кореляцією (взаємозв'язками, співвідношеннями) мотивів, композицій, особистості автора та групи.

*До першої групи входять* тексти, які виражають останню волю автора. В них немає аналізу причин, що спонукали його піти з життя, аналізу чи констатації фактів. Є тільки резолюційна частина як єдине композиційне ціле. Найчастіше трапляються наказові дієслова і компоненти обставин. Автори послань цієї групи здебільшого антисоціальні, імпульсивні, категорично-імперативні, примхливі особи, у яких відсутнє почуття провини. Вони нехтують духовними цінностями, моральними принципами, соціальними нормами.

*Другу групу* утворюють тексти, автори яких знімають відповідальність за своє самогубство з інших людей. Найбільше у текстах цієї групи синтаксичних конструкцій, які являють собою своєрідні кліше з інформативним центром у слові «вина»: «Ніхто не винний», «Прошу нікого не звинувачувати», «Не треба шукати винних» і т.і. Автори таких послань – депресивні особи з неадекватно заниженою самооцінкою.

*Послання третьої групи* вказують на осіб, вчинки яких призвели авторів до самогубства, мають викривальний характер. Найбільше – особових іменників. Пишуть параноїдальні особи, які вважають, що оточуючі постійно плетуть проти них інтриги, змови. Їм притаманна конфліктна розбіжність самооцінки з оцінками інших. Для них покарання «винних» важливіше, ніж власне життя.

Автори *послань четвертої групи* пояснюють своє самогубство несприятливими життєвими обставинами, зокрема скрутними економічними умовами. В посланнях цієї групи превалює безвихідь,

безпорадність, абстрактні іменники та букви, які позначають глухі, свистячі і шиплячі звуки. Їх пишуть особи, які перебувають у стані депресії внаслідок суттєвих деструктивних змін у навколишній дійсності.

Послання, покликані вплинути на близьких і примусити їх переживати провину, *утворюють п'яту групу.* Для таких послань характерні складнопідрядні речення з придатковими умовними («раз ти не хочеш...», «якщо ти не розумієш...»), з придатковими поступки («хоча...», «не зважаючи на...»), складнопідрядні речення з полярною протиставною модальністю («...але ти...»). Нерідко послання такого типу у фінальній частині схожі на поздоровчі тексти («бажаю щастя в особистому житті», «нехай збудуться твої бажання»). Автори – підлітки та інфантильні особи.

У *текстах-доказах* особа, яка постійно програє, зазнає невдач, намагається довести свою непересічність. Конфліктна розбіжність самооцінки з оцінкою інших зближує тексти-докази з текстами другої групи. Але, на відміну від останніх, для авторів текстів цієї групи головним є его-стан. Відповідно, переважають особові та зворотні займенники.

*Тексти-заповіти* залишають невиліковно хворі. Цим текстам властива глибока продуманість композиції, відсутність спонтанності, що виявляється у виразній ієрархії двох основних частин:

1) мотивації свого рішення піти з життя;

2) заповітів, побажань, настанов рідним і близьким.

Суїциденти, *які пишуть чи надиктовують передсмертні послання*, перебувають у стані сильного хвилювання, що накладає відбитки на текст: чимало граматичних помилок, серйозних стилістичних огріхів, наростань оцінних термінів, повторень, самоперебивань, обмовок, недоговорених фінальних частин слів і фраз.

Важливим аспектом вивчення передсмертних послань є ідентифікація автора та виконавця тексту. Злочинці використовують надиктовування передсмертних послань своїм жертвам для маскування убивства під самогубство. Знайти істину в такому разі допомагають почеркознавча й авторознавча експертизи.

## 1.2. Загальнопсихологічні особливості суїциду. Суїцид і суїцидоподібні вчинки

### *Суїцидальна мотивація*

Суїцид, або самогубство, – складна форма поведінки, яку зумовлюють психологічні, соціальні, ідейно-філософські, біологічні, геокосмічні чинники. Ключовими, вирішальними серед них є психологічні, оскільки самогубство – це поведінка, вчинок особистості, тобто психологічне за своєю природою, сутністю явище. Всі інші сприятливі щодо самогубства чинники діють опосередковано через емоційні переживання, мотивацію людини, що є складними процесами її психіки, у яких взаємодіють всі її рівні та утворення – від відчуттів до ідейних переконань. Психологія суїциду має загальнопсихологічні, патопсихологічні, диференційно-психологічні, соціально-психологічні, психодіагностичні, психокорекційні, психолого-педагогічні, психолого-вікові аспекти.

У переважній більшості наукових трактувань суїциду так чи інакше повторюються визначення, які дали цьому феномену А. Бергман та Е. Дюркгейм. Суїцид, згідно з визначенням А. Бергмана в «Американській енциклопедії», – це навмисне самопошкодження зі смертельним кінцем. Суїцид є виключно людський акт, притаманний усім культурам. Е. Дюркгейм називає суїцидом будь-який смертельний випадок, який прямо або непрямо походить від позитивного або негативного акту, здійсненого самою жертвою, котра наперед знала про можливі наслідки цього вчинку.

Відмінність самогубства від спроби самогубства Е. Дюркгейм вбачав у припиненні самовбивчого акту, перш ніж настає смерть. Він вважав, що від власне суїциду не так вже й відрізняються вчинки, у яких люди ризикують життям у різних ситуаціях: при актах хоробрості й самопожертви задля порятунку інших; у небезпечних заняттях, ризикованих видах спорту, де є гра зі смертю з прагненням її уникнути; при надмірному виснаженні себе працею, при недбалому ставленні до свого здоров’я, цілковитій відсутності турботи про нього, при зловживанні алкоголем, тютюном, наркотиками, сексом, легковажному нехтуванні небезпекою тощо.

Проте між ситуацією власне самогубства й тими вчинками, які відзначає Е. Дюркгейм (крім свідомого жертвування своїм життям задля порятунку інших), відмінність велика, істотна. В них – суттєво відмінна мотивація, а саме: зміст мотивації вчинку визначає основний зміст, спрямованість вчинкової ситуації. Отож, якщо власна смерть не є свідомо визначеним мотивом, який спрямовує вчинок суб'єкта, то такий вчинок не є суїцидом, навіть якщо він закінчився смертю суб'єкта і суб'єкт знав про те, що його вчинок, поведінка – небезпечні, загрозливі для життя.

У суїциді вмотивована суб'єктом власна смерть є засобом, за допомогою якого суб'єкт досягає якоїсь мети. Отже, психологічно суїцид – це насамперед вмотивований суб'єктом засіб досягнення якоїсь бажаної для нього мети, яка відповідає його нагальним потребам.

Ні людина, яка героїчно ризикує своїм життям заради якоїсь високої мети, ні та, що одержує задоволення від «гри зі смертю» в небезпечних хеппенінгах, ні залежна від наркотиків, алкоголю, тютюну, ні апатичний суб'єкт, який не дбає про своє здоров'я, ні трудоголік, що виснажує себе надмірною працею, ні легковажний шалапут не спрямовують свої вчинки, поведінку на смерть, не прагнуть до неї цілеспрямовано, вона не є ні засобом, ні метою їхньої ризикованої поведінки.

### *Неусвідомлюване самогубство*

Є дослідники, які намагаються тлумачити таку ризиковану поведінку, як вияв неусвідомлюваного прагнення до смерті, через посилену дію Танатоса. Танатос, або Мортідо, за З. Фройдом, – інстинкт смерті, який разом з інстинктом життя Лібідо є джерелом психічної енергії. Основа енергії – насолода, задоволення. Обидва ці інстинкти керуються «принципом задоволення» – задоволення потягів, які утворюють ці інстинкти, дають вдоволення, насолоду. Одним із потягів у структурі інстинкту смерті – Танатоса є самознищення, що позбавляє від тягаря життя, від тих мордуючих, нестерпно важких обов'язків, які мусить виконувати людина, і цим через це отримує хоч недовготривале, але сильне задоволення.

Деякі з лібідозних і танатосних потягів людини суспільство не приймає, засуджує, застосовує до їх виявів різноманітні каральні санкції. Серед таких потягів – самознищення. Цей потяг настільки неприйнятний, жахаючий, принаймні в межах християнського світу, що нерідко людина не здатна сама собі зізнатися в його наявності у своїй психіці, щоб не зруйнувати свою самооцінку, що потягне за собою особистісні й суспільні руйнації. В результаті цей потяг механізмами психологічного захисту витісняється у несвідому сферу психіки особистості, звідки й виявляється у небезпечній для здоров'я і життя, ризикованій поведінці, окремих вчинках.

Проте все це – на рівні гіпотез, припущень, які поки що не знайшли ґрунтовного наукового підтвердження. Цілком імовірно, що в деяких випадках бажання власної смерті не усвідомлюване суб'єктом і не постає в його свідомості як мотив, а виявляється лиш як легковажність та ризикованість. Виявити такі неусвідомлювані мотиви можна лише за допомогою психоаналітичних методів, і тільки тоді, коли неусвідомлювані суїцидальні мотиви виявлені, є підстави називати таку ризиковану, легковажну чи залежну поведінку суїцидом чи "непрямим суїцидом", як її називають деякі автори.

### *Ризикована гра і ризикована безпечність*

*Трансцендери* – люди, які ігнорують смерть, грають з нею, можуть керуватися гонором суперменства, який емоційно живиться захватом, захопленням, зачудуванням, повагою інших, самозахопленням і самоповагою. Це може бути також «пекельна насолода» від жаху – є люди, які отримують велике задоволення від екстремальних умов, що викликають страх. Можливо, так влаштовані у їх мізках зони «Раю» і «Пекла» – «Рай» у них збуджується і дає насолоду опосередковано через збудження "Пекла".

Апатичним, безпечним, легковажним, залежним від своїх шкідливих звичок може не вистачати волі, організованості, яких вимагають великі зусилля, необхідні для оздоровлення свого способу життя. Вони й хотіли б, але не можуть – бар'єри, що стоять перед ними на цьому шляху, для них нездоланні.

Якщо поведінку, вчинки таких осіб утотожнювати з самогубством у строгому специфічному відрізняючому (differentia spesifica) значенні цього терміна, то врешті-решт доведеться зробити висновок, що будь-яка поведінка, всілякий вчинок суб'єкта, які призвели до його смерті або завдали шкоди його здоров'ю, є самогубством. Напевно, ризиковану поведінку трансцендерів, апатичних, безпечних і легковажних осіб, "шалапутів" слід називати відповідно до її психологічної сутності: 1) ризикованою грою; 2) ризикованою безпечністю.

Ризикованій грі та ризикованій безпечності сприяють алкоголь, наркотики та інші психоделічні речовини. Наприклад, суб'єкти загинули тому, що перший у стані алкогольного сп'яніння перелазив з балкона на балкон на 9-му поверсі, другий гнав авто гірською дорогою, третій стрибнув з високого моста «ластівкою» у недостатньо глибоку річку, четвертий грався з гранатою. Все це – нещасні випадки, хоча за кожним з них може стояти і замаскований під нещасний випадок суїцид і неусвідомлюване прагнення до самогубства. Проте якщо немає достатніх підстав для суїцидальних версій, то й немає жодних психологічних підстав для зближення таких вчинків із самогубством.

Мотив такого маскування суб'єктом власного суїциду – прагнення відвести тягар суспільного неприйняття, несхвалення, осуду, ганьби від своїх рідних і від свого імені, пам'яті про себе. Під нещасні випадки, як і під самогубства, злочинці можуть маскувати вбивства. Такі випадки у компетенції правоохоронних органів.

***Психопатологічне і афективно-невропатичне самогубство***

У стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння, психоделічного отруєння порушується психічна діяльність суб'єкта щодо адекватності раціонального осмислення ситуації, в якій він перебуває, та емоційних реакцій на цю ситуацію і своєї поведінки в ній. Тобто його психіка перебуває в запамороченому стані, котрий може призвести як до нещасного випадку, на кшталт наведених прикладів, так і до самогубства. Чимало самогубств здійснюються у стані алкогольного сп'яніння.

Інакше як тимчасовим запамороченням не можна пояснити й ситуації, в яких людину раптом нездоланно, нестримно тягне стрибнути у прірву, кинутись у вогонь чи у воду.

Існує думка, що всілякий суїцид вчиняється в стані постійного запаморочення а, отже, є психопатологічним явищем. Однак ця позиція не може бути остаточно прийнятою чи відхиленою, поки не будуть виразно окреслені, чітко визначені межі, відмінності (differentia spesifica) між психопатологією і психічною нормою. Поки що наука не може зробити це.

Сьогодні гуманістична психологія керується тим, що людину слід вважати психічно здоровою і здатною усвідомлювати свої дії та управляти ними, поки протилежне не буде доведене. Неспростовними аргументами такого доведення є, насамперед, помітні порушення когнітивної (пізнавальної) сфери психіки особистості – відчуттів, сприймання, уявлення, мислення. Замість реальних образів, адекватного осмислення навколишньої дійсності у психіці суб'єкта домінують галюцинації – уявні, фантазійні образи та судження, які сам суб'єкт приймає за єдину реальну дійсність, – від галюцинаторних відчуттів, сприймань, голосів, які звертаються до суб'єкта ззовні або зсередини його психіки, звинувачують його, наказують йому робити щось, до цілісної галюцинаторної картини світу.

Це також патологічно неадекватні емоційні стани: негативно забарвлені, депресивні, коли суб'єкту вельми кепсько, він почувається великим грішником, злочинцем, яким насправді не є, і прагне "справедливо" покарати себе. Позитивно забарвлені, так звані маніакальні стани, коли на фоні надмірного запального збудження все сприймається суб'єктом з абсолютно безтурботною величезною радістю, що унеможливлює адекватну орієнтацію у життєвих ситуаціях і відповідну адекватну поведінку. Такі психічні розлади – у компетенції великої психіатрії.

Самогубства, вчинені в таких станах, є психопатологічними. Наприклад, – «імперативний», наказовий «голос» звелів зробити те, що призводить до загибелі, або патологічні самозвинувачення дійшли до внесення вироку на кшталт: «звільнити світ від своєї мерзоти». Чи, скажімо, суб'єкт сприйняв відчинене вікно на висотному поверсі як двері в коридор і вийшов через ці «двері», або ж – «вилетів» через вікно, бо уявив себе Аріелем, що вміє літати. Останні дві ситуації психологічно взагалі не є самогубством, оскільки жертви не йдуть, хай

хворобливо, галюцинаторно, але усвідомлено, до смерті. Вони й гадки не мали про смерть. Це – нещасні випадки.

Психічно хворі чинять суїциди і в станах ремісії, послаблення патологічних симптомів їх хвороби, коли вони більшою чи меншою мірою адекватні і здатні частково усвідомлювати своє становище. Розуміння серйозності свого розладу і страх перед неминучими загостреннями, ускладненнями, психічною деградацією може призвести таку людину до самогубства, мета якого – захистити себе і своїх близьких від майбутніх страждань, від нестерпного тягаря своєї хвороби.

Прихильники психопатологічної концепції суїциду вважають, що людина здатна вкоротити собі життя тільки в стані безумства, тобто що всі суїциденти – психічно хворі, охоплені манією самознищення. У вітчизняних публікаціях можна зустріти твердження, що приблизно у 90 % самогубців на момент вчинення суїцидального акту не були виявлені психічні захворювання. Виникає запитання: якщо вони не виявлені, то що є підставою для припущень про їх наявність?

Прихильники протилежної точки зору заперечували всеохопну зумовленість самогубства душевною хворобою. Вони вважали, що за певних умов не лише хворі, хворобливі, а й здорові душі, цілком нормальні за своїми емоційними та іншими психічними якостями можуть стати суїцидентами, незалежно від стану свого здоров'я, розумових здібностей, умов життя. Сьогодні встановлено, що тільки 25–30 % суїцидентів на момент вчинення самогубства безперечно страждають психічними захворюваннями.

Умови, що стимулюють суїцид, спричиняють насамперед афектацію, невротизацію, психопатизацію та інші невротичні розлади, які перебувають у сфері компетенції так званої малої психіатрії. Свідомість особистості, її когнітивна сфера (відчуття, сприймання, уява, мислення) при таких розладах залишаються в межах норми. Вона адекватно відображає навколишню реальність. Змінюється лише афективне, емоційне ставлення до цієї реальності і до самої себе та поведінка, зокрема, самоорганізація, самоконтроль, вольова регуляція. Серед таких розладів значне місце посідають неврастенії. Неврастенія

загалом являє собою хворобливу вразливість, важкі, болісні для неврастеніка емоційні реакції на життєві колізії. Неврастенік зазнає прикрих відчуттів, душевного болю від всілякого відносно відчутного враження. Будь-які зусилля є для нього обтяжливими, важкими психологічно, жахаючими. Е. Дюркгейм порівняв нервову систему неврастеніка з тендітною мембраною, яка болісно здригається від найменшого дотику. Якщо неврастенічній особі не вдається якимось способом більш-менш надійно захиститися від чинників, що завдають їй болю, вона вчинить суїцид.

Видатний психіатр А. Ганнушкін мав рацію, коли стверджував, що XX століттю притаманна тенденція переважаючого поширення у психіці людей різних неврозів, психопатій, станів, які межують між психопатологією і нормою.

Отже, припущення, що на момент вчинення самогубства суїциденти перебувають у стані афективно-невротичного розладу того чи іншого змісту і глибини, є цілком імовірним. Проте не всі особи, які страждають від таких розладів, чинять самогубство, роблять суїцидальні спроби і навіть задумуються про можливість такого акту. Ще Е. Дюркгейм показав, що немає жодного безпосереднього зв'язку між поширенням неврастенії й рейтингом суїциду. Нерідко буває навіть і так, що вони зростають у протилежних пропорціях і одне з них сягає свого мінімуму саме тоді і в тій місцевості, у якій друге досягає максимуму.

*Е. Дюркгейм навів класифікацію самогубств, котрі вчинюються психічно хворими людьми*. З цією класифікацією загалом можна погодитись:

**1. Маніакальне самогубство**. Притаманне особам, охопленим галюцинаціями або маячними ідеями. Хворий убиває себе, щоб уникнути уявної небезпеки чи ганьби, або ж діє, підкоряючись наказу «зверху». Суїцидальні акти відбуваються з карколомною швидкістю у хворобливому вихорі суперечливих думок та почуттів.

**2. Самогубство меланхоліків.** Виникає в осіб, які перебувають в стані великого занепаду духу, глибочезної скорботи, гіпертрофованих докорів совісті, суму, журби. В такому стані людина не здатна цілком

здраво визначити своє ставлення до інших та предметів і ставлення інших до неї. Її не приваблюють ніякі задоволення, все постає у чорному забарвленні. Життя сприймається як дуже стомливе, обтяжливе і абсолютно безрадісне або як безнадійно нудне. Якщо цей стан не покидає хворого ні на мить, у нього прокидається несвідома думка про самогубство як про засіб уникнення страждань.

**3. Самогубство охоплених нав'язливими ідеями**. В цьому стані суїцидальний акт не зумовлюється жодними реальними чи уявними мотивами, а тільки нав'язливою думкою про смерть, яка без всілякої видимої причини оволодіває свідомістю хворого. Він одержимий бажанням знищити себе, хоча добре розуміє, що у нього немає ніяких вагомих приводів для цього. Ця нав'язлива манія не підпорядковується ніяким раціональним розмірковуванням, логіці, здоровому глузду.

**4. Автоматичне чи імпульсивне самогубство.** Також мало раціонально мотивоване. Ні реально, ні в уявленні хворого для нього немає жодних підстав. Відмінність цього самогубства від попереднього полягає в тому, що воно не є результатом нав'язливої ідеї, яка більшменш довго переслідує хворого і лиш поступово оволодіває його волею. Автоматичне самогубство виникає з раптового і нездоланного імпульсу, який миттєво полонить свідомість, почуття, волю. Зазвичай цей імпульс стимулює вигляд предметів, якими можна себе вбити, в тому числі прірви, водної стихії.

Цю класифікацію можна уточнювати, доповнювати, але основний її зміст не змінюється, що засвідчують дослідження, які проводились у різних країнах протягом століття, що минуло з часу її створення. На перший і другий види цієї класифікації припадають 25–30 % від загального числа самогубств. Ми припускаємо, що самогубства охоплених нав'язливими ідеями та автоматичні самогубства є результатом «прориву» з несвідомої сфери психіки особистості витіснених туди гіпертрофованих танатосних потягів. Усі інші, ймовірно, пов'язані з афективно-невротичними розладами, про які йшлося, і повинні бути кваліфіковані як здійснені загалом психічно нормальними людьми. Можливо, подальші поглиблені дослідження суїцидальної проблематики внесуть якісь істотні зміни у це твердження, але поки що вагомих підстав для таких змін немає.

Отже, психопатологічне самогубство відрізняється від учиненого психічно нормальною людиною тим, що воно є результатом глибоких деформацій у психіці душевно хворого, які знищують здатність його психіки до адекватного відображення життєвої ситуації, в якій він перебуває, і себе в ній, а відтак – до адекватної адаптативної поведінки.

### *Самогубство психічно нормальної людини*

Ми визначаємо суїцид психічно нормальної людини як акт вибору суб'єктом заподіяння собі смерті, що є засобом досягнення якоїсь мети у стані адекватної свідомості й афективно-невротичного збудження.

Суїцидент може виразно не усвідомлювати, не визначитись остаточно, хоче він насправді померти чи ні. Серед таких людей є ті, які в момент суїциду прагнуть будь-якою ціною позбутися наявної ситуації, навіть ціною власного життя, але хотіли б, щоб залишався шанс «переграти» смерть, якщо б ситуація, яка призвела до неї, змінилася на краще. Така амбівалентність у ставленні до власної смерті спричиняє підсвідомий вибір «легких» методів самогубства, які не містять смертельної загрози і можуть бути вчасно помічені оточуючими та перервані ними. Хоча буває і так, що «легкі» методи внаслідок трагічного збігу обставин призводять до смерті, а «серйозні» не закінчуються нею.

Деякі дослідники таку суїцидальну поведінку називають смерть із субнаміром. Суб'єкт, який «заграє» зі смертю з субнаміром, перебуває в стані переляку, розгубленості, відчаю, що паралізує його волю, мужність, терпіння, наполегливість, здоровий глузд, і сприймається ним як нестерпний. В американській суїцидології таку поведінку характеризують як суїцид з амбівалентним ставленням до смерті та сподіванням на шанс чи долю в останньому кроці. Вона виділяється як окремий, другий тип суїцидальної поведінки. Підраховано, що на цей тип припадає приблизно 30 % усіх суїцидальних актів.

Перший тип цієї класифікації характеризується як засіб демонстрації свого дистресу іншим без дійсного бажання вмерти. На цей тип ніби-то припадає приблизно 30 % усіх суїцидальних актів. Третім у цій класифікації стоїть тип суїцидальної поведінки, якому притаманний дійсний намір вбити себе. Дослідники, які створили цю класифікацію

(Н. Фарбероу, Р. Літман), вважають, що на останній тип, який є самогубством у повному розумінні цього слова, припадає лише 3–5 % суїцидальних спроб.

***Демонстративно-шантажна форма суїцидальної поведінки***

Дійсна смерть не є засобом досягнення якоїсь мети. Засобом є імітація заподіяння собі смерті, хоча значна частина таких «імітаторів» сама перебуває в омані свого власного обману. Їх свідомість майже переконана, що чинить правдиве самогубство, а їх несвідоме, якому відкрита правда, не дає насправді його вчинити. Узагальненою метою демонстративно-шантажних форм, демонстрацій свого дистресу без дійсного бажання вмерти є прагнення вплинути на оточуючих, привернути таким способом до себе, своїх проблем, конфліктів їх пильну співчутливу увагу, налякати, застерегти, тобто, це – своєрідна маніпуляція. Слід зауважити, що кваліфікувати суїцидальну поведінку як демонстративно-шантажну можна лише тоді, якщо вона не призвела до летального фіналу і суб'єкт свідчить про свої справжні наміри.

Від демонстративно-шантажних форм слід відрізняти суїциди, які не завершилися смертю внаслідок невправних самовбивчих дій або нерішучості суб'єкта, хоча він справді прагнув померти. Такі незавершені суїциди дають рецидиви, здійснюються повторно аж до летального завершення, що і є неспростовним свідченням щирості намірів їх суб'єктів. Суїцидентів, які так діють, поділяють за особливостями їх прагнення до смерті: 1) воно тривале і стале; 2) короткочасне, але рецидивне, таке, що час від часу повторюється; 3) миттєве, імпульсивне, рецидивне. В зарубіжних і у вітчизняних публікаціях, присвячених проблематиці суїциду, трапляються спроби визначити на основі якихось специфічних особливостей, котрі здаються авторам таких публікацій суттєвими, нові види і типи самогубств. Це, з одного боку, позитивне явище. З іншого, виникає термінологічна плутанина, коли різними термінами позначаються ті самі за суттєвим змістом феномени, а схожими – різні.

Так, *виділяють*: непрямий, напівнавмисний, напівпереднавмисний суїциди, суїцидальний еквівалент, незавершений суїцид, парасуїцид (Н. Крайтман), можливий суїцид, суїцидну гру, провокацію агресії на

себе (К. Норрінгер); серйозні та несерйозні суїциди (А. Розен); субсуїцидні феномени (К. Меннінгер) і т.ін.

Проте всі ці та інші суїцидні феномени, виділені дослідниками, так чи інакше вписуються в охарактеризовані тут види і типи суїцидів та суїцидо-подібних вчинків. Тому немає сенсу розкривати зміст усіх таких термінів.

### *Внутрішні і зовнішні форми суїцидальної поведінки*

*Внутрішні форми суїцидальної поведінки містять* суїцидальні думки, уявлення, емоційні переживання, задуми, наміри.

**Суїцидальні думки** – це міркування суб'єкта про відсутність цінності і смислу життя, обґрунтування доцільності, необхідності власної смерті, мисленнєве зважування на основі активного функціонування уяви шляхів, засобів самогубства.

**Суїцидальні задуми** є тенденцією від віртуального, уявного до дієвого суїциду.

**Суїцидальні наміри** являють собою утворення вольового рішення на основі задумів, що безпосередньо спонукає до дії.

*Зовнішні форми суїцидальної поведінки включають* суїцидальні спроби і завершені суїциди.

**Суїцидальна спроба** – це цілеспрямоване оперування засобами самогубства, яке внаслідок тих чи інших причин не закінчуються летально, смертю.

Особи, яким не вдався **завершений суїцид,** здебільшого говорять, що шкодують про вчинене. Проте частота самогубств серед них протягом наступних після спроби 12 місяців приблизно в 100 разів вища, ніж у загальній популяції.

Понад дві третини осіб, які вчиняють завершений суїцид, якось сигналізують про свій намір. Переважно це завуальовані або відкриті розмови про самогубство, про своє бажання відпочити від "поганого" життя, про свою нікчемність, безпорадність, безнадійне становище, це також смакування суїцидальних і некрофільних сюжетів із художніх творів і повідомлень у засобах масової інформації. Отже, завершене самогубство є переважно заздалегідь задуманим актом.

Хоча особи, які готують суїцид, і виявляють свої внутрішні наміри відповідними висловлюваннями, водночас переважна більшість із них ретельно вибирає усамітнене місце, час, коли імовірність перешкоди є мінімальною, убезпечується від того, що могло завадити здійсненню задуму.

*Способи самогубства*

Суїциденти йдуть з життя різними способами. Помічено стійкі, переважаючі тенденції у виборі тих чи інших способів самогубства в різних країнах. У загальносвітовому масштабі і, зокрема, в Україні та в Росії найбільш поширеним є повішення. В більшості країн часто застосовується також чадний газ. У США приблизно 60 % самогубців вкорочують собі віку за допомогою вогнепальної зброї. Це пов'язано з тим, що в США вогнепальна зброя легкодоступна, а смерть від неї – миттєва, отже, безболісна. В Канаді, де вогнепальна зброя менш доступна, від неї гинуть приблизно 40 % самогубців. Отруєння, переважно за допомогою передозування лікарських засобів, становить у США і в Канаді приблизно однаковий відсоток суїцидів – по 18 %. В Англії від цього засобу самогубства гинуть дві третини жінок і одна третина чоловіків. Самогубці-фіни переважно топляться, сінгапурці – стрибають з висоти.

## 1.3. Соціальні фактори мотивації суїцидальної поведінки

***Групова згуртованість як чинник, що впливає на суїцидальність***

Неперевершена до цього часу соціологічна теорія самогубства створена наприкінці XIX ст. Е. Дюркгеймом. Переважна більшість її положень гідно витримала перевірку часом і наприкінці XX – на початку XXI століть знайшла більш інтенсивне ефективне застосування, ніж у час своєї появи. Ключова ідея цієї теорії полягає в тому, що суттєвим визначальним фактором суїцидальної поведінки є характер інтегруючих зв'язків особистості з суспільством. Ця ідея ґрунтується на бездоганному соціологічному аналізі рейтингів суїциду у різних країнах. Особа може бути повністю, цілковито інтегрована в соціальні групи, до яких вона належить; неповністю, недостатньо

інтегрована в них; перебувати в стані всіляких порушень та невизначеності щодо інтеграції з групами, в які вона входить. Рівень інтегрованості і рівень суїцидальності перебувають у зворотно-пропорційній залежності.

Е. Дюркгейм вважає, що в кожному суспільстві існує нахил суїциду, який визначається контингентом осіб, схильних до посягань на власне життя. Завдяки новітнім нейробіохімічним дослідженням у галузі суїцидології, основні результати яких наведено у попередньому розділі, можна констатувати, що в основі такої схильності лежать генетично закладені особливості перебігу деяких важливих біохімічних реакцій переважно у головному мозку. Від певних особливостей соціальних умов залежить, якою мірою реалізуватиметься ця схильність.

Зауважимо, йдеться про стан суспільної організації, який загалом впливає на рейтинг самогубств, а не про те, щоб зробити якомога повніший перелік суспільних чинників та їх поєднань, що можуть спричинити і стимулювати самогубство. Виявлення і вивчення усіх таких чинників та їх поєднань забезпечує соціально-психологічний підхід у суїцидології.

Інакше кажучи, особи, схильні до суїциду, загалом не зазнають більше негараздів, ніж інші у їх популяції. Вони гірше, ніж інші, здатні долати негаразди, вирішувати життєві проблеми. На думку Е. Дюркгейма, одні суб'єкти можуть підставляти чоло найстрашнішому лихові, а інші накладають на себе руки від найдрібніших прикрощів. Втрата сім'ї, погані родинні стосунки, негідне поводження з дітьми, ображена гідність, страх покарання за зло, хвороби, докори совісті, навіть зловживання алкоголем і наркотиками і т. ін., з чим живуть, борються і навіть гадки не мають про те, щоб вкоротити життя дуже багато людей, не є безпосередніми чинниками самогубств. Це – лише стимули, які діють опосередковано через особистісну схильність, генетично закладену в особливостях біохімічних процесів і суб'єктивно відчутну у нестерпних негативно забарвлених емоційних станах. Однак є суспільні явища, які протидіють суїцидальності, і є такі, що їй сприяють. Такі явища помітно впливають на рейтинги, статистичні відсотки самогубств. Сприятливі – стимулюють суїцидальну поведін-

ку тих осіб, які за інших суспільних умов не стали б суїцидентами. Саме такі суспільні явища ґрунтовно дослідив Е. Дюркгейм.

Загальний висновок Е. Дюркгейма такий: суїцид розвивається у зворотній пропорції до ступеня згуртованості суспільних груп, членами яких є індивіди, у котрих може виникнути суїцидальність.

Стосовно групи, з якою особистість інтегрована на рівні своїх інтимних емоційних переживань, світоглядних диспозицій (особистісних відношень до світу і до себе), у неї формується почуття обов'язку, відповідальності, схильність до самовідданого служіння тощо. Якщо група, в яку індивід інтегрований на такому глибинному рівні, засуджує самогубців, він максимально довго відповідно до своїх особистісних особливостей терпітиме негаразди власного існування, не знехтує її інтересами заради власного, суто егоїстичного прагнення позбутись обтяжливого, нестерпного існування.

Отож, суїцид розвивається в зворотній пропорції до ступеня згуртованості, насамперед: релігійного, сімейного, політичного середовища; і, додамо, на підставі модерних етнопсихологічних досліджень до середовищ, названих Е. Дюркгеймом, ще й етнокультурне. Етнічна інтеграція, глибинною основою якої є так зване почуття етнічної ідентичності, стрижень якого – любов до нації, є однією з найглибших, найінтимніших.

### *Соціальні засади мотивації егоцентричного самогубства*

Слабка інтегрованість у соціумі, ідентифікація з групами є індивідуальною автономією, індивідуалізмом, що сприяє егоїзму. Згідно з висновками гуманістичного напряму у психології, людина не може оптимально існувати, гармонійно розвиватись, оптимістично почуватись, якщо вона на рівні своїх інтимних емоційних переживань, світоглядних диспозицій не самоутотожнена, не долучена до когось, хто у її власній свідомості значно перевершує її саму в її існуванні як індивіда. Тільки через таке долучення, самоутотожнення може життєдайно для особистості вирішуватися фундаментальне екзистенціальне питання, основна проблема людини – смертність.

Якщо смерть – остаточний фінал для кожного, то раніше чи пізніше – немає великого значення. Земні приємності, насолоди є

вагомим сенсом жити якомога довше. А якщо їх стає все менше, і навіть те, що раніше тішило, втрачає цю здатність, натомість наростають страждання, життя втрачає сенс, коли воно не має вищих смислів поза самим індивідом, його індивідуальним буттям. Страждати і чекати без надії на радикальне полегшення в такій ситуації немає смислу. Егоїстична логіка підказує вихід – самогубство. Слід зауважити, що такий стан може викликати відчуття приємності болісного чару, меланхолій.

Якщо ж після власної смерті особистості залишається жити те, що є для неї вищим, безмежно дорогим, священним, то й її існування, сповнене страждань, яке, однак, є потрібним, корисним цьому вищому, набуває для неї високого сенсу, є суб'єктивно відповідальним, самовідданим служінням, турботою, дієвим виявом любові. Це – психологія альтруїзму, яка випливає з інтеграції-ідентифікації особи з таким для неї вищим, безмежно дорогим.

Фізичному індивіду важко сформувати ставлення до себе, до свого кінцевого земного життя як до самодостатньої мети свого існування – воно надто мізерне, ефемерне як смисложиттєва основа буття.

З позиції інтегровано-альтруїстичної мотивації, з одного боку, та окремішно-егоїстичної, з іншого, стає більш зрозумілим, чому релігійна інтеграція-ідентифікація є найбільш потужною загалом і як антисуїцидальний соціальний фактор зокрема. Релігія не лише надає найвищого сенсу земному життю людини, як створеному Богом для служіння абсолютним істинам, тощо, а й обіцяє особистісне, вічне блаженство кожному, хто гідно вірив і служив. Усе це за наявності віри – надпотужний антисуїцидальний чинник.

Показовою є помітна різниця у рейтингу суїциду переважно протестантських країн (США, Німеччина та ін.), з одного боку, і переважно католицьких – з іншого (Іспанія, Італія та ін.). На думку Е. Дюркгейма, це пов'язано з вищим степенем інтеграцій з релігійною громадою католицької церкви, що виявляється і в контролі церкви за приватним життям, інтимними переживаннями своїх вірних. Можна додати й інтенсивний вплив на емоційні основи ідентифікації особистості з церквою посередництвом сильних, естетично насичених, вражаючих уяву ритуалів, містичних дійств, святих місць, масових

богослужінь. Протестантизм заснований на індивідуальній вірі, на особистісному контакті з Богом, що не сприяє беззастережній емоційній інтеграції з церквою і в разі виникнення егоїстичних, у тому числі суїцидальних тенденцій, гальмує їх не так інтенсивно. В останні десятиліття рейтинг суїциду росте і в багатьох католицьких країнах, і в Ізраїлі, де панує іудаїзм, якому попри споконвічну потужну інтеграцію властивий ще й фаталізм (віра у фатум, долю і в невтручання в перебіг подій, визначених нею). Вочевидь, що це пов'язано з втратою живої віри і зв'язків з церквою, релігійною громадою багатьох громадян цих країн.

Інтеграція з групою може ґрунтуватися не лише на емоційній прихильності, а й на страху перед санкціями, яких зазнають ті члени групи, котрі не дотримуються її імперативів (вимог), порушують закони, моральні норми, традиції. Якщо така група вживає правові, матеріальні, моральні санкції за самогубство стосовно родини небіжчика (позбавлення майна, якихось прав, привілеїв, глум, відчуження тощо), і потенційний суїцидент боїться таких санкцій, то це свідчить про його емоційну інтеграцію з родиною. Якщо ж він інтегрований з групою, механізмами "раціоналізації" та "ідентифікації з агресором" (за З. Фройдом), то його інтеграція має несвідомо-конформістський і садистсько-мазохістський характер.

*Раціоналізація* – це загалом самообман, виправдовування і схвалення суб'єктом насамперед для самого себе, позицій, лінії діяльності авторитарної групи, щоб зняти з себе тягар необхідності виступати всупереч їй в разі незгоди з нею і через це втрачати захищеність, зазнавати санкцій, відчужуватися від неї тощо. Сам суб'єкт не усвідомлює, що чинить самообман. Його пристосовництво до групи (конформізм) шляхом раціоналізації є неусвідомленим. *Ідентифікація з агресором* – найвищий рівень раціоналізації, на якому суб'єкт не лише виправдовує і схвалює дії групи, навіть вкрай жорстокі та несправедливі, а й зазнає внутрішнього емоційного вдоволення від всілякої діяльності групи. Психологічно таке вдоволення має садистсько-мазохістський характер. Нагадаємо, що в широкому розумінні цих термінів садизм загалом – емоційне задоволення, яке суб'єкт-садист одержує від страждань, котрих прямо чи опосередковано через

свою групу завдає іншим. Мазохізм – задоволення від страждань, яких суб'єкт-мазохіст зазнає сам, особливо від «своїх».

Несвідомо-конформістська, «раціоналізована», садистсько-мазохістська ідентифікація-інтеграція з групою може бути сильним антисуїцидальним чинником, якщо група негативно ставиться до самогубств своїх членів. Такому суб'єкту дуже важко знайти в собі психічну потугу, щоб вчинити не як частинка групи, а як автономний, супротивний групі індивід.

Слабо суспільно-інтегрований індивідуаліст, охоплений розчаруваннями, втрачанням здатності насолоджуватися життям, неприємними враженнями, стражданнями тощо, впадає у сумну, ліниву, меланхолійну знемогу, нехіть і байдужість, жаліє себе. У освічених, інтелектуальних суб'єктів у такій ситуації нерідко виникають: філософськи-скептична, пересичена, холодна іронія, дратівливий скепсис, всеохоплююча відраза, огида без загалом стенічних, стимулюючих до дій, до життя емоцій – ненависті, люті, понурої втіхи від того, що все так погано. Врешті-решт все це стає невідступно-нестерпним, і суб'єкт, щоб раз і назавжди позбутися цього, вчиняє самогубство, яке Е. Дюркгейм назвав егоїстичним.

### *Соціальні засади мотивації альтруїстичного самогубства*

Альтруїстичний суїцид, за Е. Дюркгеймом, також пов'язаний із соціальною інтеграцією. Якщо егоїстичне самогубство виникає під впливом відсутності сенсу життя, то альтруїстичне самогубство походить від сенсу, котрий має існування груп, суспільства, з якими інтегрований, ідентифікований індивід. Альтруїстичний суїцид загалом – це самопожертва задля захисту інтересів своєї групи. Виразний приклад – японські пілоти-камікадзе, які наприкінці світової війни спрямовували свої літаки на ворожі літаки і так гинули.

Деякі дослідники стверджують, що такий героїчний, жертовний, альтруїстичний суїцид уможливлюється в стані стенічного афекту і звуження свідомості. Можливо, що під час самого альтруїстичного суїцидального вчинку стан психіки його суб'єкта дійсно такий. Хоча, хто це може достеменно знати, крім людини, яка здійснювала такий вчинок, але залишилася жива? Проте цілком звести альтруїстичне

самогубство до хворобливого стану психіки не вдається вже тому, що здебільшого йому передує тривале духовне становлення психічно сильної особистості, її глибока ідентифікація з групою, емоційно та раціонально виважений духовно-ціннісний смисложиттєвий вибір. Самопожертва – лиш якийсь піковий момент такого життєвого шляху. Скажімо, прагнення свободи, справедливості, честі для своєї групи переважає страх неминучої смерті від руки ката чи від своєї власної, як-от у тих альтруїстичних самогубців, що привселюдно спалюють себе, відмовляються від їжі.

Можна зауважити, що в таких ситуаціях хворобливо марнославна особа прагне лаврів мученика. Однак і це не змінює психологічне ядро героїчної альтруїстичної мотивації, адже ці лаври самогубець залишає групі, ставлення якої до нього для нього дорожче, ніж власне фізичне існування. Це нехай і марнославний якоюсь мірою, але альтруїстичний героїзм.

Можливе і конформістське, мазохістське альтруїстичне самогубство зі страху перед групою, її осудом, санкціями. Осуд і санкції в такому разі виявляються страшнішими, ніж принесення в жертву групі свого життя та схвалення і захоплення групи.

Деспотичне, репресивне, грубе суспільство вимагає від своїх членів повного самозречення, надальтруїзму. Своєю брутальною жорстокістю воно жахає, і цей жах «забиває» психіку, робить її нечутливою до голосу індивідуалізму і, навпаки, відкритою суспільним навіюванням, у тому числі й тим, що орієнтують на беззастережне принесення в жертву свого життя, на зразок: «смело мы в бой пойдем за власть советов, и как один умрем в борьбе за это».

Неможливо тепер визначити, чого було більше – любові до Батьківщини чи конформізму, навіяності, емоційного зараження у вражаючому масовому самогубстві, яке вчинили у 73 р. нової ери 960 євреїв у Масаді (Ізраїль) на знак протесту проти римського поневолення.

Демократичне суспільство звільняє особистість від репресивного стану, що пробуджує не лише моральність, одухотворену високими цінностями особистісну відповідальність, свободу думки і вчинку, а й егоїстичні тенденції, маргінальний індивідуалізм. Воно також робить

витонченою, вразливою, делікатною нервову систему і психіку індивіда. З поєднання егоїзму та психічної вразливості випливає не лише егоїстична суїцидальна поведінка, а й суїцид, який Е. Дюркгейм назвав анемічним.

### *Соціальні засади мотивації анемічного суїциду*

Ще один вид суїциду, визначений Е. Дюркгеймом, який пов'язаний з особливостями суспільних умов – анемічний (анемія означає знемога).

Занепад суспільства, деструктивні процеси в ньому так чи інакше стосуються кожного його члена. У психіці індивіда суспільні деструкції відображаються муками, стражданнями, болем, які трансформуються в стани розчарування, апатії, тривоги, депресії і т. ін.

Суспільний занепад призводить до послаблення і руйнації суспільних зв'язків, що багатьма свідомо і несвідомо сприймається як руйнування їх особистісних зв'язків із життям загалом. Основною серед таких руйнацій є декласування – переважна більшість опиняється в гіршому соціально-економічному становищі. Стара соціальна градація зазнає краху, а нова ще тільки формується. Суспільні сили вивільнилися від колишньої зав'язаності в суспільну стратифікацію, але ще дуже далекі від того, щоб ефективно влитися в нові суспільні функціональні структури. Отже, їх суспільна вартість невизначена, що виявляється й у недооцінці професійних знань, умінь, обдарованості, таланту, у нехтуванні ними. А відтак, аморфними стають уявлення про справедливість-несправедливість, правильне-неправильне, моральне-аморальне, законне-незаконне, можливе-неможливе. Відсутнє суспільне регулювання, яке викликало б почуття морального вдоволення, справедливості, захищеності. Е. Дюркгейм назвав такий стан суспільства анемією.

Вочевидь, що наше українське суспільство вже багато років перебуває в стані глибокої анемії.

Найболючіше анемія б'є по тих, хто в попередньому, зруйнованому ладі мав високий статус і статки, а в новому втратив їх. Зі зростанням статусу і заможності ростуть почування власних можливостей, сили, потужності, наснаги, суспільної активності. Чим менш

обмеженою у своїх можливостях почувається людина, тим важчі для неї соціальні втрати, обмеження, утиски. Адже суспільно успішна людина не просто фаталістично очікувала кращого у майбутньому, а активно працювала для цього. Крах надій породжує фрустрацію – відчай, розпач, дратівливу відразу, які виливаються у розлючені, цинічні прокляття, блюзнірство на адресу життя загалом як безглуздого, жорстокого, підступного, болісного "хреста". Болісне життя стає нестерпним, людина вкорочує собі віку.

Такий анемічний болісний стан і суїцид виникають і в загалом неанемічному, впорядкованому і динамічному суспільстві. Скажімо, індивід постійно, наполегливо прагне до перевершення своїх соціально-статусних і матеріальних здобутків – кар'єри, визнання, грошей. У цьому – сенс його життя, єдиний «ідол», якому він служить. Високі духовно-моральні ціннісні орієнтації в кращому випадку – на задньому плані. А відтак у його експансивному "ідолослужінні" немає міри, поміркованості, стриманості. Він емоційно підживлює свою життєву наснагу сильними зовнішніми збудниками, враженнями, розвагами, які може собі дозволити завдяки високим статкам і статусу. Зустріч з непереборними перепонами на шляху цієї експансії – з об'єктивними, які виникли внаслідок збігу несприятливих обставин, так і суб'єктивними, що утворились із завищеної самооцінки та непомірних зазіхань, спричиняє анемічну фрустрацію у всій повноті її емоційної палітри. Якщо в душі такого суб'єкта немає правдивої любові, не пробуджується щирий порив до високих духовно-моральних цінностей, анемічний біль може призвести його до суїциду.

Якщо ж такий суб'єкт не зазнав соціального і морального краху, а психічно виснажився своєю непомірною споживацькою активністю і конкурентною боротьбою, його душевні катаклізми, нестерпний психічний біль, через що можуть виникнути суїцидальні настрої, набувають егоїстичного характеру.

Зважаючи на психологічні особливості анемічного самогубства, стає зрозумілішим, як бідність протидіє суїцидальності – вона погамовує експансивно-споживацькі пристрасті, а отже, запобігає краху надій, зазіхань і психічному виснаженню надмірними зовнішніми

збудниками. Отож християнське тлумачення бідності як блага має і антисуїцидальний сенс.

Якщо порівняти егоїстичний і анемічний суїциди у філософсько-психологічному аспекті, то необхідно погодитись із твердженням Е. Дюркгейма, що самогубці обох цих видів потерпають від «хвороби нескінченності». У “егоїстів” ця хвороба породжується надмірним, гіпертрофованим розвитком рефлексуючої свідомості, яка доходить висновку, що життя абсурдне, марне, обтяжливо-нестерпне і вартує лиш того, щоб його припинити. У “анемічних” – надмірно збудженим чуттєвим хотінням, ненаситною хтивістю, яка не задовольняється, що веде до виправдання самознищення підступністю, жорстокістю життя. Е. Дюркгейм зауважив, що в першому мислення зосереджується саме на собі і через те втрачає об’єкт своєї спрямованості, в другому – пристрасті виходять поза всілякі межі і також втрачають свою мету. Перше губиться у нескінченності мрій, друге – у нескінченності бажань.

*Взаємодія суспільної згуртованості і сонячної активності у впливі на суїцидальність*

Космічст А. Чижевський зробив висновок, що організм людини в періоди сезонної сонячної активності активується, що виявляється і в різких та бурхливих емоційних переживаннях. Цим він пояснив шокуючий факт: помітне підвищення суїцидальної активності навесні і на початку літа, коли, здавалось би, природно-кліматичні та економічні умови найменше схиляють до песимізму та самознищення. Однак, тільки крайній, егоїстичний індивідуалізм, на думку А. Чижевського, спричиняє суїцидальну реакцію на сезонну підвищену сонячну активність. У періоди “бурі і натиску”, катаклізмів, коли суспільство консолідується, інтегрується для ефективної боротьби за своє існування, колективна свідомість “з’їдає” егоїстичну індивідуальність, і самогубств стає помітно менше навіть у періоди сонячної активності.

### *Суспільне ставлення до самогубства як фактор суїцидальності*

Як уже зазначалося, суспільне ставлення до самогубства було різним у різних народів і в різні часи. Наприклад, у Стародавньому

Єгипті суїцид був цілком прийнятним останнім засобом позбутися нестерпних умов життя. У Стародавній Індії жінку, яка спалювала себе на ритуальному вогнищі після смерті чоловіка, прославляли. Цей звичай називається саті, його багатовіковий відгомін час від часу чути й сьогодні. З давнини у Японії до альтруїстичного самогубства воїнів ставляться як до проявів високої шляхетності та героїзму. Самогубство було і радикальним засобом позбутися ганьби. Обов'язкове самогубство було карою для тих благородних осіб, які заплямували себе нешляхетними вчинками. Так вони рятували «лице» свого роду і касти, вмираючи не ганебною смертю від меча ката, а від власних рук, що свідчило про благородну мужність і силу духу. Кращим з кращих завжди вважався самурай, здатний зарізати себе навіть від тіні найменшої ганьби. Відбувалися навіть дуелі у формі сеппуку (харакірі). Ці звичаї включали розроблені церемонії, ритуали харакірі (власноручне розтинання своїх нутрощів). Харакірі зазвичай слугувало навіть помстою своєму кривднику.

Востаннє цей звичай виразно виявився під час процедури підписання імператором Японії пакту про беззастережну капітуляцію після поразки у світовій війні – чимало японців зробили собі харакірі. До згадуваних уже пілотів-камікадзе, які наприкінці Другої світової війни спрямовували свої літаки на ворожі кораблі, японське суспільство ставилось як до національних героїв, беззастережно відданих імператору, Японії і японській національній релігії – синтоїзму.

Самогубство воїнів у випадку поразки і, особливо, перспективи потрапити в полон у всіх культурах не засуджується, а здебільшого сприймається шанобливим схваленням і захопленням. Скажімо, іудаїзм завжди категорично забороняв і забороняє суїцид, але наставляє, що єврейський вояк, захоплений ворогом, повинен вбивати себе.

Проте здебільшого суспільне ставлення до самогубств було негативним. Так, у працях великого філософа античної Греції Платона знаходимо суворий осуд суїциду як несприйнятної акції. Жорстокий і цинічний Стародавній Рим заборонив самогубство з суто прагматичних, утилітарних позицій – як даремну втрату рабів, солдатів і селян.

Іслам трактує самогубство як найтяжчий гріх, як спробу видерти свою долю з рук Аллаха. Коран однозначно і рішуче забороняє суїцид.

Однак альтруїстична самопожертва в боротьбі з ворогами, з невірним всіляко заохочується, в тому числі й обіцянкою переміщення в рай відразу після самопожертви. Жахливі приклади цього – в ісламському тероризмі останніх часів.

Християнство рішуче, беззастережно засуджує суїцид як посягання на святість людського життя, що належить Богу – Він його дає і тільки Він його має право забрати. Неприпустимо кидати Богу до ніг його дар. У 4-му столітті ця позиція оформилась ідеологічно, коли Святий Августин визнав суїдид одним із найтяжчих гріхів. У 452 році Арлський Вселенський Собор оголосив самогубство важким злочином, що є результатом сатанинської злоби. Празький собор у 563 р. підтвердив цю позицію і дозволив застосовувати каральні санкції до суїцидентів та їхніх родин. Триденський собор (1568 р.) трактував самогубство як наслідок впадання в гріх зневір'я, відчаю і порушення заповіді «Не убий!», згідно з тлумаченням блаженного Августина. В період середньовіччя Римська католицька церква заборонила ховати самогубців у освяченій землі, тобто на цвинтарях. Цю санкцію прийняли й інші християнські конфесії. Вона не скасована до цього часу християнськими церквами, хоч в абсолютній більшості випадків ця санкція з гуманістичних міркувань порушується.

За згодою християнських церков каральні органи і законодавство нерідко застосовували до суїцидентів вельми суворі покарання. Наприклад, англіканська церква схвалила трактування англійським законодавством самогубства як безбожного діяння, що повинно каратися конфіскацією майна, навіть якщо воно вчинене вочевидь психічно хворою людиною. Такий самий закон діяв і у багатьох штатах Америки, навіть і тоді, коли вони звільнилися від англійського колоніального володіння.

Доба Просвітництва зламала абсолютне і категоричне неприйняття християнським світом самогубства. Поширюються ідеї про право людини на смерть. Першим ідейним натхненником цього зламу став англійський філософ Д. Юм (XVIII ст.). У своєму знаменитому есе «Про самогубство» він із сарказмом показує неможливість здійснення найзаповітнішої, одвічної мрії людини – про свободу у навколишньому світі; її нездоланну залежність від природних і суспільних сил.

Однак, основний пафос есе – право людини прагнути свободи і бути вільним, у тому числі й у виборі смерті, власноручного припинення свого існування. Д. Юм закликає постаратися повернути людям їх вроджену свободу, критично розглянувши всі аргументи проти самогубства і показавши, що це діяння вільне від гріховності і не підлягає осуду.

Самогубство стало предметом серйозного вивчення й обговорення за участю провідних суїцидологів світу під час II Вселенського Собору Католицької церкви (1962–1965). Було зроблено висновок, що в абсолютній більшості випадків самогубство здійснюється людиною у стані серйозного психічного розладу, коли вона вже не здатна до свідомого контролю за своїми вчинками. Отож не можна застосовувати санкції до такої особи, і якщо вона була християнином і жила по-християнськи, то християнське поховання її на цвинтарі за участю священика не забороняється.

Помітний відхід від абсолютного засудження суїциду спостерігається і в протестантських церквах. Вони так чи інакше прислуховуються до позицій, висловлених англіканськими теологами Д. Глетчером і Д. Робінсоном, що питання про самогубство є відкритим, оскільки необхідно враховувати конкретні обставини кожної суїцидної ситуації, унікальність кожного людського взаємовідношення і неповторні особистісні особливості кожного індивіда. Як бачимо, йдеться про пріоритет психологічного підходу до суїциду. Сьогодні домінуючою тенденцією в католицизмі, протестантизмі і в багатьох гілках православ'я є підхід священиків до суїциду не лише із суто богословських, а й з психологічних, психопатологічних, соціально-психологічних позицій.

У православній частині Російської імперії, в яку входила й Україна, самогубство вважалося страшним, «іудовим» гріхом-зрадою Христу. Самогубців, які йшли з життя з цим непокаяним гріхом, не ховали на цвинтарі і не відспівували. Проте російській владі загалом був притаманний зважений і диференційований підхід до суїциду. Закони, які карали суїцидальну поведінку, постійно уточнювались і доповнювались.

До реформ Петра I за це засуджувала тільки церква, жодної карної відповідальності не було. Перші форми світського покарання за

самогубство і спробу самогубства з'явились у військовому статуті Петра I за 1716 рік. Згодом російське законодавство класифікувало два види самогубства: 1) у стані нормальної, адекватної свідомості – передбачалася карна відповідальність; 2) здійснене в стані порушеної, неадекватної свідомості – не каралося. Покарання постійно пом'якшувалися (1845, 1857, 1866, 1888 р.). Не підлягали жодному карному покаранню особи, які свідомо пішли на смерть з патріотичних мотивів, задля збереження державної таємниці, з прагнення зберегти честь чи цноту. Такі самогубці не позбавлялися церковного поховання, всі їхні розпорядження, оформлені юридично, були чинними. Згідно з Карним кодексом 1903 р., самогубство не вважалося злочином. Карна відповідальність передбачалася за доведення до самогубства. Для порівняння, Англія пом'якшила кару за суїцид у 1870 р., а цілком скасувала карну відповідальність за суїцидальну поведінку – у 1961 р. До 1919 р. карне законодавство Нью-Йорка трактувало замах на самогубство як злочин.

В атеїстичній державі СРСР, в яку перетворилася Російська імперія, внаслідок грандіозного соціального катаклізму, поняття гріха в християнському значенні цього слова на рівні правового регулювання та цілеспрямованого формування громадської думки до самогубства не застосовувалося. Згідно зі статтею 148 Карного кодексу від 1922 р., суїцидальна поведінка не вважалася злочином. Покарання передбачалося за доведення до самогубства. Але офіційна ідеологія не визнавала, що в радянської людини можуть бути якісь суб'єктивні причини для вкорочення собі віку, крім, зрозуміло, героїчної самопожертви в боротьбі за ідеали комунізму. Отож, суїцидальна поведінка тлумачилась як соціальна аномалія, що є результатом психопатологічного розладу. Самогубствами займався сектор соціальних аномалій при Центральному статистичному управлінні. Дійсні рейтинги фальсифікувались і замовчувались. Офіційно визнавалася статистика «доведення до самогубства», психопатологічне самогубство. Альтруїстична самопожертва статистично не обліковувалася. Тотальна брехня, на якій засновувався більшовицький лад, панувала і в галузі суїциду.

Природно, що свідоме, інтелектуально зважене самогубство в буржуазному світі загалом і в середовищі російської еміграції розгля-

далось як цілком закономірне явище. Мовляв, реалії буржуазного світу – цинізм, крайній егоїзм, аморалізм, беззастережно жорстока і підступна, оскаженіла боротьба за виживання тощо призводять до втрати людяності, гуманістичних цінностей, а відтак – до загального розчарування, втоми, депресії і самогубства. І тільки у 70-х рр. XX ст. у колишньому СРСР почала утверджуватися концепція, яку започаткувала А. Г. Амбрумова, що розуміння суїциду тільки як суто аутоагресивного акту психічно хворої особи або ж особи, доведеної іншими до відчаю – принаймні спірне. Є всі підстави трактувати суїцид психічно нормальної людини як її соціально-психологічну дезадаптацію в умовах мікросоціального конфлікту. Отже, люди, які опинились у таких умовах, потребують співчуття і допомоги. Вочевидь, ця концепція є гуманною, гуманістичною. Вона загалом залишилась в основі ставлення до самогубства в посттоталітарній, незалежній Україні.

Важко визначити, наскільки ефективним психологічним чинником стримування суїцидальної поведінки був страх перед карою за неї протягом історичного розвитку людства, окремої країни чи навіть в якийсь короткий проміжок часу. Але незалежно від того, наскільки він ефективний, такий страх абсолютно неприйнятний у демократичному, вільному, орієнтованому на гуманістичні цінності суспільстві. Внутрішня свобода особистості не може бути обмежена репресивним, авторитарним табу навіть щодо вільної відмови від життя. Внутрішня свобода особистості, її вільний вибір ціннісних орієнтацій і ліній поведінки – необхідна умова вдосконалення людини, а відтак – культури, цивілізації, природи, життя на Землі. Ця свобода – найвище завоювання демократичного суспільства. Чимало особистостей готові беззастережно віддати своє життя задля ідеалів свободи. Отже, внутрішня свобода особистості в такому зіставленні є цінністю вищою, ніж навіть життя. Проте в ідеалі внутрішньої свободи, вільного вибору добра і зла, висунутому Ісусом, виявився і темний бік – спокуса свободою вибору небуття.

Гуманне, поміркуване, м’яке ставлення до суїциду, що утверджується в цивілізованому світі, уможливило й проблему евтаназії (автаназії) – добровільної смерті безнадійно хворих, які дуже страж-

дають самі і мимоволі виснажують своїх близьких. Провідний борець за дозвіл евтаназії – американський лікар Дж. Кеворкян, який відгукнувся на благання безнадійно хворих і допомагав їм легко піти з життя. В багатьох цивілізованих країнах точаться палкі суперечки про евтаназію: є поодинокі випадки, коли офіційно дозволяли зробити її. З 2001 р. у Суд з прав людини в Гаазі звертається цілком знерухомлена жінка з проханням дозволити її чоловікові допомогти їй позбутися мук шляхом смерті. Але якоїсь виразної позиції щодо евтаназії не вироблено, і тому ми не наважуємося висловити своє ставлення до неї у навчальному посібнику.

### *Навіювання суїцидальних настроїв засобами масової інформації, літературними творами*

Ще на початку XX ст. стало зрозумілим, що на суїцидальність впливають нові технічні засоби передачі інформації: радіо, кінематограф. Так, знаменитий адвокат А. Коні у своїй відомій роботі “Самогубство в законі і в житті” (1923 р.) показав “сумну роль” кінематографа, друкованих видань і навіть непродумано складених соціологічних анкет, в яких представлено «методологію» форм і способів самогубств, з чим йому, як юристу, часто доводилось мати справу.

Якщо такі тенденції були зафіксовані тоді, то в наш час бурхливого розвитку засобів масової інформації і комп’ютерних ігор з поширеним у них некрофільством – садистсько-мазохістським смакуванням смерті, в тому числі й суїцидальної, вони помітно поглибилися. Наприклад, Р. Хасан вивчив статистику самогубств у Австралії за 10 років (1996–2006). Виявилося, що кожної доби накладають на себе руки в середньому 4,13 чоловіків. Це число різко підстрибує до 4,62 чоловіків у ті декілька діб, які йдуть за публікаціями на сторінках двох провідних австралійських газет: мельбурнської «Ейдж» та сіднейської «Морнінг геральд» – повідомлень про подробиці вчинення суїцидів. Усього було вивчено 19 425 самогубств представників сильної статі.

Самогубство саме чоловіків вивчалося тому, що, по-перше, в Австралії, як і скрізь, газети читають переважно чоловіки. По-друге, в

повідомленнях, наведених у названих газетах, здебільшого йшлося про чоловічі суїциди. По-третє, чоловіки в Австралії, як і скрізь, обирають більш потужні, «надійні» засоби вкорочення собі життя, тому й результати переважно «успішні». Представниці ж прекрасної статі застосовують менш ефективні засоби, їх переважно вдається врятувати, і в статистику завершених самогубств вони не потрапляють.

Сталу особистість без невропатичних зрушень некрофільна інформація не зачепить глибоко, принаймні така особистість завжди здатна свідомо відмежуватися від такої інформації, яка неприємно турбує. Проте в наші часи нестримного посилення невротизації смакування непрофільної інформації загалом і суїцидної зокрема неприпустиме. Основним чинником невротизації психіки особистості в умовах сучасних індустріальних та постіндустріальних цивілізацій є нелюдяність карколомно швидкого олюднення світу: загроза економічних і технологічних катастроф; екологічний дискомфорт від надмірного скупчення людей у забруднених, неестетичних, пригнічуючих містах; небувала інтенсифікація контактів; надзвичайно інтенсивний інформаційний тиск на психіку, причому з переважанням «накручуючої», збуджуючої, тривожної, неприємної інформації; величезні інтелектуальні та емоційні навантаження тих, хто бажає зробити кар'єру, посісти престижний і вигідний соціальний статус і т. ін. Факторів невротизації психіки особистості, «нелюдяного олюднення», негуманістичних сторін індустріальної та постіндустріальної цивілізації надто багато. Немає потреби розглядати і навіть називати їх усі тому, що всі вони діють неспецифічно – різні такі фактори стимулюють однотипні невротичні розлади, в тому числі і з суїцидальними тенденціями.

Якщо некрофільна суїцидогенна інформація потрапляє до невротизованої, неврастенічної особи з суїцидальними тенденціями, то вона посередництвом навіювання, емоційного зараження, наслідування може звузити свідомість цієї особи навколо її суїцидальних тенденцій і стати «іскрою», яка спричинить суїцидальний «вибух». До такого вибуху цілком застосовний чудовий філософський образ Геракліта: «Світом править блискавка». Навіювальний «гіпнотизм» засобів масової інформації може стимулювати навіть суїцидні епідемії. Спра-

цьовують, як і у всілякій соціально-психологічній епідемії, соціально-психологічні механізми наслідування та емоційного зараження. Суїцидальні спалахи епідемічного характеру зафіксовані наприкінці минулого століття в багатьох розвинутих країнах світу, хоча, безсумнівно, однозначного зв'язку цих спалахів з відповідною інформацією у *mass media* встановити не вдалось, як і з самогубствами відомих людей.

Масові самогубства, що мають епідемічний характер, відомі здавна. Так, історичні хроніки повідомляють про масові самогубства дівчат у античному Мілеті, які повторювалися декілька років. Російські розкольники масово спалювали себе і топились у часи переслідувань їх офіційною церквою і державою. У 1772 р. в Росії 30 інвалідів повісились один за одним на тому самому гачку. У водоспад Іматру поблизу Виборга (Фінляндія) протягом одного літа кинулися 59 чоловік. Схожі на епідемію чисельні самогубства охоплювали дівчат у закритих жіночих навчальних закладах Росії на початку XX ст.

Епідемія самогубств молодих, інтелігентних, романтично настроєних людей прокотилася Німеччиною після публікації твору І. Гете «Страждання молодого Вертера». В ньому вирішення героєм своїх проблем шляхом вкорочення собі віку естетизоване в тому розумінні, що має відчутний романтично-відчайдушний відтінок і не викликає огиди, відрази, не жахає і не відлякує протиприродністю.

Суїцидному некрофільству в літературі, кіно, засобах масової інформації прямо чи опосередковано сприяє філософська концепція самогубства, що формувалася з кінця XIX ст. до середини XX ст.

## 1.4. Соціально-психологічні, індивідуально-психологічні та особистісні чинники виникнення та перебігу суїцидальної поведінки у молоді

### *Особливості виникнення та перебігу суїцидальної поведінки у молоді*

*Соціально-психологічними факторами ризику, які можуть сприяти виникненню суїцидальних проявів у підлітків та юнаків, вважаються:*

– серйозні проблеми у сім'ї;

– відвернення однолітків;

– смерть дорогої або значущої людини;

– розрив стосунків з коханою людиною;

– міжособистісні конфлікти або втрата значущих відносин;

– проблеми з дисципліною або із законом;

– тиск, здійснюваний групою однолітків, передусім той, що пов'язаний із наслідуванням самопошкоджуючої поведінки інших;

– тривале перебування у ролі жертви або «цапа-відбувайла»;

– розчарування успіхами у школі чи інституті або невдачі у навчанні;

– високі вимоги у навчальному закладі до підсумкових результатів навчальної діяльності (іспитів);

– проблеми із працевлаштуванням і погане економічне становище, фінансові проблеми;

– небажана вагітність, аборт і його наслідки (у дівчат);

– зараження СНІД або хворобами, що передаються статевим шляхом;

– серйозні тілесні хвороби;

– надзвичайні зовнішні ситуації і катастрофи.

– Якщо конкретизувати негативні сімейні чинники, які впливають на суїцидальність підлітків і юнаків, то до них належать:

– психічні відхилення у батьків, особливо афективні (депресії та інші душевні захворювання);

– зловживання алкоголем, наркоманія або інші види антисуспільної поведінки у сім'ї;

– сімейна історія суїцидів або суїцидальних спроб членів сім'ї;

– насилля у сім’ї (особливо фізичні і сексуальні);

– недостатність уваги і турботи про дітей у сім’ї, погані стосунки між членами сім’ї і нездатність продуктивного обговорення сімейних проблем;

– часті сварки між батьками, постійне емоційне напруження і високий рівень агресивності у сім’ї;

– розлучення батьків, залишення одного з них сім’ї або його смерть;

– часті переїзди, зміна місця проживання сім’ї;

– надто низькі або високі очікування батьків стосовно дітей;

– зайва авторитарність батьків;

– відсутність у батьків часу і недостатня увага до становища дітей, нездатність до виявлення прояву дистресу і негативного впливу навколишньої дійсності.

*Психологи вважають, що деякі риси особистості юної людини також можуть бути пов’язані із суїцидальною поведінкою, зокрема*:

– нестабільність настрою або його надмірна мінливість;

– агресивна поведінка, злобність;

– антисоціальна поведінка;

– схильність до демонстративної поведінки;

– високий ступінь імпульсивності, схильність до необдуманого ризику;

– дратівливість;

– ригідність мислення;

– погана здатність до подолання проблем і труднощів (у школі, ПТНЗ, ВНЗ, серед однолітків);

– нездатність до реальної оцінки дійсності;

– тенденція “жити у світі ілюзій та фантазій”;

– ідеї переоцінки власної особистості, що змінюються переживанням нікчемності;

– легко виникаюче почуття розчарування;

– надмірна пригніченість, особливо при несуттєвих нездужаннях або невдачах;

– надмірна самовпевненість;

– почуття приниження або страху, що приховуються за проявами домінування, відторгнення або демонстративна поведінка щодо друзів-однолітків чи дорослих;

– проблеми з визначенням сексуальної орієнтації;

– складні неоднозначні стосунки з дорослими, включаючи батьків. *Шкільний психолог В. Силяхіна вважає, що мотивами суїцидальної поведінки школяра можуть бути:*

– шкільні проблеми;

– втрата близької, коханої людини;

– ревнощі, любовні невдачі, сексуальний протест, вагітність;

– переживання, образи;

– самотність, відчуженість;

– неможливість бути зрозумілим, почутим;

– почуття провини, сорому, невдоволення собою;

– страх покарання, тортури;

– почуття помсти, протесту, загрози;

– бажання привернути до себе увагу, викликати співчуття;

– уникнення наслідків поганого вчинку або складної життєвої ситуації.

Вона зазначає, що це лише загальні мотиви, а часткові можуть бути настільки різними, що їх важко перерахувати.

*У суїцидальній поведінці підлітків можна умовно виділити 3 фази:*

а) **фаза обдумування**, що викликається свідомими думками щодо здійснення суїциду. Ці думки згодом можуть вийти з-під контролю і стати імпульсивними. При цьому підліток замикається в собі, втрачає інтерес до справ сім'ї, роздає цінні для нього речі, змінює свої стосунки з оточуючими, стає агресивним. Змінюється зовнішній вигляд, підліток перестає слідкувати за собою, може змінитися його вага (що пов'язане із переїданням або анорексією), через зниження його уваги з підлітком може трапитися нещасний випадок;

б) **фаза амбівалентності**, яка настає за умов появи додаткових стресових факторів. Підліток може виказувати конкретні загрози або наміри щодо суїциду комусь із найближчого оточення, але цей «крик про допомогу» не завжди буває почутим. Однак саме в цей час підлітку ще можна допомогти;

в) якщо ж цього не станеться, тоді настає **фаза суїцидальної спроби**. Вона відбувається дуже швидко, адже для підлітків притаманне швидке проходження цієї фази і перехід до третьої.

Як вказує В. Силяхіна, більшість суїцидальних підлітків (до 70 %) обмірковують і здійснюють суїцид упродовж 1–2 тижнів. Але підлітковому віку властива імпульсивність дій, тому іноді тривалість усіх трьох фаз може бути дуже короткою, не більше 1 години. Звичайно, що це вимагає від оточуючих, особливо від психологів і лікарів, оперативних дій у наданні адекватної допомоги таким підліткам.

Як зазначає дніпропетровський психолог В. Мушинський, «суїцидальна поведінка включає усі прояви суїцидальної активності – думки, наміри, висловлювання, загрози, спроби самогубства, – і являє собою ланцюг аутоагресивних дій людини, свідомо чи навмисно спрямованих на позбавлення себе життя через виникнення нестерпних життєвих обставин». *Така поведінка є динамічним процесом і складається з таких етапів:*

**1. Етап суїцидальних тенденцій** – вони є прямими чи непрямими ознаками, що свідчить про зниження цінності власного життя, втрату сенсу життя, небажання жити; суїцидальні тенденції виявляються у думках, намірах, почуттях або загрозах.

**2. Етап суїцидальних дій** – починається, коли відповідні тенденції приходять у дію; під суїцидальною спробою розуміється суїцид, який з незалежних від людини обставин був відвернутий і не призвів до летального наслідку; суїцидальні тенденції можуть трансформуватися у завершений суїцид, результатом якого є смерть людини.

**3. Етап постсуїцидальної кризи** – продовжується з моменту здійснення суїцидальної спроби до повного зникнення суїцидальних тенденцій.

В. П. Мущинський *наводить вичерпну характеристику форм і методів реалізації суїцидальної поведінки, виділяючи 10 загальних рис, властивих усім самогубствам*:

1. Загальною метою усіх суїцидів є **пошук рішення**, адже суїцид не випадкова дія – його ніколи не здійснюють без сенсу чи безмотивно. Він є виходом із утруднень, кризи чи нестерпної ситуації, йому влас-

тива своя логіка і доцільність. Щоб зрозуміти причину суїциду, слід дізнатися про проблеми, для розв'язання яких він був призначений.

2. Загальним завданням усіх суїцидів є **припинення свідомості, повне припинення свого потоку свідомості, незносного болю** як розв'язання болісних і нагальних проблем. Відповідно до цього, суїцид складається з трьох частин: наявності у людини, що впала у відчай, душевного хвилювання, підвищеного рівня тривоги і високого летального потенціалу.

3. Загальним стимулом при суїциді є **нестерпний психічний біль**. Можна стверджувати, що припинення своєї свідомості – це те, до чого рухається суїцидальна людина, а душевний біль – це те, від чого вона намагається втекти, адже ніхто не здійснює суїцид від радості.

4. Загальним стресором при суїциді є **незадоволені психологічні потреби**, адже суїцид здійснюється передовсім саме через нереалізовані або незадоволені потреби. Зазначимо, що відбувається багато безглуздих смертей, але ніколи не буває безглуздих і необґрунтованих суїцидів.

**5.** Загальною суїцидальною емоцією є **безпорадність-безнадійність** – у суїцидальному стані виникає переважне почуття безпорадності-безнадійності. В цьому стані людина начебто констатує: «Я нічого не можу зробити, крім самогубства, і ніхто не може мені допомогти, полегшити біль, який я відчуваю».

6. Загальним внутрішнім ставленням до суїциду є **суперечливість, амбівалентність** – людина відчуває потребу у здійсненні суїциду і водночас бажає порятунку і втручання інших.

7. Загальним станом психіки є **звуження пізнавальної сфери**, що відбувається у формі минущого емоційного та інтелектуального звуження свідомості з обмеженням можливостей у виборі варіантів поведінки, що зазвичай доступні свідомості певної людини, коли вона не перебуває у панічному стані.

8. Загальною дією при суїциді **стає втеча**, що відображає намір людини покинути зону нещастя. Тому суїцид вважають межовою, остаточною втечею. Сенс самогубства полягає у радикальній та остаточній зміні обставин «декорацій» життя.

9. Загальною закономірністю суїциду є **відповідність суїцидальної поведінки загальному стилю поведінки** впродовж життя. Незважаючи на те, що суїцид є вчинком, якому немає аналогу у попередньому житті людини, все ж йому можна знайти відповідність у стилі та характері повсякденної поведінки певної людини. Це і попередні переживання душевного хвилювання, і здатність терпіти психічний біль, і наявність тенденцій до обмеженого мислення, і спроби втечі у важких ситуаціях тощо.

### *Захисні антисуїцидальні фактори*

За спостереженнями спеціалістів, існують обставини, що є захистом проти суїцидальної поведінки учнівської молоді. Вони поділяються на культуральні і соціодемографічні, сімейні й особистісні.

*Культуральні й соціодемографічні фактори:*

– участь у громадській діяльності (спортивні змагання і події, клуби, товариства тощо);

– добрі, врівноважені стосунки з однолітками у навчальному закладі;

– хороші стосунки з учителями та іншими дорослими;

– підтримка близькими людьми.

*Захисні фактори сім'ї:*

– розвинуті навички спілкування у сім'ї, добрі, сердечні, щирі стосунки між усіма членами сім'ї;

– підтримка молоді сім'єю.

*Особистісні захисні фактори:*

– добрі навички спілкування, уміння спілкуватися з однолітками і дорослими;

– впевненість у собі, своїх силах, переконаність у здатності до досягнення життєвих цілей;

– уміння шукати і звертатися за допомогою під час виникненні труднощів, приміром, у школі та НЗ;

– прагнення радитися з дорослими, приймаючи важливі рішення;

– відкритість до думок і досвіду інших людей;

– відкритість до усього нового, здатність засвоювати нові знання.

До *антисуїцидальних чинників* належать усі чинники розвитку гармонійної, духовної, нормальної особистості. Однак серед них слід виділити ті, що протистоять безпосередньо суїцидальним тенденціям, створюють особливий імунітет, запас протисуїцидальної міцності особистості. До них належить:

– формування сенсу життя, життєвої перспективи, міцних зв'язків із близькими, сім'єю, суспільством, природою; адаптованість, інтегрованість з людьми та суспільством;

– наявність таких рис особистості, як щирість, доброзичливість, взаєморозуміння, емпатійність, підтримка, приязнь, що сприяють її спілкуванню з людьми;

– віра в Бога, в божественні цінності Всесвіту і Вічності;

– підвищення значущості особистості у кризових ситуаціях;

– інтелектуальний опір смерті в усіх її видах, у тому числі й самогубству;

– піднесення цінності людини як вершини неперервного еволюційно-генетичного процесу і носія генетичного і культурного багатства людства і Всесвіту;

– піднесення цінності особистості, як концентру історико-культурного процесу;

– підвищення цінності життєвого шляху людини як невід'ємної складової частини історико-культурного поступу людства.

В. Силяхіна звертає увагу на низку обставин, які допомагають людині вистояти у важкій для неї ситуації, не дозволяють їй здійснити роковий самовбивчий крок.

Так, людина повинна мати активну життєву позицію, впевненість у тому, що вона сама відповідальна за свою долю, вірити в те, що все, що відбувається, – це результат її вільного вибору. Якщо людина сприймає інших рівними собі, тобто їй не властиве почуття неповноцінності, якщо вона реалістично сприймає оточуючих, їх ставлення до себе, то вона стає стійкою до різних ситуацій, депресії і більш гнучкою у подоланні стану психологічної кризи.

У підлітка, крім обов'язків, має бути ще й «віддушина» у житті – спорт, хобі тощо – все, що не дозволяє навалюватися чорним думкам.

Важливо також мати не одну мету у житті, а декілька, щоб несподівані перешкоди на шляху її досягнення не затягнули підлітка у тенета відчаю. Він повинен мати й інші «замінні» інтереси, на які можна переключатися за будь-яких життєвих невдач.

Школа, сім'я мають не тільки навчати, а й виховувати, формувати особистість підлітка, прищеплювати йому повагу до людської особистості, здатність до співпереживання і співчуття, відчувати почуття розкаювання щодо заподіяних вчинків, здатність до самоконтролю, дотримання моральних норм у людських взаємостосунках, мати адекватну самооцінку. Важливим також є усвідомлення молоддю цінності власної особистості і недоторканості від будь-кого, в тому числі й себе.

У попередженні підліткових суїцидів вирішальну роль відіграє ступінь довіри між підлітком і дорослим. У дитини має бути можливість поділитися з кимось із дорослих чи однолітків своїми проблемами, сумнівами, болями тощо, тоді кризова ситуація не зайде у глухий кут і може бути подолана.

Якщо у підлітка немає довірливих стосунків з батьками, то у його оточенні має бути хоча б одна людина, з котрою можна було б поділитися своїм переживаннями.

Ще однією важливою умовою попередження суїциду є здатність дитини самостійно розв'язувати свої проблеми, а не обходити їх – цьому їх слід вчити змалку.

### *Формування адекватного ставлення оточуючих до суїцидальних проявів і можливостей їх виявлення та подолання*

Для ефективного виявлення суїцидальних тенденцій слід сформувати адекватне ставлення до цього явища, подолати помилкові думки, стереотипи щодо його розуміння у широких верствах населення. Тому спеціалісти пропонують, передусім, порівняти поширені серед людей забобони, міфи і перевірені багаторічними науковими спостереженнями факти. Наведемо їх за компетентними джерелами.

*Міф:* **Більшість самогубств здійснюється майже або зовсім без попередження.**

*Факт:* Більшість людей подають попереджувальні сигнали про можливе самогубство – у формі безпосередніх висловів, фізичних,

тілесних ознак, емоційних реакцій або поведінкових проявів. Вони повідомляють про можливість вибору самогубства як засобу позбавлення від болю, напруження, збереження контролю або компенсації втрати. Такі сигнали часто бувають воланням про допомогу.

*Міф:* **Не слід говорити про самогубство з людиною, котра схильна до нього, оскільки це може подати їй ідею про здійснення цієї дії**.

*Факт:* Розмова про самогубство не породжує і не збільшує ризику його здійснення, а, навпаки, знижує його. Найкращий засіб виявлення суїцидальних намірів – пряме запитання про них. Відкрита розмова з вираженням щирого піклування і турботи щодо наявності у людини думок про самогубство є для неї джерелом полегшення, навіть одним із ключових моментів у відвертанні безпосередньої небезпеки самогубства. Обминання ж цієї теми у розмові може стати додатковою причиною для зведення рахунків із життям.

*Міф*: **Якщо людина говорить про самогубство, то вона його не здійснює.**

*Факт:* Люди, що зводять рахунки з життям, найчастіше перед цим прямо чи опосередковано дають кому-небудь знати про свої наміри. Це стосується чотирьох з п’яти суїцидентів. Тому, якщо до вас звернулася така людина, ніколи не відмовляйтеся від розмови з нею, відверніть її від цього усіма можливими засобами і, передусім, глибокою зацікавленістю у житті цієї людини.

*Міф*: **Суїцидальні спроби, що не призводять до смерті, є лише формою поведінки, спрямованої на привертання уваги до суїцидента.**

*Факт:* Суїцидальні форми поведінки або «демонстративні» дії деяких людей є крайнім, останнім закликом або проханням про допомогу, що посилається іншим. Надання допомоги у розв’язанні проблем, встановлення контакту є ефективним методом запобігання суїцидальної поведінки.

*Міф:* **Самогубець впевнено бажає померти.**

*Факт:* Наміри більшості суїцидентів залишаються двоїстими аж до моменту смерті. Вони відкриті для допомоги інших, навіть якщо ця

допомога нав'язується їм. Більшість осіб із суїцидальними тенденціями шукають спосіб продовження життя.

*Міф:* **Ті, хто покінчує із собою, психічно хворі.**

*Факт:* Дійсно, наявність психічного захворювання є фактором високого ризику самогубства, проте переважаюча більшість суїцидентів не страждає ніякими психічними захворюваннями.

*Міф:* **Якщо людина одного разу здійснить суїцидальну спробу, то вона більше її не повторить.**

*Факт*: Хоча більшість осіб, які вчиняють суїцидальну спробу, звичайно переходять до самогубства, однак значна частина з них повторюють ці спроби. Так, частота самогубств в осіб, котрі раніше здійснювали суїцидальні спроби, у кілька разів вища, ніж в іншої частини населення.

*Міф*: **Зловживання алкоголем і наркотиками не впливає на самогубство.**

*Факт:* Залежність від алкоголю і наркотиків є фактором ризику суїцидальної поведінки.

*Міф:* **Самогубство є надзвичайно складним явищем, тому допомогти самогубцям можуть лише професіонали.**

*Факт:* Дійсно, дослідження свідчать, що суїцид – складне явище, але розуміння і реагування на суїцидальну поведінку у конкретної людини не вимагає глибоких знань у галузі психології або медицини. Вимагається лише прояв уваги до того, що говорить людина, **прийняття цього всерйоз**, надання підтримки і звернення за відповідною допомогою. Адже багато людей гине внаслідок самогубства лише тому, що їм не була запропонована або стала недоступною невідкладна перша допомога і підтримка.

*Міф:* **Якщо людина має схильність до самогубства, то вона залишиться в неї назавжди.**

*Факт:* Більшість суїцидальних кризових станів є тимчасовими і усуваються при відповідній допомозі. Однак, якщо кризова ситуація триває, полегшення не настає, а допомога не надається, то зберігається ризик суїцидальної спроби. Після отримання професійної допомоги людина найчастіше здатна поновити своє звичайне життя і діяльність.

*Міф:* **Самогубство – явище, що успадковується.**

*Факт:* Наявність деякої генетичної основи не означає, що людині не можна надати реальної допомоги, адже мова йде про поведінку людини, котру важливо помітити, а після цього звернути на неї увагу лікарів або психологів.

*Міф*: **Якщо не залишена записка, то не можна вважати самогубством те, що трапилося.**

*Факт*: Лише четверта частина з усіх осіб, що вчинили самогубство, залишають записки.

Оточуючим слід долати в собі міфи, пасивність, скутість поведінки, навіть страх, щоб здійснити, можливо, найгуманніший акт у своєму житті – врятувати найцінніше, що є у суїцидента – його життя. Такий вчинок буде сприяти повазі людини до самої себе як до справжнього гуманіста, котрий утверджує собою цінність життя іншої людини, її особистості як вищої, божественної форми існування Всесвіту.

### *Визначення в ході спостереження перших загрозливих тенденцій, ознак суїцидальної поведінки підлітків та юнаків*

Суїцидологи зазначають, що при певних несподіваних або драматичних змінах, які впливають на поведінку підлітка, слід сприймати всерйоз певні зміни в його поведінці, словесні й емоційні ознаки, *а саме:*

– втрата інтересу до звичних видів діяльності;

– раптове зниження успішності навчання;

– незвичне зниження активності, нездатність до вольових зусиль;

– погана поведінка у навчальному закладі;

– незрозумілі або такі, що часто повторюються, зникнення з дому і прогули у школі чи НЗ;

– збільшення споживання тютюну, алкоголю або наркотиків;

– інциденти із залученням правоохоронних органів, участь у правопорушеннях.

При появі цих явищ слід звернути особливу увагу на підлітка або юнака чи дівчину.

**Існують поведінкові ознаки суїцидальної загрози:**

– будь-які раптові зміни у поведінці і настроях, особливо тих, що віддаляють від близьких людей;

– схильність до необачних і безрозсудних вчинків;
– надмірне споживання алкоголю чи таблеток;
– відвідування лікаря без очевидної необхідності;
– розлучення з дорогими речами або грошима;
– придбання засобів учинення суїциду;
– підбиття підсумків, приведення справ до порядку, приготування до акту суїциду;
– нехтування зовнішнім виглядом.

**Словесні ознаки суїцидальної поведінки:**

– упевнення у безпорадності і залежності від інших;
– прощавання;
– розмови або жарти щодо бажання померти;
– повідомлення про конкретний план;
– подвійна оцінка значущих подій;
– повільна, маловиразна мова;
– висловлювання самозвинувачень.

**Емоційні прояви суїцидальних тенденцій:**

– амбівалентність, подвійність емоцій і почуттів;
– безпорадність, безнадійність;
– переживання горя;
– ознаки депресії;
– почуття провини або відчуття невдачі, поразки;
– надмірні побоювання або страхи;
– почуття власної малозначущості;
– неуважність, розсіяність або розгубленість.

**Ознаки депресії у дітей, котрі схильні до суїциду:**

– сумний настрій;
– втрата властивої дітям енергії;
– зовнішні прояви журби;
– порушення сну;
– соматичні скарги;
– зміна апетиту або ваги;
– погіршення успішності навчання;
– зниження інтересу до навчання;

– страх невдачі;
– почуття неповноцінності;
– самообман – негативна самооцінка;
– почуття «заслуженого» відторгнення;
– помітне зниження настрою при найменших невдачах;
– надмірна самокритичність;
– зниження рівня соціалізації;
– агресивна поведінка.

**Депресивні прояви підлітків із суїцидальною поведінкою:**

– сумний настрій;
– почуття суму, нудьги;
– почуття втоми;
– порушення сну;
– соматичні скарги;
– непосидючість, неспокійність;
– фіксація уваги на дрібницях;
– надмірна емоційність;
– замкненість, скупість;
– розсіяна увага;
– агресивна поведінка;
– неслухняність;
– схильність до бунту;
– зловживання алкоголем або наркотиками;
– погана успішність навчання;
– прогули у школі, НЗ, ВНЗ.

В. Силяхіна звертає увагу батьків *на такі моменти у поведінці та висловлюваннях підлітків, схильних до кризових ситуацій і суїцидальних спроб*:

– скарги на відсутність сенсу життя: «Навіщо мені жити?», «Який сенс в тому, що я живу?»;

– висловлювання дитини: «Мені усе набридло!», «Не хочу нікого бачити, не хочу нічим займатися!»;

– скарги на погані передчуття: «Я відчуваю, що скоро помру!»;

– підвищений, стабільний інтерес до питань смерті, загробного життя, до похоронних ритуалів;

– словесні натяки на смерть, що наближується: «Потерпіть, недовго Вам залишилося мучитися!», «Ви ще пошкодуєте, але буде пізно!»;

– наведення особливого порядку у своїй кімнаті, серед своїх особистих речей, роздача деяких речей товаришам, остаточне з'ясування стосунків;

– раптовий, без видимих причин наступ спокою, смиренного стану після стресу або тривалого стану депресії;

– таємні приготування до чогось, що дитина відмовляється пояснювати;

– тривалий стан внутрішньої зосередженості, що не було раніше для дитини характерним, відсутність бажання спілкуватися з друзями, родичами, ходити в гості, грати, вести активний спосіб життя.

*Вчителі, класні керівники повинні мати на увазі й враховувати в роботі такі фактори ризику суїциду*:

– висока конфліктність спілкування;
– ізоляція підлітка у класі чи групі;
– несприятливе сімейне оточення;
– спадковий фактор;
– неадекватна самооцінка;
– конфлікт, психотравмуюча ситуація;
– різка зміна у поведінці;
– асоціальний спосіб життя;
– егоцентризм;
– втрата членів сім'ї, погані стосунки.

Деякі з цих ознак мають, так би мовити, «подвійне» значення, тобто можуть свідчити не тільки про суїцидальну загрозу, а й про інші особистісні проблеми, кризи у житті юної людини. Проте психологу, педагогу, соціальному працівнику не слід ніколи забувати про «суїцидальну тему» при появі цих ознак. Для уточнення висновку про наявність суїцидальної загрози доцільно використовувати спеціальні психодіагностичні засоби – карти, опитувальники, тести.

## *Психодіагностика суїцидальних схильностей і дій учнів загальноосвітніх, професійно-технічних та вищих навчальних закладів*

*Карта визначення ризику суїцидальності (В. Прийменко)*

*Мета:* визначення ризику вчинення суїциду.
*Форма проведення*: індивідуальна.
*Обладнання:* бланк карти ризику суїцидальності.
*Час проведення:* 30 хвилин.
*Вік:* з 18 років.

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

Карта має 31 фактор ризику суїциду, наявність кожного з яких потрібно виявити у досліджуваного. Її заповнює психолог, який достатньо знайомий з особистістю клієнта на основі вільної бесіди з ним. Заповнюючи карту, не слід брати до уваги суб'єктивні оцінки клієнта, а тільки враження, які психолог отримав під час вивчення, анамнезу.

*Дані анамнезу*

1. Вік першої суїцидальної спроби – до 18 років.
2. Раніше була здійснена суїцидальна спроба.
3. Суїцидальні спроби у родичів.
4. Розлучення або смерть одного з батьків (до 18 років).
5. Нестача чуйності в сім'ї у дитинстві або в юності.
6. Повна або часткова бездоглядність у дитинстві.
7. Початок статевого життя у 16 років і раніше.
8. Надання великого значення в системі цінностей любовним стосункам.
9. Недостатнє значення виробничої сфери в системі цінностей.
10. Наявність в анамнезі розлучення з батьками.

*Актуальна конфліктна ситуація.*

1. Ситуація невизначеності, очікування.
2. Конфлікт у любовних або подружніх стосунках.
3. Тривалі конфлікти.
4. Подібний конфлікт був раніше.
5. Конфлікт, обтяжений неприємностями в інших сферах життя.
6. Суб'єктивне почуття неподоланності конфліктної ситуації.
7. Почуття образи, жалю до себе.
8. Відчуття втоми, безсилля.
9. Суїцидальні висловлювання, погрози щодо здійснення суїциду.

## 1.5. Психологічні особливості суїциду неповнолітніх

### *Психологічна характеристика суїцидальності неповнолітніх*

Серйозна увага до проблеми самогубства неповнолітніх виникла на рубежі XIX–XX ст. Розроблялися не лише психопатологічні, а й психологічні, моральні, педагогічні аспекти цієї проблеми. Так, видатний фізіолог, лікар, психолог В. Бехтерєв стверджував на основі проведених ним досліджень, що більшість дитячих самогубств пов'язана не з психічними захворюваннями, а з недоліками морального виховання. Відомий український психіатр І. Сікорський пов'язував суїциди учнів насамперед з морально-етичними чинниками. Він звинувачував цивілізацію в тому, що вона допустила моральне падіння людини, одним із жахливих проявів чого є дитячі самогубства. Протягом XX ст. пошук чинників, а відтак – ефективних засобів профілактики самогубств дітей і підлітків проводився досить активно у багатьох країнах. Водночас показники суїцидів неповнолітніх зростали. Наприклад, рейтинги самогубств підлітків, дітей у більшості європейських країн, Австралії, США, Канаді з 1950 по 2000 рік зросли втричі. Незалежна психіатрична асоціація Росії наводить моторошну цифру: 10,5 тисяч дітей у цій країні пішли з життя шляхом самогубства протягом 2006–2008 років. Російські суїцидологи стверджують, якщо врахувати незареєстровані суїциди неповнолітніх, ця цифра зросте щонайменше втричі.

*Таблиця 1*

## Суперечливі позиції в суїцидології неповнолітніх

| Міфи | Об'єктивні факти |
|---|---|
| Ті діти, підлітки, які говорять про самогубство, рідко роблять реальні суїцидальні спроби. | Більшість неповнолітніх суїцидентів висловлювали свої наміри друзям, родичам. |
| Неповнолітні суїциденти – психічно хворі. | Більшість дітей, підлітків, які роблять суїцидальні спроби або вчиняють завершене самогубство, не діагностуються як психічно хворі. |
| Пряме запитання, чи хоче підліток вбити себе, провокує його на самогубство. | Якщо прямо запитати про суїцидальні наміри і одержати ствердну відповідь з мотивацією, є шанс надати підліткові допомогу |
| Дитячі суїциди переважно трапляються без попередження. | Більшість дітей демонструють своє бажання піти з життя, лише дорослі не завжди це помічають. |
| Якщо дитина зробила суїцидальну спробу, але залишилася жити, вона більше не робитиме таких спроб. | Майже половина дітей з тих, що здійснили незавершений суїцид, повторюють суїцидальні спроби, серед них приблизно 10 % – протягом першого року життя після незавершеного самогубства. |
| Самознищення в дитячому та підлітковому віці – це переважно нещасні випадки. Насправді вони прагнули не померти, а лише привернути таким радикальним способом, як самознищення, увагу до своїх проблем. | Більшість дій настільки рішуче, що важко сумніватись у серйозності їх намірів дійсно померти. |
| Кожен неповнолітній, який чинить самогубство, має депресивні розлади. | Хоча депресія часто притаманна неповнолітнім суїцидентам, але не завжди серед таких неповнолітніх трапляються тривожні, емоційно нестабільні, емоційно незрілі імпульсивні особи. |

Деякі дослідники дитячої і підліткової суїцидальності вважають, що в цій сфері суїцидології запанували міфи, хибні висновки, які суперечать об'єктивним фактам (С. Трусова та ін.).

### *Імпульсивність, емоційна незрілість, емоційна нестійкість як суїцидогенні особливості психіки неповнолітніх*

Підлітковий вік – це складний період у житті сучасної дитини, перш за все тому, що внутрішній хаос важко вкладається у його уявлення про життя. Також підліткам властиві прояви алекситимії – стану, коли людина не може визначити й описати власні емоції, не може їх висловити. Для дорослих це симптом психічного розладу, тоді як для підлітків – вікова особливість. Як відомо, якщо проблему вдається озвучити, описати, намалювати – тобто, певним чином висловити, то сама складна ситуація перестає бути убивчо травматичною. Зачасту, підлітки такої можливості позбавлені.

Властива періоду становлення особистості самовпевненість породжує відчуття безвихідності, фатальності конфлікту, загострює переживання відчаю і самотності. При такому внутрішньому стані навіть незначний стрес може призвести до небезпеки суїциду дитини або підлітка.

У результаті дії цих стресових ситуацій може виникнути психічний розлад – депресія, при цьому, в підлітків спостерігаються такі емоційні порушення: соматичні скарги, втрата апетиту або, навпаки, надмірний вияв його; раптові приступи гніву, часто спричинені дрібницями; абсолютна байдужість до свого зовнішнього вигляду; постійне відчуття покинутості, самотності, непотрібності, відчуженості, некорисності, провини чи суму; вияв нудьги у звичному оточенні, погіршення якості навчання чи результатів роботи, яка раніше приносила задоволення; уникнення будь-яких контактів, зокрема, з батьками, родичами, друзями. У підлітків, що перебувають під пресом хоча б однієї з вищезазначених ситуацій або проблем, може не виявитися емоційних, розумових або фізичних сил протистояти неприємностям. Накопичення негативних переживань може створити несприятливу сферу для зриву, і тоді суїцид може стати для нього єдиним прийнятним виходом.

Незважаючи на очевидну унікальність кожного випадку, суїцид має ряд загальних характеристик. Суїцидальна поведінка, як правило, супроводжується стресогенним характером життєвої ситуації і фрустрацією провідних потреб. Для суїцидента характерні: нестерпність страждань, пошук виходу із ситуації, переживання безнадійності ситуації і власної безпорадності, ауто агресія, амбівалентне ставлення особистості до суїциду, спотворення сприймання реальності – зацикленість на проблемі, «тунельний зір». Усе це призводить до звуження вибору, до втечі в «суїцид». При цьому, суїцидальна поведінка, як правило, відповідає загальному стилю життя і особистісним установкам.

Імпульсивність дітей-самогубців проявляється у нездатності осмислювати, критично-мисленнєво зважувати своє суїцидальне рішення протягом якогось тривалого часу, передбачати серйозні наслідки свого вчинку, шукати несуїцидні можливості ефективно захистити себе, відстояти свої інтереси.

Емоційна нестійкість, нестриманість провокує різноманітні конфліктні ситуації. Емоційна незрілість підлітків як нерозвинене співпереживання-співчуття до страждань інших людей, відсутність самовідданої прихильності, любові, емоційний егоцентризм, а також сугестивність підлітків, сприйнятливість до навіювальних впливів і до емоційного зараження сприяють суїцидальності через некритичне перенесення неповнолітнім у сферу свого Я душевних колізій тих суїцидентів, і реальних, і героїв художніх творів, з якими йому довелось зіткнутись і які справили на нього сильне приваблююче-заворожуюче враження.

### *Сімейні чинники суїцидальності неповнолітніх*

Встановлено, що приблизно половина проявів суїцидальної поведінки у підлітків пов’язана з деструктивними сімейними проблемами, з негативним ставленням до них сім’ї, а саме: з психологічним неприйняттям, відчуженням, духовною ізоляцією, байдужістю і бездоглядністю, відсутністю теплих, приязних емоційних стосунків, тривалими конфліктами між батьками, їх пияцтвом і алкоголізмом, невротичними розладами, депресією, відмовою батьків від дітей у зв’язку з розлученням, втечею, смертю батьків.

*Існує шість типів сімей, сприятливих для формування суїцидальності дітей*:

1) сім'я, зруйнована розлученням;

2) асоціальна, злочинна;

3) обтяжена суїцидами своїх членів;

4) з патологічною взаємозалежністю батьків та дітей;

5) з психопатологіями кровних родичів;

6) формально гармонійна сім'я, що маскує свої конфлікти, чим створюється підґрунтя для формування в дітей низької самооцінки, а відтак – несформованим вмінням чинити опір у кризових ситуаціях.

*За характером відносин у сім'ях їх поділяють на*: інтегровані та дезінтегровані; гармонійні та дисгармонійні; корпоративні та альтруїстичні; гнучкі та консервативні; авторитарні та демократичні.

Конфлікти, сприятливі для формування суїцидальності психологічні зміни і різного у дітей, виникають у дезінтегрованих, дисгармонійних та корпоративних сім'ях. У таких сім'ях діти зазнають і переживають: нестачу теплоти, доброзичливого спілкування, розуміння, підтримки, турботи; жорстокість, неприязнь, холодність, нехтування, відчуження (B. Hafen; K. Frandsen); інколи – сексуальне насильство; свою непотрібність, обтяжливість для батьків, що приводить їх до висновку, ніби батьки мріють від них позбутися, чекають їхньої смерті; перестановку ролей, коли не батьки емоційно, морально-духовно підтримують дітей, а діти змушені підтримувати батьків таким способом; авторитарний тиск стосовно нереально завищених експектацій (очікувань) та вимог щодо дітей у їх освіті, побуті, спорті та ін.

Існує три групи причин дитячих і підліткових суїцидів. Перша й, напевно, найважливіша в таких випадках – це характерологічні особливості. Друга – це сам підлітковий вік. Існує навіть термін «підліткові та юнацькі самогубства». І третя причина – це складні, психотравмуючі ситуації.

Частіше за все самовбивцями стають діти та підлітки з різними акцентуаціями характеру. Це може бути астенічний тип – дитина зі слабкою нервовою системою, замкнена, слабовільна. Другий варіант – циклоїдна акцентуація, коли на зміну хорошому настрою приходить

депресивний. І третя, найбільш поширена, акцентуація у підлітків – це істероїдний тип, який частіше проявляється у дівчаток. У таких випадках дитина самогубством хоче щось довести, чогось домогтися, приміром, співчуття, жалості і т.д. Як правило, такі діти не завжди налаштовані піти із життя назавжди. Вони часто пишуть передсмертні записки, ставлять ультиматуми, попереджають. Часто їхні задумані спроби завершуються, на жаль, фатально.

Основною причиною, що спонукає дітей до настільки жахливого кроку, як не парадоксально, є сім'я, члени якої не завжди розуміють колосальну важливість своєї ролі або мають досить специфічне уявлення про «правильний» виховний процес.

У зв'язку з високою поширеністю суїцидів, особливо їх «помолодшанням», дитячий і підлітковий суїцид є на сьогоднішній день важливою проблемою для України. Насамперед, це пов'язано з тим, що діти дуже рано дорослішають (що пов'язано з великою кількістю інформації) і, відповідно до своїх не за віком дорослих мрій, хочуть самоствердитись, отримати більше від життя, зокрема, більше, ніж батьки. Природно, що внаслідок різноманітних причин зрозуміти й пристосуватися до дорослих проблем діти й підлітки не можуть. Тут особливо велику роль відіграє юнацький максималізм, і, на жаль, іноді діти не знаходять нічого кращого, ніж покінчити життя самогубством.

Значний вплив на прийняття такого рішення має, як стверджують науковці, неблагополучна атмосфера в сім'ї, зокрема, відсутність уваги, підтримки з боку батьків та їхня нездатність в тій чи іншій мірі зрозуміти дітей та їхні переживання. Таким чином, у самогубствах підлітки знаходять уявний вихід із накопичених психологічних, в першу чергу, проблем.

Найпотужнішим чинником психопрофілактики самогубств неповнолітніх є любов, турбота, піклування, розуміння, підтримка тощо в сім'ї (M. Peck). Саме ці фактори можуть зіграти важливу роль у ситуації нерозділеного кохання, зради коханих, близьких друзів, втрати авторитету, затягування у "трясовину" наркоманії, правопорушень, проституції, грубих образ, кричущої несправедливості учителів, неформальних шкільних лідерів і т. ін.

Особливої уваги заслуговує питання Інтернету, оскільки не поодинокою є думка, що через соцмережі діти мають найбільшу можливість для занурення у суїцидальні думки. Тому досить поширеними є поради і рекомендації батькам перевіряти облікові записи (акаунти) дитини в соціальних мережах та групи, до яких входить акант. При цьому, особливу увагу звертати на вміст спілкування у приватних чатах; обов'язково контролювати те, які фото- та відео файли знаходяться в гаджетах підлітка; встановлювати функцію «батьківський контроль» на всіх гаджетах дитини, а в разі потреби – повністю заборонити онлайн-спілкування.

На думку О. Вроно, обмежуючи доступ дитини в Інтернет, батькам необхідно, в першу чергу, запропонувати їй щось натомість. В першу чергу, себе самого, спільну діяльність, спільне життя, інтерес до дитини тощо. Батьки повинні забезпечувати баланс життя онлайн і офлайн, як би важко це не було. Пряма заборона не буває ефективною, а тільки гранично загострить стосунки всередині сім'ї.

***Зовнішні чинники суїцидальності неповнолітніх***

У суїцидологічних публікаціях називаються *різні зовнішні фактори*, які викликають у неповнолітніх переживання, сприятливі для формування суїцидальності.

*Серед таких факторів основними* є:

1. Нерозуміння, неприйняття значущими іншими, що викликає переживання образи, самотності, відчуження.

2. Втрата батьківської любові, нерозділене кохання – ключовим негативно забарвленим переживанням є ревнощі.

3. Смерть, розлучення, втеча від сім'ї когось із батьків – відчай, розпач, образа, ревнощі.

4. Зневага, вражене самолюбство – образа, злість, ненависть, агресія як прагнення помститися.

5. Приниження, знущання – переживання в основному подібні на ті, що в попередньому випадку, але спектр може бути значно різноманітнішим.

6. Небажання визнати свою неправоту, провину, попросити вибачення – хворобливі, егоїстичні, «самозакохані» емоції.

7. Любовно-сексуальні ексцеси, невдачі, вагітність – відчай, страх, тривога, ревнощі.

8. Погрози, шантаж, примушування, вимагання брутальним насильством і залякуванням – страх, злість, ненависть, відчай.

9. Навіювання некрофільства, самознищення через засоби масової інформації, в спілкуванні з некрофільно налаштованими особами і групами – інтерес, подив, зачарування.

На думку дитячого та підліткового психіатра, фахівця із суїцидальних питань О. Вроно, підлітки переживають дуже складний період життя, це час кардинальних змін. Тут має значення не лише фізіологічна перебудова, яка відбувається в пубертатному періоді, але й дуже потужні психологічні зміни і різного роду проблеми, пов'язані з соціалізацією. Все це створює передумови для трагічного світосприймання, драматичного трактування того, що відбувається, що, в свою чергу, є фактором підвищення суїцидальної активності підлітків.

На думку науковців, заслуговує на увагу той факт, що підлітки надто схильні до впливу ззовні. Особливої уваги на сьогоднішній день заслуговує діяльність так званих інтернет-товариств смерті, у яких підлітків доводять до самогубства.

«Групи смерті» – це спільноти, які вперше з'явились в Росії на кшталт товариств «Синій кит», «Тихий дім», «Розбути мене в 4.20» і вже діють декілька років поспіль. Вони зосереджені переважно у мережі Вконтакте і розраховані на підлітків. Починається все з того, що їх адміністратори дають учасникам груп травматичні «завдання» – наприклад, свідомо порізати собі руки лезом, відзнявши усе це на відео. Кінцевою метою «гри» є доведення дитини до самогубства, яке вона також повинна зафіксувати на камеру.

Російське видання «Новая газета» опублікувало масштабне розслідування, де був описаний принцип дій таких спільнот. Зазвичай, вони об'єднані спільною символікою – китами. Цей символ обраний не випадково, адже кити – одні з небагатьох видів ссавців, що можуть звести рахунки з життям, самовільно викидаючись на берег. Після того, як тема набула розголосу в РФ, за гратами опинився один із організаторів цієї секти, відомий користувачам під ніком Філіп «Ліс», який підштовхував підлітків до самогубства у закритих групах.

Попри це, страшна «гра» вже поширилася й іншими країнами: «кити» почали з'являтися у Білорусі, Молдові, країнах Балтії. За даними Української кіберполіції, факти активних користувачів у таких спільнотах виявлені і в Україні. Такі групи, як правило, блокуються адміністрацією соцмереж, за зверненнями правоохоронних органів або їх користувачів.

На думку психологів, «смертельні» ігри орієнтовані на самотніх підлітків, із проблемами у житті та дефіцитом уваги. Цілком щасливі та успішні діти кураторів суїцидальних спільнот не цікавлять, оскільки їх не просто схилити до самогубства. На думку фахівців, саме підлітки, які стикаються на своєму шляху з цілком «дорослими» проблемами, такими, як нерозуміння, невизначеність майбутнього, нерозділена любов, яка у цьому віці здається єдиною, не маючи підтримки і розуміння з боку найближчого родинного оточення, будучи пригніченими цими речами, приходять до думки про те, що не таке вже життя й чудове, як хотілося б… І тут «емпатійні» адміністратори смертельних груп вже напоготові з цілими альбомами сумної монотонної музики, уявною підтримкою і розумінням та великою кількістю картинок з пригнічуючи ми пейзажами і словами про безвихідь.

Як вказувалось вище, фанати таких спільнот називають себе «китами», тому що ці тварини асоціюються у них зі свободою, у тому числі, з усвідомленим вибором піти із життя. Підлітки порівнюють себе з китами, що їх викинув океан, під яким мається на увазі суспільство, сім'я чи близька людина. Відтак у всіх прихильників «Моря китів» і «Тихих будинків» на особистих сторінках зображені відео або малюнки з літаючими китами.

Перед тим, як втягнути дитину у квест, модератори вивчають її особистість за допомогою невеликого психологічного тестування через спілкування у приватному чаті і, якщо та має схильності до суїциду, надсилають їй завдання, виконання яких потрібно фіксувати на фото або відео. На кожне завдання надається обмежений час. Якщо учасник не встигає його виконати, то його виключають з групи.

Коли адміністратор групи впевнений у тому, що дитина готова до самогубства, створюється аудіо з музикою, в якому дитина виступає в

головній ролі. У ролику обговорюються усі її проблеми, які вона озвучила «провіднику». Єдиний вихід із усіх проблем, який озвучується у цьому «творі», – вчинити самогубство. Перед цим підліток слухає аудіо запис і робить останній крок. Фінальне завдання – покінчити життя самогубством та зафіксувати момент смерті на камеру в режимі online. Як правило, в подальшому такі відеозаписи продаються в мережі Інтернет та Darknet.

### *Суїцидогенні переживання неповнолітніх*

Американські дослідники (P. Shaffer та ін.) виділяють дві основні групи неповнолітніх самогубців. Першу утворюють діти з високим інтелектом, відчужені від своїх примітивних, неосвічених батьків. У багатьох з них мати – психічно хвора. Незадовго до того, як накласти на себе руки, вони виглядають пригніченими і самозаглибленими. У другій групі – імпульсивні, агресивні, схильні до насильства неповнолітні, які не зносять критики.

Установлено, що в багатьох випадках дитина вбачає в самогубстві радикальний засіб уникнення конфлікту, неприємної ситуації або ж покарання близьких, люблячих людей, які чимось образили її, «допекли» їй. Суїцидальний афект у таких ситуаціях виникає раптово і триває недовго. Проте афективного стану може вистачити, щоб дитина зробила непоправне, скориставшись тим, що є під рукою – шнурком, висотою, зброєю, отрутою. Самі діти при цьому здебільшого не усвідомлюють виразно, що чинять непоправне. В глибині свідомості їх жевріє уявлення, що, задовольнившись стражданнями тих, кому вони хотіли їх завдати своєю смертю, вони встануть, і всі помиряться тощо. Приводи таких суїцидів переважно зовсім нікчемні, сміховинні. Ще раз зазначимо, що таке може вчинити емоційно неврівноважена, збудлива, егоцентрична, примхлива, нетерпляча дитина.

І в повнолітніх суїцидентів, котрі діють не раптово, несподівано для них самих, інтуїтивно, а якийсь час виношують, планують своє самогубство, і в неповнолітніх, зовнішні суїцидогенні чинники спрацьовують тільки тоді, коли вони потрапляють на сприятливий, «родючий» психічний і біохімічний ґрунт, після цього виникають

нестерпні, негативно забарвлені емоційні стани, депресивний психічний біль.

Характерними для підліткових депресій є: байдужість, апатія, гнів, лють, що можуть виявлятись у саркастичності висловлювань, туга переважно невиразна, підвищена чутливість, вразливість, низька самооцінка, безпорадність, розчарування в людях, зокрема в друзях, амбівалентне бажання і бути незалежним, і належати комусь сильному, впевненому, здатному зарадити собі в будь-якій ситуації, очікування щирого заступництва батьків, учителів, переживання своєї непотрібності, марноти, безглуздя життя, філософська або метафізична «інтоксикація» – постійні, нав'язливі розмірковування над смисложиттєвими проблемами, сенсом життя і смерті, занепокоєння, тривожність, песимістичність, порушення сну, послаблення чи втрата апетиту, втрата ваги, головний біль, нудота, втомлюваність, нездатність до веселощів, до захоплення грою.

Основними поведінковими патернами для попередньої діагностики депресивного стану підлітка є: збентеження, скутість, дратівливість, непомірна стомлюваність, імпульсивність, плаксивість, висловлювання на кшталт: «Скоро я відпочину», «Мене з вами не буде...», «Вам буде краще без мене», «Я востаннє бачу ці квіти», напівсуїцидальні спроби, самоушкодження, погіршення успішності, упорядкування справ (роздача речей, настанови, поради тощо), «чорний» гумор стосовно смерті, самогубства, убивства, раптові комунікативні труднощі, раптові вживання у великих дозах наркотиків, алкоголю, відсторонення, відчуження від близьких, страх залишатися на самоті.

При замаскованій депресії у підлітків не спостерігаються ознаки туги, плачу, розлади сну та апетиту. Виразно виявляються: гіперактивність, агресивність, різке зниження успішності, деліквентність, психосоматичні порушення, асоціальна поведінка, порівняно інтенсивне вживання тютюну, алкоголю, наркотиків, втечі з дому.

Згідно з даними, які навела С. Трусова, 72,8 % українських неповнолітніх віком 10–17 років ніколи не втрачали бажання жити, у них жодного разу не виникали потяги до смерті; 21,4 % казали, що інколи це траплялось; у 5,8 % час від часу бажання жити зникає. Отже, група

суїцидального ризику становить загалом 27,2 %. Неповнолітні з цієї групи ризику менше читають книжок, грають у комп'ютерні ігри, відвідують гуртки за інтересами, але більше перебувають на вулиці та займаються улюбленими справами вдома. У них значно більше проблемних стосунків з батьком (відповідно – 10,4 % проти 2,9 %), матір'ю (9,1 % – 3,9 %), братами і сестрами (21,5 % – 12,6 %), ровесниками (9,8 % – 4,5 %). Вони здебільшого незадоволені мірою реалізації матеріальних і духовних потреб у своїй родині. 52,2 % з них не хочуть жити так, як живуть їх батьки матеріально, 35,8 % – духовно, 62,7 % – займатися тією ж справою, що й батько, 67,2 % – мати. Серед них більше тих, хто гірше, ніж інші одягається, і тих, кому батьки не дають грошей.

Діти з групи ризику і ті, що ніколи не втрачали бажання жити, дивляться у майбутнє відповідно: з застереженням і страхом – 62,7 % і 56,3 %; з байдужістю – 7,5 % і 3,8 %; з упевненістю і оптимізмом – 34,1 % і 26 %; зі змішаним, суперечливим почуттям – 19,5 % і 13,4 %. У абсолютної більшості неповнолітніх з групи ризику низькі бали за шкалами відкритості, самоповаги, самокерування, адекватного відображення ставлення до себе інших, самоцінності, самосприйняття, самоприхильності і високі за шкалами внутрішньої конфліктності та самозвинувачень. У них – великі відхилення від адекватної самооцінки та рівня домагань, значні розбіжності між Я-ідеальним і Я-реальним, високі рівні тривожності та психічного і фізичного виснаження, переживання самотності, безнадійності, беззмістовності існування.

### *Суїцидонебезпечні ситуативні реакції підлітків*

Суїцидонебезпечні ситуативні реакції підлітків також мають характерні особливості. Так, реакція депривації, яку дають в основному підлітки молодшого та середнього пубертатного віку, виявляється у пригніченні емоційної активності, у втраті інтересу до тих занять, що раніше цікавили. Виникають переважно внаслідок суворого, ортодоксального виховання в сім'ї, практики неминучих покарань за всілякі порушення встановлених правил, відсутності теплих родинних зв'язків, контактів.

Експлозивну реакцію дають, в основному, неповнолітні середнього пубертатного віку (14–16 років). Прояви: афективне напруження, агресивність, брутальність, ворожість до оточуючих, безцеремонне прагнення до лідерства, завищений рівень домагань. Безпосередньо суїцидальна поведінка у структурі такої реакції – це афективна розрядка часто на очах у «напасників», щоб помститися, завдати їм болісного удару.

Реакція самоусунення прослідковується у неповнолітніх середнього і старшого (юнацького) пубертатного віку з рисами соціальної та емоційної незрілості, «інфантильності». Мета – усунутись, відійти від конфлікту. Усунення – не обов'язково суїцид. Може бути імітація самогубства або самоушкодження, щоб викликати хворобу.

## 1.6. Суїцидальна поведінка у студентському віці: причини, характеристика

Перебіг навчального процесу з його типовими стресами та випробуваннями загострює наявні в особистості проблеми, нерідко призводячи до кризи, показником якої є руйнація життєвих планів з гострим почуттям безсилля власної волі.

Класифікацію найбільш типових криз, пов'язаних із циклом навчання у вищому навчальному закладі, та орієнтовні шляхи виходу із кризової ситуації розробила Н. Хазратова:

- криза адаптації до умов навчання у вузі (1 курс);
- криза «середини» навчання (2–3 курси);
- криза завершення навчання і переходу в інший соціальний статус (5 курс – початок трудової діяльності);
- криза відрахування з вузу.

Крім уже зазначених, можна виділити також типові, але, щоправда, меншою мірою пов'язані з навчанням, кризи:

– крах ідеалу кохання (подібна криза так чи інакше спровокована травмуючими подіями у сфері міжстатевих стосунків);

– екзистенціальна криза.

Крім того, трапляються й такі типові студентські психологічні проблеми, як неприйняття свого міжособистісного статусу в групі; конфліктні стосунки з викладачем чи адміністрацією; проблеми самореалізації творчо обдарованих студентів. Будь-яка з цих проблем (або їх комплекс) при загостренні може перерости в критичний стан, спровокувати замах на життя.

*Криза першого курсу (криза адаптації до умов навчання у вузі)*

Ця криза гостріше проявляється, як правило, у приїжджих (частіше – у вихідців із села) і зумовлюється не тільки незвичною ситуацією вузівського навчання, а й незвичністю нового місця проживання, неадаптованістю до умов не лише самостійного життя, а й життя в метрополісі. До вступу у вищий навчальний заклад вони мали міцні емоційні зв'язки з батьками, не мали досвіду самостійного життя і вибрали фах (як і навчальний заклад) не самостійно, а з допомогою батьків. Звикнувши до повсякденної опіки батьків, до стабільного життя, не перенасиченого інформацією, підлітки опиняються під впливом сильнодіючих на психіку факторів. Це, насамперед, травмуюча розлука з близькими, необлаштованість побуту, відчуття ізольованості та втрати дружніх зв'язків (що є наслідком відриву від звичної життєвої ситуації). Крім того, необізнаність з умовами проживання в місті, так само як і з умовами навчання, спричиняє відчуття власної безпорадності, дезорієнтації в ситуації. А це теж призводить до побоювання стати об'єктом кепкувань для інших. Цей страх обмежує дії новачка, робить його замкнутим, сором'язливим, скутим, змушує занурюватись і, як наслідок, може призводити до важких криз і патологічних наслідків. Ефективною допомогою у таких випадках, за умови, якщо дитина вчасно звернулась за допомогою до психолога, може бути психологічний тренінг, в якому беруть участь (крім самих першокурсників) студенти старших курсів, з якими в результаті неофіційного спілкування можна обговорювати питання, що турбують, знайти вирішення для поставлених проблем.

*Криза другого-третього курсів (криза середини навчання)*

Цю кризу також можна назвати екзистенціальною, бо саме в цей період відбувається переоцінка цінностей. Вона найбільш небезпечна

за своїми результатами, тому що за певних негативних умов може відбуватися втрата сенсу життя, а як вже згадувалося, саме цей чинник може призводити до самогубства. Слід зазначити, що у багатьох студентів, які свого часу успішно адаптувалися до навчання у вищому закладі освіти, середина навчання не проходить гладко. І хоча ця криза (як і всі інші кризи студентського періоду життя) теж трапляється не в усіх, все ж є досить поширеною. Час, коли вона виникає, як і її типові прояви, є дещо «розмитими» (у декого вона починається відразу після закінчення адаптаційних процесів, в інших – тільки на четвертому курсі). Проте найбільш поширеною "симптоматикою" цієї кризи є розчарування у навчанні загалом, в обраному фахові й у власних перспективах та можливостях. У цей період відбувається справжня втрата сенсу – насамперед сенсу навчання. Запитання, які ставить собі студент, звучать так: «Для чого я вчуся? Навіщо мені вчитися далі?» Втрата сенсу навчання супроводжується уявленням про відсутність перспектив, негативними відчуттями, пов'язаними із щоденним відвідуванням університету, інколи це супроводжується виключно критичним ставленням до викладачів. Підвищується втомлюваність; академічна успішність нерідко знижується (при цьому, що цікаво, подібну кризу часто переживають студенти з високою академічною успішністю). Гострота цих переживань досить сильно варіює залежно від індивідуальності та загальної життєвої ситуації, але типовим є те, що колишній життєвий задум студента (скажімо, той, який він мав на першому курсі) руйнується або ставиться під серйозний сумнів – і це за повної відсутності будь-яких зовнішніх загроз для цього задуму. У чому ж причина виникнення цієї кризи? І в кого вона насамперед виникає? Як і багато інших криз, ця криза пов'язана з крахом певних ілюзій. При вступі до вищого навчального закладу абітурієнт мріє про здобуття омріяної професії, про цікавість процесу навчання, захопливе спілкування у студентському середовищі, знайомство з новими друзями, зростання своїх можливостей (зокрема у формуванні власних професійних якостей та умінь). Проте іноді об'єктивна реальність виявляється іншою. І це не означає, що формування професійних умінь не відбувається чи спілкування в студентському середовищі є

нецікавим. Річ у тому, що молода людина не відчуває зростання власних можливостей або ж це відчуття виявляється значно меншим від очікуваного відповідно до затрачених зусиль. Водночас постають більш чіткими, помітними ті неприваблівні риси ймовірного майбутнього, які раніше не помічалися. Студент третього курсу більш реалістично оцінює можливості власного працевлаштування – і виявляється, що цих можливостей зовсім небагато і вони не є надто привабливими. Те саме стосується влаштування особистого життя. Водночас виникає і загострюється тривога в зв'язку з необхідністю професійної й особисто-сімейної самореалізації. Профілактика подібних криз (а саме запобігання занадто гострим проявам такої кризи) пов'язана з формуванням уміння самостійно ставити цілі і приймати рішення. При цьому значну роль відіграє минулий досвід взаємодії з реальністю, коли отримати ті чи інші блага можна було лише в результаті боротьби і праці. Саме такий досвід дає змогу цінувати навіть незначні досягнення, більш спокійно переживати розчарування; він також дає звичку систематичного докладання зусиль навіть за умов незначних результатів.

*Криза відрахування*

Ця криза буває спровокована ситуацією невдалого перескладання академзаборгованості і відрахуванням із вищого навчального закладу. Цікавою особливістю названої кризи є те, що про неї частіше розповідають психологу батьки відрахованого студента, а не сам студент. Н. Хазратова наводить такий приклад: мати студентки, відрахованої після першої сесії, так розповідає про переживання своєї доньки: «Вона нічого мені не розповіла про те, що її відрахували. Приходила пізно і в якомусь дивному стані. Питаю її, в чому справа, а вона відмовчується або каже, що працювала в бібліотеці, а потім заходила до знайомих. Напередодні я прокинулася близько другої години ночі. Бачу, що у ванній кімнаті горить світло. Відчиняю двері: вона там. І накурено у ванній страшно. Вона дивиться на мене і раптом так тихо каже: «Мамо, допоможи мені». Тут і розповіла мені все. А я уже боюсь, чи там тільки відрахування, чи немає чогось гіршого». Сама

подія відрахування з вузу є тільки чинником, який запускає механізм особистісної кризи, але не є її причиною. Причина, на думку дослідниці, криється більш глибоко – її витоки у базовому протистоянні особистості та навчального закладу як джерела обмежень та регламентації. Більшість студентів після проходження адаптації до умов навчання у вузі всерйоз сприймають «правила гри», що існують у вузі. Але не всім вдається підпорядкувати власне «Я» соціальній регламентації. Найчастіше така проблема (у різних формах) проявляється у тих студентів, які відчувають за собою підтримку батьків і вже мають досвід ухилення з їх допомогою від встановлених правил. Саме тому психологічну допомогу доводиться надавати батькам, а не студентам. Найскладнішою у цій ситуації є необхідність трансформації надзвичайно поширеного стереотипу про виправданість будь-якого методу допомоги своїй дитині. Як правило, вміння батьків обійти закони (щоб забезпечити своїй дитині перебування в університеті й отримання диплома) заважає студенту адаптуватися до умов навчання. Ще гострішою є ситуація, коли сім'я неповна і мати вбачає сенс свого життя в соціальному облаштуванні своєї дитини. Втім потрібно враховувати і вік батьків студентів, який часто не сприяє суттєвим особистісним змінам; крім того, ця проблема не може бути вирішена тільки за рахунок психологічних методів. При цьому слід зазначити основне – надзвичайно важливою є роль спілкування в допомозі дітям, які перебувають у стресовій ситуації – від цього може залежати їх життя.

*Криза четвертого курсу (криза випускника)*

Звернення з приводу вищеназваної кризи здебільшого відбуваються уже після закінчення вищого навчального закладу (як правило, за два-три місяці після випускних іспитів). Ця криза має певну типову динаміку. Перші її ознаки спостерігаються протягом весняного семестру п'ятого курсу. Вони проявляються у високій напруженості, підвищенні стурбованості, переживанні страху та невпевненості, у загальному відчутті психологічного дискомфорту. Як правило, п'ятикурсник пов'язує цей стан із наближенням захисту дипломної роботи

та випускними іспитами. Проте це не зовсім так: після закінчення випробувань цей стан не зникає. Захист дипломної роботи, випускний екзамен та випускний вечір проходять за інерцією "старої" системи мотивів, які спонукали на навчальну діяльність протягом останніх курсів. Як правило, вони обумовлюють очікування, що закінчення вищого учбового закладу буде початком нового, привабливого етапу життя. Навчання сприймається як джерело обмежень, яке необхідно терпіти заради кінцевої мети – отримання диплома. Коли ж воно насправді закінчується, виникає ефект, подібний до описаного В. Франклом явища «екзистенціального вакууму». Коли вручення дипломів та випускний вечір залишаються позаду, випускник несподівано опиняється наодинці з відчуттям, що він начебто на ходу вистрибнув із швидкого поїзда. Усвідомлення того, що тепер тільки він сам відповідатиме за себе, приходить не відразу. Але поступово воно призводить до відчуття ізольованості, страху, невпевненості. Пошуки роботи, які часто не зразу мають позитивний результат, сприяють фіксації негативних відчуттів. Соціальна невлаштованість, матеріальна несамостійність, враження відірваності від спільного життя посилюється контрастом зі студентським пожвавленим спілкуванням із включеністю в життя академгрупи. У деяких випадках гострота згаданих переживань набуває справжніх кризових форм. Причина цієї кризи пов'язана з найсуттєвішими джерелами страхів юнацького віку. Загалом їх можна інтерпретувати як страх власної нереалізованості – насамперед у двох важливих сферах: професійній (соціально-статусній) та сімейно-інтимній. Тому цей страх сильніше виражений в особистостей з вищим рівнем домагань і меншими вихідними можливостями їх реалізації. Відповідно цей страх переживається значно легше і спокійніше, якщо випускник уже хоча б частково реалізував себе в одній з цих сфер – наприклад, створив сім'ю чи влаштувався на роботу. Допомога студентам з типовими психологічними проблемами передбачає кілька можливих шляхів:

– *об'єктивація тривоги та страхів.* Цей шлях передбачає, насамперед, конкретизацію очікування п'ятикурсника щодо ситуації закінчення вузу. Необхідно, щоб розмите і невизначене відчуття тривоги та побоювання об'єктивувалося в конкретному страхові:

страхові не отримати диплом; страхові не влаштуватися на роботу; страхові опинитися без житла (страхові злиднів). Щоб ефективно боротися з відчуттям страху, необхідно спочатку об'єктивувати його («заземлити» його на щось); інакше страх має тенденцію ставати безконтрольним і підпорядковувати несвідоме (саме несвідоме, за визначенням З. Фрейда, штовхає людину на самогубство).

– *Локалізація страху*, – коли страх є об'єктивованим (пов'язаним, скажімо, з працевлаштуванням), з'являється можливість працювати з ним на раціональному рівні; – систематична десенсибілізація. Дослідниця Н. Хазратова зазначає, що протягом консультування студент подумки поступово, крок за кроком, під дією певного чинника занурюється в свій внутрішній світ, у ситуацію, яка є потенційно загрозливою, травмуючою. Так, наприклад, якщо в ситуації невдалого пошуку роботи найстрашнішим для випускника є момент відмови від запропонованих ним послуг, то вищеназвана техніка виглядатиме так:

1) клієнт спочатку уявляє себе в ситуації, коли йому необхідно йти до роботодавця (стан, коли є дискомфорт і легка тривога, але ще немає страху). Необхідно адаптуватися, звикнути до цієї ситуації, прожити її і зробити її таким способом комфортнішою для себе;

2) клієнт уявляє, що входить до кабінету роботодавця. Знову ж, необхідно відчути цю ситуацію до дрібниць, прожити її, щоб адаптуватися і звикнути до неї;

3) кульмінаційним є уявлення того моменту, який видається найбільш неприємним і лякаючим: моменту відмови. Його треба уявити найбільш детально і спробувати ще і ще раз пережити свої негативні емоції, не «блокуючи» їх, а, навпаки, сприймаючи їх як належне. Уявне програвання подібних неприємних ситуацій певною мірою зменшує їхню значущість, послаблює зв'язок негативної зовнішньої оцінки з самооцінкою.

## 1.7. Самогубство в похилому віці: соціально-психологічні чинники

*Похилий вік* є завершальним періодом людського буття, умовний початок якого пов'язаний із відходом людини від безпосередньої

участі у виробничому житті суспільства. Ознаки похилого віку виявляються в поступовому зменшенні функціональних можливостей людського організму, що проявляється у послабленні здоров'я, втраті фізичних сил, психологічному заглибленні в собі, пов'язаному з оцінкою та осмисленням прожитого життя, а також у соціально-психологічних проблемах, які полягають у зменшенні соціальних контактів та міжособистісних стосунків. Якщо у вітчизняній психології перші 25–30 років життя людини детально вивчені, розбиті на чисельні стадії та етапи, в межах яких виокремлені характерні для них проблеми і кризи, то такий же тривалий період пізнього життя є недиференційованим, а в багатьох аспектах – непізнаним.

На думку психологів, проблема виходу на пенсію справедливо називається «шоком відставки». Цей період означає відокремлення людини від референтної для неї групи, від тієї справи, якій вона присвятила довгі роки. Людина втрачає займаний статус, важливу соціальну роль і значуще місце в суспільстві. Зникає джерело її соціальних стимулів, погіршується матеріальне становище. Суттєвим є й те, що у людини різко змінюється структура її психологічного часу. В хронотопі особистості різко зменшується частка майбутнього часу, який розширював її соціально-психологічний простір, котрий, в свою чергу, був тим заслоном, який перешкоджав домінуванню минулого у когнітивно-емоційній сфері індивіда. Протягом майже всього свого життєвого шляху людина звикла жити планами, близькими і віддаленими цілями, проектами і задумами, тобто різними формами майбутнього. Для багатьох людей похилого віку пенсія – це втрата майбутнього, за межами якого життєвий світ сповнюється сферою невизначеності, беззмістовності, самотності. Минуле, не будучи відтісненим майбутнім, починає владарювати над життєвим світом індивіда.

Вітчизняний психолог К. Муздибаєв зазначає, що чим більше насиченою є часова перспектива подіями, планами і надіями, тим інтенсивніше, змістовніше життя та соціальні контакти людини. І, навпаки, чим менше надій, планів на майбутнє і реальних подій на часовому горизонті, тим бідніше і беззмістовніше життя. Порівняння часової перспективи кількох вікових груп свідчить,

що діти 10–12 років не заглядають далеко в майбутнє, у них найкоротша часова перспектива. Юнаки 14–17 років вже істотно її подовжують, але рекордної довжини досягає часовий горизонт у віці 18–24 років. Що ж стосується людей похилого віку, часова перспектива у них значно зменшена. Більшість з них живе теперішнім і минулим.

Вивчаючи фази життєвого шляху, психологи відмічають, що їх особливості визначаються не лише соціальними чинниками, а й ставленням до життя. З цих позицій розглядається так званий «парадокс завершення людського життя», суть якого в тому, що «вмирання» форм людського існування настає нерідко раніше, ніж «фізичне одряхління» від старості. В умовах соціальної, у тому числі й соціально-психологічної, ізоляції відбувається занепад, звуження сенсу життя, інформаційно-комунікативного формату, що призводить до деградації особистості. Наукові знання про довгожителів підтверджують факт цілісності особистості, коли вона чинить опір умовам, що сприяють такій ізоляції. Філософи стверджують, що значущість людини полягає в тому, чи змогла вона стати господарем свого часу. Доведено, що користь (або почуття корисності), а також праця і взаємодія з іншими є головними чинниками, які забезпечують і передбачають значну тривалість життя, а отже, підтверджують значущість людини.

У цивілізованих країнах люди похилого віку займають поважне місце в соціумі як носії великої життєвої мудрості і досвіду. Шанобливе ставлення до них підтверджує і підтримує їхній соціальний статус. У нашій країні декілька десятиріч назад поширився зовсім інший, протилежний за суттю, образ літніх людей – їх сприймають як хворобливих, зайвих, обтяжливих для суспільства. Така ситуація значно погіршує становище людей похилого віку, поглиблюючи їхню вразливість і щодо вікових, і щодо соціальних та соціально-психологічних змін.

Поширені в наш час стереотипи «старості» стосуються лише кінцевих етапів постпенсійного віку. На початкових етапах, які можуть тривати десятиліттями, люди зберігають працездатність, бажання контактувати і давати користь суспільству. У цих людей, крім великого професійного досвіду, є й позитивний соціально-психологічний

досвід життя, закріплений у формі особистих характеристик. Вони відрізняються реалістичним підходом до подій, здатністю долати життєві труднощі без непотрібної агресії і тривоги, розв'язувати конфлікти, протидіяти стресовим та екстремальним ситуаціям. Вони можуть багато чому навчити менш досвідчених. Період пізнього життя за всіма правилами має стати «періодом респектабельності». Але для цього людям похилого віку треба докласти великих зусиль, щоб змінити громадську думку. А тому активне протистояння соціальним стереотипам старості, які орієнтують людину на інертність, буденність, є найважливішим завданням особистості похилого віку. Неможливість вийти із таких обставин спричинює стан тривоги, аутизації, що, зрештою може викликати суїцидальний вчинок.

Слід відзначити, що необхідною умовою тривалості життя, яке задовольняє особистість, є виокремлення нею в навколишньому середовищі тих галузей і тих «значущих інших», контактуючи з якими і діючи в яких, вона зберігає свою автономність, здатність контролювати події, що відбуваються, і приймати власні рішення. Аналізуючи проблему сенсу життя і вивчаючи його особливості у представників пенсійного віку, Г. Вайзер зробила висновок, що їх умовно можна поділити на дві групи. Перша група включає в себе осіб, які характеризуються звуженням, згасанням сенсу життя, котрий полягає в тому, щоб вижити, зберегти своє здоров'я. Характерно, що представники цієї групи усвідомлюють процес звуження сенсу життя, аналізують причини, бачать глухий кут, але не можуть знайти з нього виходу. Головну причину згасання сенсу життя вони вбачають у змінах соціально-економічних умов життя країни і не пов'язують її з віком. Друга група, навпаки, характеризується розширенням, піднесення сенсу життя. В ієрархії життєвих сенсів цих обстежуваних виокремлюють такі головні сенси життя: служіння високій ідеї; служіння Батьківщині; високий громадський обов'язок; досягнення соціальної справедливості; життя для людей; піклування про дітей; розширення соціально-психологічного простору тощо.

Аналогічні висновки зробили й інші науковці на основі узагальнення результатів відомих праць, що стосується психології пізнього періоду життя. Виокремлено також два особис-

тісних типи, які відрізняються один від одного рівнем активності, стратегіями подолання труднощів, ставлення до світу, до інших і до себе, задоволеністю життям. Представники першого типу мужньо, безособливих емоційних розладів переживають вихід на пенсію. Для них заняття іншою цікавою справою, налагодження дружніх зв'язків, збереження здатності контролювати своє оточення є умовами задоволеності життям і збільшують його тривалість. Для представників другого типу характерним є розвиток у постпенсійному періоді пасивного ставлення до життя, вони відчужуються від оточення, звужується коло їхніх інтересів і знижуються показники тестів інтелекту. Вони втрачають повагу до себе і переживають важке почуття непотрібності. Ця ситуація – типовий приклад втрати особистісної ідентичності і нездатності людини побудувати нову систему іденти- фікації. Як правило, кількість представників другого типу збільшують особи, які не змогли реалізувати найголовніші завдання попередніх вікових етапів. І внаслідок цього, за словами Е. Еріксона, їхня старість супроводжується розчаруванням і відчуттям даремності прожитого, відчаєм. У таких осіб значно швидше настає послаблення процесів приймання і ускладнення комунікативної та рухової активності, що поєднується із негативними змінами у сфері інтелекту, пам'яті та інших психічних функцій. Натомість у першій групі відомі факти високої творчої активності і продуктивності науковців, представників мистецтва та інших професій не лише в похилому, а й у старечому віці.

Сучасні люди похилого віку в нашій країні перебувають у найбільш несприятливих для життя умовах: позбавлені елементарних можливостей комфортно доживати свій вік, не маючи соціального захисту і матеріального достатку, вони водночас переживають ще й соціально-психологічну та вікову кризи. Така ситуація загалом є дуже психотравмуючою. І якщо для молодих людей найбільш адекватне прагнення до емоційного розв'язання життєвих проблем, то в похилому віці домінують духовно-релігійні способи протидії стресам.

У психології виокремлюють три групи передумов деформації особистості в похилому віці, які за своєю дією є максимально стресовими, а тому можуть обумовлювати різні деструктивні форми поведінки аж до суїцидальних вчинків. *До них належать:*

1) вихід на пенсію;

2) смерть одного з подружжя, які прожили разом довге життя;

3) переселення в геріатричний будинок, особливо якщо воно відбувається без особистої згоди і бажання людини.

Усі перелічені вище обставини у похилому віці можуть розглядатись як детермінанти суїцидальної поведінки. Правомірність цього висновку може бути підтверджена тим, що, як уже зазначалося, людям похилого віку, крім ознак психологічної кризи (зумовленої самим віком), притаманні ще й ознаки кризи соціальної та соціально-психологічної (звуження комунікативного простору, яке проявляється у висловлюваннях типу: «Я нікому не потрібен», «Зі мною ніхто не спілкується», «До мене ніхто не приходить», «Немає з ким перемовитися словом» та ін.). Більше того, така подвійна криза посилюється ще й наявним стереотипом обтяжливої для суспільства старості. В цих умовах за наявності проблеми, яка характеризується великою особистісною значущістю (наприклад, самотність або важка хвороба і т.д.), деструктивність поведінки стає майже неминучою.

*Як свідчать результати багатьох досліджень, у мотиваційній сфері людей похилого віку домінують такі мотиви самогубства, як:*

1) уникання страждань (з'являється із втратою особистісного сенсу свого існування; як результат неможливості виконання попередніх соціальних ролей; унаслідок почуття самотності тощо);

2) самопокарання (з'являється як результат всепоглинаючого почуття вини чи сорому);

3) відмова (виникає або як особливе ставлення до власних проблем, або як загальна філософсько-негативна оцінка життя).

Отже, найбільш оптимальними шляхами протидії життєвим труднощам у похилому віці, поширеними на особистісному рівні, є активність особистості, здатність реалізувати свої здібності й можливості навіть у постпенсійний період; вміння вбачати у своїй часовій орієнтації майбутнє, не позбавлене життєвого сенсу тощо. Стосовно суспільного рівня цих шляхів, то насамперед необхідно створити такі соціальні умови, які б забезпечували можливість активного і повноцінного життя старшого покоління. Йдеться передусім про сприяння держави щодо продовження періоду продуктивної і працездатної

старості. Звичайно, це завдання не може бути реалізоване негайно, оскільки за сучасних умов безробіття стосується й багатьох молодих і зрілих осіб. Однак вирішувати цю проблему потрібно, оскільки майбутнє твориться теперішнім.

## 1.8. Психологічні особливості самогубств серед співробітників органів внутрішніх справ

Самогубства, що вчиняють співробітники органів внутрішніх справ, належать до категорії найтяжчих надзвичайних подій. Вони мають не тільки моральні та економічні наслідки, а й значний суспільний резонанс.

Щорічно через самогубства органи внутрішніх справ втрачають від 200 до 300 співробітників.

Абсолютна кількість випадків самогубств серед працівників МВС України досягла свого максимуму у 1994–1998 рр. (63–58 випадків). У 1999–2000 рр. спостерігалося зниження кількості самогубств (45–47). Подальше зниження відбулося в 2001 р. (32) та досягло мінімального значення в 2002 р. (15).

З 2003 по 2008 рік спостерігалося поступове зниження кількості самогубств, при цьому рейтинг суїцидальної активності працівників ОВС області був значно нижчий, ніж рейтинг суїцидальної активності працівників МВС України. Найбільш виразною ця різниця була в 1999, 2003 та 2008 роках. Починаючи з 1999 р., при виконанні службових обов'язків загинуло 805 працівників органів внутрішніх справ, поранено 5234 працівники. З них безпосередньо під час охорони громадського порядку загинуло 260 працівників (32 %), поранено 3417 (65 %).

За цей же час покінчив собою 531 працівник органів внутрішніх справ, що складає близько 66 % від числа загиблих при виконанні службових обов'язків і в 2 рази більше, ніж загинуло безпосередньо під час охорони громадського порядку.

Упродовж останніх років спостерігається стабільне зменшення кількості працівників, які загинули при виконанні службових обов'язків (з 15 випадків у 2009 р. до 12 – у 2014 р.). Однак ця статистика

засвідчує, що у цьому ж 2014 р. система МВС України втратила внаслідок самогубств більше працівників міліції (18), ніж їх загинуло безпосередньо під час охорони громадського порядку та боротьби зі злочинністю (11).

Протягом останніх 5–7 років проблема профілактики суїцидальних дій співробітників ОВС України займає одне з перших місць серед питань, що вимагають підвищеної уваги кадрового апарату і відомчих медичних структур. Будь-який випадок суїциду стає надзвичайною подією, що прирівнюється хіба що до особливо тяжкого злочину, вчиненого співробітником міліції. Крім того, не може не викликати заклопотаності те, що постійне обговорення теми «суїцидальна настороженість» не дає змогу виявити такі гострі і, разом з тим, “незручні” проблеми, як побутове пияцтво, уживання наркотиків, брутальні форми поведінки співробітників ОВС. Значна кількість публікацій, що з’явилися останнім часом у відомчих друкованих виданнях, здавалося б, висвітлюють усі аспекти аутодеструктивних дій. При цьому варто пам’ятати, що дослідження самогубства як феномена складається з двох основних складових – природничо-наукового (власне медичні, у тому числі психіатричні, психофізіологічні, біохімічні й інші аспекти) і гуманітарного (соціологічні, психологічні, культурологічні, філософські й інші аспекти).

Що стосується даних природничо-наукового розділу суїцидологічних досліджень, то для відповіді на поставлене питання, особливий інтерес становить інформація щодо поширеності суїцидальних дій серед психічно хворих людей. За даними наукової літератури, кількість самогубств, учинених психічно хворими, у загальнолюдській популяції коливається від 25 % до 13 % усіх суїцидентів, тобто їхня процентна вага незрівнянно більше, ніж у вибірці співробітників ОВС (у середньому 2–3 %). Варто враховувати, якщо в загальнолюдській вибірці психічно хворі суїциденти частіше страждали важкими розладами психіки (шизофренія, маніакально-депресивний психоз, реактивні стани психотичного реєстру), що були основною причиною самогубства, то суїциденти, зареєстровані в системі МВС як особи, які страждають психічними захворюваннями, найчастіше мали синдро-

мальні легкі порушення невротичного регістру, роль яких у здійсненні суїцидального акту виглядає часом досить гіпотетичною.

Аналіз причин і умов здійснення суїциду показав, що найбільше число самогубств вчинене серед співробітників у віці від 25 до 35 років (48 %) зі стажем служби в органах внутрішніх справ від 3 до 10 років (55 %). У більшості з них є сім'ї (66 %), діти (68 %), тобто добровільно пішли з життя співробітники зрілого, працездатного віку.

Матеріали службових розслідувань засвідчують, що в 49 % випадків самогубства тією чи іншою мірою були пов'язані з сімейно-побутовими конфліктами, у тому числі наявною матеріальною скрутою. Більше половини (56 %) самогубств вчинені у стані алкогольного сп'яніння. Це свідчить про незнання керівниками ситуації в сім'ях співробітників, їхніх сімейно-побутових проблем.

Найбільш суїцидонебезпечним віком співробітників органів внутрішніх справ, за середніми даними, є період від 31 до 40 років – 41 %, що приблизно відповідає частці осіб цього віку, службовців у МВС України (близько 38 %). Частка співробітників у віці до 30 років складає близько 50%. Кількість самогубств серед них дещо нижче (46 %). Отже, як і серед цивільного населення, відзначається тенденція до збільшення кількості самогубств з віком.

У 40 % випадків стаж служби в органах внутрішніх справ співробітників, що вчинили самогубства, не перевищував три роки, що приблизно відповідає частці співробітників зі стажем служби до 3-х років в органах внутрішніх справ (35 %). Рівень самогубств дещо зростає зі збільшенням стажу служби. Так, частка співробітників із стажем більше 15 років складала близько 8 %, а кількість самогубств серед цієї категорії була 12 %. Ця закономірність, мабуть, є похідною від віку співробітників.

Переважну більшість самогубств загалом у МВС вчиняють особи молодшого (53,06 %), а також середнього (28,16 %) керівного складу, що також приблизно відповідає їх частці серед усього особового складу органів внутрішніх справ і не дозволяє говорити про достовірне переважання самогубств серед тієї або іншої категорії співробітників. Суїциденти переважно не мали стягнень і характеризувалися позитивно.

Слід зазначити, що найпоширенішим способом є самогубство через повішення (61 %), у 32 % для реалізації аутоагресивної цілі використовувалася вогнепальна зброя, переважно табельна (22 %). Здійсненню таких надзвичайних подій сприяло грубе порушення порядку зберігання і видачі табельної зброї, ослаблення контролю керівниками підрозділів за діяльністю підлеглих, несення ними служби. Спосіб і місце здійснення самогубства є непрямими вказівками на причину конфліктної ситуації, саме так як її бачить суїцидент. Так, для самогубств на ґрунті сімейно-побутових конфліктів характерне повішення за місцем проживання. При конфліктах, пов'язаних зі сферою службової діяльності, більш характерні самогубства із застосуванням табельної зброї. Звертає на себе увагу і те, що близько 25 % осіб, що вчинили суїциди, під час вступу на службу в МВС України не проходили обстеження в центрах психологічної діагностики. Як правило, суїцидальні дії відбувалися у вихідні дні (42 %), за місцем проживання (65 %), з вісімнадцяти до двадцяти чотирьох годин. Кожне п'яте самогубство було здійснено під час несення служби, в службовому приміщенні, частіше з нуля до шести годин ранку. Суїциденти переважно були одружені (74 %) і мали дітей (73 %).

На рівень суїцидів серед співробітників органів внутрішніх справ України в основному впливають ті ж чинники, що й на число самогубств населення країни загалом. Такими є:

– зниження рівня життя і зростання соціальної напруженості і рівня злочинності в суспільстві;

– інтенсивне соціально-майнове розшарування, відставання рівня доходів співробітників від зростання цін і їх нездатність забезпечити гідний рівень життя своїй сім'ї на одержуваний грошовий зміст;

– наростання роз'єднування, атомізації суспільства, що загострюють у людини відчуття самотності, викликають емоційну депривацію, відчуття відчуженості від оточення (зокрема товаришів по службі і керівників служб і підрозділів ОВС);

– зростання психічної захворюваності при відносному пом'якшенні законодавчих заходів з обліку і лікування осіб із психічними порушеннями, збільшення серед населення адекватних форм поведінки, а також хворих алкоголізмом і наркоманією.

Водночас є ряд специфічних для системи ОВС особливостей: наявність медичного і психологічного відбору до органів внутрішніх справ, що дає змогу відсіяти велику частину осіб з нервово-психічною патологією; переважно чоловічий склад професійних колективів, що приводить до зміни співвідношення між завершеними самогубствами і спробами самогубств на користь перших, обумовлює вибір самих летальних способів самогубств (повішення, вогнепальні поранення).

Слід відзначити й наявність стресогенних чинників з тривалою дією службової діяльності:

– можливість екстремальних (пов'язаних із загрозою для життя, здоров'я, іншими тяжкими наслідками) ситуацій, які є штатними для діяльності співробітників; необхідність використовування заходів примушення (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.

Останнім часом на перший план висувалися невідповідність між становищем співробітника під час виконання службових обов'язків і становищем поза службою, в побуті, обумовлені низьким грошовим змістом, порушенням соціальних прав і пільг співробітників органів внутрішніх справ, передбачених законодавством.

Крім того, чинники службової діяльності, які можуть робити профілактичний вплив на рівень самогубств серед співробітників. Насамперед, це певний соціальний статус, соціальна стабільність, наявність згуртованих професійних колективів. Стійкі професійні колективи зі сприятливим морально-психологічним кліматом є одним із найістотніших чинників сучасного суспільства, що перешкоджають розвитку суїцидальної поведінки.

Близько 60 % самогубств вчинені співробітниками після вживання алкоголю, що істотно перевищує аналогічний показник серед цивільного населення Україні. Прямого зв'язку між концентрацією алкоголю в крові і тягарем суїцидальних дій не виявлено. Тому розвиток суїцидальних намірів при сп'янінні залежить не тільки від чинника інтоксикації, а й від індивідуальних особистих особливостей співро-

бітників органів внутрішніх справ і ситуативних моментів. Тягар наслідків багато в чому залежав від випадкових обставин, наприклад, від наявності в даний момент швидких і дієвих засобів для здійснення самогубства.

Аналіз результатів службових перевірок показує, що в основі соціально-психологічної дезадаптації співробітників, які вчинили самогубство, майже в половині всіх випадків було зловживання алкоголем, що також є відмінною рисою формування суїцидальної поведінки співробітників від цивільного населення. Можливо, цим частково пояснюється високий рівень самогубств серед спів робітників у період свят, під час яких збільшується кількість спиртних напоїв, що вживаються. В цих випадках спиртні напої вживали саме для того, щоб полегшити реалізацію суїцидальних намірів, що вже є. При цьому алкоголь був непрямою причиною самогубства. Аналогічна роль сп'яніння і тоді, коли алкоголь різко знижував критичні функції і самоконтроль, унаслідок чого вчинялася суїцидальна дія.

Таким чином, суїцидальна поведінка співробітників органів внутрішніх справ у стані сп'яніння залежить від обставин, на фоні яких алкогольна інтоксикація в одних випадках виконувала роль «приголомшливого засобу» (46 %), в інших – служила «пусковим чинником» (30 %), в третіх – була «підсилювачем» переживань із формуванням психопатологічних реакцій, що призводять до ідеї самознищення (24 %).

Підвищена суїцидальна небезпека осіб, які зловживають спиртними напоями, пов'язана не тільки з чинниками інтоксикації, а й з особливостями особи, що формується в процесі зловживання алкоголем: афектною нестійкістю, збудливістю, схильністю до імпульсних дій з психопатичними, істеричними виявами.

Ще однією особливістю самогубств, вчинених співробітниками органів внутрішніх справ, є безпосереднє або опосередковане ототожнення себе з людиною, що раніше вчинила самогубство. Про поширеність такої поведінки свідчить те, що в підрозділах, де вже траплялося самогубство, ризик нового самогубства, за вибірковими даними, досить високий. Проведений аналіз матеріалів службових перевірок дозволяє дати коротку характеристику типових конфліктних

ситуацій, що спонукали співробітників ухвалити рішення про самогубство. 50–60 % всіх випадків самогубств і замахів пов'язані з особистісно-сімейними конфліктами, у тому числі 16 % самогубств учинені з мотивів ревнощів або невдалої любові, в кожному другому випадку стосунки між подружжям були порушені через зловживання спиртними напоями, а також недостатню матеріальну забезпеченість. У 24 % випадків конфлікти були обумовлені відсутністю допомоги у вихованні дітей і веденні домашнього господарства через постійну зайнятість на службі.

У ряді випадків їм сприяли професійні конфлікти, в основі яких були порушені взаємостосунки з керівниками, близько 8 % самогубств ставали наслідком кримінальних, адміністративно-правових конфліктів, через страх можливого покарання за вчинене співробітниками правопорушення, у зв'язку з відчуттям сорому, розкаяння, переживань з приводу заподіяної шкоди. Причинами самогубств у решті випадків були: наявність якого-небудь захворювання, розлади на сексуальному, релігійному або іншому ґрунті, різні морально-етичні переживання, матеріальна, комунально-побутова скрута і т.п. Серед безпосередніх мотивів (подій), що призвели до самогубств, переважали ревнощі, подружня зрада (реальна або підозрювана).

Серед мотивів, обумовлених наявністю психопатологічних розладів, переважали ідеї винності, уявного важкого захворювання, зміни самовідчуття, переслідування. Мотиви суїцидальних дій переважно виникали як стійкі поєднання двох або більше сфер конфліктів або «суїцидальних комплексів». Серед них найбільш часто виявлялися: сімейні негаразди на фоні зловживання алкоголем; сімейні конфлікти на фоні соматичного або психічного захворювання; поєднання сімейної конфліктної ситуації з професійним конфліктом; поєднання зловживання алкоголем із конфліктними ситуаціями на роботі і в сім'ї. Найбільший ризик у здійсненні аутоагресивних дій становлять психопатичні особи (з переважанням істеричних і збудливих реакцій), а також особи з різними депресивними станами. Досить високий ризик завершеного суїциду в осіб з органічним ураженням головного мозку, а також у співробітників із наявністю в анамнезі важких черепно-мозкових травм і мозкових інфекцій (менінгіти, арахноідити й ін.).

Аналіз пресуїцидальної поведінки осіб із наявністю нервово-психічних розладів показав, що більш ніж 60 % таких хворих вчиняють суїцидальні дії при загостренні хвороби, з цілком реальних мотивів і мотивів, які виникають в інших суїцидентів.

Ці дані свідчать про те, що шляхи до практичного вирішення проблеми профілактики суїцидальної поведінки співробітників органів внутрішніх справ складні і далеко не однозначні. Профілактика такої надзвичайної події можлива лише під час проведення спеціально розробленого комплексу заходів, що включає цілеспрямовану діяльність кадрових і виховних апаратів, психологічної служби і лікувальних установ.

Статистика самогубств свідчить про наявність у співробітників органів внутрішніх справ, що наклали на себе руки, таких особистісних рис, як: недостатній самоконтроль, неадекватна самооцінка своїх можливостей, недостатність компенсаторних механізмів психологічного захисту, безкомпромісність, нездатність адекватно долати конфлікти у сфері міжособових відносин.

Більш ніж у 61 % випадків у матеріалах службових перевірок є вказівки на те, що самогубства вчинені за умови, коли керівники підрозділів, працівники кадрових апаратів мало надавали уваги виховній роботі з підлеглими (особливо з молодими співробітниками), рідко цікавилися їх поведінкою поза службою, в сім'ї, не проявляли належної уваги організації побуту і дозвілля співробітників, погано вивчали їхній моральний і фізичний стан. Ряду суїцидів передували події, що свідчили про необхідність вживання тих або інших заходів керівництва, направлення до психолога або психіатра, вирішення питання про звільнення з органів внутрішніх справ, що, проте, не було зроблено своєчасно. Здійсненню таких надзвичайних подій також сприяло порушення порядку зберігання і видачі табельної зброї, ослаблення керівниками підрозділів контролю за діяльністю підлеглих під час несення ними служби

Трапляються випадки порушення вимог про обов'язковий лікарський огляд осіб, що приймаються на службу до органів внутрішніх справ і вивчення кандидата за місцем проживання. Близько 8 % осіб, що вчинили суїцидальні акти, були прийняті на службу без проходження

ними ВЛК або всупереч її рішенню. Четверта частина суїцидентів не проходили психодіагностичного обстеження під час прийняття на службу.

Відбираючи кандидатів на службу, керівники не завжди вивчають психологічні висновки стосовно них або ігнорують висновки центрів психологічної діагностики і практичних психологічних підрозділів, поверхно ставляться до результатів установлених перевірок.

Робота з попередження суїцидальних дій проводиться в загальній системі заходів профілактики надзвичайних подій і травматизму співробітників органів внутрішніх справ, а також у системі психопрофілактики.

Трудність проблеми, що розглядається, особливо її профілактичного напряму, пов'язана з відсутністю специфічності суїцидальних виявів. Немає такої людини, яка за своїми індивідуальними якостями обов'язково повинна закінчити життя самогубством, немає такої ситуації, а також психопатологічних порушень, які неодмінно привели б людину до суїциду.

Практичне вирішення проблеми профілактики суїцидальної поведінки серед співробітників органів внутрішніх справ можливе лише на основі комплексного підходу, що забезпечить вивчення особи суїцидента, особливості мікросоціального клімату у формальній і неформальній сферах спілкування, а також професійного, матеріального і побутового статусів.

Основним завданням такої роботи має бути запобігання самій можливості появи суїцидальних переживань, своєчасне розпізнавання станів із потенційною загрозою суїциду і, більш того, на ліквідацію умов, що їх породжують.

Вищеназвані завдання можна успішно бути вирішити тільки під час проведення комплексу психопрофілактичних і психогігієнічних заходів.

Психогігієна передбачає проведення комплексу заходів щодо збереження і зміцнення психічного здоров'я, забезпечення якнайкращих умов для психічної діяльності людини. Під час проведення психогігієнічних заходів необхідно враховувати вплив на психіку людини

(здорової і хворої) умов зовнішнього середовища: соціальних, виробничих (службових) і побутових чинників.

Психопрофілактика передбачає систему заходів, орієнтованих на зниження нервово-психічної захворюваності і сприяє впровадженню їх у практичну діяльність. Методи психопрофілактики включають вивчення динаміки нервово-психічного стану співробітника і під час трудової діяльності, і в побутових умовах.

Робота зі збереження нервово-психічного здоров'я співробітників органів внутрішніх справ вимагає безперервного, щоденного вивчення індивідуальних особливостей кожного співробітника, його виконавської дисципліни, успіхів в освоєнні передових форм і методів роботи, настрою, а також сімейно-побутової сторони життя. Це, у свою чергу, вимагає від керівників органів внутрішніх справ, навчальних закладів, працівників кадрового апарату і медичних установ МВС України постійного вдосконалення знань в області психогігієни і психопрофілактики.

В умовах діяльності органів внутрішніх справ психопрофілактика включає такі етапи діяльності:

– ретельний кадровий і медико-психологічний відбір осіб для роботи в органах внутрішніх справ, тобто проведення спеціального професійного відбору з урахуванням психологічних особливостей, установок і стану нервово-психічного здоров'я співробітників;

– 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», ставлення на облік, динамічне спостереження; обстеження, лікування й експертиза відповідно до медичних свідчень.

Профілактика суїцидальної поведінки серед співробітників органів внутрішніх справ під час проходження служби здійснюється за такими напрямами:

1. Проведення заходів щодо усунення причин і умов, що сприяють виникненню станів соціально-психологічної дезадаптації, що приводить до розвитку суїцидальної поведінки.

2. Розвиток особи співробітника, формування в нього психологічної стійкості до різних стресових ситуацій.

3.Здійснення роботи зі згуртування службового колективу.

4. Своєчасне виявлення суїцидальних тенденцій і дій у співробітників у стані соціально-психологічної дезадаптації або які перебувають у пресуїцидальному періоді.

Особливо мають насторожувати суїцидальні думки, натяки, вислови (в пресуїцидальному періоді – 20 % випадків самогубств співробітників). Поява ж постійних ідей самогубства, суїцидальних висловів і спроб (13 %), прямі або символічні «прощання» (9 %), збуджена поведінка або «зловісний» спокій, нерідко не властива раніше зібраність – показник гострої суїцидальної кризи, загрозливої життю. Зафіксувати наявність таких висловів іноді вельми скрутно, 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 до медичних установ.

Профілактика суїцидальної поведінки серед співробітників органів внутрішніх справ вимагає проведення комплексу спільних заходів щодо професійного відбору і орієнтації кандидатів на службу; виявлення співробітників із нервово-психічними розладами і станами психоемоційної напруги; своєчасного усунення пресуїцидальних станів, а також проведення психогігієнічних і реабілітаційних заходів зі збереження і зміцнення психічного здоров’я особового складу.

Таким чином, стан профілактики самогубств серед осіб із психічною патологією (тобто медичний розділ профілактики самогубств) при ОВС перебуває на набагато більш високому рівні, ніж у загальнореспубліканській популяції.

Якщо розглядати показники суїцидальної активності на 1000 співробітників ОВС порівняно з суїцидальною активністю в загальнодержавній популяції загалом і порівняно з чоловічою частиною населення зокрема (самогубства в системі МВС відбуваються в 100 % випадків чоловіками), то, хоча показники загальнореспубліканської вибірки і мають більш високі значення, статистично значимих відмінностей від показників суїцидальної активності співробітників ОВС не відзначається ($p > 0,1$).

Зіставивши цю інформацію з відзначеними вище даними про поширеність суїцидів серед психічно хворих, робимо висновок, що, хоча медична (у тому числі психіатрична) профілактика аутодеструктивної поведінки, здійснювана шляхом детального добору на етапах прийому на службу (у межах роботи військово-лікарських комісій), своєчасного виявлення психічно хворих співробітників і здійснення щодо них необхідних медико-реабілітаційних заходів, є високоефективною, проте кардинального поліпшення суїцидологічної обстановки в ОВС не спостерігається. Як уже відзначалося вище, профілактика суїцидальної активності складається не тільки з медичних, психіатричних заходів, а й з комплексу соціальних, соціально-психологічних інтервенцій, що здійснюють фахівці відділів із роботи з особовим складом.

## 1.9. Соціально-психологічні особливості суїцидальної поведінки засуджених

Важливе значення для соціальної психології та юриспруденції має актуалізована на сучасному етапі проблема суїциду серед осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі. Як свідчать результати численних досліджень, утримування людини під арештом сприймається і оцінюється нею як максимальна за дією стресогенна ситуація. Поряд з такими типовими для життя подіями, як смерть одного з подружжя, розлучення, невиліковна хвороба тощо, вона здатна обумовлювати суїцидальну поведінку.

Перебуваючи в місцях позбавлення волі, людина відчуває на собі дію одночасно кількох стрес-чинників, що, як відомо, призводять до втрати особистісних резервів і здатності до пристосування. *В умовах пенітенціарних закладів до таких стрес-чинників належать (Я. Кондратьєв, В. Васильєв):*

1) ізоляція від суспільства і розміщення в замкнутому середовищі;

2) наявність певного режиму (дію цього стрес-чинника одні науковці вважають позитивною, оскільки режим привчає до дисципліни, дотримання елементарних правил поведінки, а отже є хорошим засо-

бом ресоціалізації; інші науковці – негативно, оскільки він нівелює особистість як таку, позбавляє її індивідуальності тощо);

3) різке обмеження потреб;

4) зміна звичного стереопиту життя;

5) постійне спілкування з обмеженим колом осіб;

6) примусове включення до одностатевих соціальних груп і т. ін.

Зазначені стрес-чинники обумовлюють своєрідну динаміку емоційних станів засуджених, в якій з моменту арешту і до звільнення можна спостерігати декілька критичних для особистості та сприятливих для суїциду періодів. А саме:

1. *Період після арешту*. Перебування людини у слідчому ізоляторі супроводжується постійним переживанням нею страху перед майбутнім покаранням. Як відомо, умови в деяких слідчих ізоляторах значно гірші від тюремних чи інших установ виконання покарання. А тому, якщо в них потрапляє особа зі слабкою вольовою регуляцією, низьким самоконтролем та слабкими психологічними механізмами захисту, можливим стає припущення, що, якщо не суїцидальна поведінка, то принаймні суїцидальні думки для неї будуть типовими (питання винності чи невинності такої особи ми зараз не розглядаємо, хоча, зрозуміло, що її невинність у цьому випадку буде ще одним провокуючим суїцид чинником).

2. *Період, що настає після набуття вироком законної сили* (психічний стан людини характеризується здебільшого апатією, а в окремих випадках – готовністю спокутувати провину).

3. *Період, що настає після прибуття до установ виконання покарань* (це найбільш травмуючий психіку людини період, коли найгостріше відчувається зміна звичного стереотипу життя та спілкування, обмеження потреб, ворожість нового оточення. В емоційній сфері людини домінують виключно почуття безнадійності та приреченості. Психологи називають стан людини у цьому періоді “психологічним паралічем” або “психологічною смертю”. Перебуваючи в ньому, вона найбільше схильна до суїциду).

4. *Період появи і розвитку інтересів* (виробляється стратегія і тактика поведінки людини в нових умовах). Цей і наступний період

характеризується відносним спокоєм, без проявів гострих деструктивних форм поведінки.

5. *Період відносної особистісної стабілізації* (реалізуються знайдені можливості виживання; може виникнути переоцінка цінностей).

6. *Період, що передує звільненню*. Приблизно за 3–8 місяців до звільнення починається ще один небезпечний і напружений період. У цей час психіка багатьох людей не витримує величезного тиску, пов'язаного з очікуванням волі, а тому деякі з них здійснюють спробу втечі з місць позбавлення волі, інші завдають собі різних тілесних ушкоджень різної міри тяжкості, ще інші – намагаються накласти на себе руки. Як свідчить практика, серед детермінантів поведінки останніх можна виокремити їх особистісні характеристики (сегестивність, домінування емоційної сфери над раціональною, слабкий самоконтроль та ін.), а також особливості зовнішніх соціальних чинників (відсутність сім'ї, роботи, житла і т. ін.).

Психологічною проблематикою суїцидальної поведінки засуджених займається чимало вітчизняних науковців (О. Тимченко, О. Конопацька, Г. Поліщук). За результатами проведеного дослідження було виокремлено риси соціально-психологічного портрету засуджених, схильних до суїциду. Їхні властивості: демонстративна поведінка, неадекватні вчинки і висловлювання, метою яких є викликання співчуття від оточуючих. Афективність у діях суїцидентів пояснюється домінуванням слабкого типу нервової системи. Неможливість адекватно реагувати і спри- ймати навколишній світ розвиває у суїцидентів негативне ставлення до всього, що відбувається. В зв'язку з цим у засуджених-суїцидентів спостерігається розвинутий негативізм, відсутність віри у свої можливості та соціальну підтримку. У суїцидентів також відсутня віра в майбутнє та часова перспектива. Як уже зазначалося раніше, часова перспектива – це поняття, в яке індивід вміщує свої життєві цілі та плани. Вона серйозно впливає на його повсякденну поведінку. А тому відсутність позитивного образу майбутнього призводить до відсутності життєвих планів і обмеження часової перспективи теперішніми та минулим, що в свою чергу обумовлює дезорієнтацію та деформацію особистості.

Наявність зазначених характеристик впливає на появу і розвиток у суїцидентів агресивності. Вони дуже дратівливі, погано керують емоційним станом у стресових ситуаціях. Такі соціально-психологічні характеристики, як образливість, почуття вини розвиваються у засуджених-суїцидентів унаслідок пережитої психологічної травми. Почуття вини спостерігається у всіх суїцидентів, але вони визначають себе винними не у вчиненні злочину, а в тому, що завдали душевних страждань своїм близьким, яких позбавили спілкування з собою на час відбування покарання. Відомо, що у більшості засуджених існує стійкий імунітет проти самозасудження. Вони оцінюють призначене їм покарання як надмірно жорстке і несправедливе. Ніхто з них не переживає, як правило, каяття. Єдине їхнє дорікання проявляється як звинувачення себе за те, що «попався». Таке зневаження і цинізм стосовно потерпілих є своєрідним психологічним захистом, що дає змогу засудженим зміцнювати емоційно-вольовий рівень своєї поведінки. Вказані характеристики можна об'єднати в комплекс вини, формування якого підштовхує засуджених до вчинення самогубства.

Засудженим-суїцидентам притаманна вражена інтегральна поведінка. Вони замкнуті, пояснюють свою поведінку через «власний світ і його бачення». Нейротизм суїдицидентів проявляється, як правило, у вигляді невротичних розладів, які виникають унаслідок незадоволеності потреб. Невротикам притаманні дратівливість, гарячкуватість, агресивність, швидка втомлюваність, неадекватна самооцінка і рівень домагань тощо.

*Соціально-психологічний аналіз колективу засуджених дає можливість виокремити в ньому таку структуру неформальних груп:*

1) лідери (найвищий щабель в ієрархії міжособистісних стосунків, який користується всіма благами і привілеями);

2) нейтральні (становлять так звану "мовчазну більшість", яка віддає перевагу праці, навчанню і хорошій поведінці і яка підтримує позицію того кола осіб, яке дозволяє їм безконфліктно існувати);

3) співробітники з адміністрацією (головний мотив поведінки осіб цієї групи – якнайшвидше досягнення свободи. Вони користуються

поблажливістю адміністрації, яка, проте, тим не позбавляє їх помсти іншими засудженими);

4) порушники або «знехтувані» (це особи, умови життя яких у місцях позбавлення волі найтяжчі). Вони опиняються в «подвійній ізоляції»: з одного боку – це ізоляція від суспільства, а з іншого – ізоляція від собі подібних. Це найбільша група ризику стосовно суїцидальної поведінки. Повне ігнорування іншими засуджених, найтяжча і найгірша кара поряд з деякими особистісними характеристиками (ослаблена морально-вольова регуляція, нетрадиційна сексуальна орієнтація тощо) стають головними детермінантами суїциду серед них.

У цьому контексті важливо розглянути ті соціально-психологічні мотиви, приводи і причини, що детермінують суїцидальну поведінку. М. Мелентьєв та А. Тищенко підкреслюють з цього приводу, що чітко диференціювати ту чи іншу причину суїцидального вчинку неможливо. Дуже часто у ході дослідження виникає комплекс причин. Натомість із наукової точки зору цілком виправданим є виокремлення однієї причини як домінуючої в генезисі формування суїцидальних тенденцій особистості.

Враховуючи сказане, автори звертають увагу на такі причини:

1) конфлікт у сім'ї (засуджений тяжко переживає розрив сімейних відносин, тим більше, якщо рідні від нього відмовилися);

2) факт винесення вироку і визнання особи винною;

3) глибоке каяття і переживання за вчинене;

4) конфліктні взаємостосунки в місцях позбавлення волі з іншими засудженими;

5) групова ізоляція, групове невизнання, групове відторгнення (це складне соціально-психологічне явище, яке має яскраво виражену антигромадську спрямованість; будучи результатом негативних взаємовідносин в середовищі засуджених, «відторгнуті» особи змушені займати найбільш низьке становище в її статусно-рольовій структурі);

6) неадекватна сексуальна поведінка;

7) негативні явища субкультури засуджених (наявність традицій «карної романтики», хибних уявлень про честь і гідність;

8) негативне ставлення до засудженого відповідно до виду його правопорушення (репутація є тим важливим критерієм, який визначає статус засудженого у соціальній ієрархії неформального середовища. Саме тому в середовищі засуджених з більшою значущістю, ніж в інших соціальних групах, певні види правопорушень користуються повагою і наділені потенціалом автоматично підвищувати статус засудженого, а інші знижують його, або, що набагато гірше, викликають обурення та гнів, роблять засудженого об'єктом зневаги та образ);

9) авторитетність – неавторитетність особистості, відповідно до місця її якостей на «шкалі цінностей», прийнятих у середовищі засуджених;

10) види взаємовідносин серед засуджених.

Проблема самогубства серед засуджених має ще один аспект вияву. Йдеться про психологічні та соціально-психологічні зміни особистості тих засуджених, що відбувають довічне покарання або отримували раніше найвищу міру покарання. Саме ці зміни обумовлювали їхню суїцидальну поведінку (відомо, що людина легше переносить важку, але швидкоплинну муку, ніж довгу і відносно легшу). Соціально-психологічний стан таких засуджених характеризується глибокою депресією, апатією, втратою почуття реальності, фізичною і розумовою деградацією, байдужістю до оточення, небажанням спілкуватися. Найбільшого ураження в них зазнає сфера ціннісних орієнтацій та потреб. При цьому, вумовах довічного ув'язнення одні потреби і цінності взагалі втрачають сенс, інші – набувають гіпертрофованого значення. Результати прове- деного ними дослідження засвідчують, що такими потребами і цінно- стями для засуджених є насамперед здоров'я, честь і особиста свобода. За критерієм достовірності суїцидальної поведінки та наявності виражених психологічних характеристик усіх засуджених-суїцидентів можна поділити на: істинних, афективних, демонстративних, прихованих і неправдивих.

*Істинні суїциденти:* спробу самогубства вчиняють, як правило, під впливом подій, що справили на них величезний вплив. У випадку невдалої спроби самогубства вони виношують думку про її повторення.

*Афективні суїциденти:* вчиняють самогубство після події, яка має для них високий емоційний фон. Вони позбавляють себе життя у стані афекту.

*Демонстративні суїциденти:* вчиняють самогубство для демонстрування іншим значущості власної персони, привертання уваги до події, що відбувається в пенітенціарному закладі.

*Приховані суїциденти:* засуджені, поведінка яких не супроводжується яскравою суїцидальною спрямованістю; вони мають стійкі суїцидальні цілі та плани, реалізації яких залежить від збігу сприятливих обставин. До числа *неправдивих суїцидентів* належать засуджені, що перебувають у пенітенціарних закладах на спеціальному обліку через висловлювання про готовність здійснити самогубство. Такі засуджені ніколи не здійснювали спроб суїциду і самоушкоджень. Практика свідчить, що серед засуджених найбільший відсоток становлять істинні та афективні суїциденти.

## 1.10. Психологічні аспекти суїцидальної поведінки військовослужбовців

### *Особливості виникнення суїцидальних намірів серед військового середовища*

У військовій психології під військовим колективом розуміють організоване, згідно з Конституцією України та військовими статутами, об'єднання військовослужбовців на основі спільності їх ідейних і моральних позицій, спільної служби і бойової діяльності, яку виконують з використанням зброї та бойової техніки під керівництвом командира-єдиноначальника і яке характеризується високою згуртованістю, дисципліною, боєготовністю та боєздатністю.

Настрої у військовому колективі є емоційно-оцінювальними реакціями на поведінку людей, події, явища, факти. Позитивний загальний настрій колективу пробуджує у воїнів робочу енергію, підвищує їхню активність, а також відображається на їх настрої.

Міжособистісні психологічні відносини (дружба і неприязнь, симпатія – антипатія) складаються у військовому колективі, в основ-

ному, стихійно, вони не сформовані організаційно і менш помітні, ніж службові. Ці обставини часто є причиною недооцінювання їх важливості. Насправді міжособистісні психологічні відносини відіграють вагому роль в житті колективу і вимагають дуже пильної уваги та постійного вивчення.

На думку М. Корольчука, емоційні взаємини в колективі виникають на ґрунті певних почуттів: оптимізму, вдячності, задоволення чи, навпаки, песимізму, образи, пригнічення. Перші сприяють створенню прийнятих норм взаємин, другі, відповідно, призводять до їх порушення. До негативних психологічних явищ належать чутки, безпредметні розмови, плітки – різновиди стихійного чи запланованого, прихованого чи відкритого руху необ'єктивної інформації, яка відхиляє, підбурює або гальмує активність людей. Другою категорією негативних психічних явищ є страх і груповий його прояв – паніка. З точки зору фізіології, страх – це гальмівний стан кори головного мозку, який викликається надзвичайно сильними зовнішніми подразниками. Розрізняють такі форми страху, як неспокій, хвилювання, тривога, пригнічення, боязнь, переляк і афективний страх. Усі вони порушують психічну стійкість воїна, негативно відображаються на його поведінці і боєздатності. Під час бою під впливом раптового виникнення небезпеки, незнання обстановки, недостатності бойового досвіду, переоцінювання сил ворога і недооцінювання власних страх підсилюється. Різновидом страху є паніка. Вона виникає стихійно або викликається навмисно в умовах, коли реальних причин для страху не існує. Така форма поведінки виражається у розгубленості, яка охоплює людину чи людей в умовах вигаданої чи сильно збільшеної небезпеки.

Однією з особливостей військових колективів, як вважає В. Вітер, є те, що вони формуються з осіб, що перебували у різних колективах чи групах: шкільних, студентських, спортивних, виробничих тощо. Ці особи мають різний ступінь емоційної загартованості, загальної і професійної підготовки. Рівень розвитку таких колективістських рис також різний, що суттєво впливає на їх адаптацію у військових колективах.

Відсутність взаєморозуміння в колективі призводить до конфліктних ситуацій. Під конфліктом розуміють такий спосіб спілкування, який ґрунтується на різноманітних реальних чи ілюзорних, об'єктивних чи суб'єктивних, рівною мірою суперечливих сторін, що спілкуються зі спробами їх розв'язання на фоні емоційних станів.

Серйозну стурбованість викликає велика кількість самогубств серед військовослужбовців. Актуальність цієї проблеми для Збройних сил України зумовлена тим, що кожна п'ята загибель в армії і на флоті – це самогубство. Суїцидальні випадки в умовах цілодобового спільного проживання воїнів деморалізують особовий склад, негативно позначаються на моральному кліматі військових колективів і бойовій готовності, викликають негативне ставлення до армії батьків та цивільної громадськості. Факти самогубств серед військовослужбовців часто використовують як аргумент морального виправдання ухилянь від військової служби.

За даними Міністерства оборони України, з 2014 року по 2021 рік з життям покінчили понад три сотні українських солдатів, однак добровольці, які працюють з ветеранами, вважають, що реальні цифри набагато вищі. У багатьох частинах проявляється прагнення пов'язати самогубства лише з психічними відхиленнями осіб, які їх здійснили. Наперекір цьому поширеному судженню, дослідження показують, що більшість самогубств здійснюють психічно здорові люди. Тільки у 10 % військовослужбовців, які намагалися покінчити життя самогубством, було тверде бажання вмерти. У 90 % – це німий крик про допомогу, адресований людям, що оточують і нічого не помічають.

За даними Т. Семикіної, психологічний стан та емоційно-вольова сфера військовослужбовців можуть характеризуватися переважно тривожним та депресивним фоном, нервовою збудженістю чи апатією, зниженням стресостійкості. Відбувається певне переоцінення власної соціальної ролі та стану в суспільстві, суспільно та особистісно вагомих цінностей.

Загальна невизначеність обумовлює зниження вольової організованості та дисципліни, перевагу пасивної стратегії в поведінці. Вона може стимулювати перегляд «Я-концепції», підсилювати такі особистісні якості, як конформізм, нерішучість, підозрілість. За цими ж

факторами може пов’язуватися більша, ніж раніше, піддатливість до таких масових станів, як психічне зараження, фрустрація. Якщо наведені ознаки переживань набувають поширення, то слабнуть бойові та дисциплінарні якості особового складу Збройних сил, знижується рівень керівництва військовими підрозділами та – як частковий наслідок – поширюються нестатутні відносини.

Таким чином, ситуаційні особливості життєдіяльності військово-службовців, пов’язані з різними проявами відхиленої поведінки, являють собою своєрідні проекції наявних у державі моральних, політичних і правових відносин. Однак ідеалізувати цей висновок буде помилково, як і переоцінювати риси характеру у виникненні різних форм девіацій. Провідна роль у виникненні відхилення у поведінці військовослужбовців, безперечно, належить постійно діючим мікросоціальним факторам, які загалом характери- зують специфіку життєдіяльності в системі Збройних сил. Тому адаптація до цих умов відповідно до нормативної поведінки набуває певного психофізіологічного значення. Актуалізація потреб, обумов- лена факторами мікросередовища, вимагає їх задоволення, що в наявних умовах здійснюється, як правило, за рахунок відступу від статутних норм. При цьому велике значення в проявах відхиленої поведінки надається типу акцентуації, також попередньому та наявному впливу макросередовища.

Військові експерти значну увагу при вивченні суїцидальних вчинків у військових колективах приділяють нестатутним взаєминам серед військовослужбовців. Встановлюючи поняття нестатутних відносин, слід враховувати, що вони можуть у чомусь доповнювати, а в чомусь бути альтернативними відносинам, визначеним статутом Збройних сил. Як протилежні статутним відносинам, нестатутні відносини можуть розглядатися і в негативному, і в позитивному аспекті. У негативному – як такі, що суперечать статутам, підривають їх основи, отже й боєздатність армії, а в позитивному – як такі, що узгоджують норми з ситуацією, внаслідок чого статутні відносини набувають можливості саморозвитку, саморуху в напрямку їх вдосконалення, оновлення.

Нестатутні відносини набирають сили і масштабу саме тоді, коли статути не відповідають новим умовам, що виникли в армії, гальмують розвиток армійських структур, потребують перегляду, а статутні відносини втрачають юридичну силу, силу закону і починають трактуватися залежно від динаміки умов чи уподобань тих чи інших військовослужбовців. Ілюстрацією до цього може бути проникнення ринкових відносин у їх нестатутному варіанті в армійське середовище. Ці, непередбачені статутом, але загалом прогресивні стосунки набувають іноді злочинного характеру: незаконний продаж військової техніки, пального тощо.

Позитивний аспект нестатутних відносин полягає в їх покликанні компенсувати, доповнити, концептуалізувати стосунки, визначені статутами, оскільки останніми не може враховуватися специфіка різноманітних ситуацій, індивідуальні, вікові, статеві, психологічні та інші відмінності військовослужбовців, рівень їх культури, в тому числі культури спілкування, виховання, освіти. Саме сфера нестатутних відносин є соціально-психологічним простором, де виникають нові норми професійно-службового спілкування та є можливість для реалізації потреб в інтерпретаційній активності, спотворенні. Певною мірою нестатутні відносини можна розглядати відповідно до відомого у соціальній психології поділу відносин на формальні та неформальні. Проте їх не варто зводити до неформальних та неофіційних. Навпаки, вони швидше є формальними, або офіційними, але з відтінком своєрідності, специфічності чи негативності, протилежності, альтернативності, заперечення, протиставлення.

На думку психологів, соціально-психологічні детермінанти нестатутних відносин акумулюють різноманітні соціальні, політичні, економічні, національні та інші суперечності суспільства і трансформуються у відповідні мотиви та форми поведінки, комунікативні акти, стосунки і горизонтального, і вертикального аспектів міжособистісної взаємодії. Негативний аспект впливу соціально-психологічних детермінант виявляється у конфліктах особистості та військового колективу, командирів та підлеглих, окремих підрозділів та військовослужбовців між собою, а також у відокремленні різних груп, що конфліктують з присягою, статутами, законами.

Функціонально-психологічні детермінанти стосуються труднощів усвідомлення та дотримання статутів, які зумовлені індивідуальними відмінностями у розвитку вищих психічних функцій: сприйняття, уваги, уявлення, мислення, пам'яті, волі, почуттів. Проблема полягає в тому, що порушення статутів часто буває наслідком неуважності, несприйнятливості тощо. Трапляється, що військовослужбовець не здатен належно зрозуміти, а отже, й виконати наказ командира через низький рівень інтелектуального розвитку або емоційну незрілість, а командир виявляє недостатню витримку, імпульсивність. В іншому випадку сприйняттю наказів чи вимог командира підлеглими заважають вади його мовної активності або ж нерозвиненість механізмів пам'яті, коли забування домінує над запам'ятовуванням, через ці індивідуальні відмінності, а іноді й конфлікти виникають реакції, які не відповідають статутним відносинам. Подекуди старшому солдату тільки здалося, що його образив молодший, а наслідком помилки у сприйнятті є знущання, моральні тортури, лайка, бійка; у випадках з командирами – позачергові наряди тощо.

Особистісно-психологічні фактори, або детермінанти, визначають залежність проявів поведінки від рис особистості військовослужбовця, характерологічних властивостей, здібностей, мотивів, установок, ціннісних орієнтацій.

Якщо для молодого бійця служба в армії є лише повинністю і не входить мотивом до структури його особистості, якщо почуття патріотизму, любові до України не трансформуються у бажання захистити її незалежність, суверенітет, – прогноз щодо дотримання ним положень статутів, відповідно, не може бути позитивним. Такий солдат навряд чи виявить старанність в оволодінні військовою спеціальністю, відповідальність, пильність, стійкість, хоробрість, мужність, а також військову чемність, колективізм, готовність до самопожертви, ініціативність та інші необхідні для військової людини якості.

Виникає певний конфлікт цінностей, мотивів, установок солдатів строкової служби, з одного боку, та офіцерів, прапорщиків, сержантів – з іншого. Не отримуючи підтвердження своїх сподівань щодо бажання новобранців служити в армії, кадрові військові сприймають це як особисту образу, виклик їх професійному і життєвому вибору, що й

призводить часто до ворожнечі, агресивності, неприйняття. Кожна з сторін такого міжособистісного конфлікту вважає себе безвинною, бо керується певними нормами, і це лише поглиблює суперечність.

Небажання служити у певної частини молоді, за даними С. Маслюк, пояснюється ще й незадовільною фізичною підготовкою, психологічною незрілістю, соціальною інфантильністю, нездатністю до самостійної діяльності, приземленістю потреб, меркантильністю. Останнім часом до цього додалися риси, які формуються цивілізованою ринковою дійсністю в гіршому варіанті. Водночас в армії домінують інші цінності та вимоги до молодої людини, що формують відповідний соціально-психологічний портрет. Ці об'єктивні протиріччя викликають певні особистісні розбіжності, що виявляються у конфліктах, агресивних і депресивних позиціях, певною мірою провокують і нестатутні відносини.

Значний вплив на поведінку, особливо молодої людини, мають психофізіологічні чинники: специфіка розвитку, зокрема її нервової системи, позначена несталістю, що виявляється у підвищеній вразливості, швидкій виснажливості, емоційній нестабільності, загальній напруженості. Ще навіть без якихось суттєвих причин, пов'язаних з вирішенням професійних, навчальних, комунікативних та інших завдань, це може провокувати агресивність, збудливість, неадекватні реакції (захисні і наступальні).

Нерозвинена здатність до психологічної рефлексії, саморегуляції дає змогу механізмам підсвідомого виявлятися на поведінковому рівні у стосунках, у тому числі нестатутних. Це накладає певний негативний відбиток на процес спілкування, спільної діяльності у військових підрозділах, спричиняє виникнення і певну фіксацію конфліктного тіла стосунків, що досить чітко спостерігається у неадекватно підвищеному тоні, напруженості вербальної поведінки і командирів, і підлеглих. Звичайно, це є і наслідками психофізіологічної компенсаторної реакції на достатньо високий рівень невизначеності ситуації в армії та в суспільстві загалом.

Психолого-педагогічні детермінанти, що своєрідно «сприяють» нестатутним відносинам, пов'язані, насамперед, із незадовільною психологічною підготовкою командирів (як вихователів, керівників) і

призовників до служби в армії (у школах, ПТУ, технікумах, ВНЗ). Доволі часто нетактовність, нездатність врахувати індивідуально-психологічні, вікові особливості молоді провокує прояви порушень статутів і навіть такі серйозні правопорушення, як втеча, дезертирство зі зброєю, а також низку суїцидальних спроб і вбивств.

Детермінацію відхиленої поведінки доцільно досліджувати з двох взаємодоповнювальних позицій: суспільства, соціальної ситуації, умов життєдіяльності та індивіда, його особистісно-психологічної природи, типових рис характеру, темпераменту, вікових та статевих особливостей, сфери потреб.

Відхилена поведінка являє собою функцію як мінімум цих двох типів факторів, тобто породжена їх взаємодією. Служба в армії для юнака пов'язана з ситуаціями, щодо кожної з яких він має зайняти певну позицію. Таким чином, він опиняється або серед тих, хто відповідає вимогам статуту, або серед його порушників. Позицію військовослужбовця у відповідній ситуації можна пояснити з точки зору соціально-правових або медико-біологічних критеріїв поведінки, а саме: нормативної поведінки (адаптивної) і відхиленої поведінки (неадаптивної).

Виділяють *п'ять етапів військової діяльності*: допризовний період; призов та адаптація до армійських умов; професійне несення військової служби; очікування демобілізації; демобілізація та післядемобілізаційна життєдіяльність.

У *ситуації допризовного періоду* важливу роль у формуванні ставлення до військової служби та до необхідності виконання військового обов'язку відіграє позиція батьків і найближчого оточення. Часто батьки прагнуть зробити все можливе, аби їхня дитина уникнула служби в армії. Мотиви тут можуть бути найрізноманітнішими, але головні з них породжуються страхом або розрахунком. Одні батьки хвилюються, що їхня дитина не подолає труднощів військової служби, стане жертвою «дідівщини». Інші з кар'єристських міркувань не бажають, щоб їхня дитина марнувала роки на службу, припиняла навчання. Деякі побоюються, що армія зіпсує їх дитину, нівелює, огрубить її особистість. Трапляються випадки, коли батьки прагнуть вберегти дітей від армії з релігійних міркувань або у зв'язку з

необхідністю мати помічника чи захисника, опору (якщо батьки хворі, немолоді). До того ж, у багатьох сім'ях ще пам'ятають про останню війну і дуже свіжі хвилювання, пов'язані з війною у Афганістані.

Не сприяють призову часто ранні одруження або небажання залишати наречену, розлучатися з друзями, рідними місцями, свободою цивільної людини. Стимулюють негативну мотивацію також критичні судження про службу в армії тих, хто відслужив, які нерідко перебільшують факти.

Чинниками, що негативно впливають на формування ставлення до військової служби у призовників, можна вважати численні повідомлення у засобах масової інформації про негативні прояви функціонування армійського середовища.

Проте нерідко зустрічаються протилежні випадки, коли сім'я, педагоги з нетерпінням очікують призову підлітка на службу з надією, що армія «зробить з нього Людину». Таке «виштовхування» в армію може викликати негативні наслідки, захисну реакцію призовника.
«Негативним позитивом» є прагнення окремих молодих людей потрапити в армію, щоб сховатися від покарання або одержати зброю для здійснення злочинних задумів.

Типові форми відхилень у поведінці в допризовний період – імітація фізичного чи психічного захворювання для одержання різних відстрочок або зміна місця проживання, документів. Вживання алкоголю, наркотиків, сексуальна розпуста, вчинення правопорушень як форми прояву прагнення «нагулятись на волі» перед режимним життям в армії, – з таким минулим дехто з призовників вступає в армійське життя і тому потрапляє до когорти важковиховуваних.

Важливість включення допризовної ситуації в аналіз детермінант відхиленої поведінки полягає в тому, що в армію приходять молоді люди з негативною установкою щодо служби, з «Я-концепцією», свідомо спрямованою на конфронтацію або на пристосовництво, прислужництво, байдужість, безініціативність, пасивне виконання, відбуття терміну. Суттєвим є також те, що багато призовників мають низьку фізичну підготовку, слабке здоров'я, недостатній інтелектуальний рівень, соціопатичні схильності. Аналіз ситуації допризовного

періоду дає змогу зробити висновок про необхідність проведення психологічного відбору призовників у військових комісаріатах.

Після призову і відправлення в частину ситуація змінюється. Первинне включення в армійське середовище, яке формально позначається як курс молодого бійця (тривалість 14–30 днів), потребує від призовника адаптаційних змін організму на всіх структурних рівнях його біологічної та психологічної організації. Фактори, які впливають на військовослужбовця за таких незвичайних умов, за наявності слабких місць у структурі особистості, стають стресовими або психогенними і можуть призводити до виникнення психосоматичних захворювань, що не виявлялися за умов цивільного життя.

Функціональна стратегія організму за таких умов підпорядковується головній меті – «виживанню». *Пристосування до армійських умов характеризується формуванням* військово-професійної адаптації, найважливіші аспекти якої – адаптація до життя в умовах малої військової групи, до регламентованого способу життя, до вимог військової спеціальності та до нових умов харчування.

Призовнику належить за короткий термін оволодіти новими нормами армійського життя і нормами діяльності та спілкування, що суттєво відрізняються від норм цивільного життя. Якщо за умов цивільного життя молода людина може самостійно визначати просторово-часові параметри своєї активності, то в армійському житті такі можливості, як правило, обмежені «особистим часом», який змістовно також регламентований. Якщо в цивільному житті людина за власним бажанням може змінити коло спілкування, розірвати відносини керівництва-наставництва з вчителем, батьками, то в армії командирів не обирають, як і колектив, до якого потрапляє новобранець. За умов армійської служби істотно змінюється співвідношення формальних і неформальних, офіційних і неофіційних відносин на користь перших, знижується кількість «невиробничих» розмов на «вільну» тему. Психологічно незвичними є також одноманітність зовнішнього вигляду, форм звертання, колективне життя, харчування, справляння фізіологічних потреб. Важко звикнути до нового режиму сну, норм та якості харчування, до армійського лексикону, особливо призовникам з інтелігентних верств населення.

На цьому етапі психологічною підтримкою є спогади про домівку, інтенсивне листування з близькими, і особливо з друзями, доброзичливе ставлення до новобранців військовослужбовцями попередніх призовів, молодших командирів, офіцерів.

У ситуації професійного несення військової служби соціально-психологічними чинниками відхиленої поведінки є ті, що пов'язані з недостатньою підготовкою новоприбулих до несення військової служби; відсутність необхідних умов для нормальної життєдіяльності; із залученням рядових до роботи, не пов'язаної зі службою; з неефективним керівництвом, низькою культурою стосунків у системі керівництва-підлеглості, порушеннями вимог техніки безпеки, статутних вимог щодо зберігання зброї та боєприпасів, харчових продуктів, інших матеріальних цінностей; з недоліками в організації дозвілля, відсутністю можливості для творчих, розвиваючих видів діяльності; з використанням безглуздих форм тренувальної, виховної, загартовувальної діяльності; зі зловживанням наказових форм без пояснення суті і значення того чи іншого наказу.

Іноді військовослужбовець припускається думки про непридатність до служби. Професійно-психологічна непридатність особливо відчувається солдатами в екстремальних умовах, де вимоги командирів і товаришів різко зростають. Типові прояви такої непридатності – нездатність засвоїти положення статуту, невміння застосовувати ці положення у поведінці. Такого бійця частіше використовують на підсобних роботах, вважають другим «сортом», кепкують як з невдахи. Це може спричинити до самовільного залишення частини, іноді навіть зі зброєю для захисту від переслідувачів або вчинення злочину.

Важливим фактором, що визначає відхилену поведінку, є процеси, пов'язані з груповою динамікою, тобто з впливом мікросередовища (малої військової групи) на військово-професійну адаптацію. Військовослужбовець потрапляє в групу, де функціонує сформована система відносин: кожен має свій вольовий статус, відповідно до якого займає певний рівень у її ієрархічній структурі, де «ступінь свободи» у виборі поведінки залежить від цього статусу. Цей соціально-психологічний феномен, який одержав назву «порядок клювання», існує в усіх

формальних та неформальних малих групах, у тому числі військових. Характер соціального прояву цього феномену залежить від рівня розвитку групи, що певною мірою визначається соціальними та етнічними нормами, прийнятими в суспільстві, ставленням до них та ступенем їх прийняття.

За умов емоційної напруженості, гострого чи хронічного стресу звичайний тип поведінки або реагування на зовнішні впливи може змінюватися залежно від внутрішніх умов психічної активності. Як правило, за екстремальних чи суб'єктивно екстремальних умов діапазон індивідуальних психологічних і психофізіологічних відмінностей значно розширюється за рахунок сильних і слабких стенічних і астенічних рис особистості. Результатом цих внутрішніх особистісних процесів нерідко стає девіантна поведінка військовослужбовців.

Першим диференційним фактором, внутрішньою умовою відхильної поведінки слід визнати рівень стресостійкості особистості, адаптації солдата до нових, незвичних і часто дискомфортних умов життєдіяльності. Реакція на стрес зумовлюється особливостями взаємодії симпатичної та парасимпатичної систем. За цим показником складається діапазон індивідуальних відмінностей, на полюсах якого концентруються групи стресостійких і стресонестійких індивідів; відповідно до цього можна визначити деякі характерні типи нормативної та девіантної поведінки. Слід зазначити, що кожна якість залежно від типу особистості і ситуації матиме свої позитивні і негативні прояви, що характеризуватимуть нормативний і девіантний типи поведінки.

Детальніше розглянемо переважаючі форми поведінки щодо стресостійкості. Оскільки вона, як правило, корелює з сильною нервовою системою, то військовослужбовці цього типу відзначатимуться витривалістю, працездатністю, концентрацією уваги, стійкістю до перешкод, емоційною стійкістю. Якщо ці якості поєднуються з низькою тривожністю, такий військовослужбовець буде надійним у бойовій обстановці і добре адаптуватиметься до умов солдатської служби. Однак життєві прояви цих якостей визначатимуться ступенем нормативності поведінки. Навпаки, при девіантній поведінці, обумовленій засвоєними раніше асоціальними установками або сформованою в армії реакцією протесту на особистісно несприятливу ситуацію,

військовослужбовці можуть демонструвати всі ці якості в соціально небажаному напрямку, відзначатися агресивністю, озлобністю, впертістю, нестійкістю, непокорою до статутних вимог. Якщо у людей цього типу ще й розвинене прагнення до домінування, влади, управління людьми, то вони, як правило, займають керівні або лідерські позиції, а в крайніх випадках можуть ставати ватажками асоціальних груп, бути організаторами змов, озброєних нападів тощо.

Тепер щодо поведінки стресонестійких індивідів. Передусім це люди зі слабкою нервовою системою, чутливі до зовнішніх впливів, не витривалі, їм властиві низька працездатність, стійкість до перешкод і ступінь концентрації уваги, а також погіршення результатів діяльності в емоційно напружених і відповідальних ситуаціях. Якщо слабкий тип нервової системи поєднується в індивіда з високою тривожністю і емоційною нестійкістю, то, як правило, початок служби в армії пов'язаний зі станом фрустрації, важкою адаптацією до нових умов життєдіяльності.

При нормативній поведінці у цього особистісного типу можуть загостритися такі характерологічні риси, як нерішучість, боязкість, внутрішня емоційна напруженість від очікування виконання важких завдань. С. Маслюк вважає, що при девіантній поведінці може розвинутися депресивний стан, страх майбутньої служби, який погіршує якість мислення, уваги, швидкість сенсомоторних дій. Тому такі військовослужбовці потрапляють до розряду «тупих», «недбалих», «незграбних», «нездар». Ці ярлики надалі визначають низький соціально-психологічний статус солдатів у військовому підрозділі і спонукають або шукати захисту в окремих осіб чи груп, або замикатися в собі.

Важливим є друге джерело девіантної поведінки військовослужбовців – *акцентуації характеру*. Їх прийнято розглядати як крайні варіанти норми, що займають проміжне становище між станом психічного здоров'я та типовими психопатологіями. Відомо, що акцентуаційні риси характеру не тільки визначають психічний стан особистості, а й обумовлюють специфіку соціальної адаптації, що дуже важливо для системи Збройних сил. І хоча акцентуації характеру не є психопатологією, слід мати на увазі, що загострення негативних рис за певних умов здатне знизити адаптивні можливості

особистості, бути ґрунтом внутрішньо- і міжособистісних конфліктів, природа яких залежить від типу акцентуації, причому декомпенсація з адаптивною недостатністю відбувається відносно типово, даючи змогу передбачити форму психічного порушення.

У випадку експлозивного типу акцентуації характеру військовослужбовця навіть при помірних проявах цієї акцентуації дуже важко забезпечити його нормальну службу в Збройних силах. Через нестійкість настрою, підвищену схильність до навіювань і зниження вольової активності, що сприяють легкому виникненню у них потягу до алкоголю, наркотиків потрібен постійний індивідуальний контроль командирів і психологів.

У випадку гіпертимного типу акцентуації доцільно спрямувати увагу такого військовослужбовця на цікаве для нього заняття, суспільну роботу, де він зможе реалізувати свою енергію.

Особам, яким властивий епілептоїдний тип характеру, в армії можна рекомендувати такий вид діяльності, який потребує посидючості, акуратності, ретельності у виконанні, але не призначати їх на командні посади.

Істероїдів доцільно призначати па посади, що відповідають їхнім творчим здібностям, залучати до гуртків художньої самодіяльності, доручати проведення вечорів та концертів.

Шизоїди, як правило, важко пристосовуються до умов військової служби, але підкоряються порядку і військовій дисципліні. Однак можлива зовсім несподівана для оточення бурхлива реакція емансипації, яка виникає, коли хто-небудь зазіхне на внутрішній світ їх інтересів. Правопорушення шизоїди здійснюють, звичайно, наодинці. При цьому кримінальні акти відзначаються оригінальністю, вигадливістю і ретельністю підготовки. Невідповідність вироблених шизоїдом «схем» і «принципів» до норм реального життя нерідко наштовхує його на думку про недоцільність існування. За статистичними даними, приблизно 30 % тих, що заподіяли собі смерть або намагалися це зробити, виявляли шизоїдні риси характеру.

Особливості акцентуації циклоїдного типу вимагають до таких військовослужбовців підвищеної уваги і терплячості, особливо в періоди субдепресії. В цей період різкі зауваження, що принижують самолюбство молодої людини, невдачі на службі здатні призвести до

афективних реакцій, а подекуди – і до суїцидів.

Для осіб лабільного типу деліквентна (асоціальна) поведінка не характерна, але в період дистимії вони бувають нестримані, втрачають почуття міри. Суїцидальні думки виникають часто і швидко реалізуються, але спроби самогубства мають переважно демонстративний характер.

Психастеніки, страждаючи від власної нерішучості у спілкуванні з іншими, часто вдаються до алкоголю чи наркотиків як засобів, що допомагають подолати ці труднощі. Під час військової служби психастеніків доцільно призначати в малу групу з позитивним соціально-психологічним кліматом, заохочувати їх до корисної діяльності, але постійно контролювати, не допускаючи непродуманих дій.

Особи астено-невротичного типу під час служби в армії добре справляються з роботою за фахом, якщо вона не пов’язана з великою розумовою та фізичною напругою. Бажано уникати сильних емоційних навантажень.

Для осіб нестійкого типу суїцидна поведінка не є типовою, але вони інколи можуть вчинити самогубство «за компанію», під впливом сильної особистості. В пошуках задоволення часто вдаються до алкоголю чи наркотиків. Алкоголізм і залежність від наркотиків формуються дуже швидко. При суворому контролі, постійному нагляді, жорстких вимогах такі особи справляються із службовими обов’язками і підкоряються дисципліні.

В осіб сенситивного типу акцентуації суїцидні дії позбавлені демонстративності і часто бувають цілковитою несподіванкою для оточення. За умов військової служби вони старанно виконують доручену їм справу, дисципліновані. Покарання, грубі зауваження, глузування переносять надзвичайно болісно.

Для конформних осіб великою психічною травмою є ситуація, коли звичний для них підрозділ їх чомусь виганяє. Одним із можливих наслідків цього може бути розвиток затяжного реактивного стану. Як правило, конформні особи успішно справляються з суворо регламентованою роботою, яка не вимагає прояву особистої ініціативи.

Слід звернути увагу на те, щоб представники цього типу не потрапили під вплив недисциплінованих осіб.

Узагальнений аналіз ситуацій, в яких опиняється військовослужбовець, дає змогу виділити перелік найважливіших несприятливих факторів, що загалом характеризують складність і специфічність умов військово-професійної діяльності:

– суворе регламентування всіх видів взаємовідносин;
– наявна потенційна загроза для здоров'я, життя;
– інтенсивне фізичне навантаження;
– обмеження в харчуванні;
– алкогольна депривація (за наявності установок);
– обмеження матеріально-економічного характеру;
– сексуальна депривація;
– ізоляція від спілкування з рідними, близькими, друзями;
– переважно одностатеве спілкування;
– обмеженість у виборі партнера для спілкування;
– примусове спілкування;
– необхідність безумовної підлеглості старшим;
– залежність від старших;
– необхідність дотримання і формальних, і неформальних норм поведінки;
– обмеженість у виборі та прийнятті рішень;
– перебування у середовищі, бідному на інтелектуальні стимули;
– відсутність звичних подразників;
– вимушена відкритість у всіх сферах життєдіяльності (перебування під постійним наглядом, неможливість бути наодинці, постійне «втручання» в особистий простір);
– стимулювання агресивних, «чоловічих» принципів у поведінці;
– тенденція до пригнічення (нівелювання) ініціативи, індивідуальності, обмеження у самовираженні;
– середовище, яке не виключає суттєвого впливу соціопатичних особистостей.

В умовах депривації військовослужбовці потребують звичних соціальних зручностей, нормальних взаємовідносин у підрозділі,

можливості усамітнення, звичних подразників, жіночого товариства, реалізації потреб біологічного характеру. Актуалізація цих потреб, з одного боку, і перешкоди для їх задоволення, з іншого, викликають у військовослужбовців стан хронічної фрустрації, що може призвести до розладу захиснокомпенсаторних механізмів. Порушення нервово-психічного балансу особистості, яке виникає внаслідок цього, може відбуватися через невротизацію, соматизацію або девіацію поведінки.

Військова служба має подвійне соціальне значення. З одного боку, вона вкладається в державну функцію захисту національного суверенітету, а з іншого, – певною мірою іноді виступає засобом самореалізації особистості.

Отже, якщо розглядати військову службу як певний етап цілісного життя людини, то одним із головних психологічних чинників ризику в соціальній самореалізації особистості завжди присутній момент невизначеності, або «недобудованості» особистісних психологічних та соціально-психологічних структур. Це дезорганізовує людину, а в крайніх проявах ставить її на межу не тільки нездійсненності життєвих планів, а й нереалізованості особистого життя загалом. Особливої гостроти ця проблема набуває під час загальної суспільної кризи і, зокрема, в її найкритичніший момент нестабільності. Одним з показників особистісної нереалізованості є прийнятий суїцид, обумовлений безпосередньо психологічними та соціально-психологічними факторами – втратою «змістовно-життєвих» цілей, розчаруванням, небажанням продовжувати життя.

Як засвідчують дослідження, суїцидальна спрямованість особистості військовослужбовця обумовлена дією соціально-психологічних факторів. Тобто військовим психологам, крім індивідуально-психологічних якостей особистості, потрібно враховувати і вплив соціально-психологічних факторів на суїцидальну орієнтацію:

– *суїцидальна спрямованість військовослужбовців, насамперед*, детермінована індивідуально-психологічними властивостями особистості, що підтверджують виділені кореляційні залежності між такими особливостями особистості, як депресія, знижений настрій, ригідність, невпевненість у собі, тривожність, гіпотонія (схильність до почуття вини), напруженість (фрустрованість);

– *формування суїцидальної поведінки обумовлене дією сукупності соціально-психологічних факторів*: неблагополуччя сімейної ситуації військовослужбовців; соціальна дезадаптація до військового колективу, проблеми з командиром; конфліктність у взаєминах з оточенням, страх соціальних контактів;

– *важливу роль у формуванні суїцидального настрою* відіграють страхи військовослужбовців, які детермінують виникнення страху військової служби, страху вирішення конфліктів, що призводить до фрустрації та депресивного стану, які є передумовою виникнення суїцидальних дій;

– *не доведено, що* окрема дія такого фактору, як суїцидальна спроба у родичів, попередня суїцидальна спроба військовослужбовців відіграють значну роль у вчиненні суїциду.

Розроблені кандидатом психологічних наук Т. Буленко методика вивчення військовослужбовців та програма роботи з військовим колективом спрямовані на попередження суїцидальної поведінки і можуть бути застосовані в практиці роботи у військових колективах.

### *Методичні рекомендації з вивчення суїцидальних настроїв та взаємин у військовому колективі*

В основі соціально-психологічного механізму військових самогубств лежить наявність конфлікту з військовим колективом, надмірна неорганізованість чи, навпаки, заорганізована служба, особистісні недоліки і слабкості в подоланні труднощів, антилюдський стиль спілкування і поведінки деяких службовців, неувага командирів і начальників.

*Аналіз суїцидальних вчинків дає змогу зробити загальні висновки, врахування яких є необхідним у практичній діяльності кожного командира:*

1. *Всі суїциденти* – військовослужбовці строкової служби, переважно молоді воїни.

*2. За видом самогубство вчинялося через:*

– повішання,

– самостріл у караулі,

– викидання з вікна.

*3. За причинами:*

– на ґрунті службових неприємностей і тяготіння військовою службою – 70 %;

– сімейні негаразди 20 %;

– боязнь за вчинені злочини – 10 %.

*4. За особистісними характеристиками:*

– низька комунікабельність;

– замкнутість;

– скритність;

– відсутність друзів;

– тривожна навіюваність;

– схильність до негативної оцінки подій;

– схильність до різкої зміни настрою;

– запальність та роздратованість.

**Мотиви суїцидальних вчинків:**

*1. Конфлікти, пов'язані зі сферою службової діяльності військовослужбовців, у тому числі:*

– конфлікти, пов'язані з труднощами військової служби;

– конфлікти між військовослужбовцями різних періодів служби;

– конфлікти між начальниками структурних підрозділів і підлеглими;

– конфлікти з військовослужбовцями інших національностей.

*2. Особистісно-сімейні конфлікти, в тому числі:*

– нерозділене кохання, зрада (дівчини, дружини);

– розлучення;

– хвороба, смерть рідних;

– статева неспроможність.

*3. Конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою суїцидента, в тому числі:*

– боязнь кримінальної відповідальності

– боязнь ганьби за свої негативні вчинки.

*4. Стан здоров'я, в тому числі:*

– психічні захворювання;

– соматичні захворювання;
– фізичні недоліки.

*5. Матеріально-побутові та інші мотиви.*

Важливо пам'ятати, що при всіх життєвих ситуаціях військовослужбовці по-різному реагують на них. Науковий підхід до аналізу причин, мотивів самогубств потребує глибокого проникнення в суть явищ, що відбуваються, знання справжнього становища справ серед підлеглих.

*Ознаки суїцидальної поведінки*

1. **Занурення в себе:** прагнення бути наодинці з собою – природне, притаманне для кожній людині. Але слід бути уважним, коли замкненість, відокремлення стають глибокими та довготривалими, коли людина занурюється в себе, уникає вчорашніх друзів і товаришів.

2. **Вередливість:** кожна людина час від часу вередує, хандрить. Цей стан може бути викликаний погодними умовами, самопочуттям, втомлюваністю, службовими та сімейними неприємностями. Але коли настрій щоденно коливається між піднесенням і пониженням, то це явна причина для тривоги. Існують різноманітні свідчення, що подібні емоційні коливання є провісниками смерті.

3. **Депресія:** глибокий емоційний спад, який у кожної людини проявляється по-різному. Деякі військовослужбовці стають замкнутими, занурюються в себе, але при цьому маскують свої почуття настільки добре, що люди довго не помічають перемін в їхній поведінці. Єдиний спосіб у таких випадках – пряма відверта розмова з людиною.

4. **Агресивність:** багатьом актам самогубства передують спалахи роздратування, гніву, жорстокості до інших. Нерідко такі явища є закликом суїцидента звернути на нього увагу, допомогти йому. Однак цей заклик зазвичай дає протилежний результат – неприязнь людей, їх відчуження від суїцидента. Замість уваги людина відчуває осуд зі сторони своїх товаришів.

5. **Зловживання алкоголем та наркотиками:** сприяють розвитку суїцидальних думок і намірів.

6. **Сексуальна активність:** інколи недоречна сексуальна поведінка відображає відчайдушне прагнення особистості полегшити таким способом пригнічуючу його депресію. Він шукає сексуального задо-

волення. Коли воно довго не досягається, суїцидальні думки можуть посилюватися.

7. **Порушення апетиту:** Відсутність чи, навпаки, надмірне підвищення апетиту тісно пов'язані з саморуйнівними думками і повинні завжди розглядатись як загрозлива для життя хвороба. Офіцери мають помічати втрату маси тіла чи, навпаки, її стрімкий зріст у підлеглих.

8. **Роздавання подарунків:** деякі люди, які планують вчинення суїциду, попередньо роздають близьким, друзям, товаришам по службі свої речі. Спеціалісти із суїциду стверджують, що така акція – прямий провісник майбутнього нещастя. В кожному такому випадку рекомендується серйозна та відверта бесіда з суїцидентом для вияснення його намірів.

9. **Психологічна травма:** кожна людина має свій індивідуальний емоційний поріг. До нього може призвести велике емоційне потрясіння чи ряд дрібних травмуючих переживань, які постійно накопичуються. Розлука з рідними, з будинком, зі звичним розкладом життя, виникнення значних фізичних та моральних навантажень, притаманних службі, незнайома обстановка та атмосфера можуть здатись молодому воїну трагедією його життя. Якщо до цього додати розлучення батьків, смерть близьких, особистісні негаразди, то у нього можуть виникнути думки і настрої, що спонукають до суїциду.

10. **Зміни в поведінці:** раптові, неочікувані зміни в поведінці військовослужбовців мають стати предметом уважного спостереження. Коли стримана, небагатослівна, замкнута людина (інтроверт) неочікувано для інших починає багато жартувати, сміятися, говорити (веде себе як екстраверт), варто придивитися до неї. Така зміна, імовірно, свідчить про глибокі переживання, самотність, які людина намагається приховати під маскою радощів і безтурботності. Іншим тривожним симптомом є зниження енергетичного рівня, підсилення пасивності, байдужість до служби, спілкування, життя.

11. **Загроза:** будь-яке вимовлене бажання піти з життя має сприйматися серйозно. Найчастіше воно виражене словами: «Ви будете винні у моїй смерті», «Ви ще пожалієте, коли мене не стане», «Я не хочу жити серед вас». Ці заяви можна інтерпретувати як пряме попередження про самогубство, до якого готуються. В такому разі не

можна допускати байдужості, агресивності до суїцидента, які тільки підштовхнуть його до виконання погроз. Навпаки, необхідно проявити витримку, спокій, запропонувати йому допомогу, консультацію у спеціалістів, психолога.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ ОФІЦЕРСЬКОМУ СКЛАДУ

Офіцерському та командному складу **слід:**

– уважно ставитися до появи у військовослужбовців зазначених вище ознак, особливо якщо вони проявляються неодноразово;

– не вважати свою участь даремною, марною. Кожен офіцер здатен надати допомогу суїциденту;

– вступати в контакт із підлеглим. Спокійно і відверто з'ясовувати його стан, настрій, наміри;

– утримуватися від осуду, агресивності, жорстокості до потенційного суїцидента, та водночас й від надмірного співчуття, жалості до нього.

Офіцери відповідають за життя і безпеку своїх підлеглих, не тільки за фізичну безпеку, а й за здоровий моральний психічний стан.

Якщо є сумніви, необхідно попросити допомоги у фахівців.

Зневаження ознаками суїциду знецінює участь і дії з попередження суїцидальних випадків.

Слід пам'ятати, що суїцид – травмуюча подія для всього військового колективу. Найбільш ефективний засіб, який запобігає суїциду – людське взаєморозуміння. Виховання такого розуміння, співчуття, милосердя у особистого складу – найважливіша потреба часу.

## Методика визначення осіб з підвищеним ризиком суїцидальної поведінки

*Група підвищеного ризику самогубств:*

1. Молодий вік.
2. Попередні спроби вчинити самогубство.
3. Наявність психічного захворювання.
4. Зловживання алкоголем та наркотиками.
5. Сімейні драми і трагедії: смерть, розлучення, конфлікти.

6. Наявність тяжких хронічних невиліковних захворювань.

7. Істотні зміни в житті: вихід на пенсію, втрата роботи, діти починають своє доросле життя і т.д.

В основу дослідження покладена *«Карта ризику суїцидальності»,* яка містить такі фактори:

*І. Дані анамнезу*

1. Вік першої суїцидальної спроби – до 18 років.
2. Раніше була спроба вчинити суїцид.
3. Суїцидальні спроби у родичів.
4. Розлучення чи смерть одного з батьків (до 18 років).
5. Нестача тепла в сім'ї в дитинстві чи юності.
6. Повна безпритульність у дитинстві.
7. Початок статевого життя – 16 років або раніше.
8. Основне місце в системі цінностей належить любовним стосункам.
9. Виробнича сфера не відіграє ролі в системі цінностей.
10. В анамнезі було розлучення.

*ІІ. Актуальна конфліктна ситуація.*

11. Ситуація невизначеності, очікування.
12. Конфлікт у сфері любовних чи подружніх стосунків.
13. Тривалий службовий конфлікт.
14. Такий конфлікт був раніше.
15. Конфлікт обтяжений неприємностями в інших сферах життя.
16. Суб'єктивне відчуття невизначеності конфліктної ситуації.
17. Почуття образи та жалості до себе.
18. Почуття втомленості, безсилля.
19. Суїцидальні висловлювання з погрожуваннями суїцидента.

*ІІІ. Характеристика особистості.*

20. Емоційна нестійкість.
21. Імпульсивність.
22. Емоційна залежність, необхідність близьких емоційних контактів.

23. Довірливість.

24. Емоційна в’ялість.

25. Хворобливе самолюбство.

26. Самостійність, відсутність залежності у прийнятті рішень.

27. Напруження потреб (сильно виражене бажання досягнути своєї цілі, висока інтенсивність цієї потреби).

28. Наполегливість.

29. Рішучість.

30. Безкомпромісність.

31. Низька здатність до утворення компенсаторних механізмів, витіснення фруструючих факторів.

*Таблиця 2*

**Використовуючи різні способи отримання інформації, психолог заповнює карту, керуючись такою таблицею:**

| **Характеристика наявності фактора** | **1 група фактора пп. 8, 9, 11–31** | **2 група фактора пп. 5–7** | **3 група фактора пп. 1–4,10** |
|---|---|---|---|
| 1. Відсутній | -0,5 | -0,5 | -0,5 |
| 2. Слабко виражений | +0,5 | +1,0 | +1,5 |
| 3. Присутній | +1,0 | +2,0 | +3,0 |
| 4. Наявність не виявлено | 0 | 0 | 0 |

Отримані бали сумуються, отримана сума дає прогноз:

– менше 8,8 – ризик суїцидента незначний;

– 8,8–15,4 – ризик суїцидента спроби;

– більше 15,4 – ризик суїцидента великий.

*Приклад схеми індивідуальної бесіди з суїцидентом*

1. Встановлення емоційного контакту. Необхідно переконати людину, що її проблеми будуть зрозумілими. Не спростовувати, не критикувати, не висловлюватися критично.

2. Встановлення послідовності подій: що вплинуло на стан, переконати в типовості ситуації. Підтримка успіхами та досягненнями. Визначити причину конфлікту. Застосовувати структуровані бесіди, паузи.

3. Спільне планування діяльності з визначення кризової ситуації:

– висловлення гіпотез про можливість подолання конфлікту;

– планування;

– схилення військовослужбовця до словесного оформлення плану;

– фокусування ситуації.

4. Етап завершального прийняття рішення:

– логічна аргументація;

– раціональне навіяння впевненості, побудова майбутніх перспектив життя.

## Заступникам командирів частин із роботи з особистим складом, психологам частин

## ПЛАН-ЗАВДАННЯ

*на проведення роботи з вивчення і складання соціально-психологічної характеристики осіб, схильних до суїцидальних дій*

**ЗРОБИТИ:**

1. Написати листа батькам (родичам) військовослужбовця, попередньо провівши бесіду з ним.

2. Заповнити карту соціально-психологічних якостей. Мати і вести лист бесід в особовій справі.

3. Консультації лікаря. Наявність у медпункті обліку військовослужбовців групи ризику.

4. Визначати ступінь тривожності (не рідше 2 рази в місяць).

5. Визначити рівень емоційного стану (тест САН, не рідше двох разів на місяць).

6. Знати динаміку змін психологічного стану кожного військовослужбовця, схильного до суїцидальних дій.

**ВИВЧИТИ:**

1. Мотиви, спрямованість, ціль на майбутнє.

2. Спілкування з рідними: засоби зв’язку, періодичність.

3. Статус у колективі (соціометричний опитувальник).

4. Наявність друзів (хто конкретно).

5. Хто має найбільший вплив.

6. Взаємовідносини з земляками.

7. Стан справ у сім'ї, стан здоров'я близьких родичів.

8. Його особиста оцінка взаємовідносин у колективі.

9. Взаємовідносини з безпосереднім командиром.

10. Перенесені захворювання, травми, наявність суїцидів чи психологічних відхилень у найближчих родичів.

11. Схильність до конфліктів. Переважаючий тип поведінки особистості в конфліктній ситуації.

До кінця року показати звіт про виконану роботу, а також соціально-психологічну характеристику осіб, схильних до суїцидальних дій. Форма довільна, що відображає питання плану-завдання.

## ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ВЗАЄМИН У ПІДРОЗДІЛАХ

Оцініть атмосферу взаємин у своєму підрозділі за п'ятибальною шкалою:

| | | |
|---|---|---|
| 1. Дружелюбні... | 5 4 3 2 1 | Ворожі... |
| 2. Товариські... | 5 4 3 2 1 | Кожен сам за себе... |
| 3. Поважні.... | 5 4 3 2 1 | Грубі... |
| 4. Теплі... | 5 4 3 2 1 | Холодні... |
| 5. Надійні... | 5 4 3 2 1 | Байдужі... |

Визначається інтегральний бал оцінки атмосфери за шкалою (відповідно позитивний та негативний). Отримані дані зіставляються та аналізуються.

## ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ОЦІНКИ ВЗАЄМИН МІЖ КЕРІВНИМ СКЛАДОМ І ПІДЛЕГЛИМИ

Для курсантів (солдатів)

1. Для мене найбільш авторитетний:

– сержант…(*вказати номер / прізвище*);

– офіцер … (*вказати номер / прізвище*).

2. У нашому підрозділі найбільшим авторитетом користуються:

– сержант..... (*вказати номер / прізвище*);

– офіцер ....(*вказати номер / прізвище*).

3. Найчастіше у підрозділах грубить та хамить:

– сержант ... (*вказати номер / прізвище*);

– офіцер ... (*вказати номер / прізвище*).

4. У нашому підрозділі є нервові та агресивні:

– сержант ... (*вказати номер / прізвище*);

– офіцер ... (*вказати номер / прізвище*).

Під час використання опитувальника опитуваним пропонується бланк, на якому номерами записані всі посадові особи підрозділу. Відповідаючи на запитання, опитуваний вказує лише номери, які позначені прізвищами. Можна запропонувати опитуваним прізвища, але при цьому знизиться рівень відвертості тих, хто відповідає.

## ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ОЦІНКИ ВЗАЄМИН МІЖ КУРСАНТАМИ, СОЛДАТАМИ, СЕРЖАНТАМИ

1. Найбільш надійні і вірні хлопці в нашому підрозділі – це .....

2. Я готовий виконати будь-яке завдання разом з .....

3. Якщо у мене будуть особисті переживання, то зможу ними поділитися лише з .....

4. Я був би радий, якби в нашому підрозділі не було таких, як .....

5. Я намагаюсь уникати спілкування з ....., тому що він .....

## ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ОЦІНКИ ЗАДОВОЛЕНОСТІ МАТЕРІАЛЬНО-ПОБУТОВИМИ ТА СОЦІАЛЬНИМИ УМОВАМИ ЖИТТЯ

1. В умовах армії службові обов’язки я виконую з бажанням.

2. Теперішня служба мене влаштовує.

3. Перебуваючи на службі, я відчуваю свою значимість і корисність.

4. Побут у казармі мене задовольняє.

5. Медичне обслуговування мене задовольняє.

6. Система харчування, його якість та організація мене влаштовує.

7. Система відпочинку в умовах служби мене задовольняє.

8. Військовій справі мене вчать по-справжньому.

9. В умовах служби я маю можливість збагатитися духовно.

10. Культура взаємин в армії мене задовольняє.

Досліджувані відповідають на запитання «Так» чи «Ні». Підраховується кількість позитивних та негативних відповідей. Вираховується відсоткове відношення, результати аналізуються та узагальнюються.

## ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ СТАНІВ ТА ДІЙ ДИСЦИПЛІНАРНОЇ ПРАКТИКИ В ПІДРОЗДІЛАХ

*Запитання для сержантів, командирів (офіцерів):*

1. Для того, щоб забезпечити дисципліну, сержантові необхідно….
2. Авторитет можна набути завдяки ……
3. Покарання в дисциплінарному порядку підлеглих – це ……
4. Після покарання підлеглий стає……....
5. У вихованні підлеглих обов'язково……..
6. Даючи догану, я відчуваю…….
7. Я даю догану за такі вчинки……..

*Запитання для курсантів (солдатів)*

1. Догана для мене – це …….
2. Найчастіше мене карають ……
3. Найбільш неприємне покарання – це ……..
4. Найбільш образливе, коли…….
5. Виносячи мені догану, сержант……
6. Найбільш поширене покарання в нашому підрозділі – це…….
7. Якби я був сержантом, то, караючи підлеглого, ніколи ……
8. Найбільше мені хотілося б ……...

Досліджуваним видають бланки з незавершеними реченнями або зачитують їм речення. Завдання полягає в тому, щоб самостійно завершити речення. Написані закінчення речень узагальнюються та аналізуються.

## ХАРАКТЕРИСТИКА СПІЛКУВАННЯ В КОЛЕКТИВІ

1. Напруженість, взаємні образи, конфлікти.
2. Нестатутні відносини, грубість, приниження.
3. Байдужість, відхиленість.
4. Товариська взаємодопомога, доброзичливість, підбадьорення.

5. Дружба, колективізм, згуртованість, узгодженість спільних дій.

На окремому аркуші кожен опитуваний записує порядкові номери відповідей, які він обирає.

Офіцер може за короткий час оцінити характер взаємин солдат і степінь їх сумісності за допомогою іншої методики.

Суть її полягає в тому, що солдат письмово відповідає на такі запитання:

1. З ким дружите в нашому підрозділі?
2. З ким хотіли б дружити?
3. З ким хотіли б виконувати бойове завдання?
4. З ким хотіли б разом працювати?
5. З ким хотіли б відпочивати у звільненні?

Даючи відповіді на запитання, військовий називає не більше трьох прізвищ службовців. Прізвища можуть повторюватись. Якщо опитуваний не може відповісти, то ставить прочерк. Аркуш із прізвищами підписується і здається офіцерові для оцінювання. Кожне прізвище отримує свій порядковий номер, а кількість виборів позначається стрілками.

Складається соціограма.

Методика може визначити авторитетність кожного військового і його місце в системі взаємин.

## ОЦІНКА СТИЛЮ МІЖОСОБИСТІСНОГО СПІЛКУВАННЯ

Військовому пропонується вибрати один із п’яти варіантів на поставлене запитання. Запитання і запропоновані відповіді оформлюються на окремому бланку, який видається кожному опитуваному.

**І. Активність у спілкуванні порівняно з іншими військовими.**

1. Я майже не беру участі у спілкуванні.
2. Я спілкуюсь у міру необхідності.
3. Я менш активний, ніж інші.
4. Я такий же активний у спілкуванні, як й інші.
5. Я більш активний у спілкуванні, ніж інші.

**ІІ. Звичне коло спілкування в колективі.**

1. Ні з ким у колективі не спілкуюсь.

2. Спілкуюся лише з офіційними (посадовими) особами.
3. Спілкуюся лише з однією людиною.
4. Спілкуюся з досить вузьким колом людей.
5. Активно спілкуюся з досить великою кількістю осіб.

**III. Потреба у спілкуванні.**

1. Зовсім не відчуваю потреби у спілкуванні.
2. Досить рідко з'являється бажання спілкуватися.
3. Хотів би спілкуватися з деякими особами
4. Хотів би спілкуватися з групою осіб.
5. Відчуваю велику потребу у спілкуванні з колективом.

## АНКЕТНИЙ ЛИСТ

1. У нашому підрозділі напружена обстановка. Служити дуже тяжко (так, ні)
2. Мені хотілося б служити в будь-якому іншому підрозділі (так, ні)
3. За час служби я вже зазнав фізичного насилля до себе (так, ні)
4. Я зустрічався з сержантами, які дозволяють фізичні приниження (так, ні)
5. Я відчував фізичні приниження від офіцера підрозділу (так, ні)
6. У мене такий настрій, що просто не хочеться жити (так, ні)
7. Побутові умови у нас задовільні (так, ні)
8. У бані я миюся щотижня (так, ні)
9. Харчування в їдальні мене повністю задовольняє (так, ні)
10. Розпорядку дня в підрозділі дотримують (так, ні)
11. Постільна та натільна білизна змінюється щонеділі (так, ні)
12. Листи надходять регулярно (так, ні)
13. Мені неприємні взаємини з такими військовослужбовцями, як (*вказати прізвища, військові звання, причину*).

### *Бойові психічні травми і розлади у воїнів*

Підрозділи Сухопутних військ упродовж тривалого часу беруть участь у безперервних бойових діях в особливих та екстремальних умовах. Безперервні бойові дії – це бойові дії, які продовжуються на високому рівні напруженості протягом тривалого часу. Упродовж

безперервних дій командири підрозділів і солдати повинні мислити, приймати рішення і діяти швидше, ніж ворог. Командири підрозділів зобов'язані знати наміри і задуми вищих і молодших командирів (сержантів). Вони повинні бути здатними діяти безпосередньо і синхронно, хоча ситуація й обстановка можуть стрімко змінюватися, а комунікації руйнуватися. Цей безперервний цикл денних і нічних дій буде постійно пов'язаний із впливом бойових чинників, що знижуватиме ефективність дій командирів підрозділів та їх підлеглих на якийсь час. Командирам необхідно вживати заходів щодо зменшення цього впливу. Безперервні бойові дії змушують командирів підрозділів і солдатів виконувати обов'язки за несприятливих умов, формують відповідну поведінку і викликають помилки в бойовій роботі і, можливо, призводять до виникнення бойового стресу.

У бойових умовах перебування психіки під постійним впливом негативних стресових чинників може перерости у бойову психічну травму з тяжкими наслідками для здоров'я людини. Як показує досвід участі бійців у воєнних конфліктах в Афганістані, Іраку, Чечні, Ізраїлі, через багато років після закінчення війни відмічаються негативні прояви у психіці військовослужбовців. У бойовій обстановці психіка воїна піддається безлічі різноманітних впливів. Одні з них сприяють мобілізації та концентрації його фізичних і духовних можливостей, підвищенню бойової активності, сміливості, самовідданості. Інші, навпаки, дезорганізовують бойову діяльність воїна, блокують доступ до наявних резервів організму, погіршують роботу нервової системи і психіки. Треті не здійснюють помітного впливу на бойову поведінку. Для військової психології важливо знати, які з цих впливів і яким чином визначають психологічні реакції, стани та дії військовослужбовців у бою.

Дослідженням таких чинників психологи займаються давно. Аналіз психологічних досліджень бойових дій у війнах минулих століть і XXI ст. дозволив виділити дві групи чинників, що впливають на бойову діяльність військ, – зовнішні і внутрішні. У свою чергу, зовнішні чинники поділяються на соціальні, бойові й еколого-ергономічні. Соціальні чинники здійснюють вирішальний вплив на воїнів у бойовій обстановці, оскільки служать основою для формування загальних соціальних мотивів їх поведінки і бойових установок.

Бойові чинники – це широкий спектр змінних, що визначають ті або інші реакції, стан, поведінку воїнів у бою.

Дані психологічних досліджень дозволили виявити особливу дієвість таких бойових чинників, як вид, умови й інтенсивність бойових дій, особливості використовуваної зброї, надійність засобів захисту, часові, природно-географічні, погодно-кліматичні умови, обсяг і співвідношення втрат сторін. Еколого-ергономічні чинники відображають специфіку впливу зовнішніх (природно-географічних, погодно-кліматичних, технікотехнологічних) обставин і режиму бойової діяльності (тривалість, режим, частота зіткнень із противником, ергономічність бойової техніки, ступінь ізольованості від головних сил тощо) на психологічний стан протиборчих сторін. Вони обумовлюють ступінь задіяності психіки військовослужбовця у процесі виконання бойових завдань. Знайомі умови і звична діяльність, добре засвоєні способи бойової поведінки дозволяють воїнам діяти на полі бою з переважним використанням підсвідомості (автоматизмів, навичок, закріплених у підсвідомості моделей), із мінімальним залученням свідомості й емоцій. І навпаки, незнайомі обставини і незасвоєні прийоми бойової діяльності обумовлюють необхідність постійного включення свідомості, виникнення негативних емоційних переживань, що знижує ефективність дій військовослужбовця.

До внутрішніх чинників належать психофізіологічні і психологічні чинники. Серед психофізіологічних чинників, що визначають характер поведінки військовослужбовців, важливе значення має тип нервової системи. Прийнято розрізняти три типи нервової системи: сильний, слабкий і середній. Сьогодні відомо, що обстановка ескалації негативних чинників бою викликає серйозні психологічні розлади, що вимагають медичної допомоги і, отже, повну втрату боєздатності на певний час у воїнів із слабким типом нервової системи (серед військовослужбовців їх близько 15 %). В аналогічних умовах воїни з середнім типом нервової системи (таких близько 70 %) знизять активність бойових дій лише на короткий час. Воїни з сильним типом нервової системи (їх приблизно 15 %) не піддаються відчутному психотравмуючому впливу складної обстановки. Воїни сангвінічного темпераменту в складних умовах рішення ухвалюють швидко і діють

сміливо. У разі невдачі вони втрачають рішучість лише на короткий час і швидко приходять в норму. Особи холеричного темпераменту виявляють сміливість і рішучість переважно у стані емоційного підйому. В стані занепаду сил вони здатні піддаватися несвідомому страху. Люди флегматичного темпераменту діють активно і сміливо тоді, коли ретельно підготовлені до виконання бойового завдання. Вони володіють стабільністю емоційних переживань, завзятістю і витримкою. Воїни меланхолійного темпераменту здатні виявляти рішучість й активність протягом короткого часу і при подоланні незначних труднощів. Спостереження за діями воїнів у бойовій обстановці та в інших екстремальних ситуаціях показують, що їх поведінка великою мірою залежить від типу темпераменту. Командир підрозділу повинен знати, що в тих самих умовах різні військово-службовці будуть діяти якісно, але по-різному.

Серед внутрішніх чинників значення мають особистісні характеристики. Вони класифікуються так:

– рівень загального інтелекту військовослужбовця (інтелектуальна гнучкість, загальна обізнаність, пізнавальна гнучкість, практичне і критичне мислення, координація здібностей);

– рівень особистісної стабільності (надійність, опір до стресу, упевненість у собі, вміння діяти в команді, комунікативні здібності);

– відсутність напруженості, тривожності і психопатологічних симптомів;

– психодинамічні властивості військовослужбовців (емоційна нестійкість, тривожність, переважаюча орієнтованість людини у діях на зовнішній або внутрішній світ тощо).

Найбільш характерною психологічною рисою бойової обстановки є постійна загроза життю військовослужбовця. В умовах цієї загрози він вимушений діяти і, цілком природно, постійно реагує на неї. Ця реакція проявляється через почуття страху, що повторюється. Усе це, за певних умов, може зломити психічний опір організму, призвести до емоційного зриву. Відомо також, що якщо стресові умови впливають на військовослужбовця під час його тривалого перебування у бойовій обстановці, то у нього може виникнути психологічне виснаження. Постійна напруга накопичується на основі страху смерті й інстинкту

самозбереження. Почуття страху у бою є природним для будь-якої людини. Переживання страху є нормальною реакцією людини на чинники, що його викликають.

Емоційна напруженість, під якою розуміється психічний стан, характеризується тимчасовим зниженням психічних і психомоторних функцій, пониженням професійної працездатності та відчутно позначається на поведінці людей у бою. Причинами емоційної напруженості можуть бути:

– непідготовленість військовослужбовця до виконання конкретного завдання і невпевненість, що з'являється у зв'язку з цим, у власних можливостях;

– спогади про пережиту емоційну напругу в попередніх боях;

– невпевненість особового складу в засобах захисту;

– невпевненість особового складу в надійності озброєння і техніки;

– невпевненість особового складу в компетентності командирів (начальників), недовіра до рішень і дій командування;

– нерозуміння цілей бойових дій, завдань, які стоять перед підрозділом, відсутність правдивої інформації про обстановку;

– надмірне почуття відповідальності;

– низький авторитет командирів серед особового складу;

– негативний психологічний вплив командирів на особовий склад, відсутність методики впливу;

– відсутність справжніх лідерів у підрозділі, заміна їх негативними «токсичними» лідерами;

– психологічна несумісність, що створює напружені стосунки між воїнами;

– відсутність згуртованості, злагодженості, взаємовиручки, бойового братства, довіри до товаришів, їхня ненадійність;

– постійний інформаційно-психологічний вплив противника, залякування, дезінформація тощо.

*Ознаки бойових психічних травм і розладів*

При неможливості організму адаптуватися до психічних стресів та обставин, що виникли під їх впливом, і виникають психічні розлади. Основою більшості психічних травм є виснаження психіки військовослужбовців, слабкість їх нервової системи. Звичайний режим

бойової діяльності в результаті цього стає надважким. Навантаження, яке раніше легко переносилось воїном, вже в перші 14 годин викликає почуття втоми, слабкість, насилу вдається зосередитися. Військовослужбовці стають дратівливими, невгамовними, конфліктними у взаємовідносинах з товаришами і колективом. Звичайна мова оточення здається до неприємності гучною, світло – дуже яскравим, відзнача- ється слабкість процесів, що стримують людину від негативних вчинків. Кожний командир підрозділу повинен враховувати, що основою більшості психічних травм є хронічне психо-нервово-фізичне перенапруження, характерне для бойової обстановки. У бойових умовах військовослужбовці з таким станом можуть явно нехтувати власною безпекою, проявляти «байдужість» до долі своїх бойових товаришів, а іноді і здаватися в полон, припиняючи опір, коли, здавалося б, є усі засоби для продовження успішної боротьби із супротивником. Нерідко порушення психічної рівноваги у військовослужбовців спричиняє стан надбадьорості, ейфорії, балакучості і непродуктивної діяльності. В силу своєї некритичності і нездатності реально оцінити навколишнє оточення і власні можливості, військовослужбовці часто здійснюють помилки у досить простих ситуаціях, що несприятливо позначається на діях бойових розрахунків, екіпажів, відділень, груп або інших невеликих підрозділів.

Отже, БПТ є наслідком сильного переживання воїном стрес-чинників бойової обстановки, яка викликає тимчасовий розлад психіки, що призводить до часткової або повної втрати боєздатності. Повністю уникнути БПТ серед військовослужбовців у бойовій обстановці неможливо, проте за допомогою психопрофілактичних заходів, через своєчасне надання психологічної допомоги і можна понизити відсоток психологічних втрат.

Командиру підрозділу треба завжди пам’ятати: по-перше, важкі умови бойової обстановки характеризуються значною кількістю психотравмуючих чинників, які впливають на організм військово-службовця, його нервову систему, призводять до великої кількості психічних розладів, істотно знижуючи боєздатність особового складу. По-друге, необхідність заповнення втрат, збереження боєздатності підрозділів і частин зобов’язує передбачати відновлення психічної

рівноваги у легкотравмованих і легкопоранених військовослужбовців безпосередньо в умовах військової частини (підрозділу), а також правильно визначати доцільність і своєчасність евакуації особового складу для надання спеціалізованої психологічної допомоги у військових лікувальних установах. По-третє, якісне та ефективне вирішення цих завдань значною мірою визначатиметься знанням командирами усіх рівнів індивідуально-психологічних особливостей підлеглих, усвідомленням механізму виникнення психічних травм, розумінням основ психологічної реабілітації, навичками її організації і здатністю управляти системою реабілітаційних заходів у бойовій обстановці. Успішному вирішенню цих завдань служить психологічна підготовка, психологічна допомога та реабілітація, що є складовими частинами морально-психологічного забезпечення діяльності військ. Саме вони сприяють відновленню психічного здоров'я і боєздатності військовослужбовців.

### *Особливості виникнення розладів адаптації (РА) у військовослужбовців*

Заслуговують на увагу науковців особливості перебування військовослужбовців у зоні бойових дій. На думку начальника НДЦ гуманітарних проблем ЗС України Назима Агаєва, серед українських військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, спостерігається дуже високий рівень психологічних проблем. Аналіз досвіду бойових дій 2013–2021 рр., що відбуваються на території нашої країни, свідчать про значний ріст психогенних втрат серед особового складу ЗС України, у порівнянні з війнами інших періодів та в інших державах. За словами експерта, якщо середньостатистичний показник психогенних втрат складає 10–25 %, то серед українських військових вони досягають практично 80 % і приблизно у 30–40 % випадків це можуть бути незворотні втрати, коли психологічні проблеми переходять у психіатричні. Н. Агаєв відмітив, що максимальний термін для психологічного виснаження військовослужбовців при постійному перебуванні в зоні бойових дій складає 35–45 діб, а українські військовослужбовці перебували там по 4–5 місяців, а іноді і більше року. Тривале перебування військових в умовах специфічного бойового стресу накладає свій негативний відбиток, що, як стверджують науковці, призводить як

до розвитку ПТСР, так і до розладів адаптації (РА). На думку В. Лебєдєва, в залежності від особливостей домінуючої клінічної симптоматики, можна умовно виділити два основних клінічних варіанти розладів адаптації: афективний і поведінковий. Афективний варіант РА містить три підваріанти: депресивний, тривожний і змішаний.

*Депресивний підваріант* характеризується зниженим фоном настрою до субдепресивного або депресивного рівня легкого ступеня, з елементами депресивної оцінки себе, оточуючого середовища і перспективи.

Періодично виникають відчуття пригніченості, смутку, підвищена плаксивість. Пригнічений стан супроводжується емоційною нестійкістю, фіксацією на негативних подіях свого життя. На цьому фоні часто виникають відчуття безвихідного становища щодо життєвої ситуації, самотності, безпорадності, залежності від оточуючих людей і обставин.

Зниження самооцінки поєднується з невпевненістю щодо свого професіоналізму, адекватності своїх потреб і вимог, зменшенням мотивації до трудової діяльності. Думки хворих значну частку часу (але не постійно) фіксовані на негативних подіях власного життя, своєму тяжкому стані. Виникає певне звуження кола постійних інтересів і захоплень, міжособистісні стосунки можуть набувати відтінку пасивності і байдужості. Періодично особи із ПТСР можуть скаржитись на труднощі з концентрацією уваги, на ускладнення при прийнятті рішень і визначенні своєї відповідальності, зниження рівня мотивації. В клінічній картині також мають місце в'ялість, симптоми дратівливої слабкості, апатії, безініціативності й пасивності.

*Тривожний підваріант* – характеризується розладом адаптації з перевагою порушень інших емоцій, таких як: відчуття психічного і фізичного дискомфорту; немотивована напруженість; нав'язливі уявлення, побоювання та хвилювання, що спрямовані у майбутнє; загальна стурбованість та нервозність; неможливість розслабитись; відчуття внутрішнього тремтіння або «дискомфорт» і «тиск» у грудях. Може відмічатись епізодично виникаюче відчуття безпредметної тривоги, неспокійного очікування будь-якого лиха або неприємностей, побоювання за себе та своїх рідних. Виникнення тривожних думок

інколи провокують розлади сну, труднощі із засинанням, порушення його глибини й тривалості.

*Змішаний підваріант, або тривожно-депресивний* – це поєднання симптомів психічної і соматичної тривоги у вигляді тривожних думок, побоювань, спрямованих у майбутнє, хвилювання або нерішучість щодо прийняття рішень тощо. Поряд з цим може спостерігатися більша питома вага соматовегетативних порушень, ніж при тривожному варіанті РА.

Варіанту РА з *порушеннями поведінки* відповідає наявність в клінічній картині симптомів дезадаптивної або дизсоціальної поведінки, порушень повсякденного функціонування, соціальної дезадаптації тощо, при цьому вказані прояви чітко пов'язані із часом психотравмуючої події.

Подібний варіант розладу характеризується надмірною збудливістю та дратівливістю, нервозністю та короткочасними ситуаційно обумовленими реакціями образи, гніву, навіть агресивності, які супроводжуються непродуктивною метушливістю і конфліктною поведінкою. Також характерними симптомами є нетерпимість до всього, що відбувається навколо, тенденція до обвинувачення оточуючих у своїх негараздах. В клінічній картині можуть бути присутні соматовегетативні симптоми, але їх вираженість ніколи не сягає значного рівня. Треба зазначити, що ці порушення поведінки не є постійними, глибоко вкоріненими стереотипами. Тобто, вони були непритаманні особам до факту психотравмуючого впливу, проявляються парціально, не торкаючись усіх сфер життя одразу.

На підставі закономірностей динаміки клінічної симптоматики розладів адаптації виділяють наступні типи їх перебігу: **прогресуючий, рецидивуючий, регредієнтний**.

Перший тип характеризується прогресуючим ускладненням клінічної симптоматики з подальшою трансформацією в інші нозологічні форми. Тобто клінічна картина змінюється як за своїм змістом, так і за інтенсивністю проявів її симптомів. При цьому типі перебігу РА спостерігається зростання інтенсивності і спектру проявів, в першу чергу, афективних порушень. Ускладнення структури клінічної картини виражається у вигляді змін настрою від субдепресивного рівня до

депресивного помірного ступеня тяжкості. Це супроводжується зростанням емоційної нестійкості, фіксацією на психотравмуючих спогадах, формуванням дезадаптації в сферах професійних, міжособистісних і соціальних стосунків. Найчастішим негативним наслідком прогресуючого типу перебігу РА з переважанням в клінічній картині афективних порушень є трансформація в депресивні епізоди різного ступеня тяжкості. Динаміка тривожних проявів, таких, як загальна стурбованість і нервозність, невмотивована напруженість, відчуття психічного і фізичного дискомфорту, нав'язливі уявлення, побоювання і хвилювання, які спрямовані не лише у минуле, але й у майбутнє, відчуття безпредметної тривоги або страху за себе і своїх рідних, у вигляді зростання їх частоти та інтенсивності протягом 6 місяців і більше дозволяє говорити про трансформацію розладів адаптації в тривожні або тривожно-депресивні розлади.

*Прогресуючий тип* перебігу РА з домінуванням в клінічній картині поведінкових розладів характеризується зростанням інтенсивності реакцій ворожості, агресивності й жорстокості, ознак соціальної відгородженості, формуванням дезадаптивної і дизсоціальної поведінки, яка ускладнює професійне, міжособистісне і соціальне функціонування. Можливою несприятливою динамікою даних порушень є їх трансформація або в хронічні зміни особистості, або, за наявністю попередньої психологічної уразливості у вигляді відповідної акцентуації характеру, в специфічні або змішані розлади особистості.

Домінуючою характеристикою *рецидивуючого типу* перебігу РА є хвилеподібні коливання основної клінічної симптоматики. Ремісії, які характеризуються практично повною відсутністю ознак розладу, є різними за своєю тривалістю, як і тривалість рецидивів. Клінічна симптоматика у вигляді афективних і поведінкових порушень, що складають зміст рецидиву, майже ніколи за своєю інтенсивністю не перевищує первинні прояви розладу. Проте, деякі мінімальні ознаки дезадаптивної поведінки можуть зберігатися навіть під час так званої ремісії. Крім того, виникнення частих рецидивів є фактором ризику переходу рецидивуючого типу перебігу РА в прогресуючий, з подальшою трансформацією в інші нозологічні форми (здебільшого це

стосується «пролонгованої депресивної реакції». Однак найчастішим варіантом динаміки цього типу перебігу РА є одужання хворого.

Особливістю *регредієнтного типу* перебігу РА є виражена редукція основної клінічної симптоматики. При цьому типі перебігу РА спостерігається помітне зменшення інтенсивності і частоти проявів, в першу чергу, афективних порушень: зниженого настрою, депресивної самооцінки, оцінки оточуючого середовища і власних перспектив. Майже зникають відчуття смутку, пригніченості і печалі, що, у свою чергу, супроводжується підвищенням емоційної стабільності й впевненості в собі, а також мотивації до трудової діяльності. Спостерігається редукція відчуття загальної стурбованості і нервозності, немотивованої напруженості, психічного і фізичного дискомфорту. Зменшуються нав'язливі уявлення, побоювання і хвилювання, що спрямовані, в першу чергу, в майбутнє, зникає відчуття тривоги. При регредієнтному типі перебігу РА спостерігається зменшення поведінкових порушень, що супроводжується поліпшенням якості міжособистісного, професійного і соціального функціонування до повного одужання і повернення до попереднього соціального статусу.

Слід зауважити, що у період бою дія стресу виконує певну позитивну функцію для бійця, однак після демобілізації вона стає негативним, руйнівним фактором в силу постстресових реакцій. Відсутність своєчасної медико-психологічної допомоги часто викликає суїцидальні наміри в учасників бойових дій.

### *Вплив сім'ї на прояв суїцидальних тенденцій військовослужбовців*

Різноманітність тенденцій, помічених психологами в галузі міжособистісної взаємодії та психології сім'ї, розмаїття теоретичних припущень, що породжує спектр концептуальних моделей міжособистісних стосунків, свідчить про актуальність осмислення психології сімейних взаємин.

***Сімейні взаємини*** – це складний феномен, складна психічна реальність, що включає як міфологічні, так і сучасні рівні свідомості, а також індивідуальні й колективні, онтогенетичні, соціогенетичні та філогенетичні передумови.

Поняття сімейних взаємин як стан належності індивіда деякому надіндивідуальному сімейному цілому охоплює суб'єктивний час, особисту життєдіяльність, національну культуру й традиції. Однак розробленого та достатньо завершеного гносеологічного поля не склалося, оскільки в міру розвитку наукового пізнання з основоположним принципом об'єктивності неформальні взаємини, емоційна близькість, любов, симпатія всемірно виживалися з цього процесу, а «подружні взаємини» і в цілому сімейні взаємини як психологічні феномени постійно «вислизали» від чіткого визначення.

Постановка проблеми сімейних взаємин, трактування психологічних передумов їх розуміння та дослідження – актуальні завдання не лише за умови вказаної дослідниками кризи сучасної сім'ї й назрілими у зв'язку з цим психотерапевтичними завданнями,– психологічне розуміння сімейних взаємин матиме теоретичне та практичне значення як у плані досягнення благополуччя й стабільності сімейних взаємин, так і для реалізації евристичних цілей наукового пошуку в ситуації влади інформаційних технологій, кризи суспільних систем.

У багатьох психологічних дослідженнях розкривається глобальний злам соціальних стереотипів, індивідуальна ідеологія лихоліть, дезінтеграції, зміна соціально-психологічного статусу сім'ї, особливо багатодітної, у деяких випадках виявляється його деформація, невизначеність та навіть часткова втрата в результаті зміни відпрацьованих ритуалів, трансляції ЗМІ інформації, побудованої на принципах іронії, безглуздої жорстокості, індивідуалізму й містицизму, зміни практики повсякденного звичного спілкування та неадекватності життєвого досвіду членів родини наявній соціальній ситуації.

Вітчизняними психологами робиться спроба поєднати різноманітні інтереси сім'ї й сімейних взаємин. Така установка припускає аналітичну роботу в різноманітних галузях психологічної теорії: психоаналізі, інтеракціонізмі, біхевіоризмі, психосинтезі, соціальній психології тощо. Крім того, у дослідницьке поле науковців включено психологічні, соціологічні, антропологічні, філософські, біологічні та культурологічні погляди таких авторів-вчених, як Л. Файнберг, М. Мід, Е. Берн, Е. Фромм, Д. Фрезер, Д. Аккерман, К. Юнг, А. Адлер, В. Юстицкіс, Г. Навайтис й ін.

На їхню думку, взаємини між людьми в системі психологічного знання розуміємо, по-перше, як деяку системну взаємодію контактів, зв'язків, по-друге – як оцінку суб'єктом самих цих взаємодій і контактів, а також партнерів, які беруть у них участь. Ці два аспекти – об'єктивний та оцінний – являють собою дві сторони реальності сімейного життя. Для сім'ї частота контактів, їх зміст визначаються тим, як її члени ставляться один до одного, тобто емоційний компонент міжособистісних взаємин, що суб'єктивно й об'єктивно визначаєстан і розвиток взаємодії.

Емоційні взаємини досліджено багатьма науковцями, однак вони розв'язували завдання з пояснення закономірностей виникнення, розвитку, стабілізації й розладу емоційних і значимих взаємин у парі або «подвійній» групі. Стосовно сім'ї – це явне звуження предмету аналізу.

Якщо ж виходити вцілому з міжособистісних взаємин як найбільш дослідженої теми соціальної психології, то за глобальністю теоретичних моделей утрачається феномен власне сімейних стосунків.

Водночас, у сучасній психології відомі масштабні роботи, об'єктом яких є родина. Історично склалося так, що у вітчизняній психологічній науці найбільш розробленими виявилися проблеми сім'ї «як ланки суспільства». Власне сімейні взаємини є в них маргінальними.

При цьому, психологи виділяють в емоційних взаєминах три іпостасі: емоцію, що має своїм предметом іншу людину, атитюд на іншу людину й емоційний компонент міжособистісного сприйняття.

Виходячи з цієї позиції, об'єктивація сімейних взаємин можлива через аналіз як області емоційних відносин членів сім'ї один до одного, так і об'єктивно існуючого процесу розвитку сімейних взаємин на різних стадіях життєвого циклу родини. Повноцінне вивчення сімейних стосунків передбачає їх розгляд у контексті умов і факторів, що впливають на них.

Подружні відносини як мистецтво жити в шлюбі, згідно з визначенням М. Фуко, визначають взаємини, дуальні за формою, універсальні за значенням та специфічні за інтенсивністю й силою.

Дуальність сімейних відносин обумовлена статевим деморфізмом, з одного боку, та подвійністю цілей шлюбу – продовженням роду й дружнім спільним життям – з іншого.

Універсальність шлюбу та сім'ї пов'язана з потребою будь-якої людської істоти, яка бажає жити відповідно до природи та водночас до потреб індивіда, який намагається вести життя, корисне для оточуючих і людства загалом. Матримоніальний зв'язок являє собою універсальний закон.

Унікальність сімейно-шлюбних взаємин прихована в їх емоційному та кровно-родинному потенціалі. Подружні відносини, що вважаються найбільш важливими й тісними з усіх можливих взаємин, повністю визначають спосіб існування, що потребує певного мистецтва буття разом.

Сімейні взаємини в нашому розумінні осмислено як феномен, у якому злиття *Я* та *Значимих Інших* відбувалося б таким чином, що розв'язка життя людини наступала б як результат розвитку характеру й особистості людини на фоні гармонійного, могутнього та розумного

«єднання» з близькими, рідними людьми завдяки оволодінню всіма членами сім'ї мистецтвом бути разом, а не просто як фінал, обумовлений самою життєвою ситуацією.

На думку науковців, «основними координатами» простору міжособистісних взаємин є статусно-рольові відмінності, психологічна дистанція, валентність відносин і вільний або вимуше- ний спосіб створення сімейної пари. При цьому, аналіз сімейних взаємин пов'язаний із низкою об'єктивних та суб'єктивних труднощів, які надалі позначаються проблемним полем.

Емоційні взаємини не є постійними й незмінними. Тому дослідники підкреслюють необхідність докладання певних зусиль для збереження стабільних гармонійних стосунків між партнерами. Чинники, які «об'єднують подружжя в їх союзі, розподіляються так (по низхідній лінії): спільність духовних інтересів і подружня любов; сексуальна сумісність; любов до дітей; подружній обов'язок; сімейний затишок і матеріально-житлові умови».

Психологи виділяють деякі несприятливі психологічні моменти, які руйнують стабільність емоційних взаємин:

– відсутність віри в любов, у можливість постійності подружньої любові;

– неправильні уявлення про фактори сімейного благополуччя та ігнорування таких із них, як взаємоповага, здатність до взаємної довіри й розуміння;

– незнання та відсутність інтуїтивного відчуття основних закономірностей статевої любові й найбільше – нездатність уловлювати та розуміти почуття партнера, його характерологічні особливості й звички, нездатність контролювати та регулювати свої власні емоції й почуття, прояв споживчо-егоїстичного ставлення до любові в цілому.

Важливий вплив на емоційні взаємини в шлюбі роблять культура спілкування та дозвілля, спільне ухвалення рішень подружжям, сімейно-побутове самообслуговування сім'ї, створення сімейної субкультури. Стабілізація емоційних відносин залежить від рівноправності її членів, індивідуальних потреб, які задовольняють шлюб і сімейне життя в цілому. Почуття провини руйнує шлюб.

Особистісні характеристики партнерів роблять свій внесок у розвиток подружніх взаємин, більше того, за їх порушеннями прихований внутрішньоособистісний конфлікт одного з подружжя. До сприятливих якостей партнерів слід віднести:

– відсутність страху й тривоги, адекватну самооцінку;

– урівноваженість;

– орієнтацію на пошук і помірну схильність до ризику, що дає змогу емоційним стосункам розвиватися;

– компетентність у часі (жити «тут і зараз», бачачи при цьому зв'язок подій);

– високий рівень самоприйняття, що проявляється в природності поведінки та відкритості досвіду, у ставленні до іншого як до себе. Відсутність самоприйняття породжує інструментальне ставлення до себе та інших, яке, зі свого боку, неминуче призводить до нестабіль-

ності в емоційних відносинах, оскільки завжди знайдеться хтось, хто краще здатний виконувати що-небудь.

Імовірність збереження емоційного компонента сімейних відносин й успішного розвитку шлюбу зростає, якщо подружжя здатні:

– реально дивитися на протиріччя;

– не будувати ілюзій і надій на випадок;

– не уникати труднощів і не впадати у відчай;

– цікавитися психологічними особливостями партнера;

– знати ціну дрібницям;

– бути терпимим, уміти попереджувати бажання й потреби партнера;

– контролювати свою поведінку та мову;

– володіти почуттям міри;

– усвідомлювати причини й наслідки подружньої невірності;

– прагнути до єдиних підходів у вихованні дітей.

На думку Дж. Рейнуотер, якщо в міжособистісних стосунках із близькою людиною є складнощі, то справжня причина цього прихована у власних особистих проблемах, які можуть бути пов’язані з:

– очікуваннями;

– почуттям безпеки;

– контролем;

– потребою в любові й схваленні;

– моральним засудженням;

– незавершеними відносинами з іншими людьми.

Авраам Лінкольн якось сказав: «Не вистоїть будинок, розділений зсередини». Якщо люди в шлюбі займають «бойові позиції» у ставленні один до одного, їхній шлюб довго не протримається.

На думку багатьох подружніх пар, часті сімейні конфлікти виникають через те, що обоє партнерів претендують на лідерство. Але ці «рольові конфлікти» – усього лише поверхня реальних відносин. Як правило, основною причиною напруги в подружніх стосунках є охолодження почуттів між партнерами. Заслуговує на увагу той факт, що часто подружжя мало цікавляться внутрішнім світом того, хто постійно перебуває поруч, при цьому вважаючи, що добре знають один одного. І лише загострення протиріч між партнерами, утрата

почуттів спонукають до переосмислення стосунків. Тоді виявляється, що партнер, який постійно перебував пліч-о-пліч з іншими членами родини, практично почувався самотнім та ізольованим від близького оточення. Саме аналогічна ситуація й спонукає партнерів до пошуку позитивних емоційних стосунків, що часто завершується зрадою чи розпадом подружніх взаємин.

Унаслідок різноманітних обставин можуть відбуватися різні порушення функцій сім'ї. Існує значна кількість факторів, які можуть сприяти подібним порушенням: особливості особистості членів родини, характер взаємин між ними, певні умови життя сім'ї та ін.

Е. Ейдеміллер і В. Юстицкіс зауважують, що досить важливими характеристиками родини є не лише її функції, а й структура та динаміка. На думку авторів, структура сім'ї включає чисельність і склад родини, а також сукупність взаємин між її членами. Аналіз структури сім'ї дає змогу виділити такі родини, де керівництво й організація всіх її членів зосереджені в руках одного члена сім'ї. Відмінною може бути структура родини й стосовно того, як у ній розподілено обов'язки: більшість із них виконуються одним із членів сім'ї чи обов'язки розподілені рівномірно.

За визначенням науковців, порушення структури родини – це такі особливості структури, які утруднюють чи перешкоджають виконанню сім'єю її функцій. Із цієї причини порушенням структури взаємин у родині слід визнати сімейний конфлікт, який є перепоною у виконанні родиною її різноманітних функцій. Унаслідок розлучення подружжя, наприклад, може виявитися порушеною емоційна функція сім'ї: дитина не отримує емоційної підтримки батька чи отримує, але недостатньо. Отже, для успішного розвитку шлюбу суттєве значення має функціонально-рольова структура сімейних взаємин.

Сучасні норми шлюбно-сімейних стосунків передбачають диференційований спосіб побудови функціонально-рольових взаємин у родині й гнучкий розподіл обов'язків між її членами. Рольові та функціональні взаємини в сім'ї встановлюються на основі «набутих» критеріїв, таких як особисті нахили, здібності, досвід, бажання, добровільна згода, міра зайнятості у виробничій сфері тощо.

Робер і Тільман стверджують, що в сім'ї існують сили згуртування, що чинять опір зміні структури, і сили розпаду, які призводять до змін. Рівновага існує в тому випадку, якщо сили згуртування переважатимуть над силами розпаду.

Особливої уваги на сьогоднішній день потребує родина військовослужбовця. Професійна діяльність фахівців в сфері надання соціально-психологічної допомоги, як правило, оминає стороною питання внутрішньосімейних відносин офіцера, воїна контрактної служби, демобілізованого із лав Збройних Сил бійця, які відчули бойовий стрес, або незначною мірою торкається цих відносин. У цій ситуації негативним наслідкам участі у бойових діях військовослужбовця члени його сім'ї намагаються запобігти, нейтралізувати або мінімізувати на інтуїтивному рівні. Це часто призводить до сімейного дискомфорту, конфліктів, уповільнення процесу гармонійного відновлення психічного і соціального здоров'я військовослужбовця, а нерідко і до розриву сімейних відносин. Наявність такого роду сімейних проблем в підсумку негативно відбивається на службовій діяльності військових. Тому проблема вивчення соціально-психологічних особливостей роботи з сім'ями кадрових військовослужбовців, мобілізованих до лав ЗС України, які стали учасниками бойових дій, а також практичне її вирішення в сучасних умовах військового будівництва набуває великого значення. Прояви соціально-психологічних наслідків участі в бойових діях можуть бути різними: від повної соціальної та психологічної дезадаптації і асоціальної поведінки до певної життєвої мудрості, унікальної системи моральних цінностей і значного конструктивного потенціалу, який реалізується з максимальною користю для соціуму. Негативний вплив бойового стресу на ефективність діяльності і стан здоров'я учасників бойових дій проявляється у широкому спектрі соціально-психологічних наслідків участі в бойових діях, серед котрих можна виділити первинні, вторинні і третинні.

До *первинних* наслідків відносять негативні психічні стани, що викликані стрес-факторами бойової обстановки і бойової діяльності. Серед них: стан втоми і перевтомлення, емоційний стрес, психоневротичні реакції, гострі стресові розлади, різні форми порушення

психічної адаптації. Особливістю первинних наслідків є те, що вони виникають безпосередньо як відповідь на конкретний добре ідентифікуючий стрес-фактор (або групу стрес-факторів), безпосередньо обумовлених ним. При цьому порою значну роль відіграє підвищена уразливість військовослужбовця, пов'язана з наявністю низки основних специфічних особистісних особливостей.

*Вторинні* наслідки виникають в результаті невдалих самостійних спроб подолання дезадаптивного стану, а також несвоєчасності (або просто відсутності) необхідних реабілітаційно-відновлювальних заходів, недостатньої психологічної допомоги з боку значущого соціального оточення (сім'я, співслужбовці, керівники). До них можна віднести стан «професійного вигоряння», зниження працездатності, посттравматичні стресові розлади, зловживання алкоголем, підвищену агресивність, депресивні стани, явища професійної деформації особистості, ауто- і гетеро-агресивну поведінку. Третинні наслідки проявляються в широкому спектрі внутрішньосімейних проблем, неадекватній соціальній презентації, погіршенні морально-психологічної атмосфери в колективі, зниженні задоволеності службою, передчасним звільненням зі служби, дисциплінарних порушеннях, соціальній апатії і песимізму, деформації соціального сприйняття, підвищеній конфліктності і навіть суїциді.

Що стосується позитивних наслідків участі військовослужбовців у бойових діях, то варто виокремити такі ефекти: підсилене почуття подяки, коли деякі ветерани бойових дій починають вбачати у своєму житті всі його кращі сторони, придають йому значущість, цінують те, що вони живуть на світі; переоцінка цінностей, коли ветеран починає більше любити життя, усвідомлює його цінності. Подружжя, діти, партнери, друзі, співслужбовці вважаються більш значимими і близькими. При цьому ветерана навіть може обурювати той факт, що інші не цінять своє життя так високо; відчуття успіху – почуття, що власні внутрішні ресурси, а також сильні сторони починають проявлятися разом із зростаючою впевненістю в собі і інших людях; гумор – почуття легкості, інколи анекдотичності в спілкуванні з товаришами по бойовій обстановці, згадуванні минулого, труднощів і проблем, які

виникли при виконанні бойових завдань; товариськість – виявлення потреби ветерана бойових дій у більшому ступені, ніж до участі в них, розмовляти і ділитися своїми переживаннями з іншими. Третій блок включає інформацію про ймовірні прояви психологічних наслідків участі військовослужбовця у бойових діях у внутрішніх відносинах. Досвід свідчить, що негативні наслідки участі чоловіка в бойових діях формує як гострі, так і в більшості випадків хронічні важкі сімейні ситуації, які інколи накладаються на внутрішньосімейні відносини кадрових військових, пов'язані зі змінами життєвого циклу сім'ї (наприклад, народження дитини) або несприятливим фоном всього життєвого циклу (у подружжя полярно протилежний світогляд). Накладання цих труднощів може привести до утворення кризи сім'ї військовослужбовця. Порушення внутрішніх відносин проявляється в усіх сферах життя сім'ї бійця: психоемоційній, сексуально-еротичній, матеріально-побутовій, репродуктивно-виховній, соціально-правовій, культурно-дозвілевій, а також в сфері здоров'я і благополуччя. В результаті основні, базові потреби членів сім'ї опиняються невдоволеними, погіршуються показники психічного і соціального здоров'я членів сім'ї ветерана.

Неоднакову стійкість сімей військовослужбовців – учасників бойових дій до джерел порушень внутрішньосімейних відносин можна пояснити з точки зору наявності або відсутності в сім'ї так званого латентного(прихованого) порушення, яке не проявляється в нормальних, повсякденних умовах існування сім'ї. Коли ж сім'я опиняється у важких умовах, викликаних участю її глави у бойових діях, здатних активізувати негативні посттравматичні реакції, латентні порушення проявляють себе.

Таким чином, наявність або відсутність в сім'ї військовослужбовця прихованих порушень у взаємовідносинах суттєвим чином впливає на можливу реакцію сім'ї на важку сімейну ситуацію, викликану негативними наслідками участі військовослужбовця в бойових діях.

Важливою соціально-психологічною особливістю роботи з сім'ями військовослужбовців – учасників бойових дій є необхідність суворого додержання фахівцем соціально-психологічної роботи професійно-етичних норм. Робота з сім'ями повинна починатися

безпосередньо при виконанні частинами бойових завдань, коли інформація, що надходить із районів бойових дій, оперативно і своєчасно у можливому обсязі доводиться до членів сімей військовослужбовців. Сім'ям повідомляється про хід виконання бойових завдань, про приклади мужності, героїзму, добросовісного виконання військового обов'язку їхніми чоловіками, синами, батьками.

Оскільки більшість учасників бойових дій потерпають від загальних стресових реакцій під час і після реінтеграції, у сім'ях з нестабільною сімейною ситуацією психологічна напруга є значно вищою. Перебуваючи у стані сімейної напруги, учасники бойових дій не мають змоги відрефлексувати ті почуття і переживання, які були накопичені. Головним для них у цьому періоді є визволення від почуття пережитого страху й провини. Якщо люди бачать смерть своїх товаришів, то почуття провини – закономірне, при цьому об'єктивні причини для нього можуть бути відсутні. Також важливо вивільнити бійця від почуття власної безпомічності, якщо він перебував в оточенні чи під обстрілом, не маючи можливості змінити ситуацію.

Психологічна допомога бійцям повинна сприяти їх успішній адаптації до нових умов життя. Люди, котрі повернулись із війни, суттєво відрізняються від решти. У них зовсім інша система моральних цінностей, інший рівень духовного розвитку, при якому загострюються інтуїтивні відчуття нещирості взаємин, фальші, корисливих намірів стосовно них. Термін «психологічна реабілітація» найбільш точно відображає процес і результати надання психологічної допомоги в процесі соціально-психологічної адаптації. Успішна психологічна реабілітація та ресоціалізація ґрунтується на трьох основних діях – спілкуванні, прийнятті бійця таким, яким він є, і допомозі фахівця.

Певних реабілітаційних заходів (насамперед, психологічної допомоги) потребують батьки й члени сімей учасників бойових дій, які самі перебували в психотравмуючій ситуації, очікуючи щоденно страшної звістки. Саме на членів сім'ї випадає багато випробувань, щоб наново відновити довіру та втрачену близькість свого захисника, котрий повернувся із зони бойових дій.

### *Запитання та завдання для самоперевірки*

1. Охарактеризуйте загально психологічні особливості суїциду.
2. Опишіть соціальні форми мотивації суїцидальної поведінки.
3. Дайте характеристику психологічним особливостям суїциду неповнолітніх.
4. Назвіть причини суїцидальної поведінки в студентському віці.
5. Які соціально-психологічні чинники самогубства в похилому віці?
6. Охарактеризуйте суїцидальну поведінку засуджених.
7. Особливості виникнення суїцидальних намірів військовослужбовців.

# РОЗДІЛ 2
# ОСНОВНІ МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ СУЇЦИДЕНТАМ

*Психодіагностика аутоагресивної (суїцидальної поведінки). Психотерапія як метод корекції і превенції ауто агресивної поведінки. Профілактика суїцидальної поведінки. Організаційні і правові принципи надання допомоги. Основні методи психокорекційної роботи з суїцидентами. Психологічна профілактика та корекція суїцидальних тенденцій в учнівської молоді. Формування навичок психологічної допомоги при суїциді.*

## 2.1. Психодіагностика аутоагресивної (суїцидальної) поведінки

*Основне завдання діагностичного етапу* – оцінка суїцидального ризику – міри вираженості аутоагресивних проявів та ймовірності реалізації суїцидальних дій.

*Основним способом діагностики аутоагресивної поведінки* є клінічне або психологічне інтерв'ю, в результаті якого при дослідженні основних причинних факторів (біографічних, особистісних, ситуаційних) можуть бути визначені характер, особливості аутоагресивної активності і ступінь вираженості суїцидального ризику.

*Завданням психопатологічного дослідження* є визначення наявності та характеру психічних розладів (психопатологічних симптомокомплексів), які вплинули на формування суїцидальної активності або були супутніми щодо неї. Для цього додатково використовуються різні психофізіологічні методи дослідження.

Завданням психологічного дослідження, яке проводиться при непсихотичних формах психічних порушень і у практично здорових осіб, є виявлення основних ситуативних причин, особистісних особливостей патопсихологічних установок, форм психологічного захисту і долаючої поведінки, що призвели до формування суїцидогенного конфлікту.

*Основними методами вивчення суїцидальної поведінки при психологічному дослідженні* є спостереження, оцінка стану і поведінки суїцидента під час обстеження; різні види тестування.

**Шкалювання суїцидальної активності** – це діагностичні кількісні способи, критерії оцінки вираженості аутоагресивної активності і суїцидального ризику (Н. Агадзе, 1988). Зазвичай такі шкали являють собою набір ознак у формі анкет, що дозволяє ранжувати в балах імовірність вчинення суїцидальних дій, ступінь вагомості, серйозності здійсненої суїцидальної спроби й т.д. Описано різноманітні шкали оцінки рівня суїцидальної активності: оцінки вираженості та динаміки суїцидального ризику; оцінки суїцидальності; оцінки суїцидальних намірів та ідей (А. Веск та ін., 1974); ступені вираженості пресуїцидального синдрому і серйозності суїцидальних намірів (В. Процик, 1992). Основними аспектами шкал оцінки суїцидального ризику найчастіше використовуються об'єктивні обставини, пов'язані з суїцидальної спробою, а також самооцінка суїцидентом своєї поведінки. При оцінці серйозності вчинених суїцидальних дій враховуються: ступінь ізоляції при їх здійсненні; тривалість пресуїцидального періоду; приготування до здійснення суїцидальної спроби з можливим усуненням перешкод при їх реалізації; ступінь бажаності та очікування смерті; наявність посмертної записки.

Для верифікації психологічного стану суїцидента доцільним є проведення психодіагностичного дослідження з використанням традиційних тестових методик, що застосовуються для оцінки вираженості соціально-психологічної дезадаптації: самооцінки, рівня реактивності та особистісної тривоги Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна, самооцінки психічних станів Г. Айзенка, діагностики соціально- психологічної дезадаптації К. Роджерса і Р. Даймонда, безнадійності А. Бека, значимості життєвих подій.

## 2.2. Психотерапія як метод корекції і превенції аутоагресивної поведінки

Психотерапія спрямована на вирішення психологічних проблем суїцидента, які призвели до суїцидогенезу. Значимість роботи психотерапевта, психолога в корекції аутоагресивної поведінки пов'язана з

тим, що основою добровільного бажання піти з життя є особистість в ситуації психологічної (екзистенціальної) кризи і суїцидогенного конфлікту, що, безумовно, є сферою психотерапевтичного, психокорекційного втручання.

*До прицільних методів психотерапевтичної корекції суїцидальної активності належать*: кризова психотерапія, аксіологічна корекція, когнітивна психотерапія. Разом з тим, у психотерапевтичній корекції суїцидальної активності часто використовуються такі традиційні методи психотерапії, як раціональна, сугестивна, гештальттерапія, психоаналіз, психосинтез, клієнт-центрована, медитативна та ін. На відміну від кризової психотерапії, спрямованої на перетворення кризової ситуації, традиційні методи психотерапії спрямовані на особистісне зростання (активацію внутрішньоособистісних ресурсів), на зміну основних особистісних налаштувань, установок, які спричинили формування аутоагресивної поведінки, що частіше використовується або на початкових стадіях суїцидогенезу, або у віддаленому постсуїцидальному періоді.

**Кризова психотерапія**, що використовується в суїцидології, являє собою невідкладну, ургентну психотерапевтичну допомогу пацієнтам, які перебувають у кризовому стані і потребують корекції аутоагресивних проявів. Цей метод психотерапії націлений на виявлення та корекцію неадекватних установок, що призвели до розвитку аутоагресивної поведінки, а також на пошук і тренінг не апробованих пацієнтом способів розв'язання суїцидогенного конфлікту. Здійснюється в інди- відуальній, сімейній, груповій формах. Включає такі етапи:

**1.** *Кризова підтримка*: спрямована на встановлення терапевтичного контакту, розкриття суїцидонебезпечних переживань, мобілізацію особистісного захисту (активізацію антисуїцидальних факторів) і укладання терапевтичного договору (визначення кризової проблеми і форм її корекції, поділення відповідальності за результати спільної роботи).

**2.** *Кризове втручання*: спрямоване на виявлення і корекцію неадаптивних установок, що блокують оптимальні способи подолання

кризи, розв'язання суїцидогенного конфлікту й активізацію психотерапевтичної установки.

**3.** *Підвищення рівня адаптації:* спрямоване на вироблення і тренінг способів адаптації, що ведуть до розв'язання психотравмувального суїцидогенного конфлікту.

**Когнітивна психотерапія** – це психотерапевтичний метод, спрямований на розпізнавання та усу- нення невідповідності об'єктивної реальності та основних ситуаційних установок суїцидента, його сприймання дійсності в умовах суїцидо- генного конфлікту. Когнітивна психотерапія значно ефективніша в корекції почуття безнадійності у суїцидентів, а відповідно, у превенції повторних суїцидальних дій, ніж фармакотерапія.

**Аксіологічна корекція** розроблена як метод психотерапії на основі аксіології (науки про цінність), спрямованої на переорієнтацію особистісних цінностей. Ефективна у корекції і профі- лактиці аутоагресивної поведінки. За змістом близька до логотерапії В. Франкла.

## 2.3. Профілактика суїцидальної поведінки

Профілактика аутоагресивної поведінки містить різноманітні заходи, спрямовані на зниження рівня аутоагресивної активності, зокрема, на запобігання формуванню суїцидальних спонукань, вчиненню суїцидальних дій і рецидивування суїцидальної поведінки. Розрізняють такі види профілактики аутоагресивної поведінки:

**1. За змістом:**

– *спеціалізовані психіатричні* – терапевтичні (медикаментозні і немедикаментозні) заходи, спрямовані на запобігання формуванню (рецидивуванню) аутоагресивної активності, а також на лікування психічних розладів, що призводять до суїцидогенезу;

– *психологічні корекційні заходи*, спрямовані на зміну особистісних установок стосовно аутоагресивних проявів, на підвищення рівня психологічної захищеності, на формування «антисуїцидального бар'є-

ру» (активізацію антисуїцидальних факторів особистості) і, таким чином, на запобігання формуванню (рецидивуванню) аутоагресивної активності;

– *соціальні заходи*, спрямовані на зміну соціального статусу, соціально-економічних умов життя потенційних суїцидентів, і здатні попередити формування (рецидивування) аутоагресивної активності або вчинення аутоагресивних дій;

– *інформаційно-навчальні заходи*, спрямовані на поширення знань про особливості генезису і формування аутоагресивної поведінки, способи "самодопомоги" при виникненні аутоагресивних проявів, наявність і характер роботи суїцидологічних служб, спеціалізовані навчальні суїцидологічні програми для спеціалістів, які працюють у галузі суїцидології та в суміжних галузях.

**2. За послідовністю:**

– *первинна* – заходи, що проводяться з суїцидентами для запобігання вчиненню суїцидальних дій; інформаційно-навчальні заходи з питань суїцидології для будь-яких категорій населення;

– *вторинна* – заходи, що проводяться з суїцидентами, які здійснили суїцидальну спробу, запобігання рецидивуванню суїцидальної поведінки;

– *третинна* – заходи, що проводяться з близьким оточенням (родичі, друзі і т. ін.) суїцидентів, які здійснили суїцидальну спробу, для попередження рецидивування суїцидальної поведінки; а також спрямовані на превенцію формування суїцидальної поведінки імітаційного характеру в такому оточенні.

*Основою профілактики суїцидальної поведінки* є **суїцидальна превенція.** Слово «превенція» походить від латинського «praevenire» – передувати, упереджувати. Знання соціаль- них і психологічних провісників суїциду може допомогти зрозуміти його і запобігти йому. Суїцидальна превенція полягає, насамперед, у здатності розпізнати ознаки небезпеки реалізації суїцидальних дій на ранніх стадіях формування суїцидогенезу. Для цього необхідне знання принципів формування аутоагресивних спонук і вміння використо- вувати цю інформацію в інтересах суїцидента.

*Основне завдання превенції на початковому етапі при відсутності аутоагресивних проявів* – профілактична, просвітницька робота, спрямована на руйнування соціальних міфів і помилкових суджень про самогубство, через які не запобігаються чимало суїцидів.

Міжособистісний або внутрішньоособистісний конфлікт в умовах соціальної, психологічної, екзистенціальної кризи на тлі психічної дезадаптації може набути суїцидогенного характеру. У всіх випадках вирішальним моментом формування маніфестуючих суїцидальних проявів є саме суїцидогенний конфлікт. Прийняття суїцидального рішення (поза залежністю від причин, умов, форм дезадаптації) відбувається тільки після етапу особистісного переопрацювання суїцидогенного конфлікту.

Знаходження перших ознак аутоагресивних спонук вказує на необхідність превентивного психокорекційного втручання. До ознак можливої суїцидальної небезпеки належать насамперед суїцидальні сигнали (погрози) або суїцидальні комунікації. Це характерні прояви суїцидальних намірів людини у міжособистісному спілкуванні, які належить розглядати як попереджувальні знаки про наявність аутоагресивних спонук і можливість вчинення суїцидальних дій.

*Виділяють п'ять основних ознак суїцидальних комунікацій:*

**1. Форма:** вербальна, в тому числі письмова.

**2. Характер:** прямий (відкритий) або непрямий, побічний (замаскований).

**3. Зміст:** прояв афектів (почуття провини або засудження), спроба пояснити свій вчинок, доручення або прохання до оточуючих.

**4. Об'єкт:** певна особа або група.

**5. Мета:** крик про допомогу (благання про порятунок), вираження ворожості (звинувачення інших, самозвинувачення).

Крім цього суїцидальний ризик підвищується, якщо кризовому стану і актуальному суїцидогенному конфлікту передували спроби самогубства, наявність у анамнезі невротичних, особистісних розладів або депресивних станів, а також прояви безпорадності, безнадійність та соціальна ізоляція.

Наявність висловлюваних антивітальних переживань, суїцидальних фантазій, думок, намірів в умовах актуальної психотравмуючої

ситуації і суїцидогенного конфлікту належить до передсуїцидального періоду суїцидогенезу і вимагає проведення суїцидальної інтервенції. Слово інтервенція походить від латинських слів inter (між) і venire (приходити).

*Суїцидальна інтервенція (кризове втручання*), будучи за змістом «входженням між», являє собою психіатричне або психотерапевтичне втручання (психологічну корекцію), спрямоване на купірування аутоагресивних проявів і запобігання акту самознищення. Суїцидальна інтервенція здійснюється і в найближчому постсуїцидальному періоді, коли психологічна значимість суїцидогенного конфлікту зберігає свою актуальність. У процесі проведення суїцидальної інтервенції при необхідності використовуються психофармакологічні засоби згідно з клінічними показами і в адекватному терапевтичному обсязі.

Психологічною основою суїцидальної інтервенції є амбівалентність аутоагресивних мотивів. Це психічний стан, який характеризується одночасним існуванням і суїцидогенних, і антисуїцидальних мотивів. Оскільки абсолютно суїцидальних особистостей не буває, то в процесі суїцидогенезу людина почуває змішані емоції. Навіть найбільш пристрасне бажання вмерти за своєю психологічною сутністю є амбівалентним.

Такий амбівалентний стан, як правило, завжди виникає у пресуїцидальному періоді. Частина особистості, що зазнає найчастіше образи і несправедливості, прагне припинити нестерпні переживання шляхом «вийняття себе» з ситуації, а інша частина – хоче жити, далеко не завжди усвідомлюючи, що вона здатна знести, перетерпіти обставини, які склались, і знайти конструктивний спосіб поведінки у психотравмувальній ситуації. Суїцидальне рішення «все закінчити зразу і остаточно» завжди минає. Суїцидальні спогади можуть з’являтися, зникати, виникати знову, але майже завжди минають. Необхідно підкреслити, що реалізація суїцидальних дій трапляється значно рідше, ніж антивітальні переживання і суїцидальні думки, фантазії. Важливо пам’ятати, що в більшості випадків суїцидальні наміри виникають імпульсивно і відсутність адекватного способу афективного відреагування потенціює необхідність реалізації суїцидальних дій. Ці закономірності суїцидогенезу використовуються під час проведення

суїцидальної інтервенції, спрямованість якої – активізація антисуїцидальних факторів особистості.

Суїцидальна інтервенція спрямована на опрацювання особистісних характеристик, які зумовлюють схильність до патологічних форм аутоагресії. Це: яскраво виражена індивідуалістичність; екстернальний локус-контроль з орієнтацією на ригідні власні цінності і критерії оцінки ситуації; алекситимія – труднощі у висловлюванні власних думок та почуттів; схильність до афективно-звуженого сприймання ситуації – нездатність "приєднуватись" до думок та почуттів інших і т. ін.

Потреба в афективному відреагуванні зумовлена тим, що у потенційних суїцидентів виражені тривожність, емоційна чутливість, специфічні форми самоаналізу зі схильністю до неадекватного самозвинувачення чи самовиправдання, постійна напруженість.

До провідних мотивів аутоагресивних спонук належить прагнення до самоутвердження тільки тим способом, який задовольняє суб'єкта, внаслідок неадекватно високих домагань, на тлі високої тривожності, невпевненості в собі, яка свідомо і несвідомо витісняється, і невдоволеності досягнутим результатом.

Оскільки поведінка потенційного суїцидента характеризується боротьбою мотивів досягнення та уникання невдач на тлі інфантильних установок, то суїцидогенного характеру набувають ситуації, що відрізняються невизначеністю, надмірністю чи тривалістю психічного навантаження, на які він реагує імпульсивними вчинками як характерним варіантом афективної «розрядки». На опрацювання цих характеристик спрямоване власне кризове втручання. Водночас метою кризової підтримки є вплив на актуальний психоемоційний стан, що безпосередньо викликає формування аутоафесивної активності. Емпатичний супровід стану психофізіологічної декомпенсації на тлі загострення тривожно-параноїальних, ананкастичних і сенситивних рис при неефективності механізмів психологічного захисту здатний дезактуалізувати суїцидогенний конфлікт і мотивувати суїцидента на проведення кризового втручання або будь-якого тривалого психотерапевтичного впливу.

Унаслідок відсутності суїцидологічної служби в нашій країні і спадкоємності між відповідними лікувальними закладами в роботі з

суїцидентами, а також наявної упередженості щодо звернення за допомогою з приводу проблем, пов'язаних із суїцидальними тендерціями, суїцидальна інтервенція надається переважно у формі невідкладної психіатричної та психотерапевтичної допомоги. В реальних умовах допомога особам, які здійснили суїцидальну спробу, обмежується однією-двома зустрічами з психіатром або психологом, оскільки перебування в умовах загальносоматичного стаціонару суїцидентів є короткочасним, а критерієм їх виписки з відділення слугує їх соматичний, але не психічний стан.

Проводячи суїцидальну інтервенцію, надаючи невідкладну суїцидологічну допомогу, необхідно враховувати певні аспекти аутоагресивних проявів та особливості суїцидогенезу, що сприяє ефективності психокорекційної роботи, яка ведеться:

*1. Право на смерть.*

Суїцидент – насамперед особистість, яка має внутрішнє право на добровільну смерть, тобто здатна відважитися на самогубство і вчинити суїцидальні дії. Для суїцидента саморуйнування аж ніяк не є етичною проблемою, а являє собою результат нестерпного емоційного стресу.

*2. Внутрішня логіка суїцидальної поведінки.*

Рішення про самогубство навіть при найгострішому пресуїцидальному періоді – імпульсивних суїцидальних діях – завжди мають внутрішню логіку суїцидогенезу, визначений причинно-наслідковий ланцюжок розвитку. Однак ця логіка суїцидогенезу може не усвідомлюватись і не декларуватися у скаргах. Ефективність суїцидальної інтервенції ґрунтується на розумінні психологом і усвідомленні суїцидентом логіки розвитку суїцидальної поведінки як варіанта дезадаптивного реагування в екстремальних умовах.

*3. Оцінка ступеня ризику самогубства.*

Насамперед необхідно завжди визначати серйозність суїцидальних намірів. Від швидкоплинних, розпливчастих думок про таку «можливість» до здійснення розробленого плану суїциду в умовах актуального суїцидогенного конфлікту може минути дуже короткий період. Чим більш розроблений метод самогубства, тим вищий потенційний ризик смертельного кінця.

Особи з високим суїцидальним ризиком на фоні «холодного», не афектованого пресуїцидального періоду становляться до свого рішення дуже ретельно і продумано. Суїциденти з таким варіантом суїцидальної поведінки, часто зумовленим негативним життєвим балансом, завжди реалізують суїцидальні дії. Але і вони побіжними суїцидальними сигналами дають зрозуміти іншим про свої наміри.

Однак у більшості випадків схильність до саморуйнування виражена в осіб, які в умовах психотравмувальної ситуації реагують на актуальні проблеми імпульсивними, гнівними емоціями, спрямованими на значимих близьких. Зміщення, відреагування гніву з об'єкта на суб'єкт, перенесення дієвої агресії на себе трансформує її в аутоагресію. Імпульсивність та схильність до тунелізованої свідомості збільшує суїцидальний ризик. Ступінь вираженості суїцидального ризику визначає обсяг корекційного втручання та його характер.

У ситуації високого суїцидального ризику суїцидент не має залишатися на самоті. Можливість розділити тягар афективного стану з близькою людиною чи професіоналом різко знижує вираженість аутоагресивних спонук. Це також дає змогу ситуативно упередити реалізацію суїцидальних дій. Надалі суїциденту обов'язково має бути надана кваліфікована допомога.

*4. Оцінка наявності і вираженості психопатологічних розладів.*

Цей аспект важливий для психологів, у роботі яких трапляються випадки аутоагресивної поведінки. Обов'язковість психіатричного обстеження суїцидента пов'язана з тим, що характер аутоагресивної поведінки безпосередньо залежить від нозоспецифічності і ступеня вираженості психопатологічних розладів.

Розпочинаючи роботу з суїцидентом, дуже важливо виявити наявність і ступінь вираженості психічних, насамперед афективних, порушень (почуття безнадійності і безпорадності), особистісних розладів (ступеня дезорганізації поведінки), алкогольної чи наркотичної залежності. В такому разі обов'язковою є психофармакологічна терапія, спрямована на лікування основного захворювання, оскільки в основі аутоагресивної поведінки лежать його психопатологічні механізми. Іноді альтернативою допомоги суїциденту, якщо ситуація виявляється безнадійною і безпосередньо загрожує життю, стає госпі-

талізація у психіатричну лікарню. Але це не є панацеєю, оскільки сам факт госпіталізації не купірує аутоагресивних проявів. Самогубство може бути здійснене невдовзі після виписання з лікарні або безпосередньо під час лікування. Після з лікарні суїциденти, у яких зберігається високий суїцидальний ризик, дуже погано пристосовуються до умов життя. Деякі з них у подальшому покінчують собою, інші повторюють суїцидальні спроби, через що знову потрапляють у лікарню. Іноді наявність в анамнезі стаціонарного психіатричного лікування стає додатковим суїцидогенним фактором. Тому таким суїцидентам необхідне ретельне психіатричне обстеження та лікування, а також тривала реабілітаційна поственція.

*5. Емпатичний контакт.*

Суїциденти особливо страждають від сильного почуття відчуження, тому дуже потребують уважного вислуховування і впевненого прийняття їх внутрішнього відчаю та безпорадності.

Якість терапевтичних взаємовідносин є запорукою успішності психотерапевтичної корекції. Суїцидент потребує обговорення свого болю та фрустрації. Але він може не прийняти прямих порад (ситуативних вказівок) психотерапевта (психолога), оскільки в кризовому втручанні більш доречним є не моралізування – раціональна оцінка неадекватності поведінки суїцидента, а людяна підтримка.

Суїцидолог має вміти розуміти невербальні «висловлювання» в процесі суїцидальної інтервенції, оскільки при збереженні актуальності суїцидогенного конфлікту суїцидент може дисимулювати аутоагресивні спонуки, що зберігаються, і здатен до повторних імпульсивних вчинків. Незважаючи на те, що основні провісники самогубства часто завуальовані, вони можуть і мають бути розпізнані.

*6. Відкрита розмова про бажання самогубства.*

Кращий спосіб втрутитися у кризу пряма відкрита розмова про наявні суїцидальні спонуки і ступінь їх вираженості. Коли людина думає про самогубство і, нарешті, знаходить когось, кому небайдужі її переживання і хто згоден обговорити цю заборонену тему, то вона часто почуває полегшення. Це дає їй можливість зрозуміти свої почуття, відредагувати їх і досягнути катарсису, тобто якісно зменшити актуальність суїцидальних намірів. Людину в стані відчаю

необхідно запевнити, що вона може говорити про почуття не соромлячись, навіть про такі негативні емоції, як ненависть, гіркота чи бажання помститись. Але необхідно пам'ятати, що суїцидент часто боїться засудження, нерозуміння і нехтування оточенням.

Відкрите обговорення теми самогубства допомагає розглянути конструктивні підходи у розв'язанні суїцидогенного конфлікту. Якщо кризова ситуація та емоції виражені, то надалі слід з'ясувати, як людина виходила з таких ситуацій у минулому. Це може бути корисним позитивним досвідом для розв'язання конфлікту.

Доцільно запропонувати суїциденту точно визначити внутрішнє джерело психічного дискомфорту і подумати про альтернативні розв'язання ситуації.

«Живильним середовищем» суїциду є секретність. Суїцидента слід підштовхнути до того, щоб він ідентифікував проблему і якомога точніше визначив, що її ускладнює. Принципово важливо відкрити суїцидентам закономірність внутрішньої емоційної амбівалентності. Це основа для прийняття того, що смисл життя не зникає, навіть якщо воно викликає душевний біль. Дуже важливо зміцнити їх сили в усвідомленні того, що кризові проблеми, зазвичай, минущі і рішення про самогубство не є незворотним.

*7. Орієнтація на майбутнє, терапевтичне значення надії.*

Психотерапевтична, психокорекційна робота зі схильними до саморуйнування людьми є серйозною і відповідальною. Кризова терапія накладає на спеціаліста певну відповідальність. Для того, щоб створити суїциденту почування й усвідомлення життєвої перспективи, можливе укладання з ним суїцидального контракту – домовленості про контакт перед тим, як він відважиться на суїцидальні дії для того, щоб обговорити альтернативи поведінки. Така домовленість може виявитись вельми ефективною.

Емоційні проблеми, що призводять до суїциду, внаслідок їх глибинної особистісної основи, рідко вирішуються цілком, навіть коли уявляється, що суїцидогенний конфлікт розв'язався. Тому ніколи не слід обіцяти суїциденту цілковиту конфіденційність. Подаючи суїцидальні сигнали, людина у відчаї просить про допомогу. Завдання спеціаліста – надати суїциденту цю допомогу в найбільш повному

обсязі та адекватній формі. В процесі терапії доцільно зосереджуватися більшою мірою на невербальних проявах, почуттях суїцидента, а вже потім на його словах, уявленнях, декларативному, раціональному описанні проблем. Це зумовлено тим, що суїциденти мають афективно-звужену свідомість і тунелізоване мислення, що унеможливлює самостійну адекватну взаємодію з реальністю і формування конструктивної долаючої поведінки.

Коли усвідомлюється суїцидальна амбівалентність, відбувається афективне відреагування: суїцидент почуває образу, несправедливість втрати менш фатальними, а ситуацію більш минущою і пересічною, з реальною перспективою конструктивного виходу. Орієнтація на майбутнє – переключення з "застрягання на минулому" на можливість адекватного перетворення теперішнього, надія на конструктивне розв'язання суїцидогенного конфлікту – допомагає людині вийти з полону думок про самогубство.

Саморуйнівні дії чиняться, якщо люди втрачають надію на вихід з суїцидогенної ситуації, а їх близькі якимось чином підтверджують марність їх надій. Але надія має бути реальною і не може будуватися на пустопорожніх втішаннях. Оскільки суїциденти страждають від внутрішнього емоційного дискомфорту, все довкола здається їм похмурим. Необхідно з'ясувати, що залишається позитивно значимим для людини і використовувати це під час проведення кризової терапії.

Коли самогубство здійснено, необхідно обов'язково надати кваліфіковану психотерапевтичну допомогу оточенню суїцидента, його родичам і друзям. Така кризова допомога є суїцидологічною поственцією (E. Shneidman, 1985). За своєю сутністю, це варіант третинної профілактики аутоагресивної поведінки. Надання суїцидологічної постенції запобігає розвитку аутоагресивної активності у найближчому оточенні суїцидента. При цьому можливе запобігання розвитку імітаційної поведінки, що є характерною для підлітків (кластерні самогубства) або формування родинного суїцидального сценарію: у випадку загибелі внаслідок самогубства батьків – різке підвищення суїцидального ризику у дітей, особливо за наявності у них різноманітних психічних порушень.

## 2.3. Організаційні і правові принципи надання допомоги суїцидентам

Сучасна система організації суїцидологічної допомоги складається з лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на надання спеціалізованої допомоги суїцидентам. *Така допомога має певні етапи:*

**1. Первинної допомоги**: долікарська допомога, яка може бути надана будь-якою людиною, або перша лікарська допомога, що надається суїциденту в момент вчинення суїцидальних дій, а також безпосередньо після них, у тому числі за наявності соматичних ускладнень внаслідок суїцидальної спроби.

**2. Екстреної допомоги:** може бути надана лікарем будь-якої спеціальності, найчастіше надається бригадою швидкої допомоги, в лікарні швидкої допомоги або в будь-якому іншому лікувальному закладі. Невідкладну психіатричну допомогу пацієнтові з суїцидальною поведінкою при необхідності здійснюють психіатри в лікувальному закладі. В цей період надається і невідкладна психотерапевтична (психологічна) допомога.

**3. Амбулаторно-консультаційної допомоги:** амбулаторна робота проводиться суїцидологами (психіатр, психотерапевт, медичний психолог) у спеціалізованих кабінетах соціально-психологічної допомоги при поліклініках загальносоматичного профілю або у спеціалізованих суїцидологічних кабінетах при психоневрологічних диспансерах.

**4. Госпітальної допомоги:** стаціонарна спеціалізована допомога надається пацієнтам із суїцидальними проявами в умовах кризового стаціонару або у психіатричних лікарнях тоді, коли аутоагресивна поведінка зумовлена вираженими психопатологічними розладами.

На базі постійної науково-дослідницької та лікувально-консультативної роботи в галузі терапії та профілактики аутоагресивної поведінки, що проводиться в Українському НДІ соціальної та судової психіатрії та наркології, була запропонована програма невідкладної суїцидологічної допомоги особам, які здійснили суїцидальну спробу. Ця програма спрямована на надання невідкладної психіатричної та

психотерапевтичної, психокорекційної допомоги, як правило, здоровим особам, які вчинили суїцидальні дії в момент афекту, і суїцидентам із межовими нервово-психічними розладами в гострому постсуїцидальному періоді.

*Основною метою невідкладної суїцидологічної допомоги* є корекція негативних емоцій, зменшення афективного компонента психологічного стану суїцидента і посилення когнітивного.

Оцінюючи стан суїцидента і здійснюючи психотерапевтичну, психокорекційну роботу, важливо враховувати тип ситуаційної реакції і позицію особистості в суїцидогенному конфлікті.

Варіант невідкладної суїцидологічної допомоги, що пропонується, є модифікацією комплексу невідкладного психотерапевттичного втручання, розробленого Московським суїцидологічним центром під керівництвом А. Амбрумової. *Він складається з таких етапів:*

**1. Діагностичний (1–2 зустрічі)**, який включає:

– збір інформації (ознайомлення з історією хвороби, огляд соціально-психологічного портрету);

– діагностика суїцидальної поведінки (оцінка серйозності суїцидальної спроби, збір анамнезу, з'ясування мотивів суїцидальної поведінки);

– виявлення неконструктивного типу «долаючої поведінки».

**2. Терапевтичний (2–5 зустрічей)**, який включає кризову підтримку і кризове втручання. *Кризова підтримка* спрямована на:

– зняття негативних афективних переживань (відреагування почуттів);

– прояснення конфліктної ситуації і досягнення розуміння проблеми;

– структурування ситуації (формування в свідомості пацієнта об'єктивної картини процесу дезадаптації в його розвитку);

– активізацію антисуїцидальних установок.

Метою *кризового втручання* є:

– подолання виключності ситуації, зняття її гостроти через встановлення послідовності подій, вербалізації переживань і пошуку джерела емоцій;

– включення актуальної екзистенціальної кризи в контекст попереднього життєвого досвіду пацієнта;

– посилення особистісної ідентифікації;

– формулювання кризи та обговорення неапробованих способів розв'язання суїцидогенного конфлікту;

– терапевтичне планування, відпрацьоване оформлення пацієнтом планів на конструктивне подолання кризи на основі досвіду особистих успіхів і досягнень, подолання життєвих криз;

– мотивацію на подальшу особистісну психотерапевтичну роботу.

Слід зазначити, що для здорових осіб, які вчинили суїцидальні дії в момент афекту, цього обсягу психокорекційної допомоги буває достатньо, оскільки здійснена суїцидальна спроба має обривальний характер, а критичне ставлення сприяє швидкій зміні психологічного стану. За наявності психопатології особистості, невротичного регістру необхідна більш тривала і глибока психотерапевтична робота, а також можливе підключення психофармакологічного впливу.

Принципи надання будь-яких видів допомоги особам із наявністю психічних і поведінкових розладів відповідають Закону України про психіатричну допомогу, прийнятому у 2000 р. Цей Закон є законодавчим забезпеченням гарантій надання якісної психіатричної допомоги, зокрема спеціалізованої суїцидологічної. Психіатрична допомога, згідно зі *статтею 4* Закону, надається на основі принципів законності, гуманності, дотримання прав людини та громадянина, добровільності, доступності і згідно з сучасним рівнем наукових знань, необхідністю і достатністю заходів лікування з мінімальними соціально-правовими обмеженнями. Крім того, одне з основних положень Закону, наведених у *статті 3,* – це положення про презумпцію психічного здоров'я, згідно з яким кожна особа вважається такою, що не має психічного розладу, поки наявність такого розладу не буде встановлена на основі і в порядку, передбаченому цим Законом.

Основне завдання Закону стосовно суїцидології – це не лише власна оцінка психічного здоров'я, а й визначення наявності можливості заподіяння людиною самій собі чи іншим психофізичної шкоди внаслідок психічного розладу. Оцінка психічного здоров'я здійснюється через психічне обстеження і виключно з цілями, безпосередньо пов'я-

заними з психічним захворюванням чи його наслідками (*стаття 11*). В ході психіатричного обстеження вирішуються питання про наявність чи відсутність у особи психічного розладу, про необхідність надання їй психіатричної допомоги, про її вид і порядок надання.

Якщо особа чинить чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що містять небезпеку для неї чи інших (зокрема, це стосується аутоагресивних проявів), або не здатна самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на адекватному рівні, чи завдасть значної шкоди своєму здоров'ю в зв'язку з погіршенням психічного стану у випадку ненадання їй психіатричної допомоги, то психіатричне освідчення особи може бути проведене без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника. Рішення про це приймає лікар-психіатр за заявою, що містить відомості, які дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність у особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона діє таким чином.

**Тяжким психічним розладом** (*стаття 1*) слід вважати порушення психічної діяльності (запаморочення свідомості, порушення сприймання, мислення, волі, емоцій, інтелекту чи пам'яті), що позбавляють людину здатності адекватно усвідомлювати навколишню дійсність, свій психічний стан та поведінку.

З заявою про необхідність проведення психіатричного освідчення можуть звернутися родичі особи, яка підлягає психіатричному освідченню, лікар будь-якої медичної спеціальності, інші особи. Заява лікаря-психіатра про необхідність психіатричного обстеження особи примусово підлягає судовому розгляду та розглядається судом за місцем проживання цієї особи в триденний термін з дня її надходження (*стаття 22*).

У всіх інших випадках психіатричне обстеження та психіатричне втручання може бути проведене виключно на прохання чи усвідомленої згоди особи.

Відповідно за відсутності тяжкого психічного розладу до початку будь-якого психіатричного втручання необхідно одержати усвідомлену згоду особи (*стаття 1)* на таке втручання. Йдеться про усвідомлену інформаційну згоду, вільно висловлену особою, здатною зрозуміти інформацію, що надається доступним способом про характер її психіч-

ного розладу та прогноз його можливого розвитку, мету, порядок і тривалість надання психіатричної допомоги, про методи діагностики, лікування, лікарські засоби, які можуть застосовуватися в процесі надання психіатричної допомоги, про їх побічні ефекти та альтернативні методи лікування.

Однак Закон передбачає можливість примусового не лише освідчення, а й лікування, що може бути використане і в суїцидологічній практиці. Згідно зі *статтею 14,* підставою для невідкладної (примусової) госпіталізації може бути виключно тяжкий психічний розлад. Критерієм визначення саме такого випадку є те, що особа внаслідок тяжкого психічного розладу чинить чи виявляє реальні наміри вчинити дії, які становлять безпосередню небезпеку для неї чи інших, і в зв'язку з цим може бути госпіталізована в психіатричний заклад без її усвідомленої згоди або без згоди її законного представника, її обстеження та лікування уможливлюється тільки в стаціонарних умовах.

Подальші дії, пов'язані з примусовою госпіталізацією, описані в *статті 16* Закону. Згідно з положенням цієї статті, особа, госпіталізована в психіатричний заклад за рішенням лікаря-психіатра на підставах, передбачених *статтею 14* Закону, підлягає обов'язковому протягом 24 годин з моменту прийому обстеженню комісією лікарів-психіатрів психіатричного закладу для прийняття рішення про доцільність госпіталізації. Якщо госпіталізація визначається недоцільною, і особа не виявляє бажання залишитися у психіатричному закладі, то вона підлягає негайному виписуванню. Якщо госпіталізація особи в психіатричний заклад примусово визначається доцільною, то представник психіатричного закладу, в якому перебуває особа, протягом 24 годин направляє в суд, за місцем знаходження психіатричного закладу, заяву про госпіталізацію особи в психіатричний заклад примусово.

Така заява розглядається судом за місцем знаходження психіатричного закладу протягом 24 годин з часу її надходження (*стаття 22).* Судові справи про надання психіатричної допомоги примусово розглядаються у присутності особи, стосовно якої вирішується питання про надання їй такої допомоги. Участь у розгляді таких справ прокурора, лікаря-психіатра або представника психіатричного закладу, що подали заяву, та законного представника особи, стосовно якої розглядаються

питання, пов’язані з наданням їй психіатричної допомоги, є обов’язковим.

Необхідно зазначити, що знання законодавчих норм стосовно надання психіатричної, в тому числі суїцидологічної, допомоги, безумовно, важливі щодо аутоагресивної поведінки. Вирішення питань про характер аутоагресивної активності, про рівень суїцидального ризику, психічний стан суїцидента дає змогу не лише надати якісну медичну допомогу, а й здійснити її у найбільш адекватному обсязі.

## 2.4. Основні методи психокорекційної роботи з суїцидентами

Для корекції наявної соціально-психологічної дезадаптації та попередження можливого суїциду використовуються методики психокорекції та психотерапії, вибір яких залежить від професійних уподобань та міри володіння ними консультантом. Застосовуються різноманітні способи впливу (раціональний аналіз, парадоксальні, провокативні та інші техніки). Нижче ми наводимо найбільш загальний спосіб дій, перелік перших кроків, які можна застосовувати в суїцидальній інтервенції:

**1. Пошук ознак можливої небезпеки здійснення суїциду.**

**2. Припущення, що індивід насправді може здійснити суїцид.** Боязнь того, що ви будете почувати себе незручно, перебільшивши можливість самогубства, – ніщо порівняно з тим, що хтось може загинути в результаті вашої бездіяльності.

**3. Встановлення емпатійних взаємостосунків.** Ви можете зробити рішучий крок вперед, якщо станете на позицію прийняття людини, яка опинилась у стані відчаю. Надалі багато залежатиме від ваших взаємостосунків. Слід зробити спробу зрозуміти настанови, цінності, спосіб бачення світу клієнта. Це може сприяти виникненню у людини відчуття того, що її зрозуміли і прийняли такою, як вона є, викликати почуття спорідненості, прихильності, довіри до консультанта. Такі дії консультанта будуть сприяти також зникненню почуття самотності, відчуженості, закинутості, які часто супроводжують стани соціально-

психологічної дезадаптації, життєвої кризи та передують суїцидальній поведінці.

**4. Безконфліктність.** Не дискутуйте, не виявляйте агресії, – якщо ви не керуєте ситуацією, то можете не лише програти, а й втратити людину.

**5. Пошук ядра конфлікту.** Запитувати про ситуацію, яка склалася, слід спокійно і зрозуміло. Необхідно виділити конкретні труднощі в поведінці клієнта та проаналізувати всю його кризову ситуацію.

**6. Пошук ресурсів.** У кожної людини є щось важливе в житті, що допомагає їй долати труднощі. Суїцид може виникнути саме через втрату такої опори. Слід з'ясувати, чи залишилося ще щось цінне для людини, чи є ще люди або ситуації, які її хвилюють. Дуже важливим є відслідковування поведінки суїцидента – виявлення ознак емоційного пожвавлення, зацікавлення допоможе знайти необхідний ресурс, вказати на той предмет, який не байдужий для клієнта і може бути використаний для створення альтернативи смерті. Такими предметами можуть бути: він сам, його сім'я, кохана людина, кар'єра, спогади минулого та ін. Для цього варто спробувати розглянути ситуацію в іншій площині, а не так, як пропонує клієнт, якщо його бачення її не містить хоч якогось прийнятного способу адаптації. Так, якщо інтелектуальні способи корекції виявляються малопродуктивними, можна спробувати тілесноорієнтовані, соціометричні або інші техніки. Інший напрям роботи – виявити дієві антисуїцидальні цінності, способи поведінки серед оточуючих суїцидента людей, літературних персонажів, легенд, народної мудрості. Цього можна досягти оповіданням відповідних історій з життя, літератури та за допомогою відповідних терапевтичних технік.

*При роботі з суїцидальним клієнтом слід враховувати певні правила* (за *Х. Хензелером*):

1. Щоб розкрити головну причину самогубства, завжди потрібно шукати привід для образ. Приводом потрібно вважати те, що відбувається незадовго до вчинку самогубства. Потрібно шукати саме образу. Цей зовнішній привід, як правило, виявляється, каналом, що веде в глибину неусвідомлюваної проблематики.

2. Якщо хтось здійснює численні спроби самогубства чи багато разів переживає суїцидальні кризи, не здійснюючи спроб самознищення, то можна припустити, що є певний спільний знаменник усіх цих спроб. Тобто для всіх випадків варто шукати спільну тему. Це правило стосується лише тих клієнтів, у яких було декілька спроб самогубства.

3. Важливо слухати, що говорить клієнт; ще важливіше – чути, як він це говорить. Не менш важливо дослухатися до своїх та його реакцій на слова, що прозвучали в розмові. Інтерпретація проблеми клієнта вибудовується на основі цих чотирьох моментів.

Особливе місце в профілактиці суїциду належить службі екстреної психологічної допомоги *«телефоном довіри».* Статистичні дані свідчать, що суїцидальних звернень у такі служби надходить чимало. Наявний на сьогодні рівень теоретичних знань і накопичений досвід практичної роботи в цій сфері дає змогу проводити роботу з профілактики суїциду як з особами, які висловлюють суїцидальні думки та наміри, так і з тими, хто перебуває в стані соціально-психологічної дезадаптації, життєвої кризи тощо. Позитивною стороною телефонного консультування є те, що суб'єкту, який перебуває у важкому психічному стані, значно легше звернутися за допомогою, в будь-який час набравши відповідний номер телефону, і отримати її анонімно, повністю контролюючи рівень своєї довіри співбесіднику. Недоліком такої роботи є те, що комунікація відбувається лише через один канал – слуховий, що обумовлює необхідність використання особливих технічних прийомів для отримання інформації та психотерапевтичного впливу на клієнта. Тому одним із завдань телефонного консультанта при неможливості здійснення по телефону достатнього корекційного впливу є спрямування клієнта до спеціалістів, у яких він може отримати потрібну допомогу.

При роботі з особами, які перебувають у стані соціально-психологічної дезадаптації, телефонному консультанту рекомендується слідкувати за появою висловлювань, які можуть бути індикаторами суїцидальних думок і намірів. До них належать: «Я більше не можу», «Їй буде краще без мене», «Життя нічого не варте», «Всім вже все одно», «Ви моя остання надія», «Надто пізно», «Я просплю довго, ви нічим не зможете мені завадити» і т. ін. За наявності таких висловлю-

вань рекомендують уточнити, що саме клієнт має на увазі (Г. Хемблі). Деякі абоненти, які говорять про суїцид, заперечують намір здійснити його. При реальному намірі вчинити суїцид таке уточнення дозволяє розкрити тему, прояснити проблему.

Пріоритетним при роботі з суїцидально-налаштованим клієнтом є уміння достатньо довго підтримувати розмову. Це дає можливість поглиблювати взаємостосунки між клієнтом і консультантом, отримувати від клієнта якомога більше інформації, яка може допомогти ідентифікувати того, хто говорить, та його місцезнаходження, прослідкувати його дзвінок та, якщо є така можливість, – поговорити з його родичами.

Наступним кроком є оцінювання міри ризику здійснення суїциду. Далі слід виявити м'яке, обережне піклування про клієнта, допомогти людині зробити вибір на користь дій, які виключають самогубство, хоча б на певний час. Необхідно усвідомлювати, що такі клієнти нагально потребують любові, піклування, підтримки та надії. Тому слід давати все це їм людяно, з емоційною теплотою, співчуттям і підтримкою, оскільки переважна більшість самогубців прагнуть, щоб хоч хтось був небайдужим до них, до їхніх проблем, виявив піклування про них. Якщо клієнт відчує, що він ще комусь небайдужий, потрібний, він може активно спробувати знайти або відновити втрачений сенс життя, життєдайні для нього інтереси.

Необхідно дати змогу клієнту висловитись. Якщо під час бесіди він згадує про якісь свої позитивні дії або сподівання, то рекомендується акцентувати їх, допомогти йому зосередитися на них. Наприклад, якщо клієнт згадує, що перед тим, як вбити себе, він вирішив зателефонувати в службу екстреної телефонної допомоги, то консультанту варто посилити цей позитивний момент, сказати, що він дуже радий, що клієнт зробив саме так. Отже, замість здійснення самогубства, клієнт може виразно усвідомити існування альтернативних виборів поведінки, можливих у його становищі, насамперед – звернення за допомогою.

Одним із способів завершення роботи з такими клієнтами є "*підписання" контракту* про нездійснення самогубства. Вважається, що ризик самогубства помітно знижується, якщо людина може впевне-

но пообіцяти, зробити заяву про те, що вона не вб'є себе, незалежно від тих несприятливих обставин, які можуть виникнути.

Сьогодні у нашій державі людей, які здійснили суїцидальну спробу, кладуть у реанімаційне відділення психіатричної лікарні, де їм надають необхідну медичну допомогу, а також проводять цілодобове спостереження за психічним станом. Серйозність отриманих пошкоджень впливає на тривалість перебування в лікарні. Роль психіатра переважно обмежується діагностичними завданнями – при виявленні психопатологічних розладів суїцидента переводять у психіатричне відділення. Якщо встановлено, що людина психічно здорова, що суїцидальна спроба була «ситуативною реакцією», то при незначних пошкодженнях перебування її в лікарні триває від кількох годин до 1–3 діб.

Більшість із таких виписаних осіб після пережитого ними не мають наміру повторити суїцидальну спробу і вдруге не потрапляють у лікарню з таким діагнозом. Проте чимало осіб, які здійснили суїцидальні спроби і виписані з лікарні без необхідних психокорекційних впливів, у стані психологічної кризи можуть повторити спроби самогубства, вибравши для цього більш надійний спосіб позбавлення себе життя. Оскільки під час суїцидогенної психологічної кризи виникають непатологічні порушення психіки та поведінки, то таким особам має надаватися вчасна психокорекційна та психотерапевтична допомога, спрямована на вихід клієнта з кризи та підвищення його адаптаційних можливостей. При цьому необхідно враховувати особливості факторів, які впливають на суб'єкта в його постсуїцидальному періоді.

*Постсуїцидний стан* являє собою сукупність таких складників, як конфліктна, кризова ситуація, що призвела до суїцидальної спроби, сам суїцидальний акт, особливості його переривання і реанімації, соматичні наслідки, нова ситуація і особистісне ставлення до неї суїцидента. *Після здійснення спроби самогубства в найближчому постсуїциді виділяють три головних компоненти:*

1. Актуальність конфлікту.
2. Ступінь фіксованості суїцидальних тенденцій.
3. Особливості ставлення до здійсненої спроби.

На цій основі прийнято *виділяти 4 типи постсуїцидальних станів:*

*1. Критичний.*

1.1. Конфлікт втратив свою надзвичайну гостроту; спроба самогубства привела до зниження суїцидогеного психічного напруження.

1.2. Зникання суїцидального мотиву.

1.3. Ставлення до здійсненої спроби – з почуттям сорому та страху, розумінням того, що суїцид не змінює стану справ, не вирішує проблемної ситуації. Ймовірність повторення суїциду мінімальна.

*2. Маніпулятивний.*

2.1. Актуальність конфлікту зменшилася через сприятливий для суб'єкта вплив на оточуючих.

2.2. Відсутність суїцидальних тенденцій.

2.3. Ставлення – незначне почуття сорому та страх перед смертю. Чітке закріплення такої поведінки задля досягнення своїх цілей. Ймовірність повторення висока.

*3. Аналітичний.*

3.1. Конфлікт залишається актуальним.

3.2. Суїцидальних тенденцій немає.

3.3. Ставлення – каяття. Пошуки інших шляхів вирішення конфлікту. Ймовірність повторення суїциду зростає, якщо не буде знайдений інший шлях розв'язання конфлікту.

*4. Суїцидально-фіксований.*

4.1. Конфлікт актуальний.

4.2. Суїцидальні тенденції зберігаються.

4.3. Ставлення до суїциду позитивне.

*На першому етапі*, в перші години після того, як суїцидента поклали в стаціонар, відбувається його *включення у психотерапевтичне середовище відділення*. Це дозволяє використовувати динаміку взаємостосунків, емпатійну та практичну підтримку персоналу для прискорення виходу суїцидента з кризового стану, для послаблення його психічного напруження, тривоги, розгубленості. Результатом такої підтримки може бути поява впевненості, що можливе існування оточення, яке здатне прийняти індивіда таким, який він є, надати йому підтримку та допомогу. Важливий вплив здійснює також репутація лікувального закладу – як правило, психіатричної лікарні. Перебу-

вання в такому закладі може сприяти усвідомленню того, що людина здійснила щось таке, що виходить за межі норми, та спонукати до пошуку альтернативних способів поведінки у схожих ситуаціях, під час розв'язання схожих проблем.

*Другий етап психотерапевтичної програми – мобілізація власних психічних резервів суїцидента.* Оскільки час перебування в стаціонарі обмежений, в середньому 4–5 днів, цей етап лише ініціюється, а його продовження може проходити амбулаторно. При корекції психологічної кризи слід враховувати увесь комплекс умов і механізмів її виникнення і розвитку. Фрустрація, яка переходить у кризу, об'єктивно сприймається як втрата, провал, неуспіх. Однак те, що для одних людей є втратою, іншими сприймається як щось цілком природне. Оцінити значимість події для конкретного індивіда (без чого неможливо локалізувати істинну проблему) можна, проаналізувавши ієрархію особистісних цінностей, смислів конкретної особистості, як вербально-смислового рівня образу світу. Тому на індивідуальних та групових терапевтичних заняттях робиться спроба допомогти пацієнту усвідомити та проаналізувати ті змістовні характеристики його образу світу, які були сприятливі для спроби самогубства, як найкращого, на думку суїцидента, способу адаптуватися до навколишнього світу. Результатом психокорекційної роботи має бути набуття нових або/та усвідомлення тих витіснених аспектів власного образу світу, які розширять, збагатять, урізноманітнять внутрішню картину світу суб'єкта та забезпечать життєдайні способи його адаптації.

Робота з людьми, які здійснили суїцидальну спробу, повинна включати також вміння працювати з тими суб'єктами, які не виявляють бажання зустрічатися з психологом або психотерапевтом, але змушені це робити в межах лікування у медичному стаціонарі. А Тому велике значення має вміння консультанта зацікавити суїцидента продовжити роботу, знайти емоційний контакт із людиною, співчутливо зрозуміти її проблеми, ввійти до неї в довіру. В такій ситуації може бути корисним не акцентувати увагу клієнта на здійсненій ним суїцидальній спробі, а намагатися провести роботу з ним, співчутливо аналізуючи проблеми в його соціальному та мікросоціальному оточенні: образи, відчай, самотність, відсутність перспектив та бажання що-небудь

робити тощо. В таких випадках ефективним може виявитися застосування еріксоніанських методів психотерапії, зокрема розповідання терапевтичних історій, які дозволяють обійти опір клієнта та не вимагають від нього психічного напруження. При достатній кваліфікації консультанта, ефект можна отримати, застосовуючи неемпатичні способи корекції, провокативні методи психотерапії тощо.

Психотерапевтичний та психокорекційний напрямки роботи з особами, які здійснили суїцидальну спробу, вибирається в основному залежно від професійної кваліфікації консультантів, міри володіння ними психотерапевтичними методами, оскільки більшість психотерапевтичних систем розраховані на розв'язання достатньо широкого спектру проблем. Усі вони більш-менш придатні для забезпечення достатнього корекційного впливу на картину світу клієнта, для здійснення її змістових та структурних змін.

Елементи *раціональної психотерапії* виникають при кожній зустрічі з клієнтом. Вони ґрунтуються на логічному аналізі стану людини, роз'ясненні його причин, природи, симптоматики, перебігу, прогнозів. Цей вид терапії підвищує рівень обізнаності індивіда щодо природи його теперішнього стану, сприяє зниженню характерного для стану психологічної кризи напруження та тривоги. В процесі терапії консультант намагається не лише змінити ставлення суїцидента до тієї чи іншої психотравмуючої події, а й більш глибоко вплинути на його особистість – перевиховати, змінити його ціннісно-орієнтаційну сферу тощо. Це має величезне значення для лікування і для загального оздоровлення особистості та профілактики рецидивів.

*Гештальттерапія* спрямована на корекцію процесів сприйняття, опрацювання та актуалізації інформації людиною. Гештальтпідхід базується на п'яти ключових поняттях: відношенні фігури і фону; усвідомленні та зосередженні на теперішньому; на протилежності; функції захисту; зрілості і відповідальності. Ми вибираємо з фону те, що важливе або значиме для нас – це стає гештальтом. Коли суб'єкт перебуває в кризовому стані, фігурою, як правило, є те почуття, яке переважає над іншими. Наприклад, почуття гніву, страху, якщо вони домінують, стають фігурами, водночас все інше відступає на задній план, стає тлом, фоном. Як тільки потреба задоволена, гештальт

завершується, тобто втрачає свою значимість. Формується новий гештальт. У цьому ритмі завершення та формування гештальтів функціонує психіка. В кризових станах з наступною дезадаптацією гештальт залишається незавершеним. Гештальт-прийоми дають змогу зробити фігуру більш чіткою, сприяють вираженню раніше невиражених почуттів. Отже, травмуючий індивіда гештальт завершується і виникає можливість перейти до інших прихованих проблем.

Актуальність зосередження на тут і тепер обумовлена тим, що люди в кризовому стані мають тенденцію проектувати в своє майбутнє травмуючі події. Вони не живуть в теперішньому і постійно не звертають увагу на необхідність усвідомлення того, що відбувається в цей момент у світі і в середині себе. Вимога до учасників гештальтгрупи залишатись у ситуації тут і тепер, уникати звертання до минулого досвіду і не будувати планів на майбутнє нормалізує саморегуляцію організму з наступною соціальною адаптацією.

*Біхевіоральна психотерапія.* Форми біхевіоральної терапії можна віднести до двох різновидів: а) форми, орієнтовані на розвиток окремих умінь, наприклад, уміння дискутувати, вирішувати інтерперсональні конфлікти, б) форми, націлені на поглиблення досвіду аналізу ситуації спілкування, тобто на підвищення адекватності аналізу власної особистості, позиції партнера зі спілкування, групової ситуації загалом. Використовуючи динаміку стосунків, які виникають між членами терапевтичної групи, вдається послабити почуття унікальності власних переживань, підвищити рівень співчуття іншим людям.

Після терапії змінюються когнітивні установки. Сприяння вираженню агресивності допомагає індивіду позбутися почуття невпевненості в собі. Взаємодія в групі у процесі групової психотерапії сприяє зростанню активності та спонтанності поведінки, її спрямованості на конструктивний вихід з ситуацій безнадії та безвиході, стимулює пошук прийнятних способів вирішення проблеми. Зрештою, групова терапія спрямована на досягнення головної мети – особистісної самореалізації, депривація якої є постійним і кардинальним фактором психологічної кризи.

Включення в групи соціально-психологічного тренінгу рекомендується при зменшенні гостроти афективного напруження і дезактуалі-

зації суїцидальних тенденцій. У процесі соціально-психологічного тренінгу можуть застосовуватись у поєднанні і взаємодоповненні елементи різних психотерапевтичних технік.

*Психодрама* – це психотерапевтичний груповий процес, в якому використовується драматична імпровізація для вивчення внутрішнього світу клієнта. Вона ґрунтується на припущенні, що дослідження почуттів, формування нових стосунків і моделей поведінки більш ефективне при виконанні дій, які реально наближені до життя, ніж при використанні вербальних методів. Застосовується і вербальна, і невербальна комунікація. Розігруються сцени, що зображають, наприклад, спогади минулого, незавершені ситуації, внутрішні драми, фантазії, сни та інше, які клієнт так чи інакше пов'язує з власною суїцидальною поведінкою. Ці сцени або наближені до реальної життєвої ситуації, або виводять назовні внутрішні переживання. Якщо потрібно, інші ролі можуть взяти на себе члени групи або неживі об'єкти. Використовуються різноманітні техніки – обмін ролями, дублювання, техніка дзеркала, конкретизація, максималізація, монолог. В результаті терапії досягається зміна внутрішнього образу психотравмуючої ситуації, зміна ракурсу бачення її, розуміння мотивів поведінки інших.

*Використання гіпнозу та інших сугестивних технік у корекції кризових станів є адекватним з таких причин:* 1) гіпноз дає змогу на деякий час виключити контроль свідомості над поведінкою; 2) гіпноз дозволяє посилити вплив на несвідоме; 3) у гіпнозі значно підвищується сприйнятливість психіки до прийому та переробки інформації з наступною реалізацією її в поведінці.

Ефект сугестивної терапії полягає в посиленні активної установки на звільнення людини від обтяжливих переживань, зміцненні її волі, в можливості більш простого доступу до витіснених переживань, акцентуації уваги людини на позитивних моментах її минулого життя та змалювання можливого щасливішого майбутнього, наданні альтернативних моделей поведінки через розповідання терапевтичних історій.

*Аутогенне тренування* – спрямоване на розвиток уміння саморегуляції особистості, розширення резервів її адаптації. Завдання аутогенного тренування в роботі з суїцидентами полягає в прискоренні їх виходу з кризового стану, в корекції наявних афективних розладів,

формуванні навичок саморегуляції емоційної та мотиваційно-поведінкової сфер у стресових ситуаціях. Для цього використовуються прийоми створення позитивного емоційного фону, відреагування агресивних бажань. Кінцевою метою є підвищення самооцінки, впевненості в собі, почування внутрішньої свободи і розкутості, підвищення оптимістичного настрою, посилення рівня контролю емоцій та поведінки.

*Елементи НЛП (нейролінгвістичного програмування*) можуть використовуватись і в сукупності з іншими методами, і самостійно. Застосування в процесі психотерапевтичної інтервенції питань, спрямованих на виявлення глибинної структури висловлювань суїцидента, сприяє усвідомленню тих неусвідомлених ним елементів внутрішнього образу світу, які можуть містити інформацію про можливі вибори, які до цього часу залишалися за межами його внутрішнього поля зору. Це дозволить усвідомити справжню причину здійсненого суїцидального вчинку, власну ієрархію цінностей, змінити актуальні цілі та виявити альтернативні способи поведінки. Техніки НЛП досягають ефекту також при потребі змінити емоційне ставлення, переживання, які супроводжують стресові стани. Техніки, спрямовані на роботу з внутрішньою картиною світу, дають змогу довільно змінювати ті її елементи, які можуть відігравати важливу роль у виникненні депресивних станів та суїцидальної поведінки.

*Системна сімейна психотерапія* в роботі з суїцидальними хворими розглядає прояви аутоагресивної поведінки як симптом, що свідчить про порушення у взаємостосунках в системі найближчого оточення. Тому профілактика повторного суїциду неможлива без корекції цих стосунків. Концепція сімейної терапії полягає в тому, що кожний вчинок або подія пов’язані з багатьма іншими подіями і вчинками на зразок замкнутого ланцюга. Такі події і вчинки з часом формують послідовні стереотипи, які періодично повторюються і дія яких зберігає рівновагу у сім’ї. Вся поведінка загалом, включаючи симптом, встановлює і підтримує ці стереотипи. Тому основним об’єктом уваги консультанта є функціонування поведінки і те, як функція одного вчинку, в нашому випадку – суїцидальної спроби, зв’язана з функцією інших вчинків членів родини. Суїцидальна

поведінка розглядається не як особистісна характеристика індивіда, а як вияв поведінки, що залежить від поведінки близьких родичів.

У сімейній психотерапії широко використовуються соціометричні техніки, що при роботі з суїцидентами дозволяє уникнути можливий опір клієнта, внести в процес терапії елемент неочікуваного, нового досвіду в розумінні як власної поведінки, так і поведінки його мікросоціального оточення. Такі техніки є ефективним психотерапевтичним інструментом, який можна застосувати для корекції кризових станів, проявів соціально-психологічної дезадаптації та профілактики рецидивів. До переваг таких технік належать можливості: зміщення психотерапевтичного процесу від інтелектуального та емоційного обговорення до реальної взаємодії; розміщення теперішнього, минулого і передбачуваного майбутнього в систему «тут і тепер»; рельєфного показу і драматизації актуальної проблеми. Ці техніки містять важливі елементи особистісної проекції та ідентифікації, як правило, завжди бувають достатньо несподіваними та цікавими для клієнтів.

Використовуючи техніки сімейної терапії, психотерапевт може виявити соціальну обумовленість суїцидальної поведінки, допомогти ідентифікованому пацієнту усвідомити причини його вчинку, особливості сприйняття ним взаємостосунків у родині, його уявлення про них, про навколишню дійсність і дати можливість побачити в цьому новому гештальті альтернативні можливості адаптації.

*Р. Шерман* і *Н. Фредман* наводять приклад застосування сімейної терапії у роботі з людьми, схильними до самогубства. Багато індивідів, схильних до самогубства, створюють ретельно продумані фантазії, що включають людей, з якими вони найчастіше взаємодіють. Схильна до суїциду людина може фантазувати, наприклад, що всі вчителі в школі або колеги на роботі будуть глибоко шоковані і переживатимуть провину, коли почують про її смерть. Фантазії можуть включати в себе засмучених батьків і родичів, які шкодують через ті неприємності, яких вони завдали кандидату в самогубці. Суб’єкт може також фантазувати про те, що його смерть стане корисною всім членам його родини – після його смерті у них, мовляв, буде менше труднощів.

Якщо консультант зуміє виявити фантазії клієнта, то зможе зрозуміти приховані причини, які лежать в їх основі. Працюючи з такими фантазіями, він може виявити також реальні, але неприємні для суб'єкта наслідки його самогубства, «забруднити» ці фантазії і зробити їх непривабливими в очах клієнта. Така техніка може бути використана в роботі лише з тими суїцидентами, які з більшою ймовірністю відчуватимуть відразу до самогубства.

Вітчизняні психологи *О. Бондаренко, Л. Сохань* та інші акцентують увагу на таких напрямах і методах допомоги у подоланні життєвих криз, в основі яких лежить значущість особистості, особистісного буття.

Низку дієвих методик та різноманітних вправ для позбавлення від депресії пропонує німецький учений *Р. Меркле.*

## 2.6. Психологічна профілактика та корекція суїцидальних тенденцій в учнівської молоді

### *Бажана упереджувальна поведінка батьків і оточуючих зі схильними до суїциду дітьми та підлітками*

Стратегічними напрямами батьківської допомоги дітям із суїцидальним ризиком спеціалісти вважають покращення взаємостосунків у сім'ї, підвищення самооцінки, самоповаги дитини, а також заходи з покращення міжособистісного спілкування у сім'ї. Всі ці заходи мають привести до піднесення самоцінності особистості дитини, її життя до такої міри, коли суїцидальні дії втрачають будь-який сенс.

*Для підвищення самооцінки доцільно вживати таких заходів:*

– завжди підкреслюйте все добре й успішне, що властиве вашій дитині. Це підвищує впевненість у собі, зміцнює віру у майбутнє, покращує її стан;

– не чиніть тиск на підлітка, не висувайте надмірних вимог у навчанні, житті тощо;

– демонструйте дитині справжню любов до неї, а не тільки слова,щоб вона відчула, що її дійсно люблять;

– приймайте, любіть своїх дітей такими, якими вони є – не за гарну поведінку та успіхи, а тому, що вони ваші діти, ваша кров, ваші гени, майже ви самі;

– підтримуйте самостійні прагнення своєї дитини, не захоплюйтесь її оцінюванням, не осуджуйте її, знайте, що шлях до підвищення самооцінки проходить через самостійність і власну успішну діяльність дитини;

– тактовно і розумно підтримуйте усі починання своєї дитини, які підвищують самооцінку, особистісне зростання, фізичний розвиток, успішність власної діяльності і життєдіяльності: майте на увазі, що підліток рано чи пізно має стати незалежним від своєї сім'ї й однолітків, налагодити стосунки із протилежною статтю, підготувати себе до самостійного життя і праці, виробити власну життєву позицію.

*Якщо ваші діти виявляють суїцидальні тенденції або відчай, то слід поводитися так.*

1. Залишайтеся самими собою, щоб дитина сприймала вас як щиру, чесну людину, якій можна довіряти.

2. Дитина має відчувати себе на рівних з вами, як з другом, що дозволить встановити з донькою або сином довірливі, чесні стосунки, зрештою – довірити вам усю правду, те, що на умі у дитини.

3. Важливо не те, що ви говорите, а як ви це говорите, чи є у вашому голосі щире переживання, турбота про дитину.

4. Майте справу з людиною, а не з «проблемою», говоріть з дитиною на рівних, не припускайтеся діяти як вчитель або експерт чи розв'язувати кризу прямолінійно, що може відштовхнути дитину.

5. Зосередьте свою увагу на почуттях дитини, на тому, що замовчується нею, дозвольте їй вилити вам душу.

6. Не думайте, що вам слід говорити щоразу, коли виникає пауза у розмові з дитиною, використовуйте час мовчання для того, щоб краще подумати і вам, і дитині.

7. Виявляйте щиру участь та інтерес до дитини, не вдавайтеся до допиту з пристрастю, ставте прості, щирі запитання («Що трапилося?», «Що відбулося?»), які будуть для дитини менше загрозливими, аніж складні, "розслідувальні" запитання.

8. Спрямовуйте розмову у бік душевного болю, а не від нього, адже ваш син або донька саме вам, а не чужим людям може повідомити про інтимні, особистісні, хворобливі речі.

9. Намагайтеся побачити кризову ситуацію очами своєї дитини, підтримуйте її, а не інших людей, котрі можуть завдати їй болю, або котрим вона може зробити боляче.

10. Надайте сину або доньці можливість знайти свої власні відповіді навіть тоді, якщо ви вважаєте, що знаєте вихід із кризової ситуації.

11. Ваша роль полягає в тому, щоб надати дружню підтримку, вислухати, бути зі своєю дитиною, що страждає, навіть якщо вирішення проблеми начебто не існує. Дитина у стані горя, в ситуації безвихіддя може примусити вас відчувати себе безпорадними, але вам, на щастя, найчастіше і не слід виробляти будь-які певні рішення, негайно змінити життя, або навіть рятувати її – ваш син або донька врятуються самі і врятують своє життя – варто тільки довіряти їм.

12. І останнє – якщо ви не знаєте, що говорити, не говоріть нічого, але будьте поруч!

*Якщо ж існує реальний суїцидальний ризик або вже відбулася спроба, то батькам можна порадити таке:*

– першим кроком у запобіганні самогубства завжди буває встановлення довірливого спілкування;

– батькам слід подолати ситуацію, коли необхідність бесіди з дитиною про її суїцидальну спробу загострює їх власні психологічні конфлікти, або виявляє наявні проблеми. Слід і в цій ситуації віддавати перевагу бажанню поговорити з сином або донькою і водночас – долати страх перед цією бесідою, щоб обов'язково відбулося спілкування й обговорення проблеми;

– діти у стані суїцидальної кризи стають надто чутливими, особливо до того, як і що говорять дорослі; тому не можна виливати на дитину несвідому чи свідому агресію; іноді корисною стає невербальна комунікація – жести, доторкання тощо;

– якщо батьки відчувають, що дитина начебто відвертає їхню допомогу, їм слід пам'ятати, що вона водночас і бажає, і не хоче її; тому для досягнення позитивного результату у діалозі необхідні

м’якість і наполегливість, терпіння і максимальний прояв співчуття і любові тощо; слід використовувати всі ті заходи, які наведені на початку цього розділу.

### *Рекомендації педагогічним працівникам щодо надання превентивної допомоги учневі при потенційному суїциді*

*Педагогічним працівникам можна рекомендувати у разі виникнення ознак суїцидальної поведінки в учнів надавати такі види допомоги*:

– підбирайте ключі до розкриття суїциду;
– приймайте суїцидента як особистість;
– налагодьте турботливі стосунки;
– не сперечайтеся;
– запитуйте;
– не пропонуйте невиправданих утіх;
– пропонуйте конструктивні підходи;
– вселяйте надію;
– оцініть міру ризику самогубства;
– не залишайте людину одну у разі високого суїцидального ризику;
– зверніться за допомогою до спеціалістів;
– важливо якомога довше зберігати турботу і підтримку учня;
– використовуйте засоби піднесення цінності особистості дитини, її життя.

Ці заходи стануть ефективнішими, якщо учні довіряють керівникові навчального закладу, класному керівнику, куратору групи, викладачу, знають, що він ніколи не зраджував дитину і не зрадить її у кризовій ситуації. Особливо це стосується практичного психолога – йому слід чітко дотримуватися «Етичного кодексу психолога», адже саме це забезпечить йому довіру учнів у критичний для них час.

### *Професійні науково-методичні заходи і підходи у профілактичній та корекційній роботі психологів із суїцидентами*

У здійсненні професійної психопрофілактичної роботи із суїцидентами існує декілька підходів – залежно від змісту, послідовності дій, напрямку консультування і психотерапії.

*І. Так, за змістом профілактики і корекції суїцидальної поведінки виділяють:*

а) *спеціалізовані психіатричні терапевтичні (медикаментозні й немедикаментозні) заходи* із запобігання формування суїцидальної поведінки та лікування психічних розладів, що сприяють її виникненню;

б) *психологічні корекційні заходи* для зміни особистісних установок на аутоагресивну активність, на підвищення рівня психологічної захищеності, на формування антисуїцидальних бар'єрів;

в) *соціальні заходи,* спрямовані на зміну соціального статусу, соціально-економічних умов життя потенційних суїцидентів;

г) *інформаційно-навчальні заходи* з поширення знань про особливості виникнення і перебігу суїцидальної поведінки, про способи самодопомоги під час виникнення аутоагресивних проявів, про роботу соціальних служб, про спеціалізовані навчальні програми для спеціалістів у галузі суїцидології психології суїциду тощо.

*ІІ. Відповідно до послідовності здійснення дій з профілактики суїцидальної поведінки вирізняють:*

– *первинну профілактику,* тобто заходи, що мають на меті запобігти спробам вчинення суїциду; до неї також відносять інформаційно-навчальні заходи з питань суїцидології для всього населення;

– *вторинну профілактику*, яка полягає в роботі з суб'єктами, що здійснювали спробу самогубства, щоб уникнути рецидивів у них суїцидальної поведінки;

– *третинну профілактику* – з надання допомоги близькому оточенню осіб, які вчинили суїцидальну спробу, щоб уникнути рецидивів суїцидальної поведінки в такому оточенні.

*ІІІ. Метою невідкладної суїцидальної допомоги є корекція негативних емоцій, зменшення афективного компонента і посилення самоусвідомлення.*

Оцінюючи стан суїцидента і ведучи психоконсультативну психокорекційну, психотерапевтичну роботу, слід враховувати особливості ситуаційної реакції і позицію особистості в суїцидальному конфлікті.

*IV. Складниками терапевтичного етапу профілактики суїцидів є кризова підтримка і кризове втручання (інтервенція).*

**Кризова підтримка передбачає:**

а) зняття негативних адаптивних переживань, відреагування почуттів;

б) прояснення конфліктної ситуації і досягнення розуміння проблеми;

в) структурування ситуації, що має допомогти людині побачити цілісну картину проблеми і шляхи її виникнення;

г) активізацію антисуїцидальних установок, допомогу особі у визначенні важливих зв'язків з близьким оточенням, їх значущості у житті, актуальних сенсів розвитку особистості. При цьому необхідна також робота із сім'єю для зміцнення чи відновлення міжособистісних зв'язків, із формування почуття поваги до людини, сприйняття її як рівної, визначення її права на власний світогляд, свої ціннісні орієнтації.

**Кризове втручання або інтервенція включає:**

а) зняття гостроти психотравми;

б) вербалізацію, висловлювання емоційних переживань суїцидента;

в) пошук шляхів конструктивного подолання психотравмуючої ситуації, враховуючи попередній життєвий досвід людини;

г) усвідомлення тієї проблеми, яка є основою суїцидального наміру, і спроба знайти більш конструктивний спосіб реалізації цієї потреби;

ґ) формування в особистості мотивації для особистої психотерапевтичної роботи.

На цьому етапі важлива роль належить умінню психотерапевта встановлювати емоційний контакт з людиною, розуміти її проблему, яку слід проаналізувати в соціальному й особистісному контексті, зважаючи на можливу образу, відчай, самотність, брак перспективи, нереалізовані плани тощо. Корисними можуть бути еріксонівські методи психотерапії, приміром, розповіді терапевтичних історій, які сприяють подоланню опору суїцидента.

*V. При виборі напряму психокорекційної та психотерапевтичної роботи із суїцидентами слід враховувати професійну* кваліфікацію консультантів, ступінь володіння ними тими чи іншими видами психотерапії. Розглянемо ці напрями психотерапевтичної роботи із суїцидентами:

**1. Кризова психотерапія** полягає передусім у перетворенні кризової ситуації, у виявленні та корекції неадекватних установок суїцидента, у пошуку та тренінгу невикористаних ним способів розв'язання суїцидального конфлікту. Здійснюється в індивідуальній, сімейній, груповій формах.

**2. Когнітивна психотерапія** спрямована на виявлення й усунення невідповідності об'єктивної реальності та основних ситуаційних установок суїцидента, його сприймання дійсності в умовах суїцидального конфлікту. Цей метод особливо ефективний під час корекції почуття безнадійності, пошуків когнітивних, смислових засад запобігання повторним суїцидальним спробам.

**3. Аксіологічна корекція** ґрунтується на вченні про цінності і спрямовує суїцидента на перегляд своїх особистісних цінностей. При цьому слід намагатися не тільки прагнути до домінування в системі цінностей клієнта духовних цінностей, а й вивищувати цінність самої особистості, людини, її життя різними засобами, передусім – раціональної психотерапії. Може бути корисною і християнська психотерапія. Далі наводиться авторська психотерапія суїцидента піднесенням цінності його особистості.

**4. Раціональна психотерапія** передбачає логічний аналіз стану суїцидента, розв'язання причин психологічної дезадаптації, встановлення зв'язку психологічного розладу із соматичною симптоматикою. Цей вид психотерапії підвищує обізнаність особистості клієнта про свій стан, знижує напруження, тривогу, що супроводжують суїдологічну кризу. При цьому слід прагнути не лише зміцнити ставлення суїцидента до чинників психотравмуючої ситуації, а й вплинути на його ціннісно-смислову сферу, в центрі якої має бути цінність самої особистості, людини, її життя, що є неперервним процесом, за цілісність якого кожна людина відповідає перед людством.

**5. Гештальттерапія** спрямована на корекцію процесів сприйняття, опрацювання та актуалізації інформації та ґрунтується на ключових положеннях про:

– відношення фігури і фону;
– їх протилежність і єдність;
– усвідомлення та зосередження на теперішньому;
– функцію захисту;
– зрілість і відповідальність.

При роботі за цією психотерапією суїцидент спонукається залишитись у ситуації «тут і тепер», уникати звертання до минулого досвіду, не вибудовувати планів на майбутнє, що нормалізує саморегуляцію особистості, забезпечує покращення її соціальної адаптації.

**6. Психодрама** використовується як психотерапевтичний груповий процес, у якому здійснюється драматична імпровізація для вивчення внутрішнього світу особистості суїцидента, для виводу назовні його внутрішніх переживань, зміна внутрішнього образу психотравмуючої ситуації, ракурсу її бачення, розуміння мотивів поведінки інших тощо.

**7. Сімейна психотерапія** дозволяє здійснювати корекцію порушених стосунків у найближчому оточенні суїцидента, що важливо для профілактики повторного суїциду. При використанні сімейної психотерапії виявляється соціально-психологічна зумовленість суїцидальної поведінки, надається допомога клієнту в усвідомленні причин його вчинку, особливостей сприйняття стосунків у родині, його уявлень про найближчих людей, навколишню дійсність, у баченні в новому ракурсі альтернативних можливостей адаптації.

**8. Аутогенне тренування** має на меті розвивати уміння саморегуляції особистості суїцидента, розширювати резерви її адаптації. Через це прискорюється вихід суїцидента із кризового стану, корегуються афективні розлади, формуються навички мотиваційно-смислової та емоційної саморегуляції у стресових ситуаціях, створюється позитивний емоційний фон, відреаговуються агресивні почуття.

Наведені напрями психотерапії можуть бути доповнені іншими, доцільність їх використання визначається психологом залежно від чинників, перебігу, глибини суїцидальної поведінки і психотравми потерпілої молодої людини. Багато залежить від фахової підготовки і

кваліфікації психотерапевта, його досвіду розв'язання суїцидальних проблем клієнта.

## 2.7. Формування навичок психологічної допомоги при суїциді

***Техніки психологічної допомоги:***

*Техніка активного слухання*

**Уміння слухати** – найважливіше вміння в консультуванні. Активно слухати – це означає, насамперед, чути клієнта. Сюди належить сприйняття не лише вимовлених ним слів, а й інших аспектів спілкування.

*Виділяють 3 аспекти слухання:*

– **лінгвістичний** – слова, словосполучення, метафори, які використовує клієнт для того, щоб повідомити про почуття, які виникли у нього;

– **паралінгвістичний** – темп мовлення, висота і гучність голосу, особливості вимови, активність і чіткість артикуляції; це додаткова інформація про те, що відчуває клієнт; правильність її розуміння потрібно перевіряти в ході бесіди, запитуючи, наприклад, «Якщо я правильно Вас зрозумів, Ви тепер відчуваєте ...» або «Я почув, як затремтів Ваш голос. Що Ви тепер відчуваєте?»;

– **невербальний** – «мова тіла» – міміка, жести, постава при сидінні чи стоянні, відстань, на якій клієнт перебуває від консультанта, дотики до консультанта; правильність їх розуміння також час від часу варто перевіряти у ході бесіди; в межах консультування більш ефективно звертати увагу клієнта на те, як він сидить, як говорить, який у нього вираз обличчя, а не пропонувати йому готові інтерпретації з цього приводу.

Описані нижче дії допомагають консультанту «приєднатися» до клієнта в процесі консультування і дати йому відчути, що його слухають і чують. Ця схема – «основа», яка також допомагає консультанту відстежувати те, як він поводить себе в ситуації консультування:

*Сядьте навпроти людини, яку Ви слухаєте.*

*Розслабтеся, слухаючи співрозмовника.*

*Зберігайте відкриту поставу.*

*Підтримуйте зоровий контакт.*

*Трохи нахиляйтеся до свого співрозмовника.*

Використовуйте «мінімальні поштовхи» для того, щоб підтримати свого співрозмовника (напр., кивки головою в потрібних місцях, включення в мовлення «мм» і «так», уточнюючі чи розвиваючі думку запитання час від часу, використання відповідного виразу обличчя).

Усі зазначені дії мають виконуватися ненав'язливо, так, щоб не викликати у клієнта відчуття, що його затисли в кут, чи йому щось загрожує, чи його особистісні межі порушено. *Серед основних якостей ефективного слухача виділяють такі:* почуття гумору, оптимізм, душевна теплота, спонтанність, неупереджене ставлення, привітність, відкритість, відсутність повчального тону, вдумливе ставлення.

***Правила активного слухання:***

1. Перше завдання – установка на слухання – істинне бажання слухати і почути. Для цього необхідна повага до способу мислення іншої людини, бажання дізнатися те, що вона думає, відчуває насправді.

2. Відображення сказаного – повторення співрозмовнику того, що Ви почули, продемонструє Ваше розуміння його переживань, допоможе Вам ліпше зрозуміти його, а йому – себе. Це можна зробити своїми словами або словами співрозмовника, мета – вловити суть того, що Вам говорять. Ця техніка також допомагає переміщувати акценти.

3. Важливо сказати, що з розповіді зрозуміло, а що – ні. Це стимулює людину чіткіше і зрозуміліше висловлюватися.

4. Відображення почуттів – розповідь співрозмовнику про те, які почуття виникають у зв'язку з його розповіддю. Це можуть бути почуття до нього чи до себе. Потрібно намагатися виражати їх позитивно, але чесно. Важливо щоразу давати співрозмовнику привід для просування вперед у його роздумах, а не намагатися виразити свої власні думки: «Коли ви так розповідаєте про свою доньку, мені теж дуже сумно і я теж спантеличена її вчинком».

5. Потрібно шукати зрушення в осмисленні ситуації клієнтом. Однією з ознак того, що відбулося щось корисне в процесі розмови, є виникнення змін у розумінні клієнтом подій, у переживанні їх, особливо коли ці зміни мають позитивний, конструктивний характер.

6. Потрібно бути готовим до того, що процес буде тривалим і повільним. Смисли змінюються повільно, тому треба бути терплячим.

7. Потрібно бути готовим відійти вбік. Інколи людям потрібен час і простір, щоб пропрацювати те, що було почато в розмові. Якщо стає зрозумілим, що саме це потрібно клієнту, треба надати йому таку можливість, запевнивши, що він може будь-коли, коли відчує потребу, знову звернутися по допомогу.

*Техніка відображення думок і почуттів*

*Відображення думок і почуттів* – це стратегія у процесі консультування, коли консультант «повертає» клієнту зміст його думок чи почуттів, повторюючи сказане ним для того, щоб

1) продемонструвати клієнту, що він його чує і розуміє,

2) допомогти клієнту продовжити розповідь, вибудувати ланцюжок суджень і знайти відповідь на свої запитання,

3) надати клієнтові можливість глибше зрозуміти свої думки та почуття, поглянувши на них й почувши їх з уст іншої людини.

Тут обов'язково використовуються ключові слова, які клієнт вживає у своєму мовленні, а також повторюються інтонації, з якими він говорив це.

*Наприклад:*

**Клієнт:** Деякий час ми жили у Ліверпулі. Нам обом подобалося це місто, незважаючи на те, що мені було дещо важче там облаштуватися.

**Консультант:** Вам було важче влаштуватися у Ліверпулі.

**Клієнт:** Так. Адже це було для мене новим. А моя дружина була родом з тих місць, у неї там були друзі. В дітей також не було ніяких проблем. Їм сподобалася нова школа. Здавалося, всі вони отримують від цього задоволення, але тільки не я.

**Консультант:** Всі, окрім Вас, отримували від цього задоволення.

Якщо розповідна інтонація клієнта замінюється питальною інтонацією консультанта при відображенні думки, то, найімовірніше, далі піде дуже коротка відповідь клієнта:

**Клієнт:** Деякий час ми жили у Ліверпулі. Нам обом подобалося це місто, незважаючи на те, що мені було дещо важче там облаштуватися.

**Консультант:** Вам було важче влаштуватися у Ліверпулі?

**Клієнт:** Так.

Відображення почуттів дає можливість консультанту-психологу проявити свою емпатію, а також перевірити правильність свого розуміння почуттів клієнта.

*Наприклад:*

**Клієнт:** Раніше я працював у просторому офісі на Фліт-стріт. Там були сотні, а можливо, й тисячі подібних офісів. Ми всі сиділи там, роблячи те, що повинні були робити. За цю роботу нам добре платили, і я думаю, що зміг би пропрацювати там усе своє життя.

**Консультант:** Ви говорите це так, наче ця робота Вам до смерті набридла...

**Клієнт:** Та так воно й було! Тепер я розумію, що ненавидів кожну хвилину, яку провів там.

**Консультант:** У Вашому голосі чується злість...

**Клієнт**: Я був злий на самого себе, що так довго з цим мирився.

Відображення думок і почуттів може буде ефективнішим, якщо психолог «повертатиме» клієнту ті думки чи висловлені, або завуальовані почуття, які клієнт якось виділив у своєму монолозі (інтонаційно чи зробив перед цим значну паузу, стишив чи підвищив голос, зробив акцент за допомогою міміки або жесту).

Така стратегія консультування має використовуватися так, щоб допомагати клієнту розвивати свою думку, стимулювати його до дослідження обговорюваної проблеми, а також до дослідження своїх почуттів.

### *Техніка подолання аутоагресії*

Описані прийоми роботи можуть бути використані як з дорослими, так і з підлітками-суїцидентами, а також при відповідній модифікації – з дітьми.

### *Колаж із достоїнств*

**Мета –** зниження аутоагресії, пошук в собі позитивних якостей, знання про які витіснене у зв’язку з особливостями самосвідомості суїцидальних клієнтів.

**Необхідні матеріали:** ножиці, папір формату А1, маркери, газетно-журнальні вирізки – тексти, фотографії, клей (можливо, стрічки, фольга, кольоровий папір).

**Потребує багато часу –** від 40 хвилин до декількох годин. Може бути використана як домашнє завдання.

**Процедура.** Терапевт пропонує клієнту виготовити список своїх достоїнств, використовуючи тексти і фотографії з газет і журналів. Їх потрібно вирізати й акуратно наклеїти на великий папір. Якщо клієнтові важко знайти в собі позитивні риси (це часто спостерігається в суїцидентів, особливо з яскраво вираженою депресією), то терапевт може сам зробити перший крок: назвати і наклеїти назву тієї особистісної риси клієнта, яка насправді викликає повагу. Тут важливо бути максимально щирим! У ході роботи клієнт коментує свої вибори й послідовність виконання роботи. Терапевт надає зворотний зв'язок і стимулює подальший пошук. Готовий список потрібно перечитати. Чим він більший, тим це ліпше для ефективної терапії. Можна порадити клієнтові повісити цей список над своїм ліжком у палаті чи вдома.

### *Гострий діалог*

**Мета –** подолання гетероагресії, надання можливості висловити свої почуття в безпечних умовах, зняття психоемоційного напруження.

**Матеріал:** порожній стілець.

**Процедура.** Терапевт пропонує клієнту уявити, що на порожньому стільці сидить людина, яка викликає у клієнта найбільше агресії на даний момент. Терапевт стимулює клієнта посваритися зі своїм уявним опонентом, висловити йому все, що хотілося б сказати. При цьому клієнт повинен відповідати сам собі від імені уявного співрозмовника. Тобто клієнт говорить і за себе, й від імені тієї, людини, до якої відчуває злість, ненависть, гнів. Важливо спонукати клієнта до якнайповнішого висловлювання своїх почуттів, тому терапевт має дозволити йому кричати, активно жестикулювати, можливо, навіть ударити стілець.

### *Сімейний альбом*

**Мета –** демонстрація наявності життєвих досягнень клієнта, наявності в його житті любові, дружби, суб'єктом яких він був.

**Матеріали:** фотоальбом і фотокартки клієнта різних періодів життя, бажано, починаючи з раннього дитинства, ножиці, маркери, ручка, наклейки (якщо клієнт – дитина, можна використати яскраві наклейки фігурок тварин чи квітів, щоб прикрасити альбом).

**Потребує багато часу –** декілька годин.

**Процедура.** Терапевт просить клієнта розкласти всі фотографії в хронологічному порядку. Після цього вони разом вирішують, як будуть розміщувати фотографії в альбомі. Клієнт клеїть фотографії в альбом. Терапевт просить коментувати кожний знімок і підписувати його на наклейці; він акцентує увагу клієнта на тих моментах життя, де він був успішним, коханим, сам проявляв турботу і любов стосовно інших людей. Коли клієнт згадує несприятливу життєву ситуацію, пов'язану з подіями, відображеними на знімку, важливо з'ясувати, як саме він реагував на цю ситуацію, які способи для її подолання використав, що спільного між цією ситуацією і теперішніми подіями в його житті, як він міг би перенести досвід розв'язання таких проблем у свою сучасну історію. Бажано надавати зворотний зв'язок щодо підписів до фотографій. При роботі з дітьми терапевт може виконувати роль «секретаря», підписуючи під фотографіями коментарі, надиктовані дитиною.

Ця техніка може бути ефективно використана і в роботі з дослідження почуттів, пов'язаних із втратою.

### *Порівняння*

**Мета –** діагностика самоставлення суїцидента, формування більш позитивного бачення себе і ставлення до себе.

**Інструкція.** Прислухайтеся, придивіться до себе. На кого, на що Ви схожі? Які почуття у Вас викликає цей образ? Знайдіть симпатичніше, більш позитивне порівняння. Що саме Вам у ньому подобається? Приміряйте до себе цей новий образ. Як Вам з ним? Це Ви? Пройдіться по кімнаті у цьому образі. Відчуйте його всім своїм тілом. Наберіть постави, відповідної цьому образу. Походіть так. Які елемен-

ти цього образу найближчі до Вашого Я? Якій частині Вашого Я цей образ найприємніший? Зосередьтеся на цих приємних відчуттях. Згадуйте їх принаймні тричі на день.

Терапевт має надати також зворотний зв'язок щодо названого позитивного образу, виділивши найсильнішу сторону цього образу, яка справді може підтримати клієнта.

### *Переорієнтація на інші цінності*

(використовується у ситуації, коли спонукою до самогубства є втрата певних життєвих цінностей)

**Мета –** самоаналіз ціннісних орієнтацій, переорієнтація пріоритетів, пошук нових цінностей життя.

**Матеріали:** ручка, аркуш паперу формату А4.

**Інструкція.** Розділіть аркуш на три колонки. У першій колонці складіть список того цінного для Вас у житті, що Ви на сьогодні втратили. У другій колонці запишіть ті, які залишаються сьогодні з Вами. Скільки їх? Спробуйте продовжити список так, щоб він налічував стільки ж пунктів, як попередній. Перечитайте його. Яка з названих у другому списку цінностей викликає у Вас найприємніші почуття? Що з названих Вами у другому списку могло б підтримувати Вас у житті? У третій колонці перерахуйте ті речі чи людей, чи явища, які доступні Вам на даний момент, але про які Ви ніколи не думали як про цінні. Намагайтеся, щоб їхній перелік був не менший, ніж попередні. Перечитайте список і подивіться, що з нього справді робить Ваше життя світлим, приємним. Нижче таблиці випишіть це в окремий список і доповніть його найприйнятнішими для Вас цінностями з другого списку. Перечитайте новий (четвертий) перелік. Уявіть своє життя, побудоване за цими орієнтирами. Які відчуття у Вас виникають у зв'язку з цими уявленнями? Як Ви могли б реалізувати такі цінності у своєму житті сьогодні?

### *Групова робота з суїцидентами*

*Програма розвитку психологічного імунітету*

(автори О. Комаров, В. Сулицький)

***Психологічний імунітет організму*** – це психологічний стан, формування якого залежить від розвитку адаптивних здібностей та навичок.

Робота повинна мати систематичний та безперервний характер і максимально охоплювати всі аспекти особистості суїцидента. Головне в ній – обрати мету. Досягнення позитивного результату можливе лише за гармонійного впливу на такі компоненти структури особистості, як: *когнітивний компонент* – інформаційне наповнення достовірною інформацією за головних питань наявної проблеми, включаючи вміння аналізувати, виокремлювати причинно-наслідкові зв'язки тощо.

*Емоційний компонент* – у взаємозв'язку з когнітивним компонентом утворюється певне ставлення до наслідкових явищ. Це надає можливість краще орієнтуватись у власних почуттях, виокремлювати емоційну основу поведінки інших людей.

*Поведінковий компонент* – акумулювання знань і вмінь у певний поведінковий акт, який є результатом психопрофілактичних заходів.

Слід враховувати певні особистісні конструкти, на які безпосередньо здійснюється вплив:

– навички спілкування;
– навички саморегуляції в стресових і екстремальних ситуаціях;
– розвиток впевненості в собі;
– розв'язок проблеми взаємовідносин із протилежною статтю;
– розв'язок проблеми поганого настрою і суму;
– розв'язок проблеми сутності життя;
– навички міжособистісної взаємодії;
– здатність відстоювати свій погляд тощо.

*Програма розвитку психологічного імунітету передбачає виконання певних завдань:*

– Мінімізація та намагання повного усунення причин психологічного характеру, які лежать в основі виникнення деструктивної поведінки.

– Оволодіння учасниками психотехнологіями перебудови негативних установок в особистісно значимі та розвиваючі.

– Пошук індивідуальних і групових стратегій подолання негативних переживань і почуттів.

*Заняття 1.* Вироблення групових принципів на основі життєвих позицій учасників групи.

Особливістю проведення першого заняття є те, що сама робота не повинна мати характер ні терапії, ні корекції, а тільки ознайомчої бесіди, консультативного характеру Дуже важливо простежити розбіжності у суб'єктивній оцінці учасників власних особливостей з об'єктивними явищами, зрозуміти їх причини, побудувавши якомога більше робочих гіпотез. На занятті доречний набір таких запитань:

1. Опишіть, яка Ви людина.
2. З якими очікуваннями Ви прийшли на це зайняття?
3. Що Ви бажаєте отримати від цих зустрічей?
4. Що Ви очікували від заняття, яке проходило сьогодні?
5. Що Вам запам'яталося?

Головне завдання першого заняття – налагодження первинних стосунків між учасниками групи, які є основою для довірливої та результативної роботи.

*Заняття 2.* Емоційний аспект самооцінки учасників групи до притаманних їм негативних проблем.

Заняття передбачає діагностику емоційного стану на основі його самоусвідомлення шляхом візуалізації образів та усвідомлення захисних механізмів, за допомогою яких виникає можливість неглибокого переживання негативних переживань.

*Основні поняття, на які акцентується увага при проведенні та обговоренні вправи*: самоповага, самоповага-неповага, почуття провини, Я-концепція, самоусвідомлення, відповідальність за власні особливості, самооцінка, самопізнання.

Кожному з учасників пропонується намалювати себе, але не власний портрет, а те, як він себе бачить і почуває. На зображенні не має бути ні імен, ні прізвищ, тому що піддаватися аналізу будуть не учасники групи, а малюнки для з'ясування ставлення учасника до себе.

Діагностику емоційного самоставлення можна провести на основі історії життєвого шляху. Малюнок складається з трьох окремих сюжетів: Я-минуле, Я-теперішнє, Я-майбутнє.

*Питання, які ставляться у процесі обговорення:*

1. Яка проблема актуальна для цієї людини?
2. Що Ви бачите на зображенні?

3. Що, крім зображення себе, бажала передати ця людина?
4. Яке почуття виникає, коли Ви дивитесь на цей малюнок?
5. Що подобається (не подобається) у зображенні?
6. Як ця людина ставиться до себе?
7. Чим відрізняються малюнки один від одного?
8. Побудуйте розповідь за зображенням.

Якщо застосовується варіант поєднання малюнків, то пропонується завдання, починаючи з ведучого, почергово скласти розповідь з усіх малюнків. Це породжує відчуття взаємопов'язаного кола та почуття необхідності кожного члена групи.

Вже на цьому занятті починається початковий етап формування навичок нейтралізації психічної напруги та здатність долати негативні переживання шляхом їх візуалізації та вміння знаходити правильне рішення.

*Заняття 3.* Опанування світом власних емоцій.

Заняття передбачає роботу з власною Я-концепцією учасників групи шляхом опанування ними навичками нейтралізації психічної напруги та переведення її на власний розвиток і розкриття нових можливостей долання проблем через усвідомлення образу «Я-чуттєвий».

Основним завданням заняття є розвиток здібностей жити в умовах негативних переживань. Для цього доцільно є застосовувати певні вправи:

*«Наш настрій»* – учасникам групи пропонується описати свій настрій за допомогою будь-якої метафори або образу, наприклад, «сонячний день», «тяжкі хмари», «небесна синява», «одинока сосна» тощо. Ті образи що схожі один з одним, об'єднуються і будують окрему картину. У процесі побудови картини робота спрямована на окремі почуття і стосунки.

*«Заплющ очі»* – Яка емоція домінує в цей момент? Яке місце вона займає? Звідки вона взялася?

*«Конфлікт емоцій»* – учасникам групи пропонується обрати роль визначених емоцій, почуттів, що є у нього в певний момент. Наступним етапом є обговорення можливості ужитися з такою кількістю емоцій.

Запитання можуть моделюватися у ході обговорення образів. Це дає змогу більш вагомо та чіткіше намалювати шлях виникнення негативних переживань та формувати певні форми поведінки.

*Заняття 4.* Розвиток і закріплення навичок дій у стресовій ситуації.

Заняття передбачає формування вміння трансформації енергії психічної напруги, що виникає внаслідок стресової ситуації в пошукову активність виходу з цього стану.

Завданням заняття є програвання психодраматичного переживання почуття провини за щось.

*Основні питання, які необхідно вирішити на занятті:*

1. Ситуація стресу.
2. Пошук джерела можливостей.
3. Цінність досвіду, що набутий у проблемній ситуації.
4. Спробуй розповісти, що буде, якщо тебе не буде?
5. Я помру, тому що….
6. Я не помру, тому що...
7. Як ти живеш, коли ти дійсно живеш?

***Рекомендовані вправи***

*«Кришталева ваза»:* в центрі кола розташовується кришталева ваза.

Ведучий: «Ця кришталева ваза – посуд для ваших бажань, надій, сподівань, думок та почуттів. У нього ви можете покласти те, що для вас уявляється важливим і цінним. Це те, що ви дуже любите і те, що для вас найдорожче». Після цього ведучий миттєво неочікувано розбиває вазу. Важливо обговорити, що у цей момент відчули учасники, що їм забажалося зробити. Головне – сказати їм, що те, що вони пережили – це реальна модель стресу, реальна напруга, і те, що вони відчули – є реакцією на цей стрес.

*«Життя – Смерть»* – учасники групи пишуть на двох аркушах «життя» та «смерть». Потім роздають аркуші тим, кому більше підходить поняття «життя», а кому «смерть». Обговорюються конкретні почуття і ставлення до цих категорій.

*20 засобів виходу зі стресової ситуацій (групове обговорення).*

*Написати епітафію на себе*. Наприклад, групі пропонується обговорити питання про те, навіщо жити і що вдалося досягнути за

свій вік. Потім членам групи треба написати епітафію на «власній могилі». Особливістю є те, що робота ведеться не тільки зі змістом епітафії (хоча він є відображенням того, що про себе уявляє людина), а й із процесом її написання та читання.

*Заняття 5.* Зниження деструктивної конфліктності.

Мета заняття – усвідомлення власної конфліктності. Основними завданнями є:

– визначення та оволодіння конструктивними стратегіями поведінки у конфлікті;

– навчання засобами аналізу конфліктних ситуацій;

– пошук індивідуальних та групових стратегій трансформації деструктивної конфліктності у конструктивну.

**Рекомендовані вправи**

*«Острів»* – Уявіть собі, що ви пливете на пароплаві. Раптом ви зазнаєте аварії. Тепер Ви на острові, і найжахливіше те, що, крім Вас та тих, хто врятувався, на острові нікого немає. Щоб вижити протягом місяця, поки прийде рятувальний корабель, вам потрібно чимось харчуватися, ймовірно, Вам потрібно з'їсти свого товариша. Поміркуйте та обговорить, кого можна з'їсти.

*«Боротьба за вплив»* – група поділяється на три частини, одна з них є за своєю структурою низько організованим утворенням, інша, навпаки – високоорганізована група, в якій є внутрішній лад та ієрархічність стосунків. Третя частина уособлює в собі радників (мозок). Завдання: треба переманити на свій бік «богів». Перша та друга групи можуть звернутися за допомогою до радників, але приносячи у жертву одного з членів групи. Робота ведеться через аналіз процесу, почуттів та взаємостосунків.

*Заняття 6. Трансові переживання.*

Заняття передбачає формування здатності до рефлексії власних станів, таких, що є джерелом задоволення власних досягнень, «перемогою над собою»; стану катарсису в результаті «звільнення» від негативних емоцій (агресії, подразливості тощо)

Переживання таких станів є важливою потребою для особистості, фрустрація яких викликає стан незадоволеності, загального дискомфорту, який веде до зростання напруги. Важливо навчити членів групи

рефлексії цих станів для того, щоб не виникало фіксації на незадоволенні потреби в переживанні свого «Я».

Для проведення заняття доцільно застосовувати певні вправи.

### *Діалог із дзеркалом*

Кожному учаснику видається невелике дзеркало. Інструкція: «Запитай його: хто ти? Чекай відповіді. Подивись, як зміниться твоє обличчя, коли ти отримаєш відповідь. Запитай його: що ти справді бажаєш? Подивись, як зміниться твоє обличчя, коли ти отримаєш відповідь» тощо. Робота ведеться з образами, почуттями, думками, що виникли у процесі виконання вправи, так і після нього.

### *Картина на стіні*

Група «малює» на стіні картину у власному уявленні.

*Заняття 7*. Підсумкове.

Проводиться для закріплення навичок, отриманих у процесі тренінгу.

***Питання для обговорення:***

1. Що мені дали тренінги?
2. Чи задоволений я тим, що відбувалося?
3. Чи задоволений я собою?
4. Що важливого я отримав із тренінгів?
5. Життя після тренінгів.

На останньому занятті головне – створити умови для того, щоб учасники занять змогли надати один одному зворотний зв’язок з усього курсу групових занять. Це впроваджується формулою – дякую тобі (Ім’я), за те...

### *Реорієнтаційний тренінг*

Даний реорієнтаційний тренінг розроблений у методичних рекомендаціях «Соціально-психологічні аспекти суїцидальної поведінки» (Р. Середа, Ю. Легенька) на основі індивідуальної психології Альфреда Адлера, теорії оптимізму Мартіна Селігмана і соціально-когнітивної теорії Джуліана Роттера. В основу тренінгу встановлена ідея еутимної терапії. Еутимна терапія – вид поведінкової психотерапії, що ставить

собі за мету розвиток когнітивних і поведінкових стратегій отримання задоволення і досягнення гарного самопочуття (від грецького «eu», «euthenein» – добре, процвітати). Найчастіше використовується і добре себе зарекомендував метод еутимної терапії, що на сьогоднішній день називають **«тренінг насолоди»** (Ромек, 2003), матеріали якого використані в програмі. Крім того, використані матеріали книги Фопеля (2000).

### Етап І. Дослідження життєвого стилю особистості

***Техніка 1. З'ясування психологічних потреб***

Самогубство спирається в основному на душевний біль, головним джерелом якого є фрустровані психологічні потреби. Шнейдман (Шнейдман, 2001) розробив опитувальник із списком цих потреб для того, щоб мати нагоду прицільно опитувати обстежуваних, оцінюючи, який вплив надають різні потреби на їх відношення до себе і навколишньому світу. Він виділив 20 базових потреб людини. Значущість кожної з них оцінювалася числом балів так, щоб загальна сума всіх балів була рівна 100. Іншими словами, загальна кількість балів у всіх опитуваних є однаковою, а діагностичну інформацію можна витягнути з відмінностей між показниками значущості окремих потреб (у конкретної людини). Ці відмінності демонструють, яким чином потреби формують стиль (патерни) життя людини.

*Таблиця 3*

**Опитувальник психологічних потреб**

| **Потреба** | **бали** |
|---|---|
| **1** | **2** |
| 1. Самоприниження. Потреба пасивно підкорятися; поменшувати свою гідність. | |
| 2. Досягнення. Потреба справлятися з труднощами і перемагати. | |
| 3.Приналежність. Потреба належати, бути частиною групи людей, підтримувати дружбу. | |
| 4. Агресія. Потреба силою долати опір; прагнення до боротьби, бійки або нападу. | |
| 5. Автономія. Потреба бути незалежним і вільним; долати обмеження. | |

*Закінчення таблиці 3*

| 1 | 2 |
|---|---|
| 6. Протидія. Потреба відшкодовувати втрати за допомогою боротьби, повторних зусиль. | |
| 7. Захист. Потреба відстоювати себе у разі критики або звинувачень. | |
| 8. Пошана. Потреба в захопленні і підтримці, вихвалянні і наслідуванні. (лідера). | |
| 9. Домінування. Потреба контролювати, впливати і визначати поведінку інших; прагнення бути лідером. | |
| 10. Демонстративність. Потреба порушувати інтерес, привертати, захоплювати або розважати інших. | |
| 11. Уникнення небезпеки. Потреба уникати болю, поранень, хвороби і смерті. | |
| 12. Недоторканність. Потреба в захисті себе і свого психологічного простору. | |
| 13. Турбота. Потреба в забезпеченні інших їжею, допомогою, утіхою, захистом і вихованням | |
| 14. Порядок. Потреба в організованості і порядку в речах і думках. | |
| 15. Гра. Потреба в діях для задоволення, в пошуку задоволення ради нього самого. | |
| 16. Відкидання. Потреба у виключенні, вигнанні, видаленні від себе іншої людини. | |
| 17. Чуттєвість Потреба в естетичних і позитивних плотських переживаннях, в насолоді. | |
| 18. Уникнення сорому. Потреба сторонитися відчуттів приниження і сорому. | |
| 19. Отримання підтримки. Прагнення, щоб інша людина задовільняла значущі потреби, потреба бути улюбленим. | |
| 20. Розуміння. Потреба мати в своєму розпорядженні інформацію про те, що відбувається, розуміти, яким чином і із якої причини відбуваються події. | |

***Техніка 2. З'ясування значення суїциду***

В позитивній психотерапії (Пезешкиан, 1996) спроба суїциду розглядається як «завершення хворобливого розвитку». Під спробою суїциду мається на увазі не стільки прагнення до смерті, скільки

виклик навколишньому світу. Звичайно, можливо, що ця спроба закінчується смертю або всерйоз задумане самогубство не вдається.

Якщо поміркувати над тим, що означає «позбавити себе життя», то тут можна знайти і позитивні сторони Якщо людина «забирає» у себе життя, значить вона осягає життя, опановує його, вона пристосо- вує її до себе. Тут можливо новий початок. «Позбавити себе життя» – це здатність поставити своє життя під питання і змінити свої погляди на нього.

Опитувальник для клієнтів з суїцидальними тенденціями

1) «Я цього більше не винесу»; «Життя – це ілюзія»; «Все – гра уяви, химера, вигаданий мир»; «Хто навчився вмирати, перестає бути рабом», «Смерть – це ворота життя»; «Все позбавлено значення»

Чи можете ви пригадати ще які-небудь прислів'я і приказки, які близькі до вашої проблематики? Як ви відноситеся до цього?

2) Який засіб ви використовували, щоб піти з життя?

3) Ваше відчуття самоцінності ґрунтується переважно на вашій професійній діяльності?

4) У вашій професійній діяльності ви розчаровані, відчуваєте себе знехтуваним? Або до вас несправедливо відносяться на роботі?

5) Чи була ваша спроба самогубства викликом навколишньому світу? З якою метою?

6) Ви розказували кому-небудь про вашу спробу самогубства? Як зреагували ваш партнер і інші значущі для вас люди?

7) Які розчарування (чим, ким) передували вашій спробі самогуб- ства? Чи стояло за цим бажання любові, близькості і захищеності?

8) Чи долають вас думки про безнадійність і безглуздя життя? Що вас привело до таких думок і відчуттів?

9) Чи знаєте ви, які причини примушують людей інших культур- них традицій свідомо позбавляти себе життя (наприклад, харакірі в Японії, принесло себе в жертву в Індії)?

10) Чи хотіли ви покінчити з нестерпною для вас ситуацією (який?) або з життям взагалі?

11) Чи замислюєтеся ви про глобальні проблеми майбутнього всього людства (війна – мир, екологічна криза, світовий голод)?

12) Що для вас є значенням життя (стимулом, метою, мотивацією, життєвим планом, значенням хвороби і смерті, життя після смерті)?

13) Яка мета і плани є у вас в професійній діяльності, партнерських і сімейних відносинах, здоров'ї і суспільній сфері на найближчі 5 років? Які можливості для їх реалізації ви бачите?

***Техніка 3. Ранній спомин***

Ранні спогади використовуються для вивчення специфіки різних станів і синдромів, наприклад депресивного синдрому в різних вікових групах або ПТСР у учасників бойових дій. Приводимо інструкцію отримання раннього спомину, опубліковану в роботі Е. Сидоренко (Сидоренко, 2000).

За процедурою обстеження учасникам тренінгу пропонується дати письмовий виклад найпершого спомину. Підкреслюється значення наступних моментів:

– прагніть бути якомога більш конкретним;

– не давайте «оглядів», тобто спогадів про випадки, які повторювалися багато раз;

– не відмовляйтеся давати спомин, навіть якщо ви не абсолютно упевнені, що це дійсно трапилося з вами;

– включайте все, що пам'ятаєте, навіть те, що вам здається незначним;

– описуйте тільки те, що відноситься до віку до восьми років;

– описуйте відчуття, навіть якщо вони суперечливі;

– називайте імена присутніх в спомині людей;

– опишіть найяскравішу частину;

– опишіть те, що трапилося до і після цього, і відчуття, які в цей час виникали;

– спробуйте виказати здогадку з приводу мети своєї поведінки;

– вкажіть зразковий вік, до якого відноситься спомин.

Можна використовувати більш коротку інструкцію: людину просять розказати найперший спомин про яку-небудь подію. Пропонується, щоб це була одна подія, а не розповідь про серію подій. Після того, як клієнт зробить це, консультант може задати уточнюючі питання:

– Що ви відчували?

– Хто ще там був?

– Чи пам’ятаєте ви кольори, звуки і інші обставини цієї події?

Можна попросити розказати два ранні спомини про які-небудь одиничні події, які відбулися у віці до 8 років. Це могла бути будь-яка подія, яка «засіла» в голові і може бути викликаний перед «уявним поглядом». Спогади записуються на магнітофон, а пізніше переписуються на папір. Після запису кожного спомину випробовуваного просять:

– дати йому *назву;*

– виразити свої *відчуття* з приводу цієї події;

– внести будь-яку *зміну* в подію, що запам’яталася.

В подальшому аналізі використовується тільки та подія, яка клієнт пригадав першим.

Якісний контент-аналіз ранніх спогадів

Схема контент-аналізу ранніх спогадів складається з чотирьох етапів:

1. Аналіз змістовних категорій і висунення гіпотез.

2. Перевірка гіпотез.

3. Інсайт – збагнення формули життєвого стилю автора раннього спомину.

4. Дослідження формули разом з автором раннього спомину.

На першому етапі фіксуються змістовні категорії і висуваються гіпотези.

1. Присутні в спомині люди.

1.1. Мати.

1.2. Батько.

1.3. Брати і сестри.

1.4. Двоюрідні брати і сестри.

1.5. Бабусі, дідусі і решта родичів.

1.6. Сторонні, чужі люди: гості, друзі, сусіди і ін.

2. Тип події.

2.1. Небезпеки, нещасні випадки, тілесні і інші покарання.

2.2. Хвороби і смерть.

2.3. Провина, крадіжки, сексуальний досвід і ін.

2.4. Нові життєві ситуації.

3. Спосіб сприйняття ситуації суб'єктом.

3.1. Переважаючий вид чутливості.

3.2. Відчуття приналежності.

Важливо враховувати, чи використовується тільки займенник «я» або (і) займенник «ми»:

В цілому використовування займенника «ми» свідчить про більший розвиток соціального відчуття і співпраці, але багато що залежить від того, з ким «ми»: тільки з членами власної сім'ї або з більш широким громадянством.

3.3. Відчуття і емоції.

Спочатку стисло зупинимося на поглядах Адлера на емоційне життя взагалі. Йдеться принаймні про три основні ідеї:

А. Всі відчуття і емоції мають мету.

Б. Ціль відчуттів і емоцій відповідає загальній життєвій меті – вибраному нами стилю життя.

В. Відчуття, якими пройняті ранні спогади, допомагають нам утримувати емоційний тон, відповідний вибраному життєвому стилю.

Відчуття і емоції, описані суб'єктом, або хоча б побіжно згадані їм спогади є важливим засобом збагнення його життєвого стилю. Саме тому багато дослідників спеціально звертають увагу випробовуваних на необхідність і важливість опису відчуттів, навіть неясних, змішаних або уявних незначними. З другого боку, діагностично і те, чи включає суб'єкт опис емоцій за власною ініціативою чи ні. Це відображає його стиль в підході до проблем і задач, виявляє його інтерес до емоційної сторони життя, до своїх власних відчуттів і відчуттів інших людей. З цієї причини важливість опису відчуттів в пропонованій нами інструкції спеціально не підкреслюється.

На цьому завершується аналіз по змістовних категоріях – перший етап контент-аналізу ранніх спогадів.

**На другому етапі** пропонується прочитати всі гіпотези, записані на першому етапі, і викреслити ті з них, які спростовуються якими-небудь іншими елементами спомину.

**На третьому етапі** пропонується зосередитися зручним для себе способом і спробувати осягнути формули життєвого стилю автора спогадів. Спочатку краще працювати в режимі мозкового штурму – продукувати будь-які ідеї і записувати їх, не критикуючи.

Потім на основі аналізу цих ідей повинна бути виведений вигострена формула життєвого стилю, що починається із слів, запропонованих Адлером, наприклад: «Життя – це...» або: «Жити – означає...».

**Четвертий етап** аналізу – дослідження разом з автором ранніх спогадів тієї життєвої формули, яку склав консультант, тобто перехід від **діагностичної** задачі до **психотерапевтичної.**

Наступні етапи тренінгу проводяться в групі. Загальні поняття групової терапії, що включають процедуру знайомства, розминки, завершення роботи і т.д., висловлені на чолі

**Етап II. Постановка і узгодження мети**

Людям приносить велике задоволення відчуття успішного досягнення власної мети і мрій, як короткочасних, так і перспективних. Перешкодити цьому може декілька обставин.

По-перше, часто сама життєва мета неясна і туманна. Безцільність існування приводить до нудьги і апатії, пасивності і песимізму. Ясна і детальна постановка мети в цьому випадку саму по собі приносить деяке задоволення, особливо якщо виникає відчуття того, що власна мета важлива і іншим людям, що власні плани небайдужі іншим людям і підтримуються ними .

По-друге, дуже часто можна зустріти підміну мети засобами їх досягнення. Концентруючись на предметі, засобі досягнення мети (наприклад, автомобілі або квартирі), люди забувають про те, для чого їм цей предмет потрібен. Прив’язуючись до засобів досягнення мети, людина просто вимушена переживати неприємні почуття через недосяжності або псування предмету.

По-третє, часто мета ставиться на недосяжному рівні, що не дає людині одержувати задоволення від щоденного наближення до цієї мети. Порівнюючи свій стан з недосяжним ідеалом, людина концентрується на відмінності, яка існує між ним самим і ідеальним станом, легко знаходить цю відмінність і турбується. Для переформулювання

такого роду мети використовується широко відомий в поведінковій психотерапії (спочатку запропонований Ф. Скіннером) принцип «послідовного наближення до мети». Суть цього методу полягає в тому, що людину вчать концентруватися на маленьких кроках, що ведуть до досягнення мети, і забезпечувати самому собі підкріплення за виконання цих кроків.

По-четверте, часто замість того, щоб концентруватися на меті (тобто на задоволенні), люди концентруються на проблемах. Проблеми, таким чином, тьмарять мету, нагромаджуються в свідомості і затрудняють досягнення мети. Багато проблем, уявних нерозв'язними, на практиці легко усуваються, якщо увага концентрується на меті і пов'язаних з нею задоволеннях.

Задача цього етапу тренінгу полягає в тому, щоб навчити учасників формулювати позитивну і реалістичну мету і повідомляти про неї у відкритій формі, залучаючи оточуючих в досягнення власної мети. Далі учасники вчаться погоджувати власну мету з метою і бажаннями оточуючих.

***Вправа 1. «Розуміння мети»***

Сядьте, візьміть 4 листи паперу, олівець або ручку. Напишіть вгорі на першому листі: «Яка моя мета в житті?». Витратьте 2 хвилини, щоб відповісти на це питання. Пишіть все, що приходить вам в голову, яким би загальним, абстрактним або тривіальним написане не здавалося. Ви можете включити сюди особисту, сімейну, кар'єрну, соціальну, суспільну або духовну мету. Дайте собі ще 2 хвилини, щоб проглянути весь список і зробити доповнення і виправлення. Відкладіть перший лист вбік.

Візьміть другий лист і напишіть вгорі: «Як би я хотів провести наступні три роки?». Витратьте 2 хвилини, щоб відповісти на це питання. Витратьте ще 2 хвилини на те, щоб проглянути список. Це питання повинне допомогти вам виявити вашу мету більш виразно, ніж перший. Відкладіть вбік і цей список.

Щоб побачити свою мету з іншої точки зору, напишіть на третьому листі: «Якби я знав, що мені залишилося жити 6 місяців починаючи з сьогоднішнім днем, як би я їх прожив?». Це питання потрібне, щоб

виявити, що важливе для вас, але про що при цьому ви дотепер навіть не замислювалися. Знову витратьте на відповіді 2 хвилини і ще 2 хвилини на те, щоб перевірити список, і відкладете лист убік.

На четвертому листі випишіть 3 мети, які вважаєте найважливішими зі всіх перерахованих. Порівняйте всі чотири списки.

*Обговорення*

Чи є теми, що проходять червоною ниткою через всю різноманітність ваших бажань?

Чи не належить вся ваша мета до однієї категорії, наприклад соціальної або особистої?

Чи з'являється якась мета у всіх трьох перших списках?

Чи не відрізняється мета, яка ви вибрали як найважливіші, від решти перерахованих вами мети?

Доцільно, щоб тренер почав з розповіді про свою власну мету.

Вправа – 15 хв на одного учасника, обговорення – 5–7 хв на кожного учасника.

Хоча цей метод і не розкриває цілком неусвідомлену життєву мету, про яку говорив Адлер, він може допомогти вам зрозуміти взаємозв'язок між вашою метою і вашою повсякденною діяльністю. Корисно повторювати цю вправу кожні 6 місяців, щоб побачити, які зміни відбулися за цей час.

***Вправа 2. «Три бажання»***

Ви знайшли стару запечатану пляшку, викинуту хвилями на берег. Ви відкрили її, звідти з'явився джин і пообіцяв виконати три ваших бажання. Коли обдумуватимете, що загадати, пам'ятайте, що бажання повинні залишатися в межах людських можливостей. Вони повинні бути захоплюючими, але правдоподібними.

1. Напишіть ваші три бажання.

2. Виберіть одне, найважливіше для вас.

3. Напишіть про своє бажання чітко і детально як про головну життєву мету.

4. Що ви робите або збираєтеся зробити для досягнення цієї мети?

5. Які перешкоди для її досягнення?

6. Якщо хочете, повторіть пункти 3–5 для двох бажань, що залишилися.

*Обговорення*

Що ви відчували, коли писали про свою мету, приймаючи її всерйоз?

Чому?

Вправа – 20 хв на одного учасника, обговорення – 3–5 хв на кожного учасника.

***Вправа 3. «Пори року моєї душі»***

Не завжди свою мету ми ставимо усвідомлено. Іноді наша мета формується несвідомо, і лише після того, як ми щось зробимо, ми починаємо розуміти, що ж нам хотілося насправді.

Ми можемо багато чому навчитися у природи. Зокрема, саме в природі ми спостерігаємо відрадну постійність .Всі рослини і тварини проходять через цикл пір року. Зима дарує всім спокій, а комусь дає можливість померти. Весною життя знову прокидається. Влітку вона досягає свого повного розквіту, дозрівають плоди. Осінь дозволяє зібрати урожай, а потім природа вступає в наступний цикл становлення, зникнення і нового народження.

Якщо ми хочемо збирати урожай, то постійність зміни пір року повинна нас заспокоювати. Якщо ж ми прив’язуємося лише до мрій про цвітіння, то кругообіг пір року буде нас засмучувати. Так само і в нашому власному житті ми можемо досягати зрілості і пожинати плоди лише в тому випадку, якщо зрозуміємо і приймемо для себе, що багато що йде і змінюється, тим самим створюючи передумови виникнення нового.

Хай ця думка послужить вам початковою крапкою для роздумів. Візьміть лист паперу і складіть список приблизно з п’яти пунктів – перелік того, що у вашому житті відмирає, стає слабшим, втрачає свою значущість, відступає на другий план. Можливо, закінчуються і йдуть в минуле дружба, робота, шлюб. Можливо, змінюються внутрішня позиція або яке-небудь відчуття, ваша життєва філософія або політичні погляди. Зосередьтесь на тому, що змінюється, але при цьому не зникає зовсім.

Складіть ще один список (теж приблизно з п’яти пунктів) – перелік того, що знаходиться в самому початку, у стадії становлення, що поки що не стало повноцінною частиною вашого життя. Це може бути те, що тільки з’являється, або те, що знов повертається, стає все більш важливим і бажаним. Можливо, це нова дружба, або інтерес до кулінарії, або бажання подорожувати, що росте, що зароджується. Постарайтеся писати якомога більш конкретно, але укластися в 15 хв.

А зараз виберіть з другого списку той пункт, який вам особливо цікавий. Напишіть до нього невелике пояснення. Яка його передісторія, що саме зароджується? Що допомагає і що заважає його появі? Чи може це стати для вас важливою життєвою метою? Як ви можете на це налаштуватися? У вас є ще 15 хвилин на роздум.

*Обговорення*

Які відчуття викликають у вас ті явища, які втрачають свою значущість?

Як виглядатиме ваше життя, якщо те, що виникло, розвиватиметься далі?

Вправа – 30 хв на одного учасника, обговорення – 5–7 хв на кожного учасника.

***Вправа 4. «Бідність, багатство і Господь Бог»***

Іноді мета яснішає для нас завдяки екстремальним обставинам. Часом ми несвідомо влаштовуємо собі кризи для того, щоб пережити і усвідомити щось важливе.

Ця вправа дає можливість учасникам пережити екстремальні ситуації в уяві і уявити собі, до чого насправді можуть привести зміни, до яких вони неусвідомлено прагнуть.

Навіть коли наше життя протікає цілком благополучно, ми часом переживаємо неприємне почуття. Іноді це пов’язано з тим, що ми прагнемо реалізувати давно поставлену мету і забуваємо скорегувати її відповідно до того що відбуваються всередині наших змін.

Життя примушує нас більш докладно замислюватися над тим, що відбувається і піддавати нашу мету перегляду.

Спробуйте пережити в уяві декілька незвичайних ситуацій. Уявіть собі, що ви раптово впали в крайню потребу. Що ви робитимете? Що з

вашого майна ви схочете, хай навіть ціною величезних зусиль, зберегти? Які елементи вашого життєвого устрою ви схочете залишити незмінними і якою ціною? Які нові можливості відкриє для вас бідність? В чому може полягати ваш шанс? Опишіть, як ви діятимете в такій ситуації, як будете себе відчувати, про що думати (У вас є на це 10 хвилин).

А зараз уявіть собі, що вам дістався величезний спадок. Що це означатиме для вас? Що ви зробите перш за все? Які можливості це для вас відкриє? Напишіть, що ви будете в цій ситуації робити, які будуватимете плани. Для цього у вас є ще 10 хвилин.

І, нарешті, відрекомендуйте себе в ролі Бога. Що ви зміните, що нового створите, щоб зробити цей світ краще Протягом 10 хвилин записуйте те, що прийде вам в голову.

Тепер задумайтеся на якийсь час про те, що вам хочеться – можливо, вже давно, а може бути, лише з недавніх пір – змінити в своєму житті. Яка мета представляється вам важливими? Як ви могли б змінити свої життєві плани? Запишіть свої міркування.

*Обговорення*

В якій ситуації складніше всього знаходитися?

Чому?

Вправа – 30 хв на одного учасника, обговорення – 3–5 хв на кожного учасника.

***Вправа 5. «Вільний!»***

В цій вправі уявна екстремальна ситуація допоможе учасникам побачити нову мету, яка могла бути прихованою пеленою умовностей і застарілих ілюзій.

Зараз ви переживете щось подібне до шоку, і це, можливо, допоможе вам поглянути на своє життя по-новому. У кожного з нас є безліч бажань і цілей. Деякі з них ми усвідомлюємо і прагнемо їх задоволення. Про інші ми здогадуємося, проте вважаємо за краще залишати їх в напівтемряві. А частина наших бажань ховається, ймовірно, в найтемніших глибинах нашого несвідомого. Що відбудеться, якщо ми станемо більш ясно і чітко розуміти наші бажання і цілі?

Уявіть собі, що ви прийняли чарівну таблетку, яка на якийсь час усуває всі стримуючі чинники, засвоєні правила і моральні норми. Ви звільняєтеся від боязкості, нерішучості, тривожності, від внутрішньої цензури і будь-якого зовнішнього тиску. Дія чарівної таблетки продовжується протягом тижня.

Що ви робитимете весь цей час? Що ви говоритимете? Як виглядатиме ваше життя? Як ви будете себе відчувати? Напишіть, як би ви прожили цей тиждень. У вас є на це четверть години.

А зараз подумайте, могли б ви зробити щось з того, що ви записали, і без чарівної таблетки? До якої мети ви можете прагнути і без неї? Запишіть свої думки (5 хвилин).

*Обговорення*

Наскільки важливі для вас такі бажання, для виконання яких дійсно потрібна чарівна таблетка?

Вправа – 20 хв. на одного учасника, обговорення – 3–5 хв. на кожного учасника.

***Вправа 6. «Оголошення»***

Виконуючи цю вправу, учасники можуть сформулювати і промовити вголос ціль, яку вони вже усвідомили. Вони мають нагоду затвердитися в цій цілі і прийняти її як саме собою розуміюче.

У кожного з нас є мета, яку ми тримаємо в голові, в серці і в душі. Деякі з них служать нам своєрідними «алібі»-метою, насправді ми зовсім не хочемо їх здійснювати. Інша мета є амбівалентною («п’ятдесят на п’ятдесят»). Ми з рівною вірогідністю можемо як прагнути їх досягнення, так і уникати їх реалізації. Але є і така мета, яку ми дуже хотіли б здійснити.

До чого ви прагнете в своєму житті? Ви можете зараз написати оголошення про мету, яка для вас дуже важлива. Це можуть бути найрізноманітніші оголошення: покупка нерухомості або квартири, пропозиція робочих місць, обмін або «Різне». Ви можете написати оголошення про пошуку партнера, друга, дитини, консультанта, співробітника і т.п. або ж винайти абсолютно новий різновид оголошень.

Вказуйте кожного разу, що саме ви шукаєте, які ваші конкретні побажання і що ви готові запропонувати замість. Забезпечте тексти

оголошень своїми координатами. Де б ви хотіли опублікувати свої оголошення? Якщо вам не вдається підібрати відповідну газету або журнал, придумайте нові.

*Обговорення*

Чи легко було сформулювати те, що ви готові запропонувати замість бажаного?

Вправа – 30 хв. на одного учасника, обговорення – 3–5 хв. на кожного учасника.

***Вправа 7. «Чарівний магазин»***

Учасники можуть зосередитися на істотних для них життєвих цілях і за допомогою уяви усвідомити наступну закономірність, щоб придбати щось нове, нам завжди доводиться платити. Вправа побудована так, що учасники можуть надавати підтримку один одному. Умовою його проведення є достатньо близьке знайомство членів групи між собою.

Ця вправа дасть вам можливість подивитися на самих себе. Ви зможете виказати будь-яке бажання і, як в казці, зважити, чого це бажання буде вам коштувати.

Влаштуйтеся зручніше. Кілька разів глибоко вдихніть і видихніть і повністю розслабтеся.

Уявіть собі, що ви йдете по вузенькій стежині через ліс. Уявіть оточуючий вас ландшафт. Огляніться навколо. Похмурий або ясно в оточуючому вас лісі? Що ви чуєте? Які аромати ви відчуваєте? Що ще ви відчуваєте?

Раптово стежина повертає і виводить вас до якогось старого будинку. Вам стає цікаво, і ви заходите всередину. Стіни обладнані стелажами і висувними ящиками, як в дріб’язковому магазині. Всюди стоять скляні банки, коробки. Це дійсно старий магазин, причому чарівний.

Тепер уявіть собі, що ваш напарник (або терапевт) – продавець в цій лавці. Ласкаво просимо! Тут ви можете отримати все, що ви хочете від життя. Але є одне правило: за виконання кожного бажання ви повинні віддати що-небудь або від чогось відмовитися. Той, хто побажає скористатися чарівним магазином, може підійти до продавця і

сказати, чого він хоче. Продавець задасть вам тільки одне питання: «Що ти віддаси за це?» Ви повинні вирішити, чи готові ви віддати щонебудь і що саме це буде.

«Продавець» ніяк не коментує слова «покупця». Через деякий час до «продавця» зможе підійти наступний член групи.

*Обговорення*

Які труднощі виникли при виконанні цієї вправи?

Вправа – 30 хв. на одного учасника, обговорення – 3–5 хв. на кожного учасника.

***Вправа 8. «Перетворюємо проблеми в ланцюги»***

Ця вправа дає учасникам можливість скласти загальне уявлення про свої повсякденні проблеми і сформулювати найважливіші з них у вигляді мети.

Інструкцію до цієї вправи терапевт може роздати членам групи.

У кожного з нас є свої проблеми. Деякі з них ми повинні прийняти і жити з ними так, як можемо. Але на щастя, багато наших проблем можуть бути вирішено, якщо ми зможемо відрекомендувати їх для себе у вигляді мети, якої ми хотіли б досягти. Давайте спробуємо зробити це.

1. Складіть список проблем, які ви хотіли б якнайскоріше вирішити. Наступні питання допоможуть вам в цьому:

• Що я дійсно хочу робити, мати, чого хочу досягти?

• Що ще може принести мені задоволення?

• В яких сферах життя я хотів би удосконалити свої здібності?

• Що останнім часом займало мої думки, обтяжувало або сердило мене?

• На що я частіше всього скаржуся?

• Що створює мені більш всього турбот?

• Що примушує мене відчувати себе тривожно або напружено?

• Що дає можливість відчувати себе затишно?

• Що мене якнайбільше турбує?

• Що стало останнім часом мене дратувати?

• Що я хотів би змінити в моєму відношенні до самому себе?

• Що мені треба змінити в собі?

• На що у мене йде дуже багато часу?

• Що мені дуже складно робити?

• Від чого я швидко втомлююся?

• Як я міг би краще розподіляти свій час?

• Як я міг би розумніше витрачати свої гроші?

2. Тепер опишіть проблему, яку ви хотіли б вирішити перш за все. Відрекомендуйте її якомога більш об'єктивно.

3. Сформулюйте мету, яку ви могли б досягти. Що вам треба зробити для того, щоб ваша проблема перестала існувати або, принаймні, стала менш гострою?

*Обговорення*

Відповідь на які питання викликала найбільші складнощі? Як ви думаєте, чому?

Вправа – 30 хв. на одного учасника, обговорення – 3–5 хв. на кожного учасника.

***Вправа 9. «Сон про майбутнє»***

За допомогою направленої уяви учасники можуть інтуїтивно прояснити для себе свою мету, очікування і бажання.

Ми володіємо дивною здатністю по-різному сприймати час. Іноді нам здається, що рік пролітає як одна секунда, а буває і так, що секунди розтягуються на роки. Крім того, ми можемо в думках повертатися в минуле або, навпаки, заглядати в майбутнє. Цю вражаючу здатність можна використовувати для того, щоб прояснити для себе глибоко заховані бажання.

Сядьте зручніше і закрийте очі. Кілька разів вдихніть поглибше, і з кожним видихом хай вас покидають всі турботи, всі думки, вся напруга, що нагромадилася.

Тепер уявіть собі годинник – будь-який годинник з циферблатом і трьома стрілками: годинною, хвилинної і секундної. Тримайте його перед своїм внутрішнім поглядом, і хай вони показують який-небудь час. Спостерігайте за тим, як годинник починає йти вперед. Уявляйте собі у всіх деталях, як рухається секундна стрілка, що в цей час відбувається з хвилинною, як переміщається годинна. Дивіться на них уважно і спостерігайте за всіма трьома стрілками одночасно (30 с).

А зараз уявіть собі, що годинник поступово починає зникати і ви засинаєте. Ви знаходитесь якраз там, де вам легко заснути. Сон переносить вас в бажане майбутнє.

В цьому сні з'являються різні образи: одні з них видні цілком виразно, інші лише ледве помітні. Деякі з вас почують звуки, шорохи, слова... Хтось відчує запахи або ясно відчує свої рухи... Уважно подивіться, яку картину майбутнього представило вам ваше несвідоме. Пов'яжіть виниклі образи з вашими усвідомленими бажаннями.

Якщо цей сон про майбутнє раптом розтане або урветься, ви можете повернутися до картинки з годинником і знову постежити за стрілками. Це дозволить вам знов зосередитися. За ці декілька хвилин ви зможете пережити ті важливі події, на які сподіваєтеся в майбутньому (3–5 хвилин).

А зараз повертайтеся назад. Не поспішаючи розплющте очі, випряміться, потягніться.

*Обговорення*

Опишіть свій сон про майбутнє. При цьому ви можете доповнити його новими деталями, які прийдуть вам в голову.

Вправа – 15 хв. на одного учасника, обговорення – 5–7 хв. на кожного учасника.

***Вправа 10. «Карта майбутнього»***

Представлення свого майбутнього у вигляді карти місцевості дозволить учасникам більш чітко усвідомити свою мету. Метафоричний вираз мети у вигляді пунктів на карті, а шляхів їх досягнення у вигляді вулиць і доріг допомагає учасникам створити в уяві наочну картину свого майбутнього.

Після створення такої карти кожний зможе співвіднести мету між собою і зрозуміти, наскільки вони поєднуються один з одним, які перешкоди зустрічаються на шляху до них, які нові можливості відкриваються.

Накресліть карту свого майбутнього. Вашу глобальну мету позначте як пункти місцевості, в яких ви хотіли б опинитись. Позначте також проміжну велику і маленьку мету на шляху до них. Придумайте і напишіть назви для пунктів-мети, до яких ви прагнете в своєму

особистому і професійному житті. Намалюйте також вулиці і дороги, по яких ви йтимете. Як ви добиратиметеся до своєї мети? Найкоротшим або обхідним шляхом? Які перешкоди вам належить подолати? На яку допомогу ви можете розраховувати? Які місцевості вам доведеться перетнути на своєму шляху: квітучі і родючі краї, пустелі, глухі і покинуті місця? Чи будете ви прокладати дорогі і стежки наодинці або з ким-небудь? У вас є 30 хвилин.

*Обговорення*

Де знаходиться найважливіша мета?

Наскільки вони поєднуються один з одним?

Де вас підстерігають небезпеки?

Звідки ви черпатимете сили для того, щоб досягти бажаного?

Які відчуття викликає у вас ця картина?

Вправа – 30 хв. на одного учасника, обговорення – 10 хв. на кожного учасника.

***Вправа 11. «Верстові стовпи мого майбутнього»***

В цій вправі учасники складають список того, що їм хотілося б зробити в майбутньому, щоб упорядкувати свою мету. Перевага цього способу роботи полягає в тому, що він посилює відчуття спрямованості і безперервності життя.

Можна заглянути в своє майбутнє без жодної астрології. У кожного з вас є безліч надій і бажань. Деякі з них зможуть, ймовірно, втілитися в життя, іншим же судиться залишитися в царстві думок і уявлень.

Визначте, як далеко в майбутнє ви хочете заглянути. Можливо, вам цікаво побачити своє життя через рік або два, а може бути – через десять років?

Тепер подумайте, чого ви хочете досягти за цей час. Що ви хочете створити? Чому навчитися? Ким стати? Від чого ви хотіли б відмовитися або звільнитися?

Уявіть собі, що кожна важлива мета цього життєвого відрізка є верстовим стовпом на шляху життя, по якому ви йдете. Коли ви доходите до чергового верстового стовпа, ви можете сказати собі: «Це я вже зробив!» Вибирайте тільки таку мету, яка для вас позитивно

забарвлена і гідна того, щоб їх прагнути. Причому їх повинне бути не більше шести–восьми. Розставте їх в потрібній тимчасовій послідовності і позначте кожний верстовий стовп декількома ключовими словами.

*Обговорення*

Наскільки розумними представляється вам ваша мета на майбутнє?

Вправа – 20 хв. на одного учасника, обговорення – 3–5 хв. на кожного учасника.

***Вправа 12. «Очікування»***

Учасникам надається можливість поглянути не тільки на позитивні, але і на негативні припущення про себе і свого життя і видозмінити їх так, щоб вони стали продуктивними.

Наші думки про майбутнє нерідко дуже хаотичні. Ми повні надій і побоювань. Іноді наші страхи діють на нас дисциплінарно, але нерідко вони підштовхують нас до таких дій, які сприяють втіленню в життя наших таємних побоювань.

Зосередьтесь зараз на своїх усвідомлених і не зовсім усвідомлених очікуваннях і уявленнях про майбутнє. Зверніть увагу як на позитивні, так і на негативні очікування. В цьому випадку ви зможете краще відчути можливість контролю над своїми діями.

Складіть список найважливіших припущень про своє майбутнє життя. Що ви робитимете? Що з вами відбуватиметься? Записуйте все, що приходитиме вам в голову у будь-якому порядку. У вас є 10 хв.

А зараз зосередьте свою увага на негативних припущеннях. Перетворіть їх на позитивні очікування, щоб вони не збулися в своїй негативній формі. Наприклад, припущення «Я хворітиму» ви можете замінити на «Я зможу навчитися краще стежити за своїм здоров'ям». Запишіть ці нові позитивні очікування.

*Обговорення*

В двох–трьох пропозиціях виразите ті думки, які виникають у вас при погляді на ці переформульовані очікування.

Що ви про них думаєте?

Що ви відчуваєте?

Вправа – 10 хв. на одного учасника, обговорення – 5–7 хв. на кожного учасника.

***Вправа 13. «Веселка»***

Для багатьох учасників медитативне малювання, яким вони займатимуться в ході цієї вправи, є ідеальним способом усвідомлення важливої життєвої мети.

У нас є прекрасна можливість задуматися про майбутнє, визначити і осмислити важливі для нас цілі. Говорять, що на кінці веселки стоїть горщик із золотом, який кожному, хто його знайде, дарує щастя і багатство.

Уявіть собі вашу власну веселку, створену сонцем і дощем для того, щоб порадувати вас.

Хай ті крапки, де веселка спирається на горизонт, позначають ваш теперішній час і майбутнє. Уявіть, що в точці майбутнього вас чекає щось цінне і дуже бажане для вас, ідеально відповідне вам.

Намалюйте веселку, а там, де вона йде за горизонт, намалюйте мету, яка прийде вам в голову під час малювання. Зосередьтесь перш за все на веселці, на її кольорах, її вигині. Поки ви малюватимете, вам приходитимуть в голову різні думки, в пам'яті спливатиме різні цілі. Намалюйте майбутню мету на першому плані, усвідомлюючи, що вона може бути не єдиною важливою метою. Ви можете малювати її символічно, або реалістично, або суміщаючи обидва ці способи. На це відводиться 20 хвилин.

А зараз погляньте на свій малюнок і в думках уявіть собі відповіді на наступні питання:

• Як мені досягти своєї мети?

• Що залежить від мене, а що від інших?

• Які перешкоди можуть зустрітися на шляху?

• Від чого мені, можливо, доведеться відмовитися?

• Що я виграю?

• Хто, окрім мене, може отримати користь від досягнення цієї мети?

• Як я відношуся до цієї мети?

*Обговорення*

Чи вийшла у вас закінчена картина досягнення своєї мети?

Які були труднощі?

Вправа – 25 хв. на одного учасника, обговорення – 3–5 хв. на кожного учасника.

***Вправа 14. «Стріла»***

Ця вправа залучає несвідоме учасників до таємниці «прицілювання». Нерідко ми прагнемо своєї мети занадто різко або вибираємо невідповідне для їх досягнення час. Діючи в уяві, ми можемо усвідомити, що саме нам треба робити, щоб рухатися до своєї мети упевнено і зосереджено.

В житті нам часто потрібні зразки і моделі, які давали б уявлення про те, як можна жити і діяти. А за певних умов ми самі можемо бути для себе таким зразком. Можна навчитися у себе самого тому, як досягти мети.

Сядьте зручніше, зробіть декілька глибоких вдихів і видихів і дозвольте собі повністю розслабитися.

Закрийте очі і уявіть собі, що ви тримаєте в руках лук. Відчуйте ступнями і всіма м'язами ніг, як міцно ви стоїте на землі. Тримайте лук однією рукою, а тятиву з прикладеною до неї стрілою – іншою. Відчуйте, як напружуються м'язи рук, коли ви натягуєте тятиву.

А зараз постарайтеся ясно і виразно побачити що знаходиться попереду вас ціль. Зверніть увагу на те, як вказує на неї вістря стріли. Тепер лук натягнутий і повністю готовий до пострілу, стріла направлена точно на ціль. Відчуйте, скільки енергії сконцентровано в спокої зарядженого лука. Вам треба тільки відпустити стрілу, щоб ця енергія понесла її до цілі.

І ось стріла випущена. Стежте за її польотом і відчувайте її спрямованість до мети. Ніщо більше не існує для стріли – тільки ціль. Ніяких сумнівів, відхилень убік, ніяких відступів. Стріла летить бездоганно прямо і входить в середину цілі.

Спокійно і упевнено ви можете послати в ціль ще декілька стріл і, роблячи це, відчути направлену в одну крапку концентровану силу і рішучість.

Тепер повертайтеся назад і поволі розплющуйте очі.

*Обговорення*

Чи потрапили ви у вашу мету? Як ви думаєте, чому?

Вправа – 10 хв. на одного учасника, обговорення – 3–5 хв. на кожного учасника.

***Вправа 15. «Шлях до мети»***

Ця вправа допомагає учасникам намітити важливу мету і ні на крок не відступати з що веде до неї шляху, не дивлячись на всі перешкоди.

Іноді ми добре знаємо, чого ми хочемо, але нам не вистачає енергії для здійснення своїх намірів, для того, щоб протягом довгого часу докладати зусилля і не відступати, не дивлячись на виникаючі перешкоди і перешкоди.

Подумайте про найважливішу мету, що стоїть перед вами на поточному етапі життя, і коротко опишіть їх декількома ключовими словами. Спектр цієї мети може бути дуже широким: це може бути абстрактна і конкретна мета, складні і легкі, далекі і близькі. Вирішальне значення тут має те, що мета важлива для вас і ви дійсно хочете її досягти.

Тепер виберіть із списку ту мету, яка в дану хвилину вам ближче всього, яка вас якнайбільше привертає. Сядьте зручніше і закрийте очі. Зробіть декілька глибоких вдихів і видихів, і хай разом з повітрям, що видихається, вас покинуть всі турботи, думки, невідкладні справи, піде напруга. Зосередьтесь на вибраній меті.

Хай у вашій свідомості спливе картина або образ, символізуючий для вас цю мету. Це ваш особистий, індивідуальний символ, і образ може бути яким завгодно: природним об’єктом, тваринним, людиною, предметом.

Не розплющуючи очі, уявіть собі, що перед вами лежить довга і пряма стежка, на вершину пагорба. Над пагорбом ви бачите саме той образ, який символізує вашу мету. А по обох сторонах стежини ви відчуваєте присутність різних сил, які намагаються примусити вас зійти з шляху, перешкодити вам досягти вершини пагорба.

Ці сили можуть зробити буквально все, що схочуть. Не можуть вони лише одного – поруйнувати пряму як промінь стежину, злегка що світиться перед вами. Ці сили символізують різні відволікаючі ситуації, людей, менш важливу мету, негативні настрої. В їх розпорядженні є багато способів примусити вас відхилитися убік. Вони спробують позбавити вас мужності або чим-небудь спокусити. Вони приведуть безліч логічних доводів, що доводять, що далі йти немає

значення. Вони схочуть залякати вас або викликати у вас відчуття провини.

А ви можете відчути себе згустком ясної волі і неухильно йти вперед по стежці. Не поспішайте і давайте собі достатньо часу для того, щоб зрозуміти стратегію кожного «підбурництва спокою». Відчувайте напрям руху. Ви можете навіть обмінятися парою слів з кимось з тих, хто намагається відвернути вас, проте після цього знову продовжуйте свій шлях і відчувайте себе живою, спрямованою вперед волею.

Коли ви досягнете вершини горба, подивіться на той образ, який символізує вашу мету. Відчувайте його присутність, залишайтеся якийсь час поряд з ним і насолоджуйтеся його близькістю. Відчуйте, що означає для вас цей образ, прислухайтеся до того, що він вам зараз може сказати.

Тепер прийшов час дозволити всім цим образам зблякнути і відсунутися на другий план. Заберіть з собою те, що виявилося для вас важливим, і поступово повертайтеся назад. Розплющте очі, потягніться, випряміться.

*Обговорення*

Які сили хотіли примусити вас скрутити убік?

Вправа – 15 хв. на одного учасника, обговорення – 3–5 хв. на кожного учасника.

***Вправа 16. «Значення життя»***

Для учасників, які схильні думкам про самогубство, ця вправа дає прекрасну можливість прояснити мету свого існування. Учасники групи повинні бути близько знайомий один з одним і довіряти терапевту.

Сядьте прямо і зробіть декілька глибоких вдихів і видихів. Закрийте очі і зосередьтесь.

Уявіть собі старовинну порожню віллу, яка зараз порожня (в ній ніхто не живе). Огляньте цю будівлю. Пройдіться по всіх кімнатах, помилуйтеся старовинними меблями, світильниками, картинами і килимами.

Тепер підніміться по сходам на другий поверх, пройдіть через спальню. Зверніть увагу на фіолетову портьєру, трохи прикриваючи широкі дерев’яні двері. Відсуньте портьєру убік і відкрийте двері.

Зараз ви бачите другі сходи, запорошені в павутині. Очевидно, нею дуже давно ніхто не користувався. Поволі підніміться по сходах і відчиніть двері що знаходиться вгорі.

Ви опинилися в старій бібліотеці, наповненій світлом, що ллється з вікон і проникаючим крізь скляний дах. Спробуйте прочитати декілька назв книг. Раптом ви помічаєте, що в кутку кімнати сидить якась людина.

Він говорить спокійним, м'яким голосом: «Я чекав тебе». І звідкись з глибини душі до вас приходить відчуття, що ця людина володіє всіма знаннями світу і може відповісти на всі питання.

Ви наважуєтеся задати йому найважливіше питання: «Навіщо я прийшов в цей світ?» і в тиші чекаєте, що він вам відповість. Відповідь може прийти в словах, в жестах, в переданих телепатично думках або образах. Ви можете задати цій людині будь-які важливі для вас питання. А зараз подякуйте старому мудрецю і попрощайтеся з ним. Спустіться по сходам вниз, знову пройдіть по всіх кімнатах. Покиньте цю віллу і повертайтеся назад. Ви відчуваєте себе оновленим після цієї зустрічі. Потягніться, випряміться і розплющте очі.

*Обговорення*

Чи отримали ви відповідь на задане питання?

Чи готові ви поділитися їм з групою?

Вправа – 5 хв на одного учасника, обговорення – 3–5 хв на кожного учасника.

***Вправа 17. «Ціль що росте»***

Подумайте, будь ласка, про те, до чого ви прагнете, про ті стани, досягнення яких приносить (або може принести) вам задоволення.

Назвіть, будь ласка, чотири такі стани, скориставшись наступним асоціативним поряд:

1) Зимова мета – нікому не видна і рідко здійснюється, оскільки лежить глибоко в землі у вигляді зернятка. Може вирости в мету видну і красиву при відповідному відході і турботі.

2) Весняна мета – за даних умов вже проросла, але паросток ніжний і беззахисний, може бути легко затоптаний.

3) Літня мета – дозріла і квітне, квіти всім видні і очевидні, можуть бути і плоди.

4) Осіння мета – зріла і плодоносить, вимагає лише постійного поливу, квітнути і плодоносити при належному відході буде довгий.

Після нетривалої підготовки, в ході якої учасники формулюють свою мету на аркушах паперу, тренер пропонує кожному розказати групі про власну мету.

*Обговорення*

Чи можете ви сказати, що ця мета могла б бути привабливою і для вас самих?

Чи дійсно йдеться про мету або ми маємо справу із засобами?

Підготовка – 5 хв, вправа – 10 хв. на учасника, обговорення – 5–7 хв на кожного учасника.

*Домашнє завдання*

Прочитайте ще раз ваш інвентар мети і перевірте, чи не виявилася яка-небудь важлива для вас мета пропущеної і чи не включили ви в список мети що-небудь другорядне і неістотне.

***Вправа 18. «Оцінка мети»***

Будь ласка, прочитайте інформаційний листок «Критерії мети, що дає задоволення». **Критерії мети, що дає задоволення:**

– Концентруйтеся на задоволенні, а не на проблемі.

– Спочатку думайте про мету, потім шукайте засоби.

– Розділяйте глобальну мету на маленькі досяжні кроки.

– Ставте перед собою досяжну мету.

– Концентруйтеся на меті з максимальною свободою власних дій.

– При нагоді встановлюйте тимчасові і кількісні критерії досягнення мети.

Спробуйте, використовуючи цей аркуш, оцінити кожне ваше формулювання з попередньої вправи по шести критеріях. Використовуйте просто значки «+» і «-».

*Обговорення*

Чи згодні ви з перерахованими критеріями мети, що створює задоволення?

Чи можна відмовитися від деяких критеріїв? Можливо, ці критерії треба доповнити?

Як виглядає ваша мета стосовно цих критеріїв?

Вправа – 10 хв на учасника, обговорення – 5–7 хв на кожного учасника.

***Вправа 19. «Помилкова мета»***

Учасникам роздають бланки, на яких буде написана перераховані нижче цілі.

Спробуйте знайти помилки в приведених нижче формулюваннях цілях:

• Хочу іноземну машину
• Щоб чоловік менше пив
• Хочу жити окремо від батьків з улюбленим хлопцем
• Тиждень відпочити, і щоб мене ніхто не чіпав
• Хочу заміж
• Мені потрібен новий комп'ютер
• Не хочу працювати
• Навчитися грати на гітарі
• Хочу бути добрим фахівцем, і щоб все мене поважали
• Мені потрібна трикімнатна квартира
• Не хочу доглядати за хворою бабусею
• Мені терміново потрібно схуднути

*Обговорення*

Що легше – дотримувати або порушувати критерії? Чому це так?

Вправа – 20 хв, обговорення – 5–7 хв на кожного учасника.

***Вправа 20. «Зіпсована мета»***

Будь ласка, спробуйте переформулюйте власну мету так, щоб порушити якомога більшу кількість «критеріїв мети, що дає задоволення».

Учасників групи я попрошу допомогти кожному знайти таке формулювання, яке порушує якомога більшу кількість правил.

Вправа – 20 хв, обговорення – 5–7 хв на кожного учасника.

***Вправа 21. «Узгодження мети»***

Записи учасників, збережені після вправи «Ціль що росте» (впр. 17 цього етапу).

Ця вправа виконується в парах. Подивіться один на одного і виберіть людину, з якою ви могли б обговорити вашу ціль.

Ваша задача полягає в тому, щоб проінформувати один одного про свою мету і знайти можливі збіги.

Звичайно, не слід чекати повного збігу цілей. Наша задача в тому і полягає, щоб в обговоренні знайти такі речі, до яких ви обидва могли б прагнути.

Тепер я попрошу об'єднатися з найближчою парою. Обговоріть, будь ласка, цілі пар і ваша особисту ціль і спробуйте прийти до згоди щодо того, що вам учотирьох може приносити задоволення.

Один з представників кожної підгрупи розказує всій групі, яка злагоджена ціль є у його «четвірки». Учасники критично аналізують ціль з використанням «критеріїв мети, що дає задоволення».

*Обговорення*

Які труднощі виникли в процесі узгодження мети?

Чий опис злагодженої мети був найвдалішим?

Які правила важче всього дотримувати?

Вправа – 20 хв, обговорення – 5–7 хв на кожного учасника.

**Етап III. Переписана біографія**

У минулому багатьох учасників групи нерідко лежать не найрадісніші події, в яких при всьому бажанні важко знайти позитив, щоб йому порадіти. Часто погляд, «направлений в минуле», тьмарить радощі дня сьогоднішнього. Простій і для багато кого ефективна порада жити сьогоднішнім днем, витягуючи з минулого уроки і плануючи завтрашнє щасливе життя, нерідко виявляється важкоздійснюваним.

Допомогти послідувати цьому правилу повинні вправи, направлені на «примирення з минулим». Задача цих вправ полягає в тому, щоб перерозподілити відповідальність за минулі нещастя між собою і обставинами життя і узяти на себе самого відповідальність за сьогоднішнє життя і своє власне майбутнє. При цьому, звичайно, припаде на деякий час поглибитися в минуле. Але загальна мета при роботі з біографічним матеріалом все ж таки полягає в тому, щоб виявити і

реконструювати позитивні аспекти біографії, як би переписати її наново.

***Вправа 1. «Переписана автобіографія»***

За винятком окремих екстремальних випадків, біографія кожної людини включає як труднощі і нещастя, так і успіхи, радість і щастя. Наше завдання зараз полягає в тому, щоб розказати власну біографію, залишивши в ній тільки позитивні моменти, тобто такі події і обставини, які вам принесли задоволення, радість або інші приємні відчуття.

Будь ласка, описуйте ці відчуття якомога детальніше, використовуючи відчуття різних модальностей.

Учасники групи по черзі розказують підготовлені позитивні автобіографії.

*Обговорення*

Як вам здалося, що в почутих нами біографіях було найприємнішим?

Який момент особисто для вас став би найщасливішим?

Вправа – 20 хв на одного учасника, обговорення – 5–7 хв на кожного учасника.

***Вправа 2. «Проект біографії»***

Тепер, коли ми навели лад у минулому, спробуємо пофантазувати і заглянемо в наше позитивне майбутнє. Ми будемо повністю вільні в наших фантазіях і складемо кожний сам собі біографію на найближчі 5–10 років, включивши в неї всі наші мрії і плани, а також події і обставини, які напевно принесуть задоволення і радість.

Будь ласка, описуйте ці відчуття якомога детальніше, використовуючи відчуття різних модальностей.

Учасники групи по черзі розказують підготовлені біографії.

*Обговорення*

Як вам показалося, що в почутих нами біографіях було найприємнішим?

Який момент особисто для вас став би найщасливішим?

Вправа – 20 хв на одного учасника, обговорення – 5–7 хв на кожного учасника.

*Домашнє завдання*

Позитивні біографії пропонується доповнити новими позитивними подіями, які учасники можуть запозичити з почутих раніше розповідей.

***Вправа 3. «Щасливі моменти життя»***

Пригадайте, будь ласка, 2–3 щасливі моменти вашого життя, а також ті просторові і тимчасові рамки, в яких вас «застало» щастя.

Коротко запишіть на аркушах суть справи і опишіть ті предмети або обставини, які вам у зв'язку з цим запам'яталися.

Розкажіть, що з вами відбулося. Давайте спробуємо інсценувати цю подію.

Про які обставини вашого власного життя ви пригадали, спостерігаючи цю сценку? Які відчуття випробували?

Драматизація, особливо з використанням прийому «думки вголос» і виявленням ключових для щасливої події символів, може мати дуже велике значення для «примирення минулого і теперішнього часу».

Вправа – 20 хв на одного учасника, обговорення – 5–7 хв на кожного учасника.

***Вправа 4. «Мої успіхи і мої невдачі»***

Будь ласка, пригадайте про одну вашу невдачу і про один успіх. Байдуже, коли вони трапилися, недавно або ж дуже давно. Спробуйте розказати про них групі в оптимістичній манері.

Задача учасників групи – після завершення розповіді спробувати скоректувати його у бік більшого оптимізму.

*Обговорення*

Що заважає нам міркувати в оптимістичному стилі?

Які переваги і які недоліки має оптимізм?

Вправа – 5–7 хв на кожного учасника.

*Домашнє завдання*

Постарайтеся звертати увагу на те, в якому стилі оточуючі вас люди розказують про свої успіхи і свої невдачі. При необхідності

спробуйте втрутитися в розмову і скоректувати стиль розповіді на більш оптимістичний.

***Вправа 5. «Оптимістичний виступ»***

Будь ласка, зробіть трихвилинне повідомлення перед групою, в оптимістичній манері, на одну з наступних тем:

1. Перспективи виробництва автомобілів в Україні
2. Як припинити війни у всьому світі
3. Чи є життя на марсі?
4. Інструкція по користуванню районним жеком
5. Чи люблю я подорожувати?
6. Доля української освіти
7. Як стати щасливим?
8. Інтернет, його достоїнства і недоліки
9. Що б я зробив, якби став президентом
10. Чому мені потрібно в два рази підвищити зарплату
11. Новорічне поздоровлення
12. Щастя не купиш

Група після закінчення виступу дає зворотний зв'язок і виправляє помилки.

*Обговорення*

Що заважало виступати в оптимістичній манері?

Чи можливий стовідсотковий оптимізм? Відносно кого: себе самого або інших людей – простіше бути оптимістом?

Вправа – 5–10 хв на кожного учасника.

**Етап IV. Добре в поганому**

Як ми вчиняємо зі всякими «гидотами», які неминуче зустрічаються в нашому житті? Можна вчиняти по-різному. Можна повністю концентруватися на помилках і невдачах, образливих словах, несправедливості і злі, які, безумовно, є в сучасному світі. Цей спосіб поведінки з негативом дуже поширений в сучасному світі. Більш того, деякі люди до такого ступеня концентруються на негативному, що самі починають створювати негатив навкруги себе.

Але досвід показує, що в будь-якій негативній події або явищі завжди є щось позитивне. Залишивши без уваги банальний «наполовину порожній – наполовину повний стакан», концентруватимемося на простому прийомі, який не дозволяє псувати нам задоволення минулими і грядущими неприємностями.

Прийом полягає в тому, що в неприємній події, що трапилася або очікується, ми шукаємо позитивні моменти, образно уявляємо собі цей позитив і вживаємося в нього.

Не дивлячись на уявну простоту і ефективність прийом «Добре в поганому» вимагає все ж таки спеціального тренування.

Зіткнувшись з неприємними подіями або припускаючи, що вони можуть відбутися, подумайте про те, що в цих подіях може бути доброго, приємного, позитивного.

***Вправа 1. «Добре в поганому»***

Пригадайте про неприємну подію, яка відбулася з вами у минулому або якої можна чекати в майбутньому. Подумайте, що в цій події, може бути доброго, і розкажіть нам про це.

Я попрошу членів групи допомагати один одному у пошуках позитиву. Пропонуйте, будь ласка, будь-які варіанти, що приходять в голову.

*Обговорення*

Чи існують ситуації, при яких неможливо знайти позитивне в небажаних подіях?

Що заважає звертати увагу на позитивну?

Вправа – 10–15 хв на кожного учасника.

*Домашнє завдання*

Якщо у вашій присутності хто-небудь розказуватиме про негативні події, то спробуйте самі знайти в них позитивне і розкажіть про цей позитив партнеру по розмові. Звичайно, партнер чинитиме опір і оспорюватиме ваші слова. Будьте настирні і скажіть, що ви все ж таки залишаєтеся при своїй думці.

***Вправа 2. «Пошук якнайкращої альтернативи»***

Подумайте про подію, яка може трапитися в найближчому майбутньому і якої б ви не хотіли. Не варто думати про трагічні події, виберемо просто неприємне.

Розкажіть, будь ласка, про ваші побоювання групі і запропонуєте 4–5 якнайкращих альтернатив неприємним відчуттям, які можуть бути пов'язаний з цією подією.

Членів групи я попрошу допомогти один одному в пошуку якнайкращих альтернатив.

*Обговорення*

Що ви відчували, обдумуючи якнайкращі альтернативи?

Вправа – 10–15 хв на кожного учасника.

**Етап V. Прийняття похвали**

Багато чим з повсякденного життя відомі труднощі і неприємні відчуття, які виникають в мить, коли нас хвалять, особливо – хвалять публічно. Складність полягає навіть не в тому, щоб зуміти сказати: «Велике спасибі, було дуже приємно це почути», а в тому, що було неприємне почути саме похвалу.

Дивним чином публічне визнання заслуг і похвала підштовхують багато кого в сумніви і сором. Скромність, що помилково зрозуміла, примушує червоніти і ховати руки, заїкатися і виправдовуватися («та ні, що ви, це зовсім не так»).

Звичайно, не від всіх чути похвалу приємно в рівному ступені. Але що заважає насолодитися *заслуженою і щирою* похвалою і публічним визнанням?

Заважає невміння насолоджуватися позитивним. Учасникам тренінгу належить навчитися не тільки адекватно, без приниження і агресії, реагувати на похвалу, але і одержувати від похвали задоволення, радіти їй.

***Вправа 1. «Прийняття похвали. Вміння радіти компліментам»***

Виберіть кого-небудь з членів групи, кому б ви хотіли сказати комплімент, і скажіть, що вам в ньому подобається. Починайте із слів:

Мені в тобі подобається...

У тебе краще, ніж у мене, виходить...

Я тобі вдячний за те, що ти...

Зробіть невелику паузу, щоб партнер міг пережити ваш комплімент.

Вислуховуючи комплімент, повірте іншому, повторіть про себе його слова, починаючи таким чином:

Йому в мені подобається...

У мене краще, ніж у нього, виходить...

Він мені вдячний за моє...

Постарайтеся зосередитися на приємних відчуттях, які у вас викликає похвала, скажіть про ці відчуття партнеру.

*Обговорення*

Що ви відчували, коли говорили або одержували комплімент?

Як компліменти звичайно діють на людей?

Як вони подіяли на вас?

Чи можете ви пригадати випадок, коли вас несподівано похвалили?

Що ви відчуваєте, згадуючи про це?

Вправа – 5–7 хв на кожного учасника.

**Етап VI. Самопідкріплення**

Самопідкріплення (як і самоконтроль) – метод, досить широко використовується в рамках когнітивної поведінкової психотерапії. Деякі дослідники вважають самопідкріплення процедурою навіть більш дієвою, ніж підкріплення з боку психотерапевта або навколишнього світу. Як виявляється з назви, суть методу полягає в тому, що людина сама дає собі позитивне або негативне підкріплення кожного разу, коли їй вдається досягти деякої мети або вирішити життєву задачу.

Складність застосування методу полягає в тому, що в цьому випадку клієнт часто не здатний самостійно вибрати відповідні для нього підкріплення і навички самопідкріплення само по собі потребує тренуванні.

Тому процедури самопідкріплення часто передує модельна демонстрація самопідкріплення і тренування в самопідкріпленні у присутності терапевта з подальшими пробами в ролевій грі.

Іноді, коли виявляються істотні порушення самооцінки члена групи, самопідкріплення може виступати не як терапевтичний прийом, а як самостійна терапевтична мета. В цьому випадку формуванням нових способів самопідкріплення психотерапевт прагне внести істотні

зміни в механізми внутрішньої вербалізації, підвищити рівень ефективності, внести корекцію в рівень самоповаги клієнта.

Очікується, що самопідкріплення в зовнішній мові поступово інтеріоризується і стає звичним способом саморегуляції поведінки.

***Вправа 1. «Сам себе не похвалиш – ніхто не похвалить»***

В парах розкажіть про себе все найдобріше. Партнер допомагає знайти добре в собі. По моєму сигналу поміняєтеся ролями. Даю одну хвилину на розповідь про найдобрішу.

Розкажіть партнеру про свої успіхи і радощі за останній рік (місяць, тиждень, день, годину). Партнер може розпитувати, якщо його що-небудь зацікавить.

По моєму сигналу поміняєтеся ролями. Даю одну хвилину на розповідь про успіхи і радощі.

*Обговорення*

Що допомагало, а що заважало говорити про свої успіхи і радощі?

Вправа – 5 хв на одного учасника, обговорення – 5–7 хв на кожного учасника.

**Етап VII. Насолода в діях**

«Цеглинки» насолоди формують приємні образи, оперуючи з цими образами, люди вчаться одержувати насолоду від дій, з ним пов’язаних. Колекціонування сірникових коробок, плавання, спорт і танці можуть доставляти величезну насолоду при дотриманні вже названих критеріїв.

На початкових стадіях цього етапу складається «інвентар» різних дій, які приносять задоволення людям. Потім учасникам пропонується усвідомлено і цілеспрямовано використовувати ці заняття для отримання насолоди, концентруючись на приємних відчуттях.

На цьому етапі тренінгу сфера задоволення обмежується «суб’єкт-об’єктною (наочним) взаємодією», в мінімальному ступені залежним від настроїв і дій інших людей.

***Вправа 1. «Мені подобається»***

Будь ласка, подумайте і завершіть наступну незакінчену пропозицію:

Мені подобається... а багато людей не знають, яке від цього можна одержувати задоволення.

*Обговорення*

Чи зацікавили вас які-небудь задоволення?

В якій сфері переважно лежать задоволення учасників нашої групи: робота, подорожі, захоплення, спілкування, мистецтво?

Вправа – 5–7 хв на кожного учасника.

***Вправа 2. «Інтерв'ю в парах»***

Учасники будь-яким способом розбиваються на пари.

Розкажіть один одному про ті заняття, які вам приносять задоволення. Постарайтеся якомога докладніше описати відчуття, які ці заняття у вас викликають.

Спочатку один з вас розказуватиме про свої задоволення, партнер же постарається якомога докладніше розібратися у відчуттях і відчуттях іншого. Потім ви поміняєтеся ролями.

*Обговорення*

Будь ласка, розкажіть, що ви дізналися про задоволення партнера. Спробуйте виступити в ролі аналітика і розказати, з якої «цегли» складається задоволення від тих або інших занять партнера.

Вправа – 20 хв.

*Домашнє завдання*

До наступного заняття виберіть час для приносячих вам задоволення занять. Постарайтеся відвернутися від всіх думок, що заважають або відволікаючих, і повністю зосередитися на приємних відчуттях, що виникають в ході цього заняття. Якщо вам вдасться виділити особливо приємну «цеглинку» насолоди, зосередьтесь на ньому на деякий час, надайте йому особливу увагу.

Запишіть детально ваші відчуття від виконання цієї вправи.

На наступному занятті потрібно обов'язково уділити час аналізу виконання домашнього завдання і записів учасників.

***Вправа 3. «Моя улюблена робота»***

Ми зараз подумаємо про те, яка робота приносить нам задоволення. Розкажіть, будь ласка, групі, чи хочете ви працювати, на якій

посаді і наскільки інтенсивно? Можливо, ви хочете працювати зовсім мало і обмежитися лише невеликим доходом? Або ви хотіли б займатися тільки домашніми справами, щоб вас містив хто-небудь інший? Або ви взагалі не хочете працювати, оскільки у вас є така можливість?

Що у вашій (потенційної) роботі для вас особливо важливо? Що вам було потрібне б запропонувати, щоб питання зарплати перестало мати принципове значення?

Чи можете ви придумати таку посаду, при якій вам платили б гроші за ваші улюблені заняття?

Чи було так коли-небудь у вашому минулому?

Чи можна уявити собі, що таке може трапитися в майбутньому?

Вправа – 5–7 хв на кожного учасника.

Під «роботою» в цій вправі маються на увазі заняття, які дають кошти для існування, певний дохід. Якщо в групі опиняються безробітні, то обговорюється потенційно можливе заняття, яке дозволило б заробити гроші.

Мета роботи тренерської команди полягає в тому, щоб якомога тісніше пов'язати заняття, доставляючи задоволення, з «роботою», тобто знайти можливість одержувати гроші за заняття, доставляючі задоволення.

***Вправа 4. «Баланс реальний і бажаний»***

Учасникам роздають картки з двома кругами, розташованими один під іншим.

Перегніть картку на дві частини так, щоб вам був видний тільки один круг. Спробуйте на цьому крузі намалювати, в якому співвідношенні в даний час знаходяться ваша робота (професійна діяльність), робота по господарству і розваги (подорожі, відпочинок, захоплення).

Не слід обчислювати для цього співвідношення часу, який ви проводите на роботі і вдома. Використовуйте як орієнтир «психологічний час» – ваші внутрішні відчуття. Розділіть круг на відповідне основним заняттям число секторів так, щоб розмір сектора відповідав «психологічному простору», займаному цим видом діяльності.

Тепер переверніть картку і на чистому крузі намалюйте ідеальне для вас співвідношення різних видів діяльності.

Розкажіть, будь ласка, що ви зобразили на картці. Які розбіжності є між реальним і ідеальним станом речей?

Що можна зробити, щоб наблизити одне до іншого?

Від кого або від чого це залежить?

Терапевту потрібно запам'ятати або записати для себе учасників і сфери їх діяльності, по яких виявиться максимальна розбіжність.

Вправа – 5 хв на одного учасника, обговорення – 5–7 хв на кожного учасника.

***Вправа 5. «Хочу навчитися»***

Крок 1

Вправа будується по типу «Інтерв'ю в парах». Будь ласка, розкажіть про ті дії, які приносять задоволення іншим людям і яким вам хотілося б навчитися. Слухаючий партнер розпитуватиме і пропонуватиме варіанти того, як і де можна було б навчитися тому, що приноситиме задоволення.

По моєму сигналу ви поміняєтеся ролями.

Крок 2

Розкажіть групі про ті приємні заняття, яким може і хотів би навчитися ваш партнер. Запитайте партнера, коли він може це зробити (або почати процес навчання).

*Обговорення*

Що перешкоджає нам вчитися діям, які можуть приносити задоволення?

Вправа – 20 хв на одного учасника, обговорення – 5–7 хв на кожного учасника.

*Домашнє завдання*

До наступного заняття дізнайтесь, де вчать діям, які можуть приносити вам задоволення. Запишіть і принесіть з собою адресу, телефон, будь-які інші координати цих вчителів. Десь напевно є люди, які можуть навчити насолоді. Пошукайте їх. Не потрібно записувати адреси і координати людей, які учать страждати.

***Вправа 6. «Неприємні справи»***

По п’ять порожніх маленьких карток роздають кожному учаснику. Деяку кількість карток потрібно мати в запасі.

На зворотній стороні картки залишемо місце для рангів по наступних пунктах:

Ступінь неприємності _____

Легкість виконання _____

Необхідний час _____

Вправа – 20 хв, обговорення – 5–7 хв на кожного учасника.

На тих картках які ви маєте запишіть, будь ласка, ті неприємні справи, які вам необхідно зробити, невиконані обіцянки і неприємні, але необхідні зустрічі. Якщо п’яти карток не вистачить – можете взяти у мене ще.

Тепер, будь ласка, розташуйте перед собою картки так, щоб зліва від вас виявилися найнеприємніші речі, а справа – менш неприємні...

Занесіть, будь ласка, ранги – місця в отриманому ряді – на оборотну сторону картки.

(Так само відбувається ранжування по інших категоріях: зліва – нескладні у виконанні, справа – важкі справи, зліва – вимагаючі небагато часу, справа – вимагаючі багато часу.)

*Обговорення*

Давайте тепер виберемо картку, що має якнайменші ранги по ступеню неприємності і легкості виконання.

Що вам заважає завершити цю неприємну справу?

Коли ви зможете його завершити або як мінімум почати його завершення?

***Вправа 7. «Що мені приносить задоволення?»***

По десять порожніх маленьких карток роздає кожному учаснику. Деяку кількість карток потрібно мати в запасі.

На оборотній стороні картки залишемо місце для рангів по наступних пунктах:

Ступінь задоволення _____

Ступінь доступності для мене _____

Частота _____

Серед карток кожному учаснику видається одна, на якій вже написано: «Швидке завершення неприємної справи».

Вправа – 20 хв, обговорення – 5–7 хв на кожного учасника.

На картках напишіть, будь ласка, які заняття приносять вам задоволення. Будь ласка, заповніть всі картки.

Тепер, будь ласка, розташуйте перед собою картки так, щоб зліва від вас виявилися речі, які приносять вам максимальне задоволення, а справа – менш приємні...

Занесіть, будь ласка, ранги – місця в отриманому ряді – на оборот картки.

Подібним же чином відбувається ранжирування по інших категоріях (зліва – доступні, справа – труднодоступні; зліва – ті що рідко відбуваються, справа – ті що часто відбуваються).

Давайте тепер перевернемо картки і відберемо картки з малими рангами по чотирьох категоріях.

Чи можемо ми частіше займатися цими справами. Нерідко учасники групи із здивуванням знаходять, що у них достатньо часу для того, щоб насолоджуватися, але вони з різних причин не роблять цього. Має сенс розпитати їх, чому так відбувається.

**Етап VIII. Насолода в людях**

Нам живеться приємніше, якщо навкруги нас живуть і працюють приємні люди, які роблять приємні нам речі. Ми можемо істотно збільшити ступінь насолоди життям, якщо навчимося бачити в людях приємне. Близькі люди робитимуть нам більше добра, якщо ми говоритимемо їм приємні речі. Ми вільні бачити в людях як бридке і вульгарне, так і добре і миле, як позитивне, так і негативне.

В цьому розділі тренінгу ми вчимося бачити в навколишніх людях позитивне, говорити їм про це, відчувати симпатію до інших і самих викликати симпатію до себе.

***Вправа 1. «Мої улюблені...»***

Розкажіть, будь ласка, про ваші гарні відчуття по відношенню до ваших близьких і про ті якості або про ті дії, які ці гарні відчуття викликаються.

*Обговорення*

Чи було названо щось, що у вас викликає не задоволення, або, навпаки, – роздратування?

Чи існують універсальні способи принести задоволення?

Що приємно всім людям? Що приємно конкретній людині?

***Вправа 2. «Розмова»***

Як матеріал використовується ватман із записаними на ньому приємними речами з вправи «Мої улюблені…».

Кожний учасник вибирає партнера з числа членів групи, який може грати улюблену людину.

Розкажіть близькій людині про те, що вам в ньому подобається. По можливості якомога частіше використовуйте займенник «я» і точно описуйте позитивні відчуття, які виникають у вас у зв'язку з тими або іншими особливостями поведінки партнера.

*Обговорення*

Які труднощі виникли при виконанні цієї вправи?

Про що складніше говорити – про дії партнера або про власні відчуття у зв'язку з цими діями?

Вправа – 20 хв на одного учасника, обговорення – 5–7 хв на кожного учасника.

*Домашнє завдання*

До наступного заняття знайдіть час і скажіть близькій людині про те, які позитивні відчуття він у вас викликає і в якому зв'язку ці відчуття виникають.

***Вправа 3. «Добре в поганому-2»***

Тепер наша задача полягає в тому, щоб побачити добре в найнеприємнішій для вас людині.

Будь ласка, коротко опишіть цю людину, а потім розкажіть, що в ньому є доброго.

*Обговорення*

Чи можна знайти добре в найогидніших і мерзенних людях? Що в цьому може нам перешкодити?

Вправа – 20 хв. на одного учасника, обговорення – 5–7 хв на кожного учасника.

### *Запитання та завдання для самоперевірки*

1. Назвіть особливості проведення психодіагностики суїцидальної поведінки.
2. Охарактеризуйте психотерапію як метод корекції і превенції аутоагресивної поведінки.
3. Визначте, в чому полягає профілактика суїцидальної поведінки?
4. Дайте характеристику організаційним і правовим принципам надання допомоги суїцидентам.
5. Охарактеризуйте основні методи психокорекційної роботи з суїцидентами.
6. В чому полягає психопрофілактика та психокорекція суїцидальних тенденцій в учнівської молоді?
7. Назвіть техніки психологічної допомоги при суїциді.

# РОЗДІЛ 3
# НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ КЛІЄНТАМ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ У КРИЗОВИХ СТАНАХ

*Психологічна допомога клієнтам із психосоматичними розладами. Особливості консультування клієнтів з депресією. Робота психолога з клієнтами із розладами поведінки. Особливості роботи психолога з клієнтами, які переживають втрату. Психологічна допомога невиліковно хворим клієнтам. Особливості роботи психолога з клієнтами, що зазнали сексуального насилля. Надання допомоги клієнтам з алкогольною залежністю. Психоконсультативна допомога при суїцидальних намірах. Психологічна допомога людям, які пережили самогубство близьких.*

## 3.1. Психологічна допомога клієнтам із психосоматичними розладами

### *Клієнти із психосоматичними розладами*

Існує чимало спроб пояснити походження психосоматичних розладів. Майже всі вони так чи інакше пов’язані з психоаналітичним розумінням особистості, оскільки власне основи психосоматичної медицини в третьому десятилітті минулого століття формувалися під впливом психоаналізу. І сьогодні вплив психоаналізу на розуміння й лікування психосоматичних порушень великий. Тривалий час підкреслювалося значення особливостей особистості у виникненні психосоматичних порушень (наприклад, Dunbar описав «коронарну», «алергічну», «гіпертонічну», «ревматоїдну» та інші особистості). Пізніше вважали, що виникнення конкретних психосоматичних порушень передбачено стійкістю певних емоційних станів (один із основоположників психосоматичної медицини Weit-Isaker говорить, що злість, жорстокість зумовлюють виникнення хвороб серця; безсилля й залежність призводять до хвороб травного тракту, а сексуальна наруга – до порушення системи дихання і т. ін.).

Сьогодні учені схиляються до концепції багатофакторного патогенезу психосоматичних порушень і пояснюють їх не особистісною структурою, а специфічними психологічними, генетичними і соціаль-

ними факторами. Підкреслюється значення генетично заданих властивостей людини (у тому числі й психічних), підвищеної вразливості окремих органів (зумовлених родовими, соматичними захворюваннями і фізичними ушкодженнями в дитинстві та юності), взаємин у сім'ї, способів реагування особистості в критичних ситуаціях.

Іноді психосоматичні скарги людини здаються безпідставними і призводять до непорозумінь лікарів загальної практики, котрі в усьому схильні звинувачувати нерви. Однак найчастіше за цими скаргами приховані не вигадані, а реальні конфлікти, точніше кажучи, специфічна стійкість несприятливих стосунків. Як правило, люди намагаються припинити негативні взаємини. Психосоматичний клієнт поводиться інакше. Він роками може терпіти стосунки, які не лише не дають задоволення, а й виснажують, руйнують його особистість. Психосоматичним клієнтам не властиві мазохістські риси. Якби такі стосунки давали мазохістське задоволення, не виникали б психосоматичні симптоми. Толерантність до неблагополучних взаємин і природу психосоматичних симптомів можна пояснити стримуванням ворожості, агресивності, злості. Якщо, як правило, озлобленість спонукає людей до припинення стосунків, то психосоматична особистість вгамовує злість і породжує стосунки. Зовні така людина навіть не виглядає страждальною. Незрозуміло, чому проходить пригнічення злості, але відомо, що психосоматичні клієнти дуже чутливі до будь-яких проявів озлобленості в собі та інших.

*Завдання консультанта*

Найважливіше завдання консультанта в бесіді з психосоматичним клієнтом – допомогти йому виявити хоч частково приховану озлобленість. Але як це зробити? Деякі консультанти починають із запитання: «Ви нервові?», «Чи ви чутливі?». Можливі відповіді на ці запитання дають мало відомостей. Однак можна запитати і про конкретні проблеми. Запитати й намагатися проникнути в доступність концепції клієнта: «Схоже, що у вашому житті щось викликає заклопотаність?» або «Що відбувається у вашому житті, що в ньому змінилося, що стало іншим, ніж було раніше?». Питання мають бути спрямовані на повсякденне життя клієнта, на зміни в його роботі, сім'ї, у стосунках із близькими і друзями. Інколи на такі питання консультант чує відпо-

відь, яка нічого не означає: «Все добре». Це тільки відмовка, оскільки в житті кожної людини щось трапляється.

Одначе консультант не повинен заперечувати, а продовжувати запитувати клієнта про різні аспекти його життя: чим він займається на роботі, з ким працює, який його особистий внесок до загальної роботи, як він проводить вільний час, які взаємини в сім'ї? Не слід настирливо вимагати розповіді про конфлікти, негативні почуття, оскільки зі словника клієнта зникли відповідні поняття.

Консультант повинен не лише допомогти клієнтові усвідомити свою озлобленість, а й довести, наскільки вона негативно впливає на поведінку. Одні психосоматичні клієнти приємні, з усім погоджуються, і важко повірити в їхню ворожість. Інші не здатні відчути та й не відчувають ворожості навколо себе. Під час виникнення найменшої суперечки вони пасують. Якщо не можуть вийти із ситуації, то говорять собі, що ті, хто сперечається, жартують. Інші схильні виражати свою злість, але змінюють її справжній об'єкт.

Бесіда з психосоматичним клієнтом про озлобленість, як правило, важка і не завжди успішна, хоча вона дає змогу показати клієнтові, яка його життєва ситуація, як він придумує свою ворожість і як це пов'язано з його соматичними симптомами. Консультант повинен не лише допомогти клієнтові розпізнати в собі злобу, а й спонукати його до реакції у процесі консультування. Тому не дивно, що у випадку успішної роботи, зі справжнім об'єктом ворожості клієнта тимчасово стає консультант.

Ще одна суттєва причина складності консультування психосоматичної особистості – в «емоційній малограмотності», нездатності вербалізувати свої внутрішні переживання, недостатності символічного мислення. Комплекс подібних властивостей поруч із симптомами маскованої депресії був також знайдений в осіб, які перенесли посттравматичний стрес, і навіть у здорових.

Риси алекситимічної особистості є серйозною перешкодою в консультуванні й психотерапії. Найчастіше консультант спостерігає відмову цих клієнтів пов'язувати свої соматичні скарги з конфліктами в емоційній сфері, хоча часто психологічний контекст скарг очевидний.

Дуже складно допомогти людині психологічними методами, коли вона свої емоційні проблеми розуміє як соматичні. Такий клієнт говорить про різноманітні болі, багато мовчить, не виявляє ніякої мотивації до співробітництва, явно зорієнтований на лікування медиками, постійно змушує консультанта проявляти ініціативу. Монотонний, емоційно безбарвний стиль клієнта викликає в консультанта злість, тому що він відчуває себе загнаним у кут. Спроба активно залучати клієнта до емоційних стосунків збільшує в того неспокій через невміння вербалізувати почуття. Відповідний сплеск фізіологічних реакцій дає змогу клієнтові ще більше жалітися на соматичне недомагання.

Якщо клієнт – чітко виражений алекситимік, слід застосувати процедури консультування, які спрямовують не на конфронтацію, а на підтримку. Клієнта також слід підготувати до вербалізації своїх переживань. Для цього можна використати приклади емоційних слів і фантазій, аналіз різних емоційних ситуацій. Хоч така підготовка не завжди ефективна, вона деякою мірою допомагає усвідомити емоційні проблеми і вербалізувати їх.

## 3.2. Особливості консультування клієнтів з депресією

Насамперед депресія проявляється у зміні настрою. Людина стає сумною й похмурою, її пригнічують думки про своє невдале життя, пече гостре почуття провини. Вона втрачає смак до життя й здатність протидіяти труднощам, втрачає цікавість до речей, котрі раніше були привабливими. Сповільнюється і рухова активність, і процес мислення. Якщо депресія незначна, індивід ще може продовжувати працювати, виконувати повсякденні завдання, однак – усе це перестає давати йому задоволення. Людина стає байдужою до всього, годинами може сидіти біля телевізора і дивитися будь-що або просто лежати. Усе навколо вона бачить у «темному світлі».

Понижений настрій – один із найнеприємніших станів особистості, які часто виникають у різних життєвих ситуаціях і один із найважливіших симптомів більшості порушень психіки, а інколи домінуючий симптом (депресивний невроз, психози).

У консультуванні ми, як правило, маємо справу з так званою «реактивною депресією», котра виникає як реакція на події, що травмують життя (соматичні захворювання, конфлікти, інтимні проблеми, різні втрати, в тому числі смерть близької людини і т. ін.).

*Завдання консультанта*

Найяскравіша риса депресивної особистості – прагнення до самознищення. Під час депресії людина почуває себе втраченою для життя, стає дуже чутливою до всього, і це також зменшує самооцінку. Наприклад, суперечка з людиною, яка щось для неї значить, не більше, ніж епізод життя, здається кінцем світу; невдача під час іспиту сприймається як доказ абсолютної бездарності. Слід наголосити, що в стані депресії індивід вважає своє сприйняття світу єдино правильним, а періоди життя без депресії здаються йому ілюзією.

Людина у стані депресії зайнята лише собою, власними проблемами, своїм здоров'ям. Вона часто схильна говорити про симптоми, пов'язані з депресією, але не про саму депресію. Тому виражається стурбованість фізичним здоров'ям, безсонням, раннім пробудженням від сну, втратою апетиту, загальною втомою. Інколи скарги на порушення різних систем організму «маскують» депресію (випадки так званої «маскованої депресії»).

Консультантові слід пам'ятати, що депресія спотворює розуміння минулого. Людині здається, що в її минулому не було нічого доброго, ніякої ясності. Вона не пам'ятає моментів щастя, як здорова людина – моментів болю. Такий погляд на минуле впливає і на нинішню самооцінку. Більшість із них забувають випадки, коли в минулому їх супроводжував успіх, і не здатні вирізнити такі моменти в сьогоденні. До речі, депресія викриває судження і тих людей, у яких усе йде успішно. Консультантові слід звертати на це увагу клієнтів.

Під час виникнення депресії індивід, як правило, шукає контактів з іншими людьми, очікуючи від них допомоги. Проте почасти їхній пригнічений настрій зумовлює невдачі в міжособистісних стосунках.

Як наслідок, депресія підсилюється, оскільки індивідові здається, що оточення хоче його відштовхнути. У цьому він знаходить підтвердження нелюбові до себе. Так поступово припиняється пошук зв'язків з іншими людьми, проходить відчуження від них і примирення.

Охоплений депресією індивід відчуває безсилля й безнадійність, страждає мовчки, часто сердячись на себе і на інших.

Одним із наслідків депресивного стану – залежність від думки інших людей, особливо близьких. Людина перестає бути байдужою до того, що думають про неї інші. Залежність і чутливість до критики породжує невпевненість, а вона, у свою чергу, ще збільшує залежність. Коли депресивний клієнт звертається за допомогою, уся його поведінка програється в ситуації консультування. Клієнт добивається, щоб консультант узяв на себе відповідальність за його життя. Враховуючи, що в початковій стадії з депресованими клієнтами консультант повинен бути активнішим, зовсім не обов'язково брати на себе всю відповідальність за консультативний процес. Консультант справді не відповідає за вирішення проблем депресивного клієнта: ні за зміни в його житті, ні за рішення, які він приймає. У клієнта, котрий, нарешті, зрозуміє, що консультант не може і не збирається все робити за нього, наче маг чи турботливі батьки, виникає фрустрація, оскільки насправді він хоче більше, ніж допомоги. Депресивному клієнтові недостатньо, щоб консультант просто допоміг його самовизнанню. Йому хотілося б в особі консультанта мати мало що не замінника коханої людини. Коли, зрештою, бажання не задовольняються, клієнт, почасти, своє невдоволення виражає злістю.

*Завдання консультанта*

Загалом людина в стані депресії майже завжди відчуває деяку озлобленість, якою б пригніченою й нещасною вона не була. Наприклад, вона сердиться на померлого чоловіка (чи дружину) за те, що той помер і залишив її саму, постійно жаліється на погане ставлення до неї друзів і близьких. Тут виникає і деяке протиріччя – поява ворожості підсилює дискомфорт, тому що підвищеною є потреба в людях. Коли людина не насмілюється відверто висловити озлобленість, ворожість зростає й набирає форму самозвинувачення. Так утворюється зачароване коло, де поєднуються депресія й залежність, самовикриття й озлобленість. Недарма депресію інколи називають «перевернутою злобою» (Kennedy, 1977).

Тому переконувати клієнта, що все буде добре і не треба звертати увагу на дрібниці, тобто весь час підбадьорювати клієнта, радше,

шкідливо, ніж корисно. Така поведінка консультанта лише озлоблює йзагострює депресію.

Передусім консультантові слід з'ясувати, з якою депресією він має справу з проявами психотичного захворювання, із невротичною депресією чи просто з нормальною реакцією на сумні події. Депресію не слід плутати з іншими порушеннями. Інколи консультант приймає симптоми депресії за перевтому, фізичне чи психічне виснаження і рекомендує клієнтові більше відпочивати, спати, вживати вітаміни, поїхати в санаторій тощо. Однак у випадку депресії це мало допомагає.

*Завдання консультанта в роботі з депресивними клієнтами* двояке – підтримати клієнта і допомогти йому в психологічному поясненні труднощів. Сам факт, що консультант готовий «боротись» із депресією, зміцнює надію клієнта і нейтралізує відчай. Підтримка й розуміння зменшують страждання й переживання вини, допомагають відновити самоповагу. Коли клієнт бачить хоча б одну людину, яка розуміє й цінує його, то може змінити настанову у ставленні до оточення в позитивному напрямку. Для відновлення в клієнта віри у власні можливості потрібно звертати увагу на сфери, в яких він компетентний, і на його минулі досягнення. Важливо мобілізувати агресивні збудження клієнта, щоб він міг успішно боротися з життєвими випробуваннями.

Консультант повинен не чекати (це ще більше фруструє депресивного клієнта і поглиблює депресію), а активно розмовляти з клієнтом про його переживання й зовнішні обставини. Депресивний клієнт вимагає більшої активності, ніж інші, хто звертається. Краще, ніж звичайно, треба будувати консультативну бесіду, особливо на початковій стадії консультування. Потрібна тактика, зумовлена пасивністю клієнта, його небажанням самостійно аналізувати проблеми. Якщо консультант буде сидіти мовчки, він лише наголошуватиме нездатність клієнта до адекватного спілкування. Тому на початку консультування спеціаліст відчуває, що несе основну відповідальність за бесіду.

Інколи депресивний клієнт настільки пасивний, що дуже важко йому говорити про свої проблеми, тому з ним приходить супровідник. Хоч у консультуванні слід ухилятися від розмов за спиною клієнта, в

такому випадку отримання інформації від особи, що супроводжує клієнта, є виправданим.

Консультант повинен часто зустрічатися з депресивним клієнтом, особливо якщо в нього гостра депресія. Частота зустрічей може бути 2–3 рази в тиждень із поступовим їхнім зменшенням залежно від стану клієнта.

У процесі консультування потрібно переборювати залежність клієнта і спонукати його до більш активної ролі з кожною наступною зустріччю.

У випадках депресії, як правило, медики використовують лікування антидепресантами. Призначення ліків і дозування – це справа лікарів, проте консультант повинен знати, чи прийматиме його клієнт ліки і яка сила їхньої дії. Не слід давати поради клієнтові з вибору ліків чи доз, проте питання, які виникають, обов'язково слід обговорити з лікарем, який призначив ліки.

Консультант повинен знати про біологічні й психологічні схильності деяких людей до депресивних реакцій у кризових життєвих ситуаціях. У таких клієнтів стан депресії за неблагополучних обставин може повторюватися. Депресія, особливо та, що виникла внаслідок зовнішніх причин, зникає під час зміни життєвих умов.

## 3.3. Робота психолога з клієнтами з розладами поведінки

### *Клієнти, що плачуть*

Які особливості консультування клієнтів, що плачуть? Що робити: заспокоювати чи не реагувати на плач клієнта? Що являє собою плач клієнта під час консультації?

Консультантові слід знати, чому взагалі клієнт плаче під час консультування. Основна причина, звичайно, тягар проблем клієнта, його пригніченість, однак ця причина не єдина.

Більшість людей, особливо жінки, плачуть від злості. Тут заспокоювання нічого не допоможе. Тим, хто плаче від злості, просто треба дозволити виразити свої почуття. Інколи плачуть у стані фрустрації, а інколи від радості.

Сльози, як правило, заважають спілкуванню. Не є винятком і консультативні зустрічі. Чимало клієнтів, особливо жінок, хвилюються, розповідаючи про невирішені труднощі свого життя, трагедії, і не можуть говорити без сліз. Сльози є спогадами про складні ситуації й повернення до них.

*Завдання консультанта*

1. Більшість консультантів намагаються утримати клієнтів від плачу і спрямовують на це частину своїх зусиль. І тут виникає небезпека, що, намагаючись обминути переживання і не спровокувати сльози, можна пропустити важливі аспекти життя клієнта.

2. Інколи консультант почуває себе винуватим через сльози клієнта, вважає, що довів його до сліз, боїться бути звинуваченим у нечутливості, інакше кажучи, здатний брати на себе відповідальність за сльози.

Проте насправді не консультант доводить клієнтів до сліз, не він – причина життєвих труднощів і особистих проблем клієнтів. Клієнти плачуть через свої особисті справи, і консультант тут ні до чого. Клієнт почасти і починає, і перестає плакати без впливу консультанта. Коли помітно, що клієнт зараз почне плакати, треба зберегти спокій, почекати, поки він опанує себе. Часом, щоб узяти себе в руки, клієнт змінює тему бесіди на якийсь час, чого не слід заперечувати. Якщо ж клієнт усе ж таки розплакався, то треба дозволити йому плакати. У будь-якому випадку консультант повинен дати клієнтові змогу виплакатися.

3. Коли клієнт виплачеться, саме час починати розмову. Дозволити плакати – значно пристойніше, ніж відчувати обов’язок заспокоювати.

4. Не слід також намагатися надто співпереживати плачу, як матері, якій дуже хочеться втішити дитину. Таке бажання, як правило, має певний еротичний відтінок; не даремно сльози часто служать засобом маніпуляції в міжособистісних, особливо в інтимних ситуаціях.

5. Через неможливість достатньо зрозуміти клієнтів консультант інколи стає об’єктом їхніх маніпуляцій. Деякі консультанти свої зусилля з утримання клієнтів від плачу пояснюють тим, що розхвильований клієнт не здатний нормально говорити.

### *Клієнти, що переживають провину*

*Почуття провини*

Почуття провини допомагає зрозуміти різницю між тим, які ми є, і тим, які повинні бути. У чому ж суть цього почуття? Які дії консультанта при цьому?

1. Як правило, усім людям знайомі такі природні переживання людини, як тривога, самотність, свобода й відповідальність. Вони виникають за порушення індивідом значимих для нього норм моралі, зокрема, коли виникає почуття невиконаного обов'язку.

2. Переживання провини відбувається в ситуаціях, у яких людина не відмовляється від потрібної особистої відповідальності.

3. Розрізняють справжню, невротичну й екзистенціальну провини. Справжня провина виникає як наслідок усвідомлення гріхів. У такому випадку можлива й потрібна заслужена розплата. Невротична провина виникає через усвідомлення провинностей чи порушення заборон. Для невротичного почуття провини характерні перебільшення й нещирість.

4. При неврозах почуття провини ніби допомагає індивідові виправдатися перед собою та іншими. Він зовсім не намагається позбутися цього почуття і навіть енергійно чинить опір будь-яким намаганням зменшити його. Іноді в переживаннях провини проявляється навіть своєрідна демонстративність. Індивід спеціально принижує себе, тим самим вимагаючи схвалення своїх вчинків, тому боляче й вороже сприймає будь-яку сторонню критику, сердиться, коли хтось серйозно починає звертати увагу на його провину.

5. Однією з найважливіших причин виникнення невротичної провини є побоювання осуду, боязнь бути «демаскованим». Страх відмежовує велику різницю між «фасадом» збудженнями. Невротик з останніх сил захищає створений ним «фасад», тому що ця «фортеця» захищає від тривоги. За образом сильної людини невротична особистість намагається приховати свої слабкості, незахищеність, неспокій, нездатність боротися за себе. Ненавидячи ці властивості, невротик боїться їхнього викриття іншими людьми. Уникаючи відповідальності за своє життя і не бажаючи добиватися реалізації своїх намірів, він намагається «паразитувати» на оточення способом домінування чи з допомогою прихильності, любові чи покірності.

У такого індивідуума почуття провини й тривоги виникає одразу, як тільки звертається увага на його вимоги до оточення. Ці почуття надають невротичній особистості впевненості, що вона не буде осудженою, цим маскується справжня проблема.

Таким чином, почуття вини є не лише наслідком демаскування, а й способом психологічного захисту від страху. За фасадом провини збільшується почуття безпеки, а індивід провокує оточення на запевнення в його невинності. Крім того, почуття вини дає підстави вважати себе моральним і добросовісним. Тенденція до самообслуговування також охороняє від потреби змінюватися. Ще одна важлива функція невротичного почуття провини полягає в тому, що вона зменшує небезпеку звинувачення з боку інших, інколи безпечніше наперед узяти вину на себе.

Екзистенційна вина (недостатня самореалізація; обмеження зв'язків із близькими людьми; утрата зв'язку з Абсолютом) є позитивною силою в житті людини. Переживаючи екзистенційну вину, людина звільняється від згубного впливу невротичної вини.

Екзистенційної вини неможливо уникнути, тому важливо її усвідомити. Вона допомагає виховувати людяність і співчуття у стосунках з іншими, спонукає творчо реалізувати свої можливості.

*Завдання консультанта*

1. У психологічному консультуванні важливо вирішити, коли «гріховність» допомагає клієнтові усвідомити особисту відповідальність за власні вчинки і змінити поведінку в позитивному напрямку, коли, навпаки, заважає успішному вирішенню життєвих проблем.

2. Отже, не завжди консультант повинен поспіхом звільняти клієнта від почуття вини. Інколи слід допомогти пережити неминучу гріховність, що самою природою призначена людині.

3. У випадку справжньої провини важливо обговорити з клієнтом питання про її спокутування. Звільнення від невротичної провини передбачає усвідомлення її «сумнівності». Лише таким шляхом можливе очищення. У всіх випадках консультантові потрібне глибоке знання різних аспектів переживання вини.

## *Клієнти з істеричною поведінкою*

*Істерична особистість*

1. Істеричні особистості формуються в ранньому віці. Прикладом може бути дитина, яка добивається уваги батьків і постійно бачить у цьому невдачу.

Коли батьки ігнорують потреби дитини в увазі та любові, дитина починає драматизувати свої потреби. Чим більше «глухі» батьки, тим голосніше кричить дитина, бажаючи бути почутою. Для досягнення своєї мети вона використовує широкий спектр форм поведінки – від сліз до хвороби. Такі форми поведінки дорослих уважають істеричними.

Вони відрізняються переважанням потреби подобатися оточенню і прагненням подолати страх через те, що не вдається привернути до себе увагу. Це виявляється в невпинній активності, драматизації, брехливості, а іноді – відкрито сексуально провокувальній поведінці, у незримій і нереалістичній залежності від інших.

2. Істерики, намагаючись бути привабливими, задіюють безкінечно багато енергії й уявляють себе в найдраматичнішому світлі. Завдяки цьому вони стають цікавішими, ніж інші, клієнтами.

3. Вони «підкупляють» консультанта показною готовністю начебто говорити про свої переживання. Однак ці переживання, як правило, бувають художньо перебільшеними. Суть не в тому, що саме істерики говорять, а в їхній манері говорити.

4. Істерична особистість виявляється дуже цікавою й привабливою лише на перший погляд. На консультанта-початківця, як правило, мають вплив її швидкість реакції, манера мови, внутрішнє тепло. Робота з такими клієнтами не така легка, як спочатку здається. Проте істерики не такі вже емоційно багаті особистості, а їхні наміри у ставленні до консультування, на жаль, неоднозначні.

5. Істерична особистість, коли їй не вдається сподобатись оточенню, готова використати всі можливі маски й ролі, котрі, на її думку, допустимі. Так утрачається особистісна ідентичність, внутрішній стрижень, що створює відчуття «справжнього я», відбувається підміна реального життя інсценуваннями.

6. Істеричні клієнти в консультуванні намагаються скористатися своїми привабливими якостями, особливо з консультантом протилежної статі. Як правило, вони допомагають наданням контакту еротичного, сексуального забарвлення.

Однак така поведінка істеричної клієнтки (жінки) дещо специфічна, якщо консультант (чоловік) виявляє хоч незначний інтерес еротичного характеру, вона зразу ж відступає, пояснюючи, що зовсім інше мала на увазі. Істерична особистість насправді усвідомлює дії своєї поведінки, тому оточення часто почувається обдуреним. Між іншим, це традиційний стереотип поведінки істеричної особистості в житті. Така постійна відмова взяти на себе відповідальність за провокувальний флірт унеможливлює нормальні стосунки з особами протилежної статі. Істерична особистість лише справляє враження теплоти й легкості у спілкуванні. Насправді вона постійно відчуває проблеми в любовних стосунках й інтимних звичках.

7. Еротичний відтінок поведінки істеричної особистості зовсім не означає, що клієнтка жадає близькості – вона не знає, що робити з реальною інтимністю. Нереальні сигнали служать їй лише замінниками справжньої фізичної близькості. Істерична особистість постійно шукає любові, однак не вміє створювати справжні стосунки.

8. Ще одну особливість істеричної поведінки спостережено в консультуванні – уявлення себе в ролі безсильної й залежної істоти, яка жадає турботи й уваги з боку сильної фігури. Консультант у таких випадках намагається перетворити себе в замінника батька. Істеричній клієнтці по суті потрібний не коханий, а добрий батько. Ось чому вона шокована, побачивши відповідну реакцію на свою провокаційну поведінку. Уявлення себе в ролі дитини дуже характерне для істерика.

9. Слід відзначити, що у ставленні до осіб своєї статі істерична особистість часто антагоністична й схильна до суперництва: вона вбачає в інших жінках конкуренток у боротьбі за увагу оточення.

*Завдання консультанта*

Істерична особистість використовує різні форми психологічного захисту, котрі консультантові слід знати.

Істеричні особистості схильні до фантазування – лише в уявному світі вони отримують багато любові й уваги. Символічне задоволення

потреб більш прийнятне, оскільки майже не провокує приховане у підсвідомості. В істериків часто дійсність переплутана з фантазією – вони вірять у свої вигадки.

Для більшості істеричних клієнтів, особливо жінок, характерна тривала історія лікування в різних лікарів. Як відомо, при істеричному неврозі часто виникає феномен конверсії, за описом Freud. У цьому випадку внутрішній психологічний конфлікт виражається тілесним симптомом, який стає його символом. Тому істеричні особистості безперервно лікуються від різноманітних соматичних порушень. Як правило, конверсивні симптоми набувають форми втрати відчуттів: анестезія кінцівок, сліпота, глухота і т. ін. Більшість істеричних клієнтів під час консультування дуже емоційно розказують свій анамнез.

Говорячи про невротичні симптоми, важливо наголосити на вторинній вигоді для клієнта, яку він не усвідомлює або усвідомлює лише частково. Істеричні симптоми служать трьом основним цілям:

а) «карають» осіб, до яких клієнт відчуває ворожість;

б) допомагають клієнтові уникнути неприємних, здатних налякати, потенційно принизливих ситуацій;

в) допомагають викликати симпатію оточення чи звернути на себе увагу.

Тому часто виникає очевидність протиріччя між бажанням, висловленим клієнтом, і тим, про що говорять його симптоми. Це протиріччя викликає у консультанта підозру, що клієнт нещирий і симулює. Розібратися в ситуації консультантові допомагає його інтуїція, котру не слід ігнорувати. Покладаючись на інтуїцію, можна не лише ідентифікувати істеричних клієнтів, а й уникнути різноманітних пасток, прихованих у роботі з ними.

Поведінка істеричної особистості може спровокувати у консультанта контратаку. Тому консультант, працюючи з такими клієнтами, повинен постійно контролювати свої почуття. Істерики найчастіше звертаються з проблемами, пов’язаними із сімейними стосунками і сексуальним життям. Проблеми криються в необмеженні жертвувати собою стосовно будь-якого характеру.

Незважаючи на зовнішню сексапільність, більшість істеричних особистостей не здатні до нормальної сексуальної реалізації. Жінка, як

правило, скаржиться на фригідність, яка є реакцією на страх перед своєю сексуальністю. У чоловіків-істериків причинами можуть бути імпотенція й схильність до гомосексуалізму.

### *Обсесивні клієнти*

*Ознаки обсесивності*

Обсесивною особистістю називають людину з обсесивними або компульсивними рисами:

а) когнітивна ригідність – основа погляду на життя негнучкими формами, соціальними настановами або явно догматичний стиль мислення;

б) схильність до напруженої активної діяльності без розслаблення й відпочинку;

в) невпевненість у прийнятих рішеннях, відкладання рішень через боязнь помилитися;

г) постійна стурбованість, що без неї робота не може бути належно виконана;

д) викривлення дійсності, що проявляється в надмірній стурбованості з приводу непередбачуваних подій, на прикладі можливої хвороби. Обсесивна особистість вирізняється надмірною схильністю до контролю над оточенням. Вона остерігається зовнішнього світу і власних потреб.

**Обсесія** – постійне повторення небажаної нав'язливої думки, від якої неможливо позбутися зусиллям волі. Компульсія – нав'язливе спонукання виконувати яку-небудь дію чи серію дій. Серія нав'язливих дій має, як правило, ритуальний характер. Здійснення цих дій дає змогу індивідові уникнути нападів тривоги. Встановлено *три основні вияви обсесивно-компульсивного синдрому*:

1. Настирливість, не зумовлена ніякими раціональними потребами.

2. Нав'язливість через її чужість викликає дискомфорт або соматичні порушення.

3. Індивід розуміє патологічність нав'язливих думок і вчинків, проте не може протистояти.

Обсесивній особистості властиві відповідальні соціально цінні риси: старанність, надійність, самоконтроль, чесність. Freud, описуючи

особистість, схильну до обсесивних симптомів, указує на обов'язкову комбінацію трьох рис: педантичність, скупість, упертість, типові особливості стилю обсесивно-компульсивної особистості.

Людина обсесивного типу, відзначає Salrman (1968), «відчуває потребу контролювати себе і своє оточення, щоб угамувати почуття безсилля». Вірогідність власної некомпетенції, недостатньої поінформованості, нездатності зменшити ризик викликає сильну тривогу.

Нездатність до самоконтролю, а конкретніше до контролю своїх агресивних бажань, породжує несправжню слухняність чи, як переконує Storr (1980), схильність до тиранії у ставленні до інших. Надмірна слухняність призводить до знищення індивідуальності. У першому варіанті захисної реакції обсесивна особистість виявляє тенденцію до конформізму. Вона обирає залежність від людини, яка може підказати, як жити. Першість віддається безпеці, а не задоволенню життям. Такий клієнт, як правило, підкоряється консультанту і легко погоджується зі всіма його пропозиціями. Він постійно висловлює вдячність консультантові за допомогу і переживає через те, що може спричиняти йому незручності.

Іншим варіантом невдалого самоконтролю, як згадувалося, є схильність до домінування, придирлива критичність. Людина важко вживається, особливо в сім'ї. Неможливість повністю контролювати інших людей збуджує злість, котра в міжособистісних стосунках проявляється як ірраціональна тиранія. У консультуванні обсесивна особистість цього типу як самозахист використовує напад, наприклад, пояснює консультантові, що він повинен говорити, коментує його дії, робить зауваження з приводу його поведінки під час конкретної зустрічі або взагалі може прочитати «коротку лекцію» про консультування. Консультант відчуває пряму загрозу своїй професійній компетентності і, як правило, сердиться. Одначе досвідчений консультант розуміє психологічну реальність, приховану за такими діями. Клієнт не прагне образити консультанта, а намагається в такий спосіб узяти під контроль свою тривогу і захиститися від допомоги, котра може становити для нього не меншу небезпеку, ніж його проблеми.

Для обсесивного стилю характерне використання засобів деструктивного спілкування. Чимало обсесивних клієнтів у консультуванні беруть участь лише фізично, а психологічно ухиляються. Клієнт дивиться кудись убік, ледве чутно говорить, розгублено слухає. Така поведінка фруструє консультанта, як і мовчання, яке клієнт також використовує для уникнення від вирішення своїх проблем. У цих випадках консультант може дещо витончено виражати ворожість, наприклад, за допомогою питання: «Вам нічого мені сказати?» Інколи консультант ставить питання: «Про що ви думаєте, коли мовчите?». Це може наблизити до емоційної сфери обсесивного клієнта, котру безкінечно важко осягнути.

Обсесивна особистість щосили намагається не говорити про свої емоційні проблеми. Вона докладає надзвичайні зусилля, щоб приховати емоційні проблеми, але так лише демонструє їх. Клієнт постійно намагається контролювати консультативну бесіду, щоб уникнути емоційного контакту з консультантом. Тому бесіда стає хвилеподібною – як тільки консультант намагається проникнути до глибини, клієнт намагається викрутитися й звести його наміри нанівець. Якщо консультант відчуває, що перед його носом зачинилися двері, значить він наблизився до найсуттєвіших проблем клієнта. Намагання ухилитися від проникнення до свого внутрішнього світу виявляється в нахилі до інтелектуалізації. Пояснення й консультації обсесивний клієнт сприймає головою, а не серцем. Він багатослівний не для точного вираження своїх почуттів, а для відмежування від них. Розповідь такого клієнта переобтяжена деталями, він намагається нічого не пропустити у своїй розповіді, але все-таки не розкриває своєї особистості. Бесіди з обсесивними клієнтами, як правило, важкі й довготривалі.

Важливий підсвідомий внутрішній конфлікт обсесивної особистості – це боротьба між слухняністю й неслухняністю, між бажаннями й прагненням опиратись авторитетам.

*Завдання консультанта*

1. Консультантові слід розібратися в особливостях обсесивної особистості, щоб уникнути помилок у роботі з обсесивними клієнтами й розуміти власні реакції під час зустрічі з ними.

2. Для встановлення витісненого обсесивним клієнтом матеріалу інколи доцільне дослідження його слів. Допомагає також використання малюнкових тестів замість завдання розповісти про проблеми словами.

Обсесивні клієнти люблять приходити до консультанта з описом переліку своїх проблем чи зі списком запитань, котрі потрібно обговорити під час консультування.

3. Очевидно, це відображає бажання контролювати ситуацію консультування й ухилитися від прямого емоційного контакту з консультантом. Коли клієнтові не дозволяється користуватися наперед підготовленими текстами чи дотримуватися встановленого ним порядку запитань-відповідей, він розгублюється. Така поведінка консультанта є для нього сюрпризом, а обсесивна особистість не сприймає сюрпризів: спонтанність провокує в неї тривогу. Підготовка до зустрічі з консультантом спрямована на запобігання несподіванок, що можуть вивести з рівноваги. Консультант може запитати клієнта: «Чому ви приділяєте таку увагу підготовці до нашої зустрічі?». Відповідь клієнта може відкрити шлях у його внутрішній світ. І, звичайно, працюючи з обсесивними клієнтами, консультант сам не повинен користуватися допоміжними засобами (записами і т. ін.).

4. У роботі з обсесивними клієнтами перед консультантом стоїть подвійне завдання (Storr, 1980). По-перше, він повинен допомогти клієнтові висловити бажання, від яких той захищається. По-друге, сам консультант має бути людиною, здатною до експериментування, щоб клієнт міг потренуватися в зав’язуванні вільних від субординацій стосунків.

5. Якщо реакція консультанта на обсесивну особистість адекватна, психологічним захистом клієнта є зло. Таку відповідну реакцію слід розглядати не як результат своєї помилки, а як ознаку прогресу в роботі. Консультантові не слід згладжувати стосунки з клієнтом, котрий сердиться. Навпаки, потрібно дозволити йому висловити свої приховані почуття. Не слід заохочувати бажання клієнта негайно перестати злитися. Реальне консультування може розпочатися лише тоді, коли ми будемо крок за кроком пов’язувати злість клієнта з причинами, які її викликали, і відшукаємо суть специфічного стилю його

стосунків з іншими людьми. У цьому криється шанс хоч трохи звільнити обсесивного клієнта від тягаря невисловлених емоцій.

### *Клієнти з параноїчними розладами*

*Характеристика параноїчної особистості*

Характерна для параноїчної особистості схильність до підозріливості й егоцентричності характеризують основні параноїчні синдроми – *манію переслідування* й *манію величності*, що зумовлює нездатність до встановлення зв'язків з іншими людьми і соціальну відстороненість, а також відображає дифузність особистісної ідентичності, коли людині важко відрізнити, що належить до власної особистості, а що – ні.

Сутність маній переслідування полягає в підозрі оточення в злих намірах. Тому параноїк утрачає багато часу на виявлення «ворогів», котрі слідкують за ним, підслуховують його розмови і т. ін. Таким «ворогом» може стати як окрема людина, так і група людей. Із цією манією пов'язана й інша ревнивість, що дуже часто трапляється. Підозра одного з подружжя у зраді – дуже вагома підстава для параноїчних страхів.

**Манія величності** виявляється в приписуванні собі талантів і здібностей, попередньо не помічених. Параноїки такого типу, як правило, грають роль винахідників, роботи яких покликані вирішувати глобальні проблеми світу, або творців месіанських теорій, котрі здатні врятувати світ. Іноді параноя проявляється в еротоманії, коли людина думає, що вона закохана і намагається звабити особу протилежної статі.

Параноїк хоч і дуже жадає близькості з іншими людьми, проте боїться бути обманутим. Це і слугує головною причиною підозріливості. Отож, параноїк, боячись бути відштовхнутим, сам усіх відштовхує, що зумовлено його ворожістю.

*Завдання консультанта*

1. Консультант, зустрівшись із параноїчним клієнтом, повинен бути готовим до його недовір'я, ворожості. Такі клієнти постійно «перевіряють», наскільки можна довіряти консультантові. Недовір'я й ворожість дещо неприємні, а їх подолання є найважливішою умовою в роботі з параноїчними клієнтами. Насамперед консультант повинен

мати на увазі, що параноїки так поводяться зі всіма людьми. Відповідне розуміння допомагає консультантові зберегти самовладання, не використовувати надмірного захисту і не намагатися «перемогти» клієнта. Працюючи з параноїчними клієнтами, слід дотримуватися первинної дистанції, тому що надто швидке чи надміру глибоке «втручання» провокуватиме неприязнь.

2. Недосвідчений консультант може почати сперечатися з параноїком із приводу обґрунтованості його маній, намагаючись використати логічні аргументи. Дискусія недоцільна, оскільки для параноїчного клієнта недоступна мова логіки. У спілкуванні він користується паранояльними метафорами. Значно важливішим є сам факт існування манії й упевненість клієнта у своїй правоті. У будь-якому випадку консультант повинен пам'ятати, що він має справу не з манією, котру слід знищити, а з людиною, котра «породила» цю манію.

### ***Клієнти з шизоїдними розладами***

*Шизоїдна особистість*

Уперше термін *«шизофренія»* як назву хвороби людини використав відомий психіатр Euden Bleulerb (1911р.), який окреслив контури шизоїдної особистості за основними симптомами шизофренії. Найважливіші з них він описав відомою формулою «чотирьох А» (цит. за: Kennedy, 1977):

1. *Афективність*. У хворого шизофренією порушується емоційна сфера, його емоційне життя стає дуже бідним. Почасти емоційні реакції, неадекватні (наприклад сміх у розповіді про смерть близької людини), тобто емоційне переживання не відповідає змісту думок.

2. *Асоціативність*. Шизофренікам властива втрата логічної послідовності думок. На основі асоціацій, які вільно виникають, у них відбувається перестрибування від однієї думки до іншої. Спосіб мислення здається дивним і хаотичним, відповіді на запитання абсолютно неадекватні. Іноді асоціативні порушення можуть бути дуже тонкими і важкопомітними.

3. *Аутизм.* Мислення шизоїда надто суб'єктивне й егоцентричне. Він здається заглибленим у мрії й фантазії, які поступово підмінюють реальність. Почасти словам надається особливий зміст, і консультан-

тові важко зрозуміти, про що говорить клієнт. Такий індивідуальний словник свідчить про аутичність мислення.

4. *Амбівалентність.* Хоч більшість людей відчувають у тих чи інших ситуаціях, шизоїдна особистість амбівалентна майже у всьому. Вона переповнена суперечливими почуттями, поглядами у ставленні до інших людей і до своїх життєвих умов. Шизоїдні клієнти відчувають багато труднощів у стосунках з іншими людьми. Вони недовірливі, тому у них дуже мало або взагалі немає друзів. Інколи шизоїдні особистості зав'язують дружні стосунки з такими, як і вони, одначе такі стосунки не тривалі.

Шизоїдні клієнти бояться близькості, інтимності, тому що реакції інших людей викликають у них амбівалентні почуття. Від близькості вони захищаються, уникаючи будь-яких емоційних проявів у міжособистісних стосунках. Оскільки почуття важливі в житті людей, шизоїдна особистість балансує на грані переживання беззмістовності життя. Уникання близьких стосунків такі клієнти пояснюють тим, що такі стосунки їх виснажують, а також є обтяжуючими для оточення. «Збереження» себе у спілкуванні приводить до обережності і не дозволяє поводитися спонтанно. Виникнення настанови на уникання близьких міжособистісних зв'язків пояснюється (Storr, 1980) специфічною поведінкою батьків у дитинстві. Догляд за малюком відбирає у батьків багато фізичної й психічної енергії, і шизоїдні батьки, яким чужий світ дитини, її потреби, відчувають себе виснаженими. Як наслідок, дитина не отримує потрібної їй любові та розуміння. У неї формується впевненість, що любов можлива лише в уяві. Пізніше, у зрілому віці, емоційні стосунки сприймає не як взаємозбагачені, а як виснажливі, і найбільш безпечним виявляється ухилення від них.

Намагаючись поповнити дефіцит контактів із зовнішнім світом, шизоїдна особистість створює багатий уявний світ. Недоступність реальних стосунків і справжньої любові шизоїди компенсують в уяві, наділяючи себе величністю. Плоди уяви шизоїдна особистість намагається повернути до реальності. У міжособистісних стосунках це виражається позою вищості.

Шизоїдні індивіди можуть відчувати залежність від інших, враховуючи, що не здатні потурбуватися про себе чи влаштувати своє

життя. Почуття безсилля – одна з причин регресії таких клієнтів до примітивних форм пристосування до оточення. З іншого боку, шизоїдній особистості боляче почувати себе залежною, тому що це вражає її гордість.

Особливості шизоїдної особистості ускладнюють встановлення й підтримування з нею контакту. Консультант часто відчуває, як зазначила Storr (1980), що шизоїдів відрізняється «довжина хвиль». У стосунках із такими клієнтами дуже важлива зацікавленість і бажання допомогти, а не діагностичний підхід. За тяжкими порушеннями маскується унікальна людина, і навіть невелика частина простої людяності консультанта може дати непогані результати і полегшити страждання шизоїдного клієнта.

*Завдання консультанта*

Шизоїдна особистість є однією з найскладніших у роботі консультанта чи психолога, а найгірший її прояв – **шизофренія** – із найглибших і найсерйозніших порушень психіки.

Шизоїдні особистості потрапляють на психологічне консультування чи психотерапію з різних причин. Частіше причиною звернення є недовіра, що оточення здатне їх зрозуміти й допомогти, тому вони шукають допомоги у спеціалістів, від котрих очікують розуміння своїх проблем. Як правило, шизоїди жаліються на незмогу встановити й підтримувати стосунки, особливо з особами протилежної статі, на нездатність сконцентруватися й закінчити розпочату роботу, на поганий настрій. Консультантові слід розуміти ступінь ізоляції шизоїдного клієнта. Перший контакт повинен бути інтелектуальним. Шизоїдного клієнта легко налякати безпосереднім проникненням у його емоційне життя. Консультант також повинен мати на увазі протиріччя між бажанням клієнта бути з людьми й страхом перед оточенням. Поспішність в установленні близького контакту з клієнтом може спровокувати його втечу з консультації. Одначе, якщо консультант буде дуже нейтральним і надмірно віддалиться від клієнта, той може відчувати себе знехтуваним. Не слід забувати, що оптимальна дистанція у взаєминах – кращий вибір у роботі з шизоїдним клієнтом.

Консультант повинен пам’ятати, що в консультуванні шизоїдний клієнт поводиться, як і в інших життєвих ситуаціях, наприклад у сім’ї.

Ці клієнти часто намагаються, щоб люди, які їх оточують, відчували себе винними.

Коли клієнти говорять, що консультант ще більше заплутав їхні проблеми, це не проста констатація факту, а ймовірно психологічна маніпуляція. У консультанта провокується почуття провини в надії, що він розізлиться, і тоді клієнт отримає підтвердження неефективності його роботи.

### *Клієнти з асоціальною поведінкою*

*Асоціальність*

**Асоціальність** – один із найскладніших і важкопрогнозованих особистісних розладів, що виявляються через порушення поведінки. Соціопати погано соціалізовані, вони живуть заради задоволення своїх інстинктивних потреб, не звертаючи уваги на норми моралі, вимоги суспільства, тому схильні постійно порушувати правила й закони співіснування, незважаючи на можливі покарання.

Асоціальна особистість нетерпляча, зорієнтована на моментальне задоволення, керується безпосередніми потребами і не в змозі терпіти затримку в задоволенні потреб. Вона може вкрасти тому, що в певний момент не має при собі грошей чи просто не хоче займати себе отриманням бажаного законно. Від асоціальних дій не утримує і загроза кари. Через відсутність симпатії агресивним реакціям буває властива жорстокість, навіть садизм.

Асоціальну особистість не слід плутати з особою, яка поводиться асоціально через внутрішні невротичні конфлікти. Невротик переживає вину через свою поведінку, що абсолютно не властиво асоціальній особистості. Асоціальна особистість має схильність уникати відповідальності за небажану поведінку за рахунок раціоналізації і перекладати вину на інших (проекція). Тривале спілкування з такою людиною завжди викликає невдоволення.

Ознаки асоціальної поведінки можуть проявитися задовго до юнацтва, проте саме в юності асоціальність особливо помітна і проявляється в агресивності, безладній сексуальній поведінці й механічному погляді на секс, у схильності до вживання алкоголю й наркотиків.

Асоціальна особистість дивиться на інших людей, як на джерело небезпеки чи насолоди, не звертаючи уваги на їх безпеку, задоволення, зручності. Вона переживає власні потреби як невідкладні й невмолимі, відкладання реалізації яких чи заміна чимось іншим немислима. Задоволення потреб веде до розпусти, стану перенасичення, але не до переживання щастя з властивим йому почуттям підвищення самоповаги.

Асоціальна особистість не здатна встановлювати тісні міжособистісні взаємини. Дружба вимагає від людей якостей, які їй не властиві. Асоціальні індивіди можуть лише брати від інших, але нічим не хочуть жертвувати, і це породжує сімейні негаразди. Вони орієнтуються виключно на себе і не сприймають інших людей як таких, що мають права й почуття. Інші люди для них лише засіб для досягнення власних цілей.

*Завдання консультанта*

1. Консультант повинен знати, що асоціальна особистість – це не просто інша людина. Вона кардинально відрізняється від інших – ставленням до себе та людей, метою життя.

2. Асоціальна особистість нерідко паразитує на оточення, використовуючи свою зовнішню привабливість. Унаслідок наведених причин консультанту важко виявляти симпатію до таких клієнтів, а їхня нездатність встановити близькі й осмислені стосунки заважають отриманню користі від консультування й психотерапії. Одначе, беручи до уваги безмежну дріб'язковість почуттів асоціальної особистості, консультант не повинен поспішно звинувачувати себе, коли не вдасться налагодити з клієнтом емоційний контакт. Асоціальні особистості рідко потрапляють до консультанта за власним бажанням. Частіше їх направляє школа чи інші заклади, організації, тому консультантові слід з'ясувати причини приходу клієнта на консультування.

3. Установлювати контакт з асоціальними клієнтами дуже важко, тому що вони переносять свій повсякденний стиль життя й спілкування в консультуванні. Із самого початку консультування такі клієнти мають схильність обдурювати консультантів, особливо недосвідчених, своїм зовнішнім виглядом і обманною доброзичливістю, умінням підлеститися. Консультант, бажаючи допомогти, може перестаратися

й стати об’єктом маніпуляції клієнта. У цьому розумінні асоціальна особистість становить для консультанта певну небезпеку.

4. Працюючи з асоціальними клієнтами, консультантові важко в будь-який момент ідентифікувати свої почуття і покладатися на них, тому що це єдиний спосіб уникнути маніпуляцій клієнта і виконувати роботу, не звертаючи уваги на великі труднощі.

### *Особливості психоконсультування клієнтів з неадекватною поведінкою*

### *Клієнти з тривожною поведінкою*

Тривожність попереджує людину про небезпеку, загрозу і в цьому випадку має не меншу цінність, ніж біль. S. Freud визначає тривожність як сигнал Eqo, що попереджає індивідуум про наявність внутрішнього конфлікту.

Конфлікт, як правило, відбувається між неприйнятими підсвідомими імпульсами і психічними силами, спрямованими на стримування цих імпульсів.

**Тривожність** – це сигнал не лише попереджуючий, й захищаючий від конфліктів, тому що задіює механізми психологічного захисту.

Тривожність уподібнюється зі страхом (S. Freud навіть ототожнює це становище, використовуючи єдине поняття «Anqst»), так в обох випадках виявляється реакція на небезпеку.

Тривожність інтропсихічна, тобто зумовлена внутрішньо і пов’язується із зовнішніми об’єктами лише тією мірою, в якій вони стимулюють внутрішні конфлікти.

Звичайно, тривожність, на відміну від страху, є реакцією на уявну, невідому загрозу. До основи тривожності завжди покладено внутрішні конфлікти особистості. Для тривожності також характерна пролонгованість, тобто їй властиво розтягуватись у часі, постійно повторюватись або ставати неперервною.

Під фізіологічним кутом зору тривожність є реактивним станом. Вона викриває фізіологічні зміни, готуючи організм до боротьби – відступу або опору. Під час тривожності збуджується серцево-судинна система (збільшується ритм серця, підвищується тиск), а діяльність травного тракту пригнічується (зменшується активність секрецій й

перистальтики). Кров із травного тракту «переходить» до м'язової системи, тобто організм готується до активної діяльності. *Тривожність виявляється на трьох рівнях*:

1. Нейроендокринологічному (продукція адреналіну – епінефрін).

2. Психічному (невизначені побоювання).

3. Соматичному або моторно-вісцеральному (фізіологічні реакції різних систем організму на збільшення продукції епінефріна):

а) дерматологічні реакції (шкіряні роз'ятрювання);

б) реакція серцево-судинної системи (тахікардія, збільшення систолічного тиску);

в) реакція травного тракту (приглушення діяльності слинних залоз – сухість у роті, неприємний присмак, анорексія, пронос, запор і т. ін.);

г) реакція дихальної системи (гіпервентиляція);

ґ) генітально-уринальні реакції (збільшене сечоспускання, порушення в менструальному циклі, біль в області таза, фригідність, імпотенція);

д) вазомоторні реакції (потовиділення, почервоніння);

є) реакції скелетно-м'язової системи (головні болі, болі в потилиці, артальгії).

Широкий спектр фізіологічних реакцій, пов'язаних із тривожністю, пояснює, чому її тривалий перебіг викликає психосоматичні розлади, а саме стан тривожності почасти «маскується» скаргами соматичного характеру. Такі клієнти, як правило, спочатку потрапляють не до психолога, а до лікаря (психотерапевта).

Кожен із нас, особливо у стресових ситуаціях, переживає тривожність. Однак для більшості людей це тимчасовий стан, який вони переборюють. У консультуванні ми маємо справу з клієнтами, для яких тривожність є важким станом, що часто супроводжується неприємними фізичними відчуттями. Психологічно такий клієнт відчуває, що з ним «відбувається щось не те», але ж не може конкретизувати свої недомагання і не знає, коли і де з ним знову трапиться така трагедія. Людина постійно відчуває тривожність, живе ніби під темним небом і не може перебороти напругу ні зусиллями своєї волі, ні за допомогою рідних. У такому стані клієнти, як правило, потрапляють до психолога-консультанта. Іноді цей стан полегшується сам по собі, іноді дуже часто загострюється й обтяжується. Невизначена

тривожність особливо пригнічується несприятливими життєвими обставинами, коли існує постійна загроза соціальному становищу або фінансовому благополуччю і т. ін. Соціальна сфера, життєві умови не так безпосередньо породжують внутрішні конфлікти, як постійно сприяють їхньому виявленню повною силою.

*Завдання консультанта*

Робота консультанта з клієнтом, який звернувся у зв'язку з постійною тривожністю, втомлюваністю, є складною, тому що клієнтові важко пояснити, які проблеми приховані за таким виснажливим переживанням. Консультант повинен вміти побачити різні «сторони» тривожності, оскільки тривожність часто не проявляється безпосередньо, а «перетворюється».

Одна з найчастіших «маскувань» тривожності – перейменування. «Я збуджений; я в напрузі; у мене слабкість; я боюсь; мені смутно; я постійно просинаюся вночі; я не відчуваю» себе самим собою – клієнти говорять десятки слів і виразів для визначення стану тривожності.

Дуже часто тривожність виражається соматичними симптомами. Більшість клієнтів пов'язують їх зі спеціальними ситуаціями, що спонукають тривожність. Проте неправильно називати такі симптоми «функціонувальними», «на нервовому ґрунті» тощо, оскільки клієнт відчуває себе ніби винним у ситуації, скаржиться на щось фіктивне, у зв'язку з цим звертаються до заперечення і до інших явищ психологічного захисту. Іноді соматичні скарги є простим способом заявити про свою тривожність. Наприклад, коли клієнт скаржиться на головний біль у присутності дружини, консультант повинен з'ясувати проблему: «Здається, Ви хочете мені сказати, що в присутності дружини через якісь обставини нервуєтесь і Ваша тривожність виявляється головним болем. Якщо нам удається дізнатися, що викликає у Вас тривожність, ми зможемо побороти цей головний біль». Подібна тактика значно краща, ніж пряме підтвердження: «У Вас головний біль на нервовому ґрунті». Соматичні симптоми не обов'язково виникають внаслідок тривожності – часто вони просто заміщають тривожність.

Інколи тривожність маскується відповідними діями. Увесь спектр нав'язливих дій – від стукання пальцями по столу, крутіння ґудзиків,

надокучливого моргання очима, чухання й переїдання, надмірне пияцтво або куріння, нав'язлива потреба купувати речі – може означати тривожність, пов'язану з конфліктною життєвою ситуацією.

Тривожність також почасти приховується за іншими емоціями. Дратівливість, агресивність може бути реакцією на тривожну ситуацію. Деякі клієнти самі пояснюють, що коли вони починають відчувати напругу, то стають саркастичними, в'їдливими, важкими у спілкуванні. Інші клієнти стверджують, що в таких ситуаціях, навпаки, стають холодними, стриманими, неговіркими. Інший тип реакцій часто виявляє внутрішній конфлікт між безсиллям й агресивністю, і цей конфлікт паралізує активність. Якщо ми стикаємося з такими клієнтами, їхнє завдання викликає дратівливість і злість, але ж одночасно дає змогу отримати ключ до розуміння проблем, що доводиться вирішувати, бо навколо клієнтів люди відчувають потрібні відчуття, розмовляючи з ними.

Багатослів'я – також спосіб маскування тривожності. Так клієнт намагається приховати власну тривожність і «озброїти» консультанта. Словесний потік не потрібно зупиняти, а лише звернути увагу на приховану за ним тривожність. Неперервна розмова – це своєрідна форма самозахисту, яку не варто одразу ламати.

Консультант крізь призму власних почуттів повинен проаналізувати мотиви багатослів'я, маючи на увазі, що в повсякденному житті клієнт так само набридає навколишнім марними розмовами, прагнучи приховати свою тривожність.

Деякі клієнти, щоб приховати свою тривожність і стримати активність консультанта, постійно перебивають його, що помітно фруструє консультанта. Однак більшість клієнтів не здатні його «переривати», і консультант легко опановує ситуацію. Важко в тих випадках, коли насправді клієнт небагатослівний і не хоче заповнити фразами паузи, але ж зразу перебиває консультанта, коли той починає говорити. Навіть якщо консультант хоче заперечити, такий клієнт не зупиняється, ніби не чує його слів. Консультантові тоді не слід вступати в суперечку, а різко зупинити клієнта і вказати на недопустимість такої поведінки. Бажання перебивати консультанта може бути зумовлено не повністю усвідомленим страхом перед будь-яким

запитанням чи висловлюванням. Іноді варто прямо запитати, чи розуміє клієнт, що робить. Пряме запитання допоможе клієнтові зрозуміти спосіб своєї поведінки в стані тривожності. Така категорія клієнтів захищається від тривожності парадоксальним шляхом. Вони з демонстративною відкритістю розповідають про свої справи і запитують, що робити. Таке підкреслене вихваляння тривожності, як правило, є проявом ворожості, і консультант повинен звернути на це увагу клієнта.

Тривожність може мотивувати опір власне процесу консультування. По суті відбувається опір усвідомленню внутрішніх конфліктів, а отже, і підвищення тривожності. Опираючись, клієнт намагається контролювати свою відкритість, вимовляти лише «цензурні» думки й почуття, бути якомога більше безособистісним, не виявляти своїх почуттів стосовно консультанта. Консультант, навпаки, має звертати увагу клієнта на те, як він запобігає тривожності: «Ви змінили тему бесіди?», «Ви намагаєтесь переключити увагу на мене?», «Ви хочете, щоб я Вам указав тему висловлення?», «Ми знову повертаємося назад – Ви намагаєтеся нав'язати мені керівництво бесідою» тощо.

Іноді тривожність примушує клієнта не лише опиратися, а й демонструвати ворожість до консультанта, найчастіше в закритій формі. Клієнт із презирством і сарказмом критикує тупих консультантів, яких відвідував раніше, розповідає історії про помилки психологів і психіатрів. Більш звужена форма наступу на консультанта виражається у спробі подружитися з ним, щоб консультант бачив клієнта не як клієнта, а як друга. Тривожний клієнт – це та людина, яка намагається знайти загальні інтереси з консультантом і виступає в ролі його партнера з хобі. Для цього клієнти приносять, скажімо, поштові марки або інші колекційні предмети, намагаючись зробити обмін, запрошують консультанта на чашку кави або обід, жінки поводяться так само, але з характерною для них специфікою – намагаються показати свою жіночу привабливість, демонструють материнську або сестринську поведінку, виявляють занепокоєння зовнішнім виглядом і здоров'ям консультанта, що створює ілюзію дружніх стосунків. Така поведінка клієнтів спрямована на «знищення» консультанта як професіонала; збуджувальними мотивами є страх і тривожність, заперечення

серйозності своїх проблем. Якщо консультант піддається вищенаведеному впливу і справді стає «другом» клієнта, виникає багато серйозних труднощів у консультативному контакті, консультування загалом на цьому закінчується.

Консультуючи тривожних клієнтів, важливо знати не лише способи, якими вони маскують свою тривожність, а й засоби, з допомогою яких намагаються позбавитися від неприємного впливу тривожності. Цими засобами служать механізми психологічного захисту, які вперше описав S. Fred. Механізми функціонують автоматично, на підсвідомому рівні. Клієнт, використовуючи захисні механізми для зменшення тривожності, не виявляє патології, доки не стає утрируваним і не починає викривляти розуміння реальності й обмежувати гнучкість поведінки. Описано багато механізмів психологічного захисту. Охарактеризуємо коротко основні з них:

***1. Витіснення.*** Це процес мимовільного усунення до підсвідомості небажаних думок, потреб або почуттів. Freud докладно описав захисний механізм мотивованого забування, який відіграє суттєву роль у формуванні симптомів. Коли дія цього механізму для зменшення тривожності виявляється недостатньою, підключаються інші захисні механізми, які дозволяють витісненому матеріалу пізнаватись у викривленому вигляді. Найбільш відомі дві комбінації захисних механізмів:

а) витіснення + зміщення. Ця комбінація сприяє виникненню фобічних реакцій. Наприклад, нав'язливий страх матері, що маленька дочка захворіє важкою хворобою, є захистом проти ворожості до дитини, разом із механізмом витіснення й зміщення;

б) витіснення + конверсія (соматична символізація). Ця комбінація виконує основу істеричних реакцій.

***2. Регресія***. За допомогою цього механізму виконується неосмислене сходження на більш ранній рівень пристосування, що дозволяє задовольнити бажання. Регресія може бути частковою, повною або символічною. Більшість емоційних проблем мають регресивні риси. У нормі регресія проявляється в іграх, реакціях на неприємні факти (наприклад, коли народжується друга дитина, то перший малюк перестає користуватися туалетом, починає просити соску і т. ін.), у

ситуаціях збільшеної відповідальності, коли хтось захворів (хворий потребує більшої уваги й опіки). У патологічних формах регресія проявляється у психічних хворобах, особливо під час шизофренії.

***3. Проекція.*** Це механізм ставлення до іншої особи або об'єкта мислення, почуттів, мотивів і бажань, що на свідомому рівні індивідуум у себе відштовхує. Нечіткі форми проекції проявляються у повсякденному житті. Багато хто зовсім не критично ставиться до своїх недоліків, із легкістю помічають їх лише в інших, схильні звинувачувати навколишніх в особистих бідах.

Проекція буває і шкідливою, тому що призводить до помилкової інтерпретації реальності. Цей механізм часто спрацьовує в незрілих і вразливих особистостей. У випадках патології проекція призводить до галюцинацій і марення, коли втрачається здатність відрізняти фантазії від реальності.

***4. Інтроекція.*** Це символічна інтернаціоналізація (включення в себе) людини чи об'єкта. Дія механізму протилежна проекції. Інтроекція виконує дуже важливу роль у ранньому розвитку особистості, оскільки на її основі засвоюються батьківські цінності й ідеали. Механізм актуалізується під час трауру, втрати близької людини. За допомогою інтроекції згладжуються грані між об'єктами кохання і своєю особистістю. Інколи замість злості й агресії стосовно інших людей нищівні збудження перетворюються в самокритику, самооцінку, оскільки відбулася інтроекція звинуваченого. Таке часто трапляється під час депресій.

***5. Раціоналізація.*** Це захисний механізм, правдоподібний до мислення, відчуттів, поведінки, які насправді небажані. Раціоналізація – найпоширеніший механізм психологічного захисту, тому що наше завдання відповідає багатьом факторам, і коли ми пояснюємо її найбільш бажаними для себе мотивами, то раціоналізуємо. Підсвідомий механізм раціоналізації не потрібно плутати з навмисною брехнею, обманом або нещирістю. Раціоналізація допомагає зберегти самоповагу, уникнути відповідальності й провини. У різній раціоналізації є хоча б мінімальна кількість правди, але в ній більше самообману, тому вона й небезпечна.

***6. Інтелектуалізація.*** Цей захисний механізм передбачає перебільшене використання інтелектуальних ресурсів для усунення емоційних переживань і почуттів. Інтелектуалізація тісно пов'язана з раціоналізацією і замінює переживання почуттів роздумами про них (наприклад замість справжнього кохання – розмови про кохання).

***7. Компенсація.*** Це несвідома спроба подолання реальних і уявних недоліків. Компенсаційне завдання універсальне, оскільки досягнення статусу є важливою потребою майже всіх людей. Компенсація може бути соціально бажаною (сліпий стає знаменитим музикантом) і небажаного (компенсація низького зросту – прагнення до влади й агресивністю; компенсація інвалідності – грубістю і конфліктністю). Ще вирізняють пряму компенсацію (прагнення до успіху в безперспективній галузі) і непряму компенсацію (прагнення утвердитися в іншій сфері).

***8. Реактивне формування.*** Захисний механізм замінює непридатне для усвідомлення гіпертрофованими, протилежними тенденціями. Захист має двосторонній характер. Спочатку витісняється неприємне бажання, а потім підсилюється його антитеза. Наприклад, перебільшена опіка може маскувати почуття відторгнення, перебільшена й ввічлива поведінка може приховувати ворожість тощо.

***9. Заперечення.*** Це механізм відхилення думок, почуттів, бажань, потреб чи дійсності, котрий не сприяє на свідомому рівні. Поведінка така, ніби проблеми не існує. Примітивний механізм заперечення більшою мірою характерний для дітей (якщо голова під ковдрою, то реальність перестане існувати). Дорослі часто використовують заперечення у випадках кризових ситуацій (невиліковна хвороба, наближення смерті, втрата близької людини).

***10. Зміщення***. Це механізм спрямування емоцій від одного об'єкта до більш бажаної заміни. Наприклад, зміщення агресивних почуттів від роботодавця на членів сім'ї чи інші об'єкти. Зміщення виявляється при фобічних реакціях, коли неспокій від прихованого конфлікту переноситься на зовнішній об'єкт. У психологічному консультуванні, як правило, трапляються випадки використання непридатних захисних механізмів для подолання неспокою.

Дуже важливо дати можливість клієнту виговоритися й виразити свій неспокій, тому що стурбований клієнт мало що чує, він не сприймає доводів консультанта. Невимовлений неспокій безмежний.

Коли він «одягається» в оболонку слова, то фіксується в межах слів і стає об'єктом, якого може побачити і клієнт, і консультант. Відбувається значне зменшення дезорганізуючої сили неспокою. Отже, із неспокійним клієнтом потрібно обговорити його стан. Не можна забувати, що ми маємо, по суті, справу з прихованими у підсвідомості почуттями, тому не варто тиснути на клієнта, щоб він швидше назвав причини свого неспокою. Консультант повинен виявити розуміння й терплячість. Не слід також піддаватися спокусі розмірковувати про стреси й напруження, властиві нашому часу. Це, як правило, не стосується страждань конкретного клієнта. Людині, яку роздирають внутрішні конфлікти, не слід відмовляти в допомозі через нібито екзистенціальну природу його неспокою. Екзистенціальний неспокій існує, однак більшість клієнтів звертаються не через нього.

### *Клієнти зі страхом і фобіями*

Уже згадувалося, що схожим до неспокійного стану є страх. Однак неспокій, на відміну від страху, не має певного об'єкта, страх же пов'язаний із конкретним предметом оточення (обличчям, предметом, подією). Страх має біологічну значимість, оскільки оберігає від багатьох небезпек. Без почуття страху ми були б легковразливі.

У психологічному консультуванні існує два типи страхів – нормальний, як природна реакція, і патологічний, який називається фобією. Щоб консультант міг ефективно надавати допомогу, він повинен розуміти психологічний зміст і психодинаміку різних страхів.

Найчастіше клієнт звертається з приводу конкретних страхів, пов'язаних із якимись важливими подіями (страх перед іспитом, чи хірургічною операцією і тощо). У таких випадках слід спочатку допомогти клієнтові зрозуміти зміст події, що викликає почуття страху, розібратися, якою мірою його реакція на цю подію є правдоподібною та адекватною.

Janis вивчив страх у хворих хірургічного відділення і вирізнив три типи емоційних реакцій.

1. Пацієнти першої групи переживали особливо сильний страх перед операцією. Вони відверто говорили про свою стурбованість, намагались якось відкласти операцію, не могли заснути без заспокійливих ліків і постійно шукали співчуття та підтримки серед персоналу лікарні. Для цих пацієнтів і після операції був характерний більший неспокій, ніж для решти.

2. Пацієнти другої групи відчували перед операцією помірний страх. Інколи вони висловлювали стурбованість окремими аспектами операції (наприклад способом обезболювання) і просили сказати правдиву інформацію про те, що з ними будуть робити. Хоч ці пацієнти й почувалися вразливими, проте предмет їхньої стурбованості був реальним, а не уявною небезпекою. Після операції в них спостерігалися лише незначні емоційні порушення. Вони добре співпрацювали з персоналом лікарні.

3. Пацієнти третьої групи майже не відчували ніякого страху перед операцією, позитивно сприймали те, що має статися, їхні очікування виглядали надміру оптимістичними. Після операції, відчуваючи болі, ці пацієнти постійно скаржилися на своє погане самопочуття, ставали злими й агресивними і свою злість спрямовували на персонал лікарні. Janis зробив висновок, що страх середнього ступеня корисний, тому що готує людину до зіткнення з реальними небезпеками і майбутніми обмеженнями. Дуже важливою виявилася для пацієнтів попередня інформація про подію, якої вони боялися. Пацієнти третьої групи здавалися безстрашними, не цікавилися, що може статися з ними, тому сприйняття після операційних ускладнень було несподіваним.

Матеріали цього дослідження суттєві для консультування пацієнтів зі страхом. Насамперед напрошується висновок про те, що не слід допомагати клієнтові повністю звільнитися від страху, а також не варто приховувати інформацію, яка, на перший погляд, здається страшною. Інформація, відповідно викладена, лише підготовлює до вказаних подій.

Отже, певна міра страху може виявитися цілющою. Психолог-консультант повинен допомогти клієнтові конструктивно скористатися страхом.

Великі труднощі для психолога має консультування клієнтів із фобіями. Основою патологічних страхів є глибоко прихована тривога. Суть механізму формування фобії полягає в зміщенні тривоги від первинної ситуації чи об'єкта, що викликали занепокоєння, на іншу ситуацію чи об'єкт. Людина починає боятися речей, які є лише замінниками об'єктів первинного занепокоєння. Таке зміщення виникає внаслідок невирішених внутрішніх конфліктів.

Отже, під фобіями розуміємо заміну переживань неспокою страхом, при цьому «обирається» специфічний і конкретний об'єкт або ситуація замість невизначеного напрямку тривоги. Відчувати страх також неприємно, одначе ця неприємність більш приємна, бо знаєш, чого боїшся, що може реально нашкодити і як уникнути небезпеки, тобто страх, на відміну від тривоги, контролюється.

Консультант не повинен проявляти поспішності в інтерпретації внутрішніх конфліктів клієнта на основі його конкретної фобії. В інтерпретації дуже ненадійно опиратися на символічний зміст фобії. За однією й тією ж фобією в різних людей можуть приховуватися різні конфлікти. Суть фобії великою мірою залежить від індивідуальної історії життя клієнта, тому можна помилитися, піддавшись спокусі поверхового пояснення.

«Мова» фобій заплутана, складна. Стержнем невротичної поведінки з перевагою фобій є посилене уникання тривоги, намагання обійти спонукаючий її конфлікт. Тому клієнт почасти спокійно говорить про свій страх, але заперечує існування будь-яких внутрішніх конфліктів, пов'язаних із цим страхом. Консультант повинен бути готовий до такої поведінки. Способи уникнення обговорення конфлікту можуть проявитися найрізноманітнішим способом. Як правило, клієнти дуже обережні в стосунках із консультантами. Вони схильні опиратися намаганню консультанта говорити про речі, що провокують тривогу.

Опір знову ж таки може набувати різних форм. Клієнт забуває деталі передісторій своїх проблем, що розкривають суть психологічного конфлікту. Наприклад, виникнення фобій якось пов'язано зі змінами життя клієнта, системи стосунків його особистості, але клієнт про це навіть не згадує, хоч така інформація дуже важлива для розуміння природи фобій.

Опираючись, клієнт також може намагатися відійти від теми бесіди і, отже, ухилитися від тематики, що провокує тривогу.

Консультант повинен враховувати ці типові риси поведінки клієнтів із фобіями, оскільки інколи доводиться поступатися перед клієнтами, і не торкатися неприємних тем, щоб не завдавати їм страждань. Одначе така тактика не дозволяє надіятися на успіх у корекції фобій.

Ще один спосіб утечі від тривоги клієнтів із фобічними реакціями – самолікування. Вони купують книжки на медичну тематику, шукають інформацію у спеціальних журналах, намагаються випробувати всі можливі методи лікування, однак уникають безпосереднього звернення до своїх внутрішніх конфліктів. Консультантові важливо розібратися, яку вторинну вигоду має клієнт зі своєї «боязливої» поведінки в сімейних стосунках, на роботі чи у будь-яких інших сферах. Шанси розуміти клієнта збільшуються, якщо застосовується спроба дивитися на його проблеми чи симптоми в широкому контексті.

Ще одна особливість консультування клієнтів із фобіями виявляється в тому, що страхи можуть передатися консультантові. Якщо таке трапилося, то це означає, що перемогла використана клієнтом техніка ухилення, і цим випадком не слід займатись. Ефективна корекція страхів вимагає від консультанта посиленого самоконтролю.

### *Вороже налаштовані й агресивні клієнти*

Немало проблем у консультуванні створюють негативно налаштовані чи відкрито ворожі (що трапляється рідше) клієнти. Консультанти по-різному реагують на таких клієнтів: одні відповідають дратівливо і з ворожістю; інші намагаються виявити люб’язність і дружбу, налаштовуючи клієнта на свою користь і пояснюючи відсутність підстав для озлоблення; треті ігнорують стан клієнта, поводяться так, ніби нічого не сталося. Можливо, у деяких випадках корисно розсердитися на клієнта, однак ще важливіше зрозуміти причину його стану.

Клієнтові слід сказати, що він вороже налаштований і злий. Інколи поняття «озлобленість» і «ворожість» є надто сильними для характеристики, тому свої висловлювання слід формулювати не лише категорично. Наприклад: «Ви, здається, чимось невдоволені?», «Ви розчаровані?», «Не хочете щось сказати?», «Це звучить так, ніби ви

сердиті» тощо. Якщо консультант лише підозрює клієнта у ворожості, він може уточнити: «Що сталося?», «Я неправильно щось сказав чи зробив?». У будь-якому випадку, зіткнувшись із ворожістю клієнта, не варто поводитися так, ніби розколовся світ навпіл. Зрозуміло, не можна з насмішкою чи презирством дивитися на клієнта – його ворожість слід завжди трактувати серйозно, тому що вона заважає психологічній взаємодії.

Причини незадоволення клієнта можуть бути простими – не подобається вигляд чи слова консультанта, консультант надто молодий і т. п. Причини, як правило, існують. Щоб розібратися в підставі озлобленості клієнта й ефективно реагувати на неї, консультант повинен розуміти основні риси цього стану.

Насамперед злість є чимось патологічним чи незвичайним. Кожен зрідка сердиться, або, точніше кажучи, здатен розізлитися. Немає такої життєвої ситуації, де не могло б проявитися почуття злості, зла думка чи дія. Деякі справи, що відбуваються в житті, хоч і невеликою мірою, але мотивовані злістю. Ворожість має свій зміст – вона є засобом самозахисту, крім того, вона значно дієвіша, ніж страх. Інакше кажучи, злість є не лише сигналом, що попереджає про небезпеку, як тривога й страх, а й почуттям, що зумовлює самозахист, вона породжує агресивність.

*Завдання консультанта*

Консультантові важливо знати походження озлобленості, причини якої приховані в життєвих обставинах клієнта. Злість «історична», тобто має своє минуле, у кожної людини неповторна.

Упродовж життя, особливо в дитячі роки, формується індивідуальний «стиль ворожості», тобто через що ми сердимось, як накопичується й вимощується злість. Одні клієнти сердяться, якщо консультант говорить наказовим тоном: інші – коли ясно й точно не вказує, що робити; треті – коли ставить багато особистих запитань, тому що це видається для них зайвою цікавістю. Такі обставини в одних клієнтів стимулюють ворожість, в інших – ні. В основному ці відмінності зумовлені особливостями життєвого досвіду. Консультантові нелегко достатньою мірою прослідкувати історію озлобленості клієнта, проте

важливіше зрозуміти, що злість, в основному, «принесена» у консультування і не пов'язана з тим, що говорить і робить консультант.

Інколи в конкретний момент консультант безпосередньо «заміняє собою» якусь людину чи ситуацію з минулого життя. Коли клієнт, особливо на початку консультації, ворожий, підозрілий, злий, консультант повинен знати, що джерело цих почуттів – в особистості клієнта. Почасти консультант схильний звинувачувати себе, оскільки йому здається, що клієнти завжди поважають хорошого консультанта і ніколи не повинні сердитися на нього. Це неправильно – злість є унікальним почуттям. І не варто впадати в ілюзії з приводу відсутності ворожості при консультуванні. Однак ілюзія може виникнути й виникає. Потрібно твердо знати про інше – консультант, стосовно якого клієнт не може вільно висловити своє невдоволення чи злість, – поганий консультант.

У консультуванні слід мати на увазі, що інколи клієнт приховує тривогу. У таких випадках потрібно допомогти клієнтові розібратись у його справжніх почуттях і трансформувати ворожість.

Хоч консультантові нелегко лишатися спокійним, відчувши озлобленість клієнта і вислуховуючи неприємні речі про себе, однак не слід забувати, що відповідати ворожістю – значить провокувати ще більшу ворожість. Консультант зобов'язаний усвідомити свої почуття в таких ситуаціях, ідентифікувати своє невдоволення, щоб ефективніше допомогти клієнтові перебороти його озлобленість. Коли на ворожість клієнта ми не відповідаємо ворожістю, то врешті-решт збільшується взаємне розуміння, зростає співробітництво в досягненні спільної мети.

Існує велика різниця між озлобленістю клієнта, що виникла в процесі консультування, і прямими образами консультанта. Як правило, агресія стосовно консультанта виражається не прямо. До образу консультант ні в якому разі не повинен лишатися толерантним, оскільки вони шкодять і самому клієнтові.

Одним із варіантів такої поведінки є дорікання колегам консультанта, з якими клієнт зустрічався раніше. Інколи претензії бувають справедливі, оскільки не всі психологи досконалі й ввічливі у своїй

поведінці. Проте в більшості випадків повідомляється або цілковита неправда, або дуже викривлена інформація. Так клієнт примушує консультанта погодитися з ним або провокує дискусію. У цих випадках не слід розкривати своїх позицій, просто дати клієнту змогу повніше поділитися своїми переживаннями. Існує міф про неконтрольовану ворожість психічно хворих клієнтів. Насправді реальну небезпеку становлять небагато таких хворих. Однак під час виникнення небезпечної ситуації консультантові не потрібно демонструвати героїзм. Лишаючись спокійним, не погрожуючи, слід попередити клієнта, що агресивні дії недопустимі й за потреби будуть вжиті дисциплінарні заходи. У словах консультанта не повинна звучати ворожість. Як правило, клієнти погоджуються з обмеженнями, тому що й самі занепокоєні наслідками своєї поведінки. Частіше в консультуванні трапляється прихована ворожість. Справитися з нею складніше. Отже, якщо в бесіді з клієнтом відчуваємо щось недобре, то слід йому допомогти відверто висловитися, розкрити свої переживання, тому що будь-які сильні емоції, що лишилися невисловленими, особливо негативні, дезорганізують логічне мислення й поведінку, сприяють виникненню психосоматичних симптомів і ускладнюють процес консультування.

## 3.4. Особливості роботи психолога з клієнтами, які переживають втрату

Для того, хто помер, смерть – абсолютний кінець його земного життя. Однак у душах близьких і друзів людина ще продовжує, як правило, деякий час існувати. Примирення з утратою – болісний процес, але абсолютно природний, і його не слід форсувати.

У житті втрати більше чи менше відчутні, але у всіх випадках людина відчуває душевний біль, переживає горе. Втрати, як і інші події нашого життя, не лише болісні, вони пред’являють і можливості особистісного росту. Консультант може сприяти реалізації цієї втрати, її зв’язку з іншими емоціями, ролі у становленні людини.

Ніхто не повинен переконувати в протилежному, намагатися чимось зацікавити, займати розвагами. Смерть близької людини – це тяжка рана, і особа, яка зазнала втрати близької людини, має право сумувати.

Інтенсивність і протяжність почуття горя в різних людей неоднакові. Усе залежить від характеру стосунків з утраченою людиною, від виваженості вини, від подовженості траурного періоду в конкретній культурі.

Душевні муки як найяскравіший компонент трауру є, передусім, більше процесом, ніж станом. Перед людиною заново постає питання про ідентичність, відповідь на яке приходить не як миттєвий акт, а з часом у контексті людських стосунків як чергування стадії заперечення,озлобленості, компромісу, депресії, адаптації. Вважають, що нормальна реакція горя може продовжуватися майже рік.

Зразу після смерті близької людини з'являється гострий душевний біль.

На першому етапі емоційного шоку супутня спроба відкидати реальність ситуації. Шокова реакція інколи проявляється в несподіваному зникненні почуттів, «охолодженні», ніби почуття провалюються десь у глибину. Це буває навіть тоді, коли смерть близької людини не була раптовою, а очікувалася тривалий час. Відкидається сам факт смерті – «Він не помер», «Цього не може бути», «Я не вірю цьому». Про померлого нерідко говорять у теперішньому часі, його беруть до уваги під час планування майбутнього.

У горі обов'язково настає озлобленість. Той, хто втратив близьку людину, намагається звинувачувати когось у тому, що сталося. Вдова може звинувачувати чоловіка за те, що він залишив її, або Бога, який не почув молитов. Звинувачують лікарів та інших людей, які здатні реально чи лише в уяві захистити того, хто страждає, і могли б не допустити до такої ситуації. Ідеться про справжню злість. Якщо вона залишається всередині людини, то «підживлює» депресію. Тому консультант повинен не дискутувати з клієнтом і не коригувати його злість, а допомогти їй вилитися назовні. Лише в такому випадку зменшиться вірогідність її розрядки на випадкових об'єктах.

Після першої реакції на смерть близької людини – шоку, заперечення, злості – відбувається усвідомлення втрати й примирення з нею.

У статті «Горе і меланхолія» (1977) S. Freud назвав процес адаптації до нещастя «роботою горя». Сучасні дослідники «роботу суму» характеризують як когнітивний процес, якій включає зміну думок про померлого, гіркоту втрати, спробу відійти від утраченої особи, пошук свого місця в нових обставинах. Цей процес не є якоюсь неадекватною реакцією, від якої треба вберегти людину, із гуманістичних позицій він прийнятий і потрібний. Мається на увазі дуже велике психологічне навантаження, яке примушує страждати. Консультант здатний полегшити стан людини, однак його втручання не завжди доречне. Почуття суму не слід призупиняти, воно має продовжуватися стільки, скільки треба.

Типовий прояв горя – сум за померлим. Людина, яка зазнала втрати, хоче повернути втрачене. Як правило, це ірраціональне бажання недостатньо усвідомлюється, що робить його ще глибшим. Консультантові слід розібратися в символічній природі суму. Пошук померлого не безпідставний – він відверто спрямований на відтворення втраченої людини. Не слід пробиватися символічним зусиллям до того, хто сумує, оскільки так він намагається пережити втрату.

У траурі дуже суттєві ритуали. Вони потрібні тому, хто сумує, як повітря й вода. Психологічно дуже важливо мати публічний і санкціонований спосіб вираження складних і глибоких почуттів. Ритуали потрібні живим, а не померлим, і вони не можуть бути спрощені до втрати свого призначення.

*Завдання консультанта*

Консультування людей, які зазнали втрати близьких, – це нелегке випробовування духовних сил і професійної компетенції психолога.

Консультант не повинен заглушати процесу горя. Якщо він зруйнував психологічний захист клієнта, то не зможе надати ефективну допомогу.

Слід відзначити, що «робота суму» не для всіх людей є ефективною стратегією подолання втрати. Багато залежить від стилю реакції. Людині, схильній заглушити болючі спогади іншим видом діяльності, «робота суму» мало допомагає.

Із закінченням «роботи горя» проходить адаптація до реальності нещастя, і душевний біль зменшується. Того, хто зазнав втрати, починають цікавити нові люди й події.

У період утрати страждання полегшуються присутністю рідних, друзів і причому суттєва не їхня дійова допомога, а легка доступність упродовж кількох тижнів.

Роль слухача у деяких випадках може виконувати консультант. Клієнтові слід дати змогу виражати будь-які почуття. Інше дуже важливе завдання консультанта – допомогти близьким правильно реагувати на сум людини, яка втратила близьких.

### *Переживання втрати під час розлучення*

Утрата близької людини трапляється не лише після її смерті. Розлучення є аналогічною ситуацією і породжує схожу динаміку переживань. Розлучення – це «смерть» стосунків, що викликає найрізноманітніші, але завжди болісні почуття.

Froiland і Hosman для опису розлучення скористалися відомою моделлю Kubler-Ross:

1. *Стадія заперечення*. Спершу реальність того, що трапилося, заперечується. Важко одразу звикнутися з розлученням. На цій стадії ситуація розлучень сприймається з вираженим захистом: «Нічого такого не сталося», «Все добре», «Нарешті, прийшло звільнення» і т. ін.

2. *Стадія озлобленості*. На цій стадії від душевного болю захищаються озлобленістю до партнера. Почасти маніпулюють дітьми, намагаючись привернути їх на свій бік.

3. *Стадія переговорів*. Намагаються відновити шлюб і використовують багато маніпуляцій стосовно одне одного, в тому числі й сексуальні стосунки.

4. *Стадія адаптації*. Коли консультант зустрічається з розлученим клієнтом на одній із вищезгаданих стадій, його мета – допомогти клієнтові «перейти» у стадію пристосування до умов життя, що змінилися.

Діапазон проблем, що виникли після розлучення, надзвичайно широкий – від фінансових до догляду за дітьми. У вирішенні проблем суттєве місце займає уміння жити без дружини (чоловіка) і переборювати самотність. Роль консультанта в цих обставинах може виявитися досить значною. Він повинен допомогти відрізнити самотність від усамітнення, відкрито аналізувати ставлення до сексу.

## 3.5. Психологічна допомога невиліковно хворим клієнтам

*Особливості бесіди з умираючою людиною*

Ставлення до смерті впливає на спосіб життя. Св. Августин мислив так: «Лише перед лицем смерті народжується самотність людини».

Невиліковна хвороба невмолимо наближує реальність смерті. Вона суттєво змінює людське життя, і на цьому фоні, як не парадоксально, почасти проявляються ознаки «росту особистості». Що ж відбувається під час наближення смерті? Якоюсь мірою відповідь на запитання ми одержуємо в бесідах із онкохворими:

– заново оцінюються пріоритети життя – втрачають значення дрібниці;

– виникає відчуття звільнення – не робиться те, чого не хочеться робити;

– підсилюється хвилинне відчуття життя;

– спілкування з люблячими людьми стає глибшим;

– зменшується страх бути знехтуваним, зростає бажання ризикувати.

Усі ці зміни свідчать про збільшення чуттєвості невиліковно хворої людини, що пред'являє конкретні вимоги до тих, хто поруч із ним – близьких, лікарів, психологів. У хворого виникають дуже важливі для нього запитання – «Чи скоро я помру?». Не існує єдиної правильної відповіді на це запитання. У такий момент накладається велика відповідальність у розмові з пацієнтом про смерть. Насамперед, непогано порадити йому впорядкувати життєві справи (останнє бажання, заповіт і т. ін.). Можна не говорити пацієнтові, що скоро він помре. «Кожен повинен бути готовим до найгіршого, особливо важкохворий». Деякі люди не схильні думати про завершення своїх земних справ, тому що їм здається, що вирішення цих проблем відкриває двері смерті. Із ними можна обговорити проблему страху перед смертю.

Питання про відвертість із невиліковно хворим є найважчим. Існують найрізноманітніші думки з цього приводу. Одні вважають, що пацієнтові слід сказати всю правду, інші наголошують на потребі бережливого ставлення до важкохворого і нічого не говорити йому

про наближення смерті, треті вважають, що слід поводитися так, як цього бажає пацієнт. Звичайно, хворий має право знати правду про свій реальний стан, і нікому не дозволено ущемляти це право, однак не варто забувати, що «право знати» не рівнозначне «обов'язково знати». Право знання не рівносильне вибору знання. Важкохвора людина може і не бажати знати будь-що конкретне про наближення смерті, і оточуючення повинно поважати його вибір.

Послідовність реакцій невиліковно хворих людей на наближення смерті описує ***модель Kubler-Ross.***

1. *Заперечення.* Відвідуючи різних лікарів, пацієнти сподіваються на заперечення діагнозу. Реальний стан речей приховується і від сім'ї, і від себе.

2. *Злість*. Вона найчастіше висловлюється запитанням: «Чому я», «Чому це сталося зі мною?», «Чому мене не почув Бог?».

3. *Компроміс*. На цій стадії намагаються ніби відстрочити присуд долі, змінюючи свою поведінку, спосіб життя.

4. *Депресія.* Зрозумівши неминучість свого становища, людина поступово втрачає цікавість до навколишнього світу, відчуває сум, гіркоту.

5. *Адаптація.* Примирення розуміється як готовність спокійно зустріти смерть.

Помираючий здатний зрозуміти свій стан і почасти хоче поговорити про свою хворобу й наближення смерті, але лише з тими, хто вислуховує його без поверхових спроб утішити. Тому консультантові як лікареві слід уміти кваліфіковано розібратись у бажаннях вмираючого й пов'язаних зі смертю фантазіях і страхах. Це дасть змогу не лише вислухати пацієнта, а й допомогти йому поділитися думками про смерть і про те, що він утратить разом із життям.

*Декілька важливих принципів, котрі слід враховувати консультантові в роботі з людьми, які помирають:*

1. Дуже часто люди помирають у самотності. До вмираючого не слід ставитися так, як до уже померлого. Його слід відвідувати й спілкуватися з ним.

2. Треба уважно вислуховувати скарги вмираючого і терпляче задовольняти його потреби.

3. На благо вмираючого мають спрямуватися всі зусилля його близьких людей.

4. Помираючи, люди переважно більше говорять, ніж вислуховують відвідувачів.

5. Мова помираючого часто буває символічною.

6. Не слід трактувати людину, яка помирає, лише як об'єкт турбот і співчуття.

7. Найбільше, чим може скористатись умираюча людина, – це наша особистість.

8. Психологам і лікарям слід зізнатися у своїх сумнівах, почутті провини.

Персоналові, що працює з умираючим і його близькими, теж потрібна суттєва допомога. Із ними слід насамперед говорити про усвідомлення прийняття смерті з почуттями й провини, й безсилля.

## 3.6. Особливості роботи психолога з клієнтами, що зазнали сексуального насилля

Статеві злочини бувають зазвичай наслідком порушення психосексуального розвитку. Відхилення у статевій (сексуально-рольовій) ідентифікації призводять до різних негативних наслідків. Відчуття відчуженості, неповноцінності та ізоляції може призвести до різних форм поведінки, починаючи зі спроб зробити щось, що допоможе бути прийнятим у суспільстві, усвідомлення марності зусиль в пошуках співчуття і закінчуючи відкритим обуренням чи бунтом, наприклад, у формі згвалтування.

Хоча згвалтування вважається статевим злочином, однак для самого гвалтівника це, швидше, акт агресії, а те, що потерпіла є об'єктом сексуального посягання, відіграє другорядну роль. Вона може бути дівчинкою або літньою жінкою, красивою або непривабливою, будь-якої раси й національності. У згвалтуванні, як правило, відбувається несексуальне використання статевої сили, при цьому вираженість ворожості й агресивності є більш важливою, ніж саме статеве почуття. У несексуальному використанні статевої сили немає нічого незвичай-

ного. Вона може використовуватися для ослаблення тривоги чи емоційної напруги.

Безпорадний стан жертв згвалтування може бути обумовлений не лише психічними або соматичними захворюваннями, алкогольним сп'янінням, дією наркотиків. Здатність потерпілих правильно розуміти значення дій гвалтівника, чинити йому опір залежить від рівня їхнього психічного розвитку, специфічного життєвого досвіду, обізнаності про суть сексуальних стосунків, психічного стану, особливостей характеру, засвоєних стереотипів поведінки.

Можна виділити декілька найбільш відомих різновидів ситуацій, в яких скоюються згвалтування дітей і підлітків.

*1) згвалтування неповнолітніх дорослими*

*2) згвалтування неповнолітніх неповнолітніми*

*Згвалтування неповнолітніх дорослими:*

– розбещення неповнолітніх – відбувається, як правило, без грубого фізичного примусу потерпілих. Обвинувачені використовують такі прийоми і дії, як подарунки, умовляння, підвищена турботливість, обіцянки заступництва і т.ін.

Розбещення майже завжди відбувається з особами, добре відомими потерпілим, що мають у них авторитет, нерідко родичами (батько, вітчим, співмешканець матері потерпілої, тренер, сусід та ін.). Між обвинуваченими і потерпілими в більшості випадків існує велика різниця у віці: середній вік обвинувачених – майже сорок років, потерпілими найчастіше є дівчатка молодшого шкільного віку, іноді дошкільниці. Серед потерпілих відносно часто зустрічаються дівчатка з ознаками розумової відсталості або тимчасової затримки в психічному розвитку. Багато потерпілих виховуються в морально несприятливих умовах, відчувають брак теплоти і уваги з боку батьків, не мають емоційного контакту з матерями, почувають себе в сім'ї відчуженими.

Незадоволення дівчаток своїм становищем в сім'ї, недостатній для розуміння суті сексуальних стосунків рівень психічного розвитку, навіюваність, потреба в неформальному спілкуванні з дорослою людиною – усе це полегшує обвинуваченому схиляння потерпілої до сексуальних контактів.

«Зваблення» неповнолітніх завжди засноване на використанні їхнього психічно безпорадного стану, неправильного розуміння дитиною суті того, що відбувається.

– напад знайомих дорослих – відрізняється від розбещення тим, що злочинець не робить, як правило, ніяких підготовчих дій. Сексуальні посягання суб'єктивно сприймаються потерпілими як раптові, що істотно ускладнює розуміння характеру і значення вчинків гвалтівника, знижує здатність потерпілої чинити опір.

Жертвами нападів добре відомих потерпілим дорослих (сусід по квартирі, вітчим, батько та ін.) найчастіше бувають дівчатка віком від 11 до 15 років. Місцем злочину, як правило, є квартира або будинок, де живуть і жертва, і гвалтівник. У більшості випадків напад здійснюється в момент, коли в квартирі нікого, крім них, немає. Цим, у першу чергу, визначається безпорадний стан жертви насилля.

Серед тих, хто здійснює подібні напади, переважають особи, які зловживають спиртними напоями, імпульсивні, розгальмовані, такі, що не замислюються про наслідки своїх учинків. Опір потерпілих зрідка буває інтенсивним, оскільки напад здійснюється в умовах, які не дозволяють їй розраховувати на допомогу. Агресор долає опір потерпілої, використовуючи погрози, нерідко фізичне насильство.

Пізніше інтимні стосунки, що виникли між гвалтівником і потерпілою, іноді підтримуються тривалий час. Перебуваючи в моральній або матеріальній залежності від злочинця, потерпілі бояться розголошувати те, що сталося. Багато хто з них виховується в неблагополучних сім'ях і не має підтримки з боку матерів або інших членів сім'ї.

*Згвалтування неповнолітніх неповнолітніми:*

– напад неповнолітніх – як правило відбувається в безлюдних місцях, часто там, де потерпіла не чекає небезпеки (у під'їзді, кабіні ліфта), що ще більше посилює несподіваність нападу і розгубленість жертви. Як правило, нападник старший за потерпілу і фізично сильніший за неї. Хоча нападам піддаються неповнолітні будь-якого віку від 4–5 до 18 років, найчастіше жертвами раптових нападів стають дівчатка 12–14 років. У половині випадків напад закінчується на стадії спроби згвалтування. Завершенню злочину перешкоджає опір потерпілої або втручання людей.

Активність опору потерпілих була різною, хоча діяли вони в подібних умовах. Жертви, що не чинили за наявних можливостей активної протидії, відрізнялися підвищеною тривожністю, нерішучістю, невпевненістю в собі, емоційною нестійкістю, навіюваністю. У них, як правило, був відсутній досвід поведінки в складних конфліктних ситуаціях. Багато хто з них виховувався в умовах підвищеного контролю з боку батьків, що сприяло формуванню вказаних рис характеру. У багатьох випадках у неповнолітніх виявлялися ознаки дезорганізації діяльності, що виникла через страх.

– розбещення неповнолітніх неповнолітніми зрідка можна вважати згвалтуванням, оскільки опір потерпілих долається не грубим фізичним насильством, реальними погрозами життю або здоров'ю, але за допомогою умовлянь, обіцянок, клятв, шантажу. Обвинувачені не приховують своїх намірів, тому в потерпілих немає потреби розшифровувати істинне значення дій партнерів.

– групові згвалтування неповнолітніх.

Напад групи на знайому неповнолітню відбувається майже завжди по заздалегідь наміченому плану. Як жертва нападу групою або її лідером найчастіше вибираються особи віком від 13 до 17 років, що мають серед однолітків репутацію доступних у сексуальному відношенні, які прагнуть до спілкування з однолітками і надмірно дорожать їхньою думкою, слабохарактерні, навіювані, невпевнені в собі. Справді, серед дівчаток-підлітків трапляються особи, для яких належність до групи однолітків складає основну внутрішню цінність. Заради її збереження і зміцнення ці дівчатка готові погодитися на стосунки, неприємні їм морально і фізично. Особливо велика залежність від групи в підлітків із неблагополучних сімей, в яких дитині не приділяють достатньої уваги. Потрапивши в середовище хуліганської групи, де культивуються аморальні форми поведінки, ці підлітки не здатні протистояти груповому впливу. Рівень їхнього психічного розвитку недостатній для протиставлення власних поглядів прийнятим у групі моральним цінностям.

Проте навіть очевидна згода потерпілої на вступ в сексуальні контакти не може бути доказом того, що воно було цілком усвідомленим і довільним.

Приховування статевих контактів, відсутність опору, байдужість до соціальних і біологічних наслідків того, що сталося, невисокий рівень розвитку, особлива залежність від впливу групи в деяких випадках можуть свідчити про зниження здатності неповнолітніх потерпілих повною мірою усвідомлено і довільно діяти в умовах групового примусу. Не завжди доволі активний опір сексуальним домаганням чинять і потерпілі, що ставляться до них різко негативно. Їхня пасивність найчастіше пояснюється невірою у свої сили, цілком обгрунтованою, враховуючи груповий характер злочину, сприйняттям ситуації як безвихідної.

Тільки в дуже окремих випадках дівчата самі виявляють зацікавленість в сексуальних контактах з особами, що напали на них. Зазвичай це свідчить про наявність у жертви нападу специфічної сексуальної патології або пов'язано з неконтрольованою свідомістю статевим потягом, що спостерігається при деяких психічних захворюваннях.

Згвалтування майже для кожної потерпілої є причиною сильного психічного потрясіння і неминуче відображається в її поведінці і настрої. Як реакція на вимушені сексуальні контакти в багатьох потерпілих спостерігається депресія, відчуття своєї неповноцінності, відчуженість від однолітків, озлобленість проти дорослих, дратівливість, плаксивість, грубість, думки про самогубство, інколи – спроба самогубства. Тривалість реактивного стану може бути різною залежно від індивідуально-психологічних особливостей жертви згвалтування, але його ознаки досить помітні в поведінці до тих пір, поки не станеться адаптація до того, що сталося.

Переважання в потерпілої негативних переживань після скоєння сексуального посягання на неї може служити діагностичною ознакою того, що те, що сталося, суперечило її бажанням, було здійснено проти волі потерпілої.

Інакше поводяться дівчатка-підлітки, які добровільно погоджуються вступити у близькі відносини з дорослими чоловіками. Така ситуація нерідко переживається ними як подія, що ставить їх вище за однолітків, дозволяє компенсувати невдачі в навчанні, відчуженість від батьків, труднощі в спілкуванні з подругами. У подібних випадках у поведінці дівчаток помітні кокетство, жвавість, підкреслена незалеж-

ність, спроби наслідувати поведінку дорослих жінок. Страх перед тим, що про те, що сталося, дізнаються в школі або удома, уживається з бажанням повідомити подругам свою таємницю або принаймні натякнути на її існування. Як правило, поступово утворюється коло людей, які якщо і не обізнані, то здогадуються про те, що сталося.

Байдуже ставлення до сексуальних посягань найчастіше свідчить про повне нерозуміння потерпілої значення цих дій.

Складним психологічним завданням є отримання правдивої інформації. Часто потерпіла випробовує вплив або пряму дію на людей, не зацікавлених у встановленні істини. Спостерігається нестійкість внутрішньої позиції багатьох потерпілих, зміна ними свідчень, відмова від того, що говорилося раніше. Потрібно також враховувати, що деякі дівчатка, які добровільно вступали в інтимні відносини, надалі обмовляють своїх партнерів, перебільшуючи міру агресивності їхніх дій, щоб реабілітувати себе в очах батьків і знайомих.

На зміст свідчень потерпілих може впливати властива майже усім підліткам орієнтація на оцінку їхніх дій і висловлювань дорослими.

Потерпілі, що не чинили за наявних можливостей активної протидії, відрізнялися підвищеною тривожністю, нерішучістю, невпевненістю в собі, емоційною нестійкістю, навіюваністю. У них, як правило, був відсутній досвід поведінки в складних конфліктних ситуаціях. Багато хто з них виховувався в умовах підвищеного контролю з боку батьків, що сприяло формуванню вказаних рис характеру. У багатьох випадках у неповнолітніх виявлялися ознаки дезорганізації діяльності, що виникла внаслідок страху.

У тих випадках, коли потерпіла не чинить активного опору і він легко, без застосування грубих форм фізичного насильства долається, в обвинуваченого може скластися враження, що потерпіла добровільно вступає в інтимні стосунки. Іншими словами, можлива ситуація, коли потерпіла не здатна розуміти характер і значення скоюваних з нею дій або не здатна чинити опір, але обвинувачений не здатний розуміти, що психічний стан потерпілої є причиною її пасивності.

З урахуванням сказаного можна виділити чотири психологічні причини, що викликають зниження в потерпілої здатності свідомо і довільно діяти в кримінальній ситуації:

– нерозуміння змісту ситуації;
– оцінка ситуації як безвихідної;
– вибір неправильної тактики протидії;
– дезорганізація довільного самоконтролю.

Отже, підставами для розгляду ситуації як згвалтування є суперечлива і непослідовна поведінка потерпілої під час взаємодії із гвалтівником, відсутність адекватної емоційної реакції на те, що сталося, а також нездатність дати правильну оцінку подіям, деякі загальні психологічні особливості потерпілої (низький рівень інтелектуального або особистісного розвитку, наявність в характері таких рис, як несамостійність, боязкість, емоційна нестійкість та ін.), несприятливі умови виховання, особливі стосунки залежності, які пов'язують жертву зі злочинцем, нарешті, просто вік, недостатній для орієнтації в сексуальних стосунках.

Вивчення великої кількості кримінальних справ про згвалтування неповнолітніх показало, що потерпілим, які виявилися не в змозі повною мірою розуміти характер і значення здійснюваних з ними дій або робити досить інтенсивний опір обвинуваченому, властиві деякі загальні риси.

Причинами недостатнього усвідомлення жертвою характеру і значення здійснюваних з нею дій можуть служити:

1. Психологічні особливості потерпілої: незначний запас відомостей про сексуальні стосунки; відсутність у період, що передував згвалтуванню, досвіду сексуального спілкування і підвищеного інтересу до цієї сторони життя; фіксація на проблемах спілкування з категорією осіб, до якої належить гвалтівник; низький рівень інтелектуального розвитку.

2. Умови психічного розвитку неповнолітньої: несприятлива сімейна ситуація, емоційне відкидання з боку батьків (в першу чергу матері), труднощі у встановленні контактів з однолітками та ін.

3. Складність ситуації посягання: для дітей дошкільного і молодшого шкільного віку – посягання знайомих дорослих, часто родичів або сусідів; для молодших підлітків – посягання дорослих, що мають високий для потерпілої соціальний статус (тренер, педагог).

Мають значення й інші обставини: скоєння злочину групою добре знайомих однолітків; вживання заходів до маскування своїх намірів, спроби привернути до себе увагу потерпілої.

На недостатньо повне усвідомлення потерпілою характеру та значення дій агресора може вказувати відсутність адекватних емоційних реакцій, пов'язаних з оцінкою того, що сталося і його наслідків (дефлорація, вагітність, розголошення «ганебної» інформації), особи гвалтівника, власної поведінки (відсутність почуття незручності, сорому).

Сприйняттю потерпілою ситуації як безвихідної можуть сприяти: високий рівень конфліктності, динамічність і невизначеність ситуації для потерпілої; наявність у неї таких психологічних властивостей особистості, як підвищена тривожність, нерішучість, невпевненість у собі, емоційна нестійкість, навіюваність, швидка психічна виснажуваність, відсутність досвіду насильницького способу вирішення конфліктів.

Ознаками оцінки потерпілою ситуації як безвихідної зазвичай служать ситуативність поведінки і суперечливість цілей окремих дій (спроби обдурити, погрожувати змінюються повною покірністю, прагненням привернути до себе увагу) при негативному ставленні потерпілої до дій зазіхача; афективні або стресові стани, які дезорганізують діяльність; перебільшене уявлення про міру соціальної небезпеки, хитрощі, жорстокість гвалтівника.

Афективно обумовлене зниження в потерпілої здатності чинити опір гвалтівникові виражається у відчутті неможливості знайти прийнятний вихід із ситуації, переживанні негативних емоцій (страх, жах, злість, почуття байдужості, безсилля, відчуття ірреальності того, що відбувається та ін.); звуженні поля сприйняття, сповільненості протікання розумових процесів, погіршенні запам'ятовування. Після пережитої ситуації нерідко різко підвищується безладна активність, з'являється прагнення до дії, імпульсивність учинків, безсоння, зосередженість на тому, що сталося.

Звернення клієнтів – жертв згвалтування – можуть бути двох типів, які відрізняються за часом від моменту того, що сталось:

а) безпосередньо після згвалтування;

б) через певний проміжок часу.

Працюючи з клієнтом, який став жертвою сексуального насилля, не варто розслідувати обставини того, що сталося. Потрібно перш за все заохотити співрозмовника до розповіді про його відчуття і почуття. Накопичені емоційні переживання і напруження чекають виходу, і консультант повинен представити таку можливість. Особливим предметом розмови є самозвинувачення, винуватість у тому, що не чинилося достатнього опору агресору. Слід обов'язково переконати жертву, що вона діяла правильно і відповідно до обставин, які склалися, доказом цього є те, що вона жива і неушкоджена.

Після реагування на накопичену емоційну напругу слід перейти до відновлення особистісного контролю. Це основна мета консультанта. Для цього, і це важливо знати клієнтові, має пройти визначений, іноді тривалий час – тижні, місяці, а для деяких – навіть роки. Не слід фіксувати на деталях сексуального нападу, а після дозволу приступити до перших спроб повернення рольової ідентичності. У свідомості жінки чоловік виступає як захисник, а у випадку згвалтування цей образ повністю втрачений або викривлений. Тривалі порушення сексуально-рольової ідентичності породжують відчуття повної беззахисності, перш за все перед тими, в кого зазвичай шукають захисту.

Якщо клієнт звернувся безпосередньо після скоєного сексуального нападу, то йому слід рекомендувати звернутися в правоохоронні органи і якомога швидше пройти медичне обстеження.

Якщо клієнт розповідає про згвалтування, яке трапилося в минулому, слід вжити заходів активного вислуховування і роботи з людиною, яка знаходиться в кризовому стані. Обов'язково треба дослідити, обговорити і визначитися з почуттями клієнта. Особливої обережності слід дотримуватися в тому, яким чином ставити запитання. Не треба намагатися «розвеселити» клієнта, намагаючись відволікти його від проблеми. Почуття, які збереглися після згвалтування, можуть бути доволі тривалими і болісними. Тому повага та емоційна підтримка консультанта можуть виявитися цілющими.

У розмові з дитиною або підлітком, що став жертвою сексуального насилля, консультант зустрічається з такими емоційними переживаннями як страх, потайливість, замкнутість, труднощі в зосередженні уваги, різкі зміни настрою, депресивні розлади. Жертва насилля може

відчувати неприємні відчуття в тілі (наприклад часті болі в горлі), порушення сну і скаржитись на нічні кошмари. Людина може вирізнятися нав'язливим прагненням до чистоти, а з захисною метою носити багато шарів одягу. У ставленні до оточення, перш за все авторитетних осіб, насамперед, до батьків, висловлюється недовірливість і підозрілість. Часто в поведінці співрозмовників консультант помічає саморуйнувальні вчинки (нанесення самопошкоджень, зловживання алкоголем чи наркотиками, суїцидальні тенденції, передозування ліками і т. ін.).

Основні лінії косультування повинні полягати перш за все у відновленні самоконтролю над поведінкою клієнта, будь-яку спробу взяти контроль у свої руки потрібно почути і підтримати. Далі консультантові слід працювати над відновленням самоповаги, яка в результаті насилля підірвана і викривлена в бік самозвинувачення і надмірних докорів сумління. Дуже важливо відновити довіру, яку в результаті того, що сталося, було грубо зраджено чи зруйновано. Часто йдеться не лише про реконструкцію довіри до конкретних людей, але і загалом до світу. Крім того, дуже важливим є делікатне консультативне пропрацювання сфери сексуальних, інтимних стосунків, які після насилля втрачають індивідуальний і соціальний розвиток.

*Цілі консультування:*

– бути союзником жертви;

– формувати її самоповагу;

– допомогти жертві організувати свою поведінку (інформація про міліцію, суд, медичні процедури);

– допомогти у визначенні основних проблем;

– сприяти мобілізації власної системи підтримки;

– допомогти усвідомити серйозність того, що сталося;

– сприяти усвідомленню потреби затратити час на одужання;

– виявити й зміцнити її сильні та життєздатні сторони.

*Принципи допомоги жертвам згвалтування:*

*1. Повага:*

– довіра, яка надана Вам;

– конфіденційність;

– урахування особливостей статі і культурного середовища жертви.

*2. Підтвердження:*

– висловлення клієнта про те, що йому потрібно висловити свої почуття;

– того, що жертва залишилася живою і має достатньо сил як особистість;

– природності й адекватності її почуттів;

– позитивне пояснення її психологічного захисту.

*3. Переконання:*

– у тому, що вона не винна;

– що вона зможе подолати свої переживання, страхи й нічні кошмари, які є частиною «роботи» гострого горя;

– у тому, що нинішній стан пройде, якщо з'явиться надія;

– у тому, що для подолання вона має необхідні сили і ресурси;

– у тому, що їй самій треба визначати, що, коли і кому можна розповідати про те, що сталося.

*4. Надайте максимальні можливості:*

– по можливості, збережіть за нею ініціативу в процесі консультування;

– надайте їй всю потрібну інформацію, не примушуючи брати відповідальність за те, що сталося;

– не стверджуйте, що їй потрібне лікування;

не проявляйте інтересу до деталей події, якщо вони не потрібні в терапевтичних цілях.

## 3.7. Надання допомоги клієнтам з алкогольною залежністю

Алкоголізм – це одна з найважливіших соціальних проблем сучасності, одна з найскладніших медичних проблем і, зрештою, одна з найскладніших проблем психологічної допомоги.

Причини алкоголізму намагаються пояснити по-різному, і остаточного пояснення не існує. Одні науковці вважають, що алкоголізм можна діагностувати, коли вживання алкоголю порушує здоров'я і

стає потрібним для підтримування нормальної активності. Інші вчені стверджують, що алкоголізм належить до особистісних порушень, які проявляються у психічній і фізичній залежності. Треті називають алкоголізм процесом вживання алкоголю, змінами психічного стану, що створює проблеми у стосунках із членами сім'ї, родичами, друзями, співробітниками, протиправні дії. В останньому випадку абсолютна кількість вживаного алкоголю не дуже важлива.

Як правило, фахівці розрізняють соціальні, біологічні й психологічні причини алкоголізму. Біологічні причини вбачають в особливостях метаболізму індивіда – деякі люди дуже чутливі до алкоголю. Інші, навпаки, вирізняються підвищеною толерантністю, вживають надмірні дози спиртних напоїв і не стають алкоголіками.

Добре відомо, що діти алкоголіків частіше страждають алкоголізмом, а це вказує на важливість генетичних факторів. Ті, хто наголошує на вагомості біологічних причин походження алкоголізму, надають перевагу лікуванню фармакологічними засобами. Однак таке лікування неефективне.

Психологічні причини алкоголізму вбачають у спробах індивіда вирішити проблеми з допомогою найдоступнішого засобу – алкоголю. Оскільки спиртні напої справді допомагають тимчасово зменшити емоційну напругу, вживання алкоголю може стати звичним засобом зняття стресів. Поступово для досягнення бажаного результату потрібні все більші дози. Зі збільшенням кількості алкоголю й частоти його вживання виникають типові розлади: мислення стає обмеженим, сповільнюються фізичні реакції, псуються стосунки з людьми, постають нові проблеми, серйозніші від тих, заради яких уживався алкоголь.

Дослідження особистості алкоголіків засвідчують, що більшість із них емоційно незрілі, ні від кого не залежні й пасивні. Через низький поріг чутливості вони постійно відчувають потребу у зменшенні тривожності. До вживання алкоголю, з одного боку, спонукає і те, що він полегшує прояв почуттів, у т. ч. ворожих, сексуальних та ін. З іншого боку, після епізодів інтенсивного пияцтва почасти проявляється почуття провини, і бажання позбутися поганого настрою знов спонукає до вживання алкоголю.

*Завдання консультанта*

1. Стратегія й тактика роботи консультанта зумовлена розумінням причин алкоголізму.

Деякі консультанти алкоголізм розуміють як шкідливу звичку, слабкість характеру. Серйозної причини для випивки ніби й немає – просто п'ють тому, що подобається, не вистачає волі, хтось розсердив, неможливо опиратися впливу друзів, або просто так вийшло.

2. Консультант при такому підході відверто говорить клієнтові, що він думає про алкоголіків узагалі й конкретно про клієнта, а також пояснює, що той повинен робити. Зрозуміло, слід перестати пити, більше часу приділяти сім'ї, роботі, знайти хобі і т. ін. Інколи настанови мають хороший безпосередній ефект – клієнт перестає пити й починає «нове життя». Проте слід пам'ятати, що алкоголікові неважко на деякий час кинути пити. Він кидає пити десятки й сотні разів із різних причин. Інколи буває збіг із «виховними» зусиллями консультанта, і перерва у питті буває дещо довгою. Якщо випивка супроводжує гостре почуття провини, зусилля клієнта можуть зменшити переживання й потреби у випивці значно зменшаться.

Отже, повчання й моралізаторство у роботі з алкоголіками – не завжди даремна трата часу.

Проте проблема лишається – через деякий час клієнт, як правило, починає пити знову.

Висування на перший план психологічних факторів зумовлено перевагами психологічної допомоги при алкоголізмі перед біологічною терапією. Одначе вибір способів конкретної допомоги алкоголізму залежить від обізнаності консультанта у проблемі алкоголізму. Наприклад, консультант буває обтяжений негативними переживаннями у зв'язку з алкоголізмом рідних чи сам зловживає алкоголем, і це впливає на його настанови. Він може відчувати антипатію до алкоголіка і не бачити в ньому людини. Відсутність співчуття дає змогу встановити з клієнтом продуктивний консультативний контакт. У таких випадках слід відмовитися від роботи, тому що для успішного консультування за неадекватною поведінкою алкоголіка варто все ж побачити його особистість.

3. Консультанти, котрі вбачають проблеми пияцтва в життєвих турботах, у намаганні втекти від важкої реальності, всю свою енергію спрямовують на розкриття труднощів і проблем, яких уникають клієнти.

Більшість клієнтів охоче говорять про свої труднощі – тяжке, бездомне дитинство і юність, невдалий шлюб, проблеми на роботі і т. ін. Це почасти викликає співчуття, навіть бажання конкретно допомогти (дати грошей, щось купити, знайти житло). Доброчинність консультанта інколи має безпосередній ефект, але, як правило, не надовго.

4. Консультант повинен бути люб'язним із клієнтом, проте не м'якосердим, оскільки легко можна стати жертвою маніпуляцій клієнта, бо алкоголіки відзначаються умінням викликати співчуття, залучити на свій бік і утримувати консультанта на безпечній відстані.

Убачаючи причини алкоголізму тільки в життєвих труднощах, ми часто не враховуємо суттєвий фактор – внутрішні конфлікти, страх перед самим собою.

У чому вихід? Насамперед консультантові слід мати на увазі, що деяким алкоголікам взагалі неможливо допомогти. Важлива також думка консультанта про алкоголіків, багато з яких чутливі до критики, займають захисну позицію. Алкоголік такою ж мірою вартий поваги, як і будь-яка людська істота. У бесіді слід допомогти йому зрозуміти самого себе. Більшість алкоголіків, незважаючи на чутливість до критики, мають низький рівень самооцінки. Безмірне пияцтво часто викликає ненависть до себе і бажання до самознищення.

6. Консультанту необхідно звернути увагу на сексуальну сферу алкоголіка. Хворим алкоголізмом властиві страхи з приводу статевої потенції і взагалі повноцінності свого статевого життя. Оскільки алкоголік багато часу проводить в одностатевій компанії, у нього можуть виникнути страхи через мастурбації чи гомосексуальні бажання.

7. Розкрити суть внутрішнього світу свого клієнта нелегко і навіть ризиковано. Клієнт, усвідомивши, що його страхи, таємниці статевого життя доступні сторонній людині, може відчувати напади і починає агресивно реагувати на консультанта, а потім пити ще більше.

Хоч і парадоксально, але саме так алкоголік сприймає поверховий підхід консультанта, намагання уникнути обговорення гострих питань і відмову від проникнення до його внутрішнього світу.

Консультант, по суті, опиняється в безвихідному становищі – що б він не робив, все закінчується одним результатом – поверненням клієнта до алкоголю. Це вражає професійне самолюбство і є однією з головних причин відмови консультантів у допомозі алкоголікам.

8. У роботі з алкоголіками, на думку Вігої, консультант повинен врахувати дві важливі речі. По-перше, відмовитися від професійної зарозумілості, тобто не думати про свою силу й владу над клієнтом і не жадати його безкінечної вдячності, перестати гордитися своїми успіхами. По-друге, слід ясніше усвідомити схильність алкоголіків підтримувати і ще більше роздмухувати «авторитет» консультанта, щоб потім «підірвати» його. Якщо консультант знає про це, то для нього менш болючою є спроба клієнта зачепити його самолюбство, а, крім того, він буде спокійно реагувати на запобігання клієнта, вбачаючи в них лише спосіб опиратися консультуванню, а значить, продовження самознищення.

9. Консультант має враховувати деструктивність алкоголіка стосовно самого себе. Опираючись консультантові, алкоголік уникає саморозуміння. Оскільки самодеструктивна тенденція становить ледве не суть проблеми алкоголізму, слід усіляко виставляти її перед клієнтом. Не усвідомивши бажання до самознищення, клієнт не зрозуміє причини своєї пристрасті до алкоголю.

Дуже важливо, як говорить про це алкоголік чи сам знає, що руйнує сім'ю й життя рідних. Варто наголошувати на надуманому, хоч і не усвідомленому характері бажання вживати алкоголь, що частково виявляється в ухиленні від зусиль консультанта.

10. Консультант повинен не лише пояснити суть нинішніх дій клієнта, а й передбачити його поведінку після припинення консультування і чим усе закінчиться. Передбачення, засновані на реаліях життя клієнта, дають йому змогу визначити точку відліку – коли багато з того, про що говорив клієнт, почне збуватися, тоді він зможе спокійніше подивитися на своє минуле без зайвої озлобленості і вини.

Така тактика консультанта значно ефективніша, ніж моралізаторство.

Працюючи з алкоголіком, консультант повинен враховувати деякі принципи, а саме:

1. По-перше, консультування повинно відбуватися тоді, коли клієнт не зловживає алкоголем.

2. По-друге, контакт із клієнтом-алкоголіком дещо амбівалентний, оскільки залежність від консультанта часто підміняється ворожим, маніпулятивним ставленням до нього. Консультантові доводиться підсилювати залежність клієнта від себе, замінюючи нею залежність від алкоголю, яку алкоголік схильний відхиляти. Він думає, що може контролювати і своє пияцтво, і життя загалом, хоча насправді все навпаки.

3. По-третє, консультант зобов'язаний розібратись у своїх реакціях контрперенесення стосовно клієнта. Під час роботи з алкоголіками почасти виникає почуття безнадійності, оскільки здається, що затрачені зусилля даремні. Консультант повинен чітко розуміти, що він не в змозі одразу й назавжди зупинити пияцтво алкоголіка. Він може лише допомогти алкоголікові прагнути до тверезості, але не здатен примусити його облишити пити. Клієнт лише власними зусиллями може повністю звільнитися від пияцтва. Розуміючи дійсність, консультант повинен визначити допустимі межі негативних впливів клієнта й умови, за дотримання яких можливе консультування. Якщо умови не будуть прийняті, консультування потрібно припинити, але все ж лишити шанс для повернення клієнта.

Напевно, найкращих результатів у допомозі алкоголікам досяг поширений у всьому світі рух «Анонімні алкоголіки» (АА), що використовує програму «12 кроків». Програма «АА» стосується самої серцевини проблем алкоголіка – страху перед собою.

Часто алкоголік власну настанову стосовно допомоги виражає словами: «Ви не зможете мені допомогти. Я п'ю щоденно, втратив роботу, мене залишила дружина і діти». Цим він хоче наголосити на власному падінні, деструктивності власної поведінки, а головне – сказати, що простий смертний йому не в змозі допомогти. Учасники

«АА» на своїх зібраннях переконують алкоголіка, що в його поведінці немає нічого страшного і така вже його доля, що серед них він стане іншою людиною. Вони говорять: «Подивись на нас. Ось він почав пити в чотирнадцять років і три рази сидів у тюрмі, а цей поміняв двадцять місць роботи, і дружина не лише залишила його, а й покінчила собою».

Так, до алкоголіка повертається відчуття й надія, що, навіть якщо є «знищеною» людиною, щось можна змінити, якщо визнати себе хворим.

Члени груп «АА» не нав'язують свою допомогу, алкоголік повинен прийти сам і попросити допомогу. Для того, щоб це сталося, потрібно досягти межі падіння, котра в кожного своя, опинитися в кризі, коли стає зрозуміло, що проблема всередині, що ти став рабом алкоголю і без сторонньої допомоги не вибратися. «АА» готові допомогти в будь-якому випадку, незалежно від глибини падіння.

Дуже важливий психологічний фактор програми «АА» – вимога до новачка більше говорити про себе, особливо про те, який він поганий. Така «самопрезентація» допомагає йому виявити почуття вини, висловити таке, що накопичувалося роками і про що він не смів говорити, в чому боявся зізнатися навіть собі. Тут суттєвою є, не стільки лише можливість висловитися, скільки відсутність спроб осудження, бо ніхто не намагається здаватися кращим. Це дає велику впевненість у підтримці своїх друзів по нещастю.

Дуже важливий пункт програми «АА» – повернення до віри в Бога, «наскільки я його розумію». Це допомагає уникнути найбільшої тривожності.

Програма «АА» дає змогу також відновити міжособистісні контакти, котрі в минулому житті алкоголіка, як правило, були беззмістовними і одноманітними.

Інколи важко пояснити, чому той, хто приєднався до «АА», перестає вживати алкоголь. Думають, що це трапляється через ідентифікацію до себе подібного. Визнаючи в інших ті ж самі проблеми, легше поводитися так само й глибше зазирнути у власну внутрішню сутність. В ефективності «АА» суттєвою обставиною є те, що член

«АА» залишається тверезим, коли допомагає іншим, докладає зусиль заради інших. Зміцнюючи інших, новоприбулих учасників груп «АА», він сам набирається сил.

## 3.8. Психоконсультативна допомога при суїцидальних намірах

Самовбивство вважається страшною, безсоромною справою. Тому деякі консультанти, працюючи з депресивними клієнтами, мимоволі нехтують такою можливістю і вважають, що клієнт не може навіть думати про це. Якщо консультант проявляє таку сліпоту, виникає більша небезпека для благополуччя і навіть життя клієнта. Проблема полягає, як правило, не в приховуванні самогубцем своїх намірів, а в тому, що його не почують, коли йтиметься про них.

*Розрізняють* спробу самогубства (парасуїцид) і реалізоване самогубство. За даними Daves (1968; цит. за: Kennedy, 1977), жінки в чотири рази частіше, ніж чоловіки намагаються покінчити життя самогубством, а чоловіки в чотири рази частіше схильні до самогубства.

Важливе питання, хто все-таки і в яких ситуаціях частіше здійснює самогубство. Уже згадувалося, що не всі люди у стані депресії намагаються здійснити самогубство, але не в депресивному стані самогубство здійснюється дуже рідко, що дає змогу охарактеризувати *такі групи потенційних самогубць:*

1. Одинокі чоловіки (розлучені і які не мають близьких друзів), старші 40 років.
2. Особи, які проживають самі.
3. Алкоголіки.
4. Люди, які пережили втрату близьких.
5. Люди похилого віку, які мають соматичні захворювання.

***Є дві умови,*** що сприяють спробам самогубства. *Перша* – збільшення стресу до рівня, що важко переживається клієнтом. *Друга* – нездарність здолати стрес ні самому, ні за допомогою інших. Як правило, рішення про самогубство не виникає раптово. Часто йому

передує серія спроб поділитися своїми намірами з іншими людьми. Найбільша ймовірність спроби самогубства випадає на вершину екзистенційної кризи.

Coleman (1972) вирізняє ***три фактори,*** *які дуже підвищують ризик при схильності до самогубства*: міжособистісні кризи, падіння рівня самооцінки, втрата смислу життя й перспективи.

Shnidman (1969) вирізняє **чотири умови,** що сприяють можливості самогубства:

1. Депресія.

2. Дезорієнтація з галюцинаціями.

3. Намагання повернути втрачений контроль над оточенням (наприклад, смертельно хвора людина може спробувати здійснити самогубство, щоб взяти під контроль час своєї смерті).

4. Залежність від інших і велике невдоволення таким становищем. Дуже важлива риса потенційного самогубця – *амбівалентність*. Вона ускладнює розкриття дійсних намірів. Тому про тих, хто намагався здійснити самогубство, інколи можна почути: «Не схоже на депресію. Учора ввечері в нього був хороший настрій».

*Завдання консультанта*

Консультант, зустрічаючись із клієнтом, що має суїцидальні наміри, передусім зобов'язаний проаналізувати власні настанови й почуття власного самогубства, знати їх наперед. У роботі ніколи не слід приховувати своїх справжніх почуттів. Тісний контакт із консультантом може стати міцною ниткою, що пов'язує людину, яка втратила останню надію з життям.

Інколи допускають, що обговорення з клієнтом можливості самогубства лише підсилює їх наміри. Однак, як правило, бесіда про почуття, що підштовхують до самогубства, зменшує вірогідність реалізації намірів. Тому консультант не повинен ухилятися від обговорення з депресивним клієнтом проблеми самогубства. Цим він показує клієнту, що думки про самогубство можуть бути сприйнятій зрозумілі іншою людиною.

Розглядаючи дуже серйозно будь-який намір самогубства, все ж слід не забувати про змогу маніпулятивної загрози, щоб переконати

консультанта у важливості своєї проблеми і претендувати на максимум його часу. Більшість симулянтів є істеричними особами. Деякі клієнти говорять про самогубство з бажання відомстити тим, хто нібито недостатньо їх любить. Загалом елемент ворожості міститься майже в кожному самогубстві.

Зустрівшись у консультуванні з депресивним клієнтом, який висловлює суїцидні наміри, дуже важливо оцінити ризик їх реалізації. Від правильного прогнозу може залежати життя клієнта. За думкою Pretsee (1972), якщо людина вже обрала спосіб самогубства, який обов'язково гарантує смерть, і цей спосіб є легко доступним, то ризик суїциду стає дуже значним.

Ступінь очевидності самогубства консультант може з'ясувати, коли поставить клієнту другорядні запитання (Bird, 1973). Запитувати прямо – «Чи не збираєтесь ви здійснити самогубство?» – небажано, тому що таке запитання спонукає клієнта до заперечення. Ефективна також практика поступового розпитування клієнта, а саме:

*Консультант*: Як Ваші справи?

*Клієнт* знизує плечима.

*Консультант*: Не все добре?

*Клієнт* трясе головою.

*Консультант:* Сумно?

*Клієнт* киває головою.

*Консультант*: Усе здається безнадійним?

*Клієнт*: Так.

*Консультант*: Життя інколи здається безнадійним?

*Клієнт:* Інколи.

*Консультант*: Чи часто Ви думаєте про те, що хотіли б померти?

*Клієнт*: Більшу частину часу.

*Консультант*: Виникає бажання покінчити з життям?

*Клієнт*: Інколи.

*Консультант*: Обдумували Ви, як це зробити?

*Клієнт*: Ще так далеко не зайшов.

Така поступовість опитування дає змогу точніше дізнатися, як далеко зайшов клієнт у своїх думках про смерть. Очевидно, що клієнт має явні суїцидні наміри, однак прямої загрози самогубства немає.

Засновник логотерапії V. Frankl пропонує оцінювати замість вірогідності самогубства величину життєвого потенціалу і запитувати клієнта не про причину небажання жити, а про зміст життя для нього. Чим більше знаходиться ниток, що зв'язують клієнта з життям, тим менша ймовірність самогубства. Існують певні правила консультування осіб, які мають намір самогубства (Schuts, 1982; Berman, Cohen-Sandler, 1983; цит. за Corey, 1986, Вігої, 1973; Kennedy, 1977).

*Концентровано завдання консультанта можна сформулювати так:*

1. З такими клієнтами треба частіше зустрічатися.

2. Консультант має звертати увагу суїцидного клієнта на позитивні аспекти його життя. Наприклад: «Ви згадували, що раніше багато чим цікавились. Розкажіть про свої захоплення» або «Завжди є заради чого жити. Що думаєте про це?» Такі запитання допомагають клієнту вишукати ресурси для подолання важкого стану життя.

3. Дізнавшись про намір клієнта здійснити самогубство, не слід панікувати, намагатися відвернути його якимось заняттям і застосовувати моралізаторство («Від цього нічого не зміниться», «Чи знаєте Ви, що релігія вважає самогубство величезним гріхом?»). Така тактика лише переконує клієнта, що його ніхто не розуміє, і консультант – також.

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

5. Клієнт повинен мати змогу у будь-який час зателефонувати, щоб той міг консультувати його емоційний стан.

6. При високій ймовірності самогубства слід ужити запобіжних заходів – поінформувати близьких клієнта, обговорити питання про госпіталізацію. Консультанту не завжди легко це виконати.

Клієнт починає заперечувати свої наміри і переконує, що не треба про нього турбуватися. Проте консультанту краще покластися на свою інтуїцію і врахувати небезпечні ознаки в поведінці клієнта, оскільки заспокійливі заяви консультанта мають – у випадку загрози самогубства – зробити максимум можливого, щоб вплинути на вибір клієнта на користь життя.

7. Консультант не повинен дозволяти клієнту маніпулювати собою способом погрози самогубства.

8. Консультант зобов'язаний не забувати, що він не Бог і, не зважаючи на найкращі наміри, не завжди здатен протистояти самогубству. Найбільшу відповідальність за власні дії несе сам клієнт. Консультант не може повністю відповідати за клієнта. Він лише професійно відповідальний за попередження реалізації суїцидних намірів. Однак незаперечна аксіома – якщо клієнт дійсно хоче покінчити з життям, ніхто не здатен зупинити його. Як відзначає Kennedy (1977), Ми говоримо «так» життю клієнта, але ж повинні бути готовими до того, що деякі клієнти все-таки скажуть своєму життю «ні».

9. Консультант має дослівно, в письмовій формі, документувати свої дії, щоб у випадку нещастя міг довести собі й іншим, що діяв професійно і вжив усіх заходів для того, щоб запобігти катастрофі.

10. Консультант має знати специфіку консультування осіб, які намагалися здійснити самогубство. Консультування спрямовується на подолання спроб до самогубства, які ще лишаються після невдалої спроби. Hamilton і Moss (цит. за Kennedy, 1977) виділяють три етапи консультування: в гострій стадії, в стадії одужання і після одужання.

11. Особливо важлива робота консультанта у двох перших стадіях. Під час першого контакту після невдалого самогубства актуальними є унікальність ситуації й самопочуття «самогубця-невдахи». Людина, яка випробувала максимальну напругу душевних сил, розуміє, що не померла, але обставини, що призвели до спроби піти з життя, лишилися. Момент «пробудження» – початок нового етапу життя цієї особи. Тому важливо, який вплив буде вписаний у чистий аркуш свідомості клієнта. Час першого контакту не повинен обмежуватися, клієнту слід дозволити висловитися.

12. Від консультанта, що зустрічається з таким клієнтом, вимагається непідробна віддача всіх своїх душевних сил. Ідеться про дещо більше, ніж обов'язки консультанта. Після спроби самогубства клієнт максимально чутливий і дуже вразливий, він гостро відчуває внутрішній стан консультанта. У першій стадії не слід починати обговорення основного конфлікту і поступово можна перейти до причин психо-

соматичного змісту самогубства. Саме консультування має бути спрямованим на зменшення тривоги й безнадійності. Стадія одужання починається, коли клієнт може повернутися до свого попереднього оточення. У другій стадії, як, до речі, і після повного одужання, можливе повторення суїцидних намірів.

Особливо провокативний вплив чинить оточення, безпосередньо пов'язане із травмувальним фактором. Тому на другому етапі дуже важливою є робота консультанта із сім'єю суїцидента.

Допомога сім'ї почасти вирішує проблематичні обставини. Загалом спроба самогубства – суттєва причина для змін у сімейному житті, точніше кажучи, такі зміни стають неминучими. Лише зміна умов життя по-справжньому буває цілющою для таких клієнтів.

Спроба клієнта здійснити самогубство, а тим більше здійснення самогубства, є для консультанта дуже важкою психічною травмою.

### *Особливості телефонного консультування клієнта, який виявляє суїцидальні наміри*

*Принципи консультування суїцидального клієнта*

1. Не впадайте у паніку.
2. Ввічливо і відкрито прийміть його особистість.
3. Стимулюйте бесіду, не випускаючи з поля зору жодної значущої інформації.
4. Тактовно шукайте ситуації, в яких клієнт був би потрібним.
5. Ведіть розмову так, наче ваш час нічим не обмежений.
6. Відроджуйте надію і шукайте альтернативи виходу.
7. Не проявляйте ані тіні негативних емоцій.
8. Дозвольте клієнту проявляти жаль.
9. Суїцид, який почався, належить розглядати як прохання про активну допомогу.
10. Блокувати суїцидальні дії, використовуючи інтервенцію.
11. Бути впевненим, що зроблено усі необхідні дії.
12. Обговорити розмову і свій стан із супервізором.

**Як допомогти?**

Потенціальні суїциденти й так страждають від невимовного почуття провини. Якщо потенційний помічник говорить про самогубство як про щось аморальне, він може підсилити й так важку для людини депресію. Для суїцидента самогубство – не теологічна проблема, а результат нестерпного болю.

*Підбирайте ключ* до розгадки самогубства – суїцидальна превенція полягає в умінні впізнати ознаки небезпеки. Вловіть прояви безпорадності та безнадії і визначте, чи не самотня ця людина, наскільки вона ізольована.

*Прийміть суїцидента як особистість* – припустіть можливість, що людина насправді є суїцидальною особистістю.

Встановіть *турботливі взаємостосунки.*

*Вислуховуйте* – «Я чую тебе"» Не намагайтеся втішити загальними словами на зразок «Ну, не все так погано», «Вам стане краще», «Не варто цього робити». Дайте йому можливість висловитися. Ставте запитання й уважно вислуховуйте. Якщо людина страждає від депресії, то їй потрібно більше говорити самій. Інколи найкращим помічником може бути мовчазне вислуховування її монологу.

*Не сперечайтеся.* Зараз його біль – найсильніший, навіть якщо він викликаний відносно дріб'язковими причинами. Заяви на зразок «Подумай, адже ти живеш набагато краще за інших; тобі потрібно дякувати долі» одразу блокують обговорення проблеми і викликають недовіру й пригніченість.

*Обговорюйте* – відкрите обговорення планів і проблем знімає тривожність. Не бійтеся говорити про це. Більшість людей відчувають ніяковість, говорячи про самогубство, і це проявляється в запереченні чи уникненні цієї теми. Бесіди не можуть спровокувати самогубство, а уникнення цієї теми підвищує тривожність, підозрілість до терапевта. Кращий спосіб втручання в кризу – це турботливо і прямо запитати: «Таке враження, що ти насправді говориш…», «Більшість людей задумувалися про самогубство…», «Ти колись думав, як здійснити його?»,»Ти думаєш про самогубство?», «Як ти думаєш, чому в тебе з'явилися ці почуття?», «Якщо ти раніше роздумував про самогубство,

то що тебе зупиняло?» Якщо ви отримуєте відповідь, переходьте на конкретику. «Пістолет? А ти колись стріляв? А де ти його візьмеш? Що тоді станеться? А якщо ти промахнешся? Хто тебе знайде? Ти думав про свій похорон? Хто на нього прийде?» Невисловлене, приховане ви маєте зробити явним. Допоможіть клієнту відкрито говорити і думати про свої задуми.

*Будьте уважним* до опосередкованих показників при передбачуваному самогубстві. Кожне жартівливе згадування чи погрозу потрібно сприймати серйозно. Підлітки часто заперечують, що говорили серйозно, намагаються висміювати терапевта за його надмірну тривожність, можуть зображати гнів. Скажіть, що сприймаєте їх всерйоз.

*Підкреслюйте тимчасовий характер проблем* – визнайте, що його почуття дуже сильні, проблеми – складні. Дізнайтеся, чим ви можете допомогти, оскільки він вам вже довіряє. Дізнайтеся, хто ще може допомогти в цій ситуації.

*Не пропонуйте невиправданих втішань.*

*Запропонуйте конструктивні підходи* – замість говорити суїциденту «Подумай, якого болю завдасть твоя смерть близьким», попросіть його поміркувати про альтернативні рішення, котрі, можливо, ще не спадали йому на думку. Потенційного самогубцю потрібно стимулювати, щоб він ідентифікував проблему і якомога точніше визначив, що її поглиблює. Потрібно також з'ясувати, що залишається позитивно значущим для людини. Що вона ще цінує? Що з цього цінного для неї є досяжним тепер? Хто ті люди, котрі продовжують їх хвилювати? Можливо, тепер, коли життєва ситуація проаналізована, виникли якісь альтернативи? З'явилося почуття надії?

*Вселяйте надію* – вона не може будуватися на порожніх втішаннях. Потрібно допомогти суїцидальному клієнтові відкрити нове розуміння життя в контексті його кризи. Темрява і світло, радість і печаль, щастя і страждання – нероздільно переплетені нитки в тканині людського життя.

### *Оцініть рівень ризику самогубства*

Не залишайте людину на самоті в ситуації високого ризику суїциду – залишайтеся з нею якомога довше, доки не вирішиться криза

чи не прийде допомога. Тут можна укласти з суїцидентом так званий контракт – домовленість про нездійснення самогубства протягом певного часу. Допомога спеціалістів – ними можуть стати священик (якщо він не затятий моралість), сімейний лікар, психотерапевт, психолог, психіатр, соціальний працівник. Інколи єдиною альтернативою допомогою суїциденту є госпіталізація в психіатричну лікарню.

Важливість збереження турботи і підтримки – якщо критична ситуація минула, то спеціалісти чи сім'ї НЕ можуть дозволити собі розслабитися. Емоційні проблеми, які призводять до самогубства, рідко розв'язуються повністю і за V-короткий час, навіть коли здається, що все найгірше вже позаду. Ситуація не вирішується доти, доки суїцидент не адаптується повністю в житті.

***Вказівки телефонному консультанту***

1. Запитайте, чи є хтось поблизу.
2. Слідкуйте за енергетикою бесіди (не засинайте разом з абонентом).
3. Уважно збирайте інформацію! Не закидайте абонента запитаннями.
4. Якщо у нього є зброя, дізнайтеся, чи є кулі, де вони; якщо таблетки – то скільки їх є.
5. Запитайте про алкоголь (якщо абонент вживав алкоголь – це збільшує ризик).
6. Не давайте заснути; не дозволяйте лягти.
7. Запитайте: «Яка частина вас хоче жити?».
8. Запитайте: «Що ви хочете сказати своєю смертю? Кому?»

*Реакції консультанта, які можуть виникати у процесі розмови й ускладнювати консультацію*

1. **ПАНІКА** («Я не спроможна чим-небудь зарадити») – її треба подолати: клієнт шукає можливість поговорити і довіритися; консуль-тант може бути єдиною ниточкою, яка зв'язує його зі світом.

2. **СТРАХ** («Раптом, незважаючи на мою допомогу, він все одно це зробить») – свідчить про бажання уникнути розмови або негативних емоцій; кожна людина відповідальна за свій вибір, але психолог має можливість допомогти.

3. **ФРУСТРАЦІЯ** («Ще одна довга розмова, якої я не хочу») – пов'язана із необхідністю виконувати важку роботу; однак допомога може бути надана дуже швидко: перше завдання допомоги – зниження інтенсивності переживання безнадії.

4. **ГНІВ** («Невже можна бути таким дурним і слабким, щоб таке замислити?!») – може легко опанувати консультанта, відображаючи його безпорадність у конкретній ситуації; усвідомлення гніву збільшує міру свободи й ефективність надання допомоги.

5. **ОБРАЗА** («Клієнт, можливо, використовує мене») – часто виникає стосовно тих осіб, чиї суїцидальні погрози не сприймаються серйозно; завжди потрібно пам'ятати, що суїцидальні погрози є криком про допомогу, а не маніпуляцією.

6. **ВНУТРІШНІЙ КОНФЛІКТ** («Якщо людина чогось бажає, навряд чи хтось її може зупинити») – виникає тоді, коли консультант намагається зробити вибір; однак перед ним клієнт, і в консультанта немає вибору, надавати допомогу чи ні.

7. **ВІДЧУТТЯ БЕЗВИХОДУ** («Ця ситуація безнадійна – як я можу примусити його хотіти жити?») – часто виникає через "нагромадження проблем", висунутих клієнтом; в них не варто губитися, а важливо знайти головну і спробувати змінити ставлення до неї.

8. **ЗРЕЧЕННЯ** («У якій ситуації моє рішення могло би бути аналогічним») – свідчить про наявність у консультанта прихованих суїцидальних тенденцій; ця реакція не відображає реальну ситуацію клієнта, а випливає з намірів консультанта, які потрібно пропрацювати під час супервізії.

### *Перші кроки до подолання реактивної непсихотичної депресії*

1. Якомога більше гострої і кислої їжі. Якомога менше солодощів.
2. Будь-які напої пити через соску чи соломинку.
3. Ходити в середньому темпі без особливих цілей.
4. Максимально обмежити спілкування, перегляд телепрограм, читання літератури.
5. Спати стільки, скільки хочеш. Особливо приємно з улюбленою м'якою іграшкою (навіть якщо ти – дорослий).
6. Мінімум сильних відчуттів.

## 3.9. Психологічна допомога людям, які пережили самогубство близьких

*На думку Е. Ліндемана,* робота з тими, хто перебуває в скорботі, спрямована на звільнення від зв'язку з померлими, реадаптацію до навколишньої реальності, в якій вже немає того, хто помер, і формування нових взаємостосунків.

Люди, які пережили суїцид близьких, переживають гостре горе і потребують, насамперед, інтенсивної опіки. Метою ***інтенсивної опіки*** є попередження декомпенсації і повернення клієнта до його нормального стану, в якому він може повністю користуватися ресурсами подолання.

**Етапи інтенсивної опіки:**

– Перенесення відповідальності. Людині пропонують тимчасово перекласти вирішення всіх проблем і відповідальність на близьких.

– Організація вирішення невідкладних завдань (догляд за дітьми, вирішення питання про тимчасову непрацездатність того, хто переживає гостре горе, тощо).

– Віддалення клієнта від стресового оточення. Тимчасовий переїзд до доброзичливих родичів, подорож, про яку мріяв клієнт. Це може бути і госпіталізація, але вона виправдовує себе лише під час направлення пацієнта до спеціалізованого кризового стаціонару, де здійснюється професійна кризова психотерапія.

– Зниження рівня збудження і дистресу. Використовуються психотерапевтичне втручання (вислуховування розповіді про пережите, заохочення до висловлювань почуттів) і фармакотерапія.

– Встановлення довірливих стосунків. Необхідне для налагодження психотерапевтичного впливу.

– Прояв турботи і тепла, оживлення надії.

Одним зі способів, яким близькі суїцидента можуть допомогти самі собі подолати із руйнівні емоції, є ***активне реагування.***

*Активне реагування* – це не реакція; це використання людиною якомога більшої кількості частин своєї особистості для просування вперед; це не забування того, що сталося. Активне реагування передбачає хороші думки про померлу людину; воно вчить не відчувати

провини за те, що сталося; воно означає здатність знову відчувати до себе добрі почуття.

Активне реагування потребує часу, протягом якого можуть повертатися деструктивні переживання, але їх потрібно усвідомлювати, обговорювати і намагатися трансформувати у більш продуктивні. Важливо зрозуміти, що почуття депресії, гніву, провини, зниження самооцінки є природним переживанням суїциду близької людини. Але буде корисним відсортувати ці почуття і переглянути, якого розвитку можна очікувати від цих почуттів.

Активне реагування передбачає звертання за консультативною допомогою чи за підтримкою до друзів, які зможуть зрозуміти і підтримати.

Важливим є **траур** – це тайм-аут, який ми можемо взяти у реального світу, щоб подумати про померлого і наші з ним стосунки. Крім того, допомогти пережити суїцид близької людини може традиційне влаштування похорон і панахиди без будь-яких обмежень, які можуть здаватися необхідними з огляду на особливі обставини смерті.

Активному реагуванню заважають нескінченні фантазії про спасіння: «Якби я тільки поводив себе інакше...». Важливо прийняти те, що неможливо керувати всім, що відбувається. У будь-якому разі наші можливості обмежені. Перешкодою може бути також думка про те, що закінчення скорботи означає забування чи зрада людини, яку любиш. Але любов потрібно виражати іншими засобами, відмінними від скорботи. Очевидно, померлому було б не дуже приємно бачити близьку йому людину постійно пригніченою і засмученою.

Активному реагуванню допомагають: якась корисна діяльність; спочатку це може бути влаштування церемонії похорону і поминок. Люди зазвичай відзначають важливі події церемоніями. Церемонії допомагають зрозуміти важливість подій, значущість людей, задіяних у цих подіях, повноцінно пережити свої почуття. Більшість дослідників вважають, що відмова від традиційних церемоній похорону у випадку самогубства є великою помилкою рідних. Надалі корисною діяльністю може стати допомога іншим людям у благодійних акціях чи просто заняття улюбленою справою. Знаходження підтримки: більшу здатність активного реагування проявляють ті, чиє оточення

надає їм можливість відчувати себе у безпеці, зв'язаними з іншими, частиною всього світу. Розмова –найважливіший спосіб активного реагування.

Людина ніколи не зможе відмінити того, що сталося, чи зробити його менш трагічним. Але в результаті активного реагування вона зможе йти далі життям більш продумано, творчим, продуктивним шляхом, не заперечуючи того, що сумне – це сумне, але сприймаючи речі такими, якими вони є.

**Допомога вислуховуванням.** Головним моментом психологічної допомоги є створення такого клімату, в якому може найвиразніше проявитися власна здатність людини до самозцілення. Головна функція психолога – *слухання*. Мета психологічної допомоги – *полегшення переживання втрати, болю, особистої трагедії. Близькому оточенню особи, яка пережила втрату, слід враховувати:*

– не потрібно намагатися владнати справу, шукати потрібну відповідь. Вислови на зразок "Будь мужньою заради дітей" частіше дратують і звучать недоречно. Врешті, лише відповіді самих людей і є найбільш доречними;

– розуміння людиною того, що сталося, корегується саме, якщо їй дають можливість здійснити таку корекцію;

– важливу роль відіграє вислуховування, спрямоване на те, щоб зробити безпечним усвідомлення вже відомої інформації. Пропозиція вислухати – це найкращий спосіб допомоги людині, яка потребує розмови.

*Ознаки емпатійного слухача можна подати через такі висловлювання клієнта:*

1. Він (консультант) говорить «Так» з відкритою сприймаючою інтонацією.

2. Я (клієнт) і він спілкуємось один з одним з теплотою і адекватністю.

3. Він слухає паузи.

4. Він не претендує на те, щоб дізнатися усю правду.

5. Він відчуває те ж, що і я.

6. Він входить у мою ситуацію, мій стан.

7. Він відображає мої думки і почуття.
8. Він приймає мене таким, яким я є, і не осуджує.
9. Він дозволяє мені запинатися на словах.
10. Мої проблеми стають його проблемами.

***Види психологічної допомоги людям, які пережили суїцид близьких***

*Групи самодопомоги* – родичі суїцидентів – самостійно організовують собі можливість бути почутими людьми, котрі розуміють їх стан, оскільки самі пережили самогубство близької людини; вони збираються в групи, щоб вислухати один одного, поділитися своїми переживаннями; такою групою може керувати спеціаліст (психолог, соціальний працівник), може вона працювати і самостійно.

*Психотерапія* – вона стає своєрідним навчанням, а не лікуванням, оскільки її найважливішим завданням є прискорити й оптимізувати процес адаптації людини до жорсткого стресу. Чим раніше людина звертається за допомогою, тим ефективнішою буде психотерапія.

*Сімейна терапія* – коли вся сім'я разом відвідує психотерапевта, котрий допомагає їм поговорити між собою. Терапія недовготривала, але сама сім'я може її продовжувати, збираючись періодично разом і обговорюючи свої переживання у зв'язку з подією.

*«Інші терапевти»* – люди, які пережили суїцид близької людини, можуть стати «терапевтами» для тих, хто потрапив у таку ж ситуацію. Це прискорить і процес їхнього власного одужання, оскільки є способом активного реагування.

**Розмова з дітьми про суїцид близьких**

Діти потребують правдивої інформації про суїцид. Вони мають гостру інтуїцію, тому одразу ж відчувають, що дорослі щось замовчують, приховують. Крім того, діти мають можуть нафантазувати собі, що це вони винні у трагедії.

Правда рано чи пізно стане їм відомою. Важливо, щоб батьки самі розповіли їм про все звичайно, в доступній і конкретній формі, так, щоб прояснити всі запитання, які виникають у дитини, і допомогти їй зрозуміти сутність того, що сталося. Це можна зробити, наприклад,

так: «Твоя мама (тато, дідусь, сестра) погано себе почувала. Вона настільки погано себе почувала, що вирішила, що не може більше жити. Тому вона вбила себе. Я знаю, це звучить жахливо, і це справді жахливо. Ми всі дуже сумуємо за нею».

Враховуючи те, що діти мислять конкретно, вони не розуміють абстракцій, тому всі пояснення повинні бути конкретними і чіткими, щоб не залишалося місця для невиправданих фантазій і страхів. Разом з тим, діти мислять емоційно. Намагаючись зрозуміти складні думки, вони часто покладаються на емоційний настрій розповідача. Тому все залежить від тону, яким дитині розповідають про смерть.

Дитині важко самостійно зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки. Тому їх треба пояснити чітко і конкретно. Діти вірять, що, коли вони будуть хорошими, то й світ буде хорошим, і навпаки. Тому коли трапляється трагедія, діти часто думають, що у цьому є їхня провина.

Не потрібно говорити дитині забагато одразу – лише необхідний мінімум інформації. Важливо вислухати, що дитина скаже у відповідь, і сказати їй, що вона може говорити з вами про це тоді, коли захоче.

У дитини виникнуть певні переживання. Важливо допомогти дитині виразити і прояснити свої почуття, тому їх треба обговорювати. Корисним може стати розповідання історій і казок.

### *Техніки ігрової психотерапії в роботі з дітьми, які пережили втрату близьких*

*Розфарбовування фігур хлопчиків і дівчаток*

(автор Барбара Тьорнер)

Техніку можна використовувати як засіб вираження почуттів, пов'язаних з тими чи іншими подіями в житті дитини, в тому числі при переживанні втрати близької людини.

Терапевт малює контур дитячої фігурки відповідно до статі і віку клієнта (можна скористатися підготовленим шаблоном). Показуючи фігурку дитини, терапевт просить її подумати, як «цей хлопчик» чи «ця дівчинка» почувають себе в ситуації, близькій до ситуації самої дитини: «Давай розфарбуємо цю фігурку, щоб побачити, як вона себе почуває». Під час малювання терапевт починає обговорення з дити-

ною і стимулює її до висловлювання почуттів. Потім можна перейти до розмови про одне з почуттів, яке найбільше хвилює дитину, обговорюючи з дитиною, що це за почуття; коли воно виникає; що дитина відчуває, коли воно з'являється; як можна до нього поставитися.

*Використання художніх і вербальних метафор*
(автор Гленда Шорт)

Ця техніка допомагає дітям реалізувати свої пізнавальні, емоційні і творчі можливості й виразити переживання, пов'язані з втратою). Дитині також дається можливість обговорити, як вона жила після цих подій.

Терапевт просить дитину пригадати, як вона жила і почувала себе до того, як втратила близьку людину, створюючи коротку історію чи малюнок. Потім просить розповісти про те, що змінилося в її житті і як вона почуває себе тепер. Тут також дитина має вигадати коротку історію про себе чи намалювати щось. Психотерапевт, повторюючи вголос ті чи інші висловлювання дитини, акцентує увагу клієнта на певних сторонах його внутрішнього світу. Він може попросити дитину подумати про будь-яке природне явище чи подію життя, які він хотів би відобразити на своєму малюнку, щоб краще передати свій погляд на власне життя до і після втрати.

*Приклад*: Шестирічна дівчинка зобразила своє життя до розлучення батьків у вигляді квітки на тлі блакитного неба, жовтого сонечка і зеленої трави і розповіла, що в її сім'ї раніше всі були щасливими. На іншому малюнку вона зобразила сприйняття свого життя в теперішньому, після розлучення батьків – квітка втратила барви, похилилася, майже впала («dead flower» – «мертва квітка»).

### *Запитання та завдання для самоперевірки*

1. Визначте особливості надання психологічної допомоги клієнтам із психосоматичними розладами.
2. Охарактеризуйте роботу психолога з клієнтами із розладами поведінки.
3. Дайте характеристику психологічної допомоги невиліковно хворим клієнтам.

4. Опишіть особливості роботи психолога з клієнтами, що зазнали сексуального насилля.
5. Назвіть особливості психоконсультативної допомоги при суїцидальних намірах.
6. В чому полягає психологічна допомога людям, які пережили самогубство близьких.

# РОЗДІЛ 4
# ПСИХОДІАГНОСТИЧНИЙ ПРАКТИКУМ

*Діагностика кризових станів. Визначення суїцидальних схильностей. Діагностичний інструментарій для вивчення сімейної ситуації. Визначення особистісного профілю. Методики на виявлення дитячих страхів і переживань.*

## 4.1. ОПИТУВАЛЬНИК ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ (І. О. Котеньова)

**Інструкція.** Уважно читаючи кожне твердження, виберіть той варіант відповіді, який найбільше відповідає вашому стану або думці. Оцініть кожне твердження за таким принципом: 5 – абсолютно правильно; 4 – швидше правильно; 3 – частково правильно, частково неправильно; 2 – швидше неправильно; 1 – абсолютно неправильно.

### Текст опитувальника

1. Вранці я прокидаюся свіжим і відпочилим.
2. Я добре координую свої рухи.
3. Я відчуваю втомленість.
4. Мені потрібне зусилля, щоб вникнути в те, про що говорять оточуючі.
5. Несподівано у мене виникає сильне серцебиття.
6. Я споживаю їжу машинально, не відчуваючи при цьому задоволення.
7. Світ, що оточує мене, здається нереальним.
8. Я здригаюся від раптового шуму.
9. Я настільки чітко пригадую окремі події, що при цьому як би знову переживаю їх.
10. Я абсолютно здоровий фізично.
11. Мені приносить задоволення бути серед інших людей.
12. Часто я дію так, ніби мені загрожує небезпека.
13. Мене не можна дорікати в неуважності.
14. Я часто бачу один і той же жахливий сон.

15. Безперечно, я винен перед людьми.
16. Дрібні дурниці дратують мене.
17. Я намагаюся не дивитися телевізор, якщо показують хроніку драматичних подій.
18. Мені подобається моя робота.
19. Я пережив серйозну втрату.
20. Я добре висипаюся ночами.
21. Я ніколи не бачу страшних снів.
22. Іноді мені хочеться напитися.
23. Мої близькі сильно хвилюються через мою роботу.
24. У мене буває відчуття, що час тече неначе би уповільнено.
25. Іноді я звертаюся до лікаря тільки тому, що хочу трохи відпочити.
26. Багато речей втратили для мене інтерес.
27. Без жодного приводу я можу вибухнути бурхливими емоціями.
28. Мені слід було б дотримуватися дієти.
29. Я намагаюся уникати розмов на неприємні теми.
30. Буває, що я забуваю речі.
31. Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене.
32. Мені необхідно краще контролювати емоції.
33. Минулі події іноді згадуються яскравіше ніж ті, які відбуваються зараз.
34. Мені іноді здається, що світ навколо мене втрачає фарби.
35. Я прокидаюся від раптового страху.
36. Мені вартує великих зусиль працювати в колишньому ритмі.
37. Іноді я відчуваю озноб.
38. Мені хочеться допомагати людям, що потрапили у біду.
39. Нещодавно мені довелося зіткнутися з дуже небезпечними обставинами.
40. Я почуваю себе впевненіше, ніж багато з моїх однолітків.
41. Я засинаю важко.
42. Я переживаю почуття самотності.
43. Мені буває важко згадувати те, що відбувалося зовсім нещодавно.
44. Я відчуваю, що стаю іншою людиною.
45. Мене іноді тішать самі дрібні речі.
46. Я відчуваю прилив сил.

47. Вранці мені важко прокидатися.
48. Мої думки постійно повертаються до того, про що не хочеться думати.
49. Я переживаю почуття сорому.
50. Зазвичай я не звертаюся до лікаря, навіть якщо відчуваю, що не зовсім здоровий.
51. Мій сон настільки міцний, що гучні звуки або яскраве світло не можуть мені завадити.
52. Мені говорять, що я скрикую уві сні.
53. Я часто думаю про майбутнє.
54. Іноді я гніваюся.
55. Я боюся, що можу натворити щось усупереч своїм намірам.
56. Буває, що я забуваю те, що хотів сказати або зробити.
57. Останнім часом мій настрій погіршився.
58. Мені немає на кого покластися.
59. Хотілося б, щоб моя сім'я приділяла мені більше уваги.
60. Безперечно, я люблю ризикувати.
61. Мені подобається «чорний гумор».
62. Я у всьому покладаюся на самого себе.
63. Я постійно відчуваю потребу щось жувати, навіть не відчуваючи голоду.
64. Іноді мені здається, що я заплутався в житті.
65. Мені здається, що я не зумів зробити того, що від мене вимагалося.
66. Я відчуваю інтерес і смак до життя.
67. Мені весело і легко в компанії людей.
68. Я багато і плідно працюю.
69. Часто я забуваю, куди поклав ту або іншу річ.
70. Я намагаюся ні з ким не обговорювати свої проблеми.
71. Я ніколи не відчував страху.
72. Мені було б корисно побути насамоті.
73. Виконуючи певну справу, я часто думаю зовсім про інше.
74. Моє життя різноманітне і насичене подіями.
75. Я ніколи не здійснював вчинків, за які мені було б соромно.
76. Чужі труднощі мало кого хвилюють.
77. Я відчуваю себе набагато старшим за свої роки.

78. Мені здається, що мене чекає щасливе майбутнє.
79. У житті мені довелося випробувати таке, про що краще не згадувати.
80. Я гостро сприймаю чужий біль.
81. Мені здається, я втратив здатність радіти життю.
82. Мене турбують головні болі.
83. Легкі заробітки зазвичай пов’язані з порушенням закону.
84. Я не проти заробити зайвого.
85. Сторонні звуки відволікають мене.
86. Я намагаюся не вступати у бійку, якщо справа мене не стосується.
87. Я вірю в торжество справедливості.
88. Моє серце працює як завжди.
89. Іноді я приймаю пігулки.
90. Є речі, які я не можу собі пробачити.
91. Безперечно, мені треба час, щоб прийти в себе.
92. Алкоголь добре знімає будь-який стрес.
93. Я не схильний скаржитися на здоров’я.
94. Мені хочеться все крушити на своєму шляху.
95. Більшість людей заклопотана лише власним благополуччям.
96. Мені нелегко стримувати свій гнів.
97. Я вважаю, що правий той, хто сильніший.
98. У мене ніколи не було непритомності.
99. Мені слід було б навчитися уникати конфліктів.
100. Я придбав в житті хороших друзів.
101. Мене вважають урівноваженою людиною.
102. Нервову напругу добре знімає сауна.
103. Я відчуваю розгубленість.
104. Часто мені здається, що мене підстерігає небезпека.
105. Я працюю, не відчуваючи втоми.
106. Я відчуваю сильне внутрішнє збудження.
107. Мені важко зосередитися одночасно на декількох справах.
108. Часто я здійснюю мимовільні дії у відповідь на несподіваний звук або рух.
109. Я почуваю себе цілком упевненим в собі.
110. Мені є за що дякувати долі.

## Обробка результатів

**1. Надпильність**: 2, 32, 46, 58, 62, 70, 98, 105, 106, 109. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

**2. Перебільшене реагування:** 8, 12, 39, 102, 104, 108. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

**3. Притупленість емоцій**: 3, 4, 6, 7, 13. 24, 26, 34, 45, 64, 66, 74, 81. Підсумовуйте значення (питання: 3, 4, 6, 7, 24, 26, 34, 64, 81) і відніміть значення з питань (13, 45, 66, 74), що залишилися, отриману величину розділіть на 9.

**4. Агресивність**: 60, 83, 84, 87, 94, 96, 97, 99. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

**5. Порушення пам'яті і концентрації уваги**: 30, 36, 43, 56, 69, 73, 85, 91, 107. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

**6. Депресія**: 19, 26, 34, 42, 48, 57, 64, 81, 91, 82, 72. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

**7. Загальна тривожність**: 5, 16, 31, 37, 55, 59, 76, 103. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

**8. Напади люті**: 54, 84, 86, 88, 96, 101. Підсумовуйте значення (питання: 54, 84, 96) і відніміть значення з питань (86, 88, 101), що залишилися, отриману величину розділіть на 3.

**9. Зловживання наркотичними і лікарськими речовинами**: 22, 25, 50, 63, 89, 92, 102. Підсумовуйте значення (питання:22, 25, 63, 89, 92) і відніміть значення з питань (50, 102), що залишилися, отриману величину розділіть на 3.

**10. Непрошені спогади і галлюцинаторні переживання**: 7, 9, 17, 19, 29, 33, 48, 71, 79. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

**11. Проблеми зі сном (труднощі із засинанням і переривчастий сон)**: 1, 14, 20, 21, 35, 41, 47, 51, 52. Підсумовуйте значення (питання: 14, 35, 41, 47, 52) і відніміть значення з питань (1, 20, 21, 51), що залишилися, отриману величину розділіть на 4.

**12. «Провина того, хто вижив»**: 15, 38, 49, 65, 80, 90. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

**13. Оптимізм**. Ця шкала відповідає наступним питанням: 10, 11, 18, 40, 44, 53, 67, 68, 75, 77, 78, 93, 100, 110. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

## 4.2. ШКАЛА ОЦІНКИ ВПЛИВУ ТРАВМАТИЧНОЇ ПОДІЇ (IMPACT OF EVENT SCALE-R – скор. 1ES-R)

Ім’я_____
Освіта_____
Сімейний стан _____
Вік_____
Стать:_____
Дата «_____» 20_р.

**Інструкція.** Нижче приведені описи переживань людей, які перенесли важкі стресові ситуації. Оцініть, в якому ступені ви переживали такі почуття з приводу подібної ситуації, колись пережитої вами. Для цього виберіть і обведіть кружечком цифру, відповідну тому, як часто ви мали подібне переживання впродовж останніх 7 днів, включаючи сьогоднішній.

| | **Ніколи 0** | **Рідко 1** | **Іноді 3** | **Часто 5** |
|---|---|---|---|---|
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. Будь-яке нагадування про цю подію (ситуацію) змушувало мене заново переживати її. | | | | |
| 2. Я не міг спокійно спати ночами. | | | | |
| 3. Деякі речі змушували мене увесь час думати про те, що зі мною сталося. | | | | |
| 4. Я відчував постійне роздратування і гнів. | | | | |
| 5. Я не дозволяв собі засмучуватись, коли думав про цю подію, або щось нагадувало мені про неї. | | | | |
| 6. Я думав про те, що сталося супроти своєї волі. | | | | |
| 7. Мені здавалося, що все що сталося, було наче не зі мною насправді, або все що тоді відбувалося, було нереальним. | | | | |

*Закінчення таблиці*

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| 8. Я намагався уникати всього, що могло б мені нагадати про те, що сталося. | | | | |
| 9. Окремі картини того що сталося несподівано виникали у моїй свідомості. | | | | |
| 10. Я був увесь час напружений, і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене. | | | | |
| 11. Я намагався не думати про те, що сталося. | | | | |
| 12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того що сталося, але нічого не робив, щоб їх уникнути. | | | | |
| 13. Я відчував щось подібне до заціпенін-ня, і всі мої переживання з приводу того що сталося були неначе паралізовані | | | | |
| 14. Я раптом помічав, що дію або почуваю себе так, нібито все ще знаходжусь в тій ситуації. | | | | |
| 15. Мені було важко заснути. | | | | |
| 16. Мене буквально захльостували надзвичайно важкі переживання, пов’язані з тією ситуацією. | | | | |
| 17 Я намагався витіснити подію з пам’яті. | | | | |
| 18 Мені було важко зосередити увагу на чому-небудь. | | | | |
| 19 Коли щось нагадувало мені про те, що сталося, я переживав неприємні фізичні відчуття: потів, дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс і т. д. | | | | |
| 20 Мені снилися важкі сни про те, що зі мною сталося. | | | | |
| 21 Я був постійно насторожений і увесь час очікував, що станеться щось погане. | | | | |
| 22 Я намагався ні з ким не говорити про те, що сталося. | | | | |

***Ключі для обробки:***

**Субшкала «вторгнення».** Сума балів пунктів: 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

**Субшкала «уникнення».** Сума балів пунктів: 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

**Субшкала «фізіологічна збудливість».** Сума балів пунктів: 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

**Середні значення показників методики ШОВТП (IES-R)**
(Тарабрина, 2001)

| | **IN** | **AV** | **AR** | **IES-R** |
|---|---|---|---|---|
| Пожежники | 5 76 ±5,71 | 7,26 +6,73 | 3,63 +3,99 | 16,64 ±14,75 |
| Студенти | 10,20 +8,22 | 12,17 ±8,79 | 7,23 ±7,46 | 29,61 ±21,76 |
| Рятувальники | 5,95 +3,93 | 5,09 ±5,47 | 3,35 +3,63 | 14,40 ±11,05 |
| Співробітники МВС | 7,65 ±6,31 | 9,26 ±6,08 | 5,50 ±6,18 | 22,41 ±17,33 |
| Військовослужбовці | 8,89 +8,03 | 9,48 ±7,77 | 6,40 ±6,40 | 24,78 ±20,38 |
| Біженці, «норма» | 14,58 ±10,83 | 14,94 ±9,90 | 11,27 ±9,87 | 40,79 ±28,19 |
| Біженці, ПТСР | 27,43 ±6,00 | 27,43 ±5,91 | 22,57 ±8,06 | 77,43 ±14,25 |
| Ліквідатори, «норма» | 14,68 ±8,96 | 14,38 ±9,30 | 13,33 ±8,81 | 42,39 ±24,94 |
| Ліквідатори, ПТСР | 24,33 ±9,07 | 20,67 +5,03 | 23,33 ±2,89 | 68,33 +8,02 |

**IN** – субшкала «*вторгнення*»;
**AV** – субшкала «*уникнення*»;
**AR** – субшкала «*фізіологічна збудливість*»;
**IES-R** – загальний бал.

## 4.3. ОСОБИСТІСНИЙ ПРОФІЛЬ КРИЗИ (ТАРАС, 2003)

Пропонований опитувальник дозволяє визначити особистісний профіль кризи, яка переживається. Його теоретичною основою є положення про комплексний характер переживання кризи, що зачіпає різні фізіологічні і психологічні аспекти.

**Інструкція.** Прочитайте приведені нижче твердження й відмітьте номери тих з них, які відповідають вашому нинішньому стану. Якщо твердження лише частково вірно, то підкресліть ту його частину, яка відповідає вашим реакціям. Хочемо нагадати, що в приведеному списку немає поганих або хороших проявів і реакцій. Усі вони є лише неминучим наслідком переживанння кризи.

### Текст опитувальника

1. Я страждаю від головних болей, погіршення здоров'я або почуваю себе погано.
2. Я став розсіяним.
3. Мене не покидає почуття тривоги, яке підсилює мої судження і почуття.
4. Іноді у мене виникають думки, що немає сенсу жити як раніше.
5. Я уникаю думати або говорити про свою невдачу (нещастя).
6. Іноді моє серце б'ється прискорено.
7. Мені здається, що я втратив здатність реально оцінювати події і чітко їх сприймати.
8. Я сердитий на весь світ за те, що це сталося зі мною.
9. Я відчуваю фізичну втому, апатію, млявість почуттів.
10. Думки про те, що сталося, безупинно крутяться у мене в голові, і я не можу зупинити їх.
11. Іноді я не можу нормально дихати.
12. Іноді мені важко чітко формулювати свої думки.
13. Після того, що сталося, я не плачу і не тужу так, як це зазвичай повинно бути.
14. Усі ті, що оточували мене, здаються мені чужими, холодними і безнадійними.

15. Я зовсім не можу працювати як раніше, у мене все валиться з рук.
16. Закріпи (проноси) мене турбують частіше, ніж зазвичай.
17. Я став забудькуватим і пропускаю деякі обов'язкові заходи.
18. Іноді я плачу або близький до цього.
19. Я не отримую задоволення від приємних і радісних подій, так як раніше.
20. Мені хочеться забутися і бігти світ за очі.
21. У мене є труднощі із засинанням.
22. Мені дуже важко зосередитися на чому-небудь.
23. Майже увесь час я відчуваю незрозумілу тривогу.
24. Іноді я ненавиджу себе.
25. Іноді думки про те, що сталося, позбавляють мене сну.
26. Мій пульс прискорений (уповільнений), кров'яний тиск підвищений (знижений).
27. Моє сприйняття оточуючого звужене і обмежене моєю проблемою і всім, що її стосується.
28. Мені соромно за себе і за все, що зі мною сталося.
29. Часом все здається мені безглуздим.
30. Я не в змозі виконувати свої професійні і домашні обов'язки як раніше.
31. У мене нестійкий серцевий ритм (уповільнений, прискорений).
32. Мені здається що мої рішення, прийняті нині, непродумані, скороспішні і навіть імпульсивні.
33. Іноді мене охоплює стан повної нечутливості, начебто нічого не сталося.
34. Моє «Я» так змінилося, що іноді я не впізнаю сам себе.
35. Я став приділяти значно більше часу роботі (службі), і в цьому знаходжу вихід з ситуації, що сталася.
36. У мене часто буває сухість в роті.
37. Мені складно запам'ятати інформацію, яку раніше я запам'ятовував без особливої напруги.
38. Частенько у мене виникає бажання розповісти про свої душевні переживання навіть малознайомим людям.
39. Подавлений, пригнічений настрій у мене триває довго.

40. Час від часу у мене мимоволі (у вигляді своєрідного спалаху) пожвавлюються найбільш травматичні спогади про те, що сталося.
41. Часто у мене виникає суб'єктивне відчуття нестачі повітря і навіть відчуття зупинки дихання.
42. Я не можу належним чином зосередитися під час виконання своїх службових обов'язків.
43. Іноді у мене виникає відчуття, що усе всередині стислось в клубок.
44. У мене загострилося критичне ставлення до себе і своїх вчинків.
45. Я втомлююся навіть від виконання своїх звичайних обов'язків.
46. У мене знизився апетит, іноді з'являється нудота.
47. Іноді мені здається, що все, що діється – нереально.
48. З кожним днем мені все частіше спадає думка про те, що я не зробив все можливе для того, щоб уникнути такого розвитку подій.
49. Мій настрій став вкрай нестійким.
50. Я став випивати більше, ніж потрібно.
51. У мене з'явилась надмірна пітливість.
52. Коли до мене звертаються, я частенько відповідаю із затримкою.
53. Мене охопив стан байдужості до оточення, ніщо не хвилює, не турбує, не цікавить.
54. Я нікого не хочу бачити і намагаюся бути на самоті.
55. Велику частину часу я продовжую розмірковувати про те що сталося, хоча це і важко.
56. Мій сон став неспокійним, й іноді уривається кошмарами.
57. Я став помічати, що частенько не можу згадати інформацію, яку завжди пам'ятав.
58. Я настільки занурений в свої почуття, що через це стає тільки гірше.
59. У мене часто буває насуплений настрій, я став дратівливим, похмурим, агресивним стосовно до рідних і близьких.
60. Я намагаюся уникати труднощів як в думках, так і в діях.

**Обробка результатів:** кожна ствердна відповідь оцінюється в один бал. Підрахуйте бали відповідно до ключа, потім суму помножте на множник (якщо він є), що відповідає даній шкалі.

**1. Загальний стан: (1).**

**2. Функціональні проблеми:**

а) порушення функціонування вегетативної системи (26; 36; 51х4);

б) порушення серцевої діяльності (6; 31х6);

в) порушення дихання (11; 41х6);

г) порушення функціонування шлунково-кишкового тракту (16; 46х6);

д) проблеми зі сном (21; 56х6);

**3. Ускладнення в пізнавально-аналітичній діяльності:**

а) ускладнення функціонування уваги (2; 22; 42х4);

б) ускладнення функціонування сприйняття (7; 27; 47х4);

в) ускладнення функціонування мислення (12; 32; 52х4);

г) ускладнення функціонування пам'яті (17; 37; 57х4);

**4. Порушення емоційного реагування**

а) тривога (3; 23; 43х4);

б) генералізовані емоційні реакції (гнів, сором, провина) (8; 28; 48х4);

в) емоційна притупленість (13; 33; 53х4);

е) легкодухість, підвищена емоційність (18; 38; 58х4);

**5. Депресивний настрій** (4; 9; 14; 19; 24; 29; 34; 39; 44; 49; 54; 59);

**6. Зміни в поведінці і діяльності:**

а) спроби уникнути проблеми (5; 20; 35; 50х3);

б) занурення в проблему (10; 25; 40; 55х3);

в) проблеми з виконанням службових і домашніх обов'язків (15; 30; 45; 60х3);

Визначення індивідуального профілю переживання кризи робиться за таблицею ключів, де відбиваються набрані бали за 17 позиціями.

## 4.4. КОНТРОЛЬНИЙ ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДЛЯ ОЦІНКИ ПТСР (PCL-5)

**Інструкція:** Нижче наведено перелік проблем, з якими інколи стикаються люди внаслідок реакції на великий стрес. Прочитайте, будь ласка, кожний рядок і потім позначте одну з цифр праворуч, щоб показати, наскільки названа в ньому проблема турбувала Вас протягом останнього місяця.

| **За останній місяць, наскільки Вас турбували такі речі:** | **Ні-скіль-ки** | **Тро-хи** | **По-мірно** | **До-сить силь-но** | **Над-звичай-но сильно** |
|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. Спогади про стресову подію, що повторюються, тривожать, є небажаними? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 2. Сни про стресову подію, які тривожать, є небажаними? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 3. Раптом Ви почувалися або діяли так, ніби стресова подія відбувається з Вами знову *(ніби Ви «знову там» і переживаєте все наяву)*? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 4. Ви дуже засмутилися, коли щось нагадало Вам про стресову подію? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 5. Ви мали сильно виражену фізичну реакцію, коли щось нагадало Вам про стресову подію *(напр., сильне серцебиття, було важко дихати, Ви спітніли)*? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 6. Ви уникали спогадів, думок чи почуттів, пов’язаних із стресовою подією? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 7. Ви уникали зовнішніх нагадувань про стресову подію *(напр., людей, місць, розмов, дій, предметів, ситуацій)*? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 8. Вам було важко пригадати важливі епізоди стресової події? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |

*Закінчення таблиці*

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|
| 9. Ви різко негативно ставилися до себе, інших людей або світу в цілому *(напр., Ви мали такі думки: я поганий, зі мною щось серйозно не так, нікому не можна вірити, усюди небезпека)*? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 10. Ви звинувачували себе чи когось іншого за стресову подію або того, що сталося після неї? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 11. Мали різко негативні почуття – страх, жах, гнів, почуття провини, сорому? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 12. Втратили інтерес до тих занять, які раніше приносили Вам задоволення? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 13. Відчували відчуженість, стіну між собою та іншими людьми? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 14. Вам було важко отримувати позитивні емоції *(напр., радіти за своїх близьких, відчувати до них любов)*? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 15. Роздратована поведінка, вибухи гніву, агресивні дії? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 16. Свідомо йшли на великий ризик, робили речі, які могли заподіяти Вам шкоди? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 17. Перебували у стані «надмірної настороженості», пильності, обережності? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 18. Нервово реагували, легко лякалися? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 19. Вам було важко зосередитися? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 20. Було важко заснути або залишатися у стані сну? | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |

## 4.5. PHQ-9 – АНКЕТА (ОПИТУВАЛЬНИК) ПАЦІЄНТА ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я

| Ім'я _____<br>Дата _____ | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? (свою відповідь позначте «√»)** | | **Не турбува-ли взагалі** | **Протягом декількох днів** | **Більше половини** | **Майже кожного дня** |
| 1. | Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Почуття втоми або знесилення (занепад сил) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Поганий апетит чи навпаки – переїдання | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином | 0 | 1 | 2 | 3 |
| **Сума** | | | | | |
| | | | | | **загальний бал = _____** |

| | | |
|---|---|---|
| У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов'язків, домашніх справ або спілкування з іншими людьми? | Зовсім не ускладнили | |
| | Дещо ускладнили | |
| | Дуже ускладнили | |
| | Надзвичайно ускладнили | |

## Критерії оцінки результатів PHQ-9*

| Загальний бал | Тяжкість депресії |
|---|---|
| 0–4 | Депресія відсутня |
| 5–9 | Легка («субклінічна») депресія |
| 10–14 | Помірної тяжкості депресія |
| 15–19 | Середньої тяжкості депресія |
| 20–27 | Тяжка депресія |

* Бал ≥10 є інформативним у випадку великого депресивного розладу з чутливістю та специфічністю 83 %.

## 4.6. МІССІСІПСЬКА ШКАЛА ДЛЯ ОЦІНКИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ РЕАКЦІЙ

(цивільний варіант)

П. І. Б._____

Дата «_____» 20___р.

**Інструкція.** Нижче наводяться твердження, в яких узагальнений різноманітний досвід людей, що пережили важкі екстремальні події і ситуації. Під кожним твердженням дається шкала від 1 до 5. Обведіть той номер відповіді, що краще всього описує ваші почуття.

Невірно – 1; частково правильно – 2; в деякій мірі правильно – 3; правильно – 4; цілком правильно – 5.

1. В минулому у мене було більше близьких друзів, ніж зараз.
2. У мене немає відчуття провини за все те, що я робив у минулому.
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, то найімовірніше, я не стримаюся і застосую фізичну силу.
4. Якщо щось трапляється, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає біль.
5. Люди, які дуже добре мене знають, бояться мене.
6. Я здатний вступати в емоційно-близькі стосунки з іншими людьми.
7. Мені сняться ночами кошмари про те, що реально було зі мною у минулому.
8. Коли я думаю про деякі речі, які робив у минулому, мені не хочеться жити.
9. Зовні я виглядаю бездушним.
10. Останнім часом я відчуваю, що хочу накласти на себе руки.
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.
12. Я весь час ставлю собі питання: чому я ще живий, тоді як інші вже померли.
13. У визначених ситуаціях я почуваю себе так, як ніби повернувся в минуле.
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати.

15. Я відчуваю, що більше не можу.
16. Речі, які викликають у інших людей сміх або сльози, мене не стосуються.
17. Мене зараз радують ті ж речі, що і раніше.
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.
19. Я виявив, що мені працювати не важко.
20. Мені важко зосередитися.
21. Я безпричинно плачу.
22. Мені подобається бути в товаристві інших людей.
23. Мене лякають мої прагнення і бажання.
24. Я легко засинаю.
25. Від несподіваного шуму я сильно здригаюсь.
26. Ніхто, навіть члени моєї сім'ї не розуміють, що я відчуваю.
27. Я легка, спокійна, урівноважена людина.
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив у минулому, я ніколи не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти.
29. Іноді я вживаю алкоголь (наркотики або снодійні), щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які траплялися зі мною у минулому.
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли знаходжуся в натовпі.
31. Я втрачаю самоконтроль і вибухаю через дрібниці.
32. Я боюся засинати.
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що відбувалося зі мною у минулому.
34. Моя пам'ять так само хороша, як і раніше.
35. Я зазнаю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей.
36. Іноді я раптом поводжуся або почуваюсь так, як ніби те, що було зі мною у минулому, відбувається знову.
37. Я не можу згадати деякі важливі речі, які сталися зі мною у минулому.
38. Я надто пильний і насторожений тривалий час.
39. Якщо трапляється що-небудь, що нагадує мені про минуле, мене охоплює така тривога або паніка, що у мене починається сильне

серцебиття і перехоплює дихання, я увесь тремчу і покриваюся потом, у мене паморочиться голова, бігають «мурашки», і я майже втрачаю свідомість.

***Ключі до обробки***

Сума балів за пунктами з прямою шкалою (сума 1): 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39.

Сума балів за пунктами із зворотною шкалою(сума 2): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34. Загальний бал: сума 1 + сума 2.

**Середні значення Місісіпської шкали (цивільний варіант) (Тарабрина, 2001)**

| | |
|---|---|
| Пожежники | 73,79±13,05 |
| Рятувальники | 70,85±11,74 |
| Біженці «норма» | 79,70±18,19 |
| Біженці ПТСР | 105,14±14,90 |
| Ліквідатори «норма» | 90,15±19,18 |
| Ліквідатори ПТСР | 99,44±17,06 |

## 4.7. ОПИТУВАЛЬНИК ОСОБИСТІСНОЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ

**Інструкція**: «Прочитайте приведені нижче твердження і відмітьте номери тих з них, які відповідають вашому нинішньому стану і сприйняттю себе й навколишнього соціального світу».

1. Я маю чітке уявлення про суть моєї діяльності та її цілі.
2. Я маю чітке уявлення про своє нинішнє матеріальне становище.
3. Я постійно удосконалюю себе різними способами.
4. Я цілком задоволений станом свого здоров'я.
5. На сьогодні моя сімейна ситуація мене цілком задовольняє.
6. Я щиро цікавлюся думкою і точкою зору інших людей.
7. Я знаю свої головні цілі в житті.
8. Мене цілком влаштовує мій соціальний статус в суспільстві.
9. Моя служба (робота) допомагає мені в досягненні моїх життєвих цілей.
10. Мені вдається дотримуватися рамок свого бюджету.
11. Я регулярно читаю пресу і цікавлюся новинами.
12. Я регулярно буваю на оглядах у лікаря і перевіряю стан свого здоров'я.
13. Я розумію значення сім'ї для себе.
14. Мене цікавлять чужі турботи і проблеми.
15. Я послідовно, наполегливо та енергійно прагну до досягнення своїх головних цілей в житті.
16. Моя професія досить шанована в суспільстві.
17. Я маю чітке уявлення про свої перспективи у роботі (службі).
18. Я знаю, які заходи необхідно зробити для поліпшення мого матеріального становища.
19. Я регулярно читаю літературні твори.
20. Я регулярно займаюся фізкультурою.
21. Я приділяю досить часу своїй сім'ї.
22. Моя думка цікавить інших людей.
23. Я знаю, коли приблизно здійсняться мої життєві цілі (відповідно до мого життєвого плану).

24. Мене практично все влаштовує в соціальній дійсності, що оточує мене.
25. Я працюватиму (служитиму) в даній сфері діяльності через п’ять років.
26. Для того, щоб підтримати своє матеріальне становище, я часто беру в борг.
27. Я відвідую навчальні заходи і спеціальні курси.
28. Я сплю щодня достатній час.
29. У членів моєї сім’ї є спільні захоплення.
30. Я вмію слухати інших.
31. У мене є аналіз чинників і умов, сприяючих досягненню моїх життєвих цілей.
32. Мене хвилює все, що відбувається в нашому сучасному суспільстві.
33. Я працюватиму в даній сфері діяльності через 10 років.
34. Заходи, які я роблю для поліпшення мого матеріального становища, цілком реальні.
35. Я беру участь в різноманітній спільній діяльності, сприяючій моєму особистому розвитку.
36. Моє харчування достатнє, регулярне і збалансоване.
37. Я добре знаю членів своєї сім’ї – їх потреби, думки, бажання, позиції.
38. Я вмію цінувати тих людей, з ким спілкуюся.
39. У мене є аналіз чинників і умов, що перешкоджають досягненню моїх життєвих цілей.
40. Мене хвилює, в якому напрямі розвивається наше сучасне суспільство.
41. Я досить натхненний і мотивований для цієї роботи (служби).
42. Моє матеріальне становище мене цілком влаштовує.
43. У мене є план особистого розвитку.
44. Я вживаю алкоголь помірно.
45. Я можу створити у своїй сім’ї відкриту і душевну атмосферу.
46. Я прагну розвивати людей, з якими спілкуюся.
47. Я знаю критичні пункти («вузькі місця») на шляху до досягнення моїх життєвих цілей.
48. Сьогодні мені живеться краще, ніж десять років тому.

49. В майбутньому я знайду в собі досить натхнення і мотивації, спираючись головним чином на свій особистий потенціал.
50. Я упевнений у тому, що знаю, як зробити своє матеріальне становище краще.
51. Я наполегливий в реалізації плану мого особистого розвитку.
52. Я людина некуряща.
53. Я впевнений у надійності моїх сімейних умов.
54. Я прагну розуміти людей, з якими спілкуюся.
55. Я знаю, що мені потрібно і який рівень досягнення моїх життєвих цілей.
56. Сьогодні мені живеться краще, ніж п’ять років тому.
57. Я отримую внутрішнє задоволення від своєї нинішньої роботи.
58. Мої потреби і можливості оптимізовані та урівноважені.
59. Час від часу я удосконалюю план мого особистого розвитку.
60. У моєму щоденному раціоні цілком достатньо свіжих овочів і фруктів.
61. Я здатний не лише «брати» від сім’ї, але й «давати» їй.
62. Я піклуюся про підтримку дружніх стосунків.
63. При досягненні моїх головних життєвих цілей я покладаюся головним чином на себе.
64. У мене цілком достатньо можливостей, що дозволяє впливати на розвиток в сучасному суспільстві.
65. Я знаю, що необхідно зробити, щоб моя робота (служба) найближчими роками відповідала моїм особистим потребам і моїй життєвій філософії.
66. Я здатний на радикальні кроки для поліпшення свого матеріального становища.
67. Я знаю, як мені реалізувати мої потреби в особистому розвитку.
68. Я досить багато рухаюся впродовж дня.
69. Я можу створити надійні і сприятливі умови для своєї сім’ї.
70. На мій погляд, у мене досить друзів і приятелів.
71. Я готовий повною мірою використати наявні можливості, що дозволяють реалізувати мої життєві цілі.
72. Я приділяю досить часу й уваги роздумам про проблеми сучасного суспільства.

73. Позитивні і негативні сторони моєї нинішньої роботи (служби) цілком урівноважені і збалансовані.
74. Я можу покладатися на допомогу оточення в поліпшенні мого матеріального становища.
75. Я знаю, як управляти своїм душевним станом.
76. Я веду здоровий спосіб життя.
77. Я знаю, як розвивати своє сімейне життя.
78. Я зважаю на думку і точку зору інших людей.
79. Я готовий нейтралізувати дію чинників і умов, що перешкоджають досягненню моїх життєвих цілей.
80. Я знаю, в якому напрямі розвивається суспільство, в якому живу.
81. Моя робота (служба) мене цілком задовольняє, відповідає моїм матеріальним запитам і духовним інтересам.
82. Я маю чітке уявлення про той рівень матеріального становища, який потрібний мені і моїй сім'ї.
83. Я знаю свої внутрішні можливості.
84. У мене є особистий план свого фізичного вдосконалення.
85. Я прагну до встановлення хороших взаємовідносин зі своїми батьками і родичами.
86. У своїй життєдіяльності я потребую оточення людей.
87. Я готовий до можливого і необхідного перегляду моїх життєвих цілей (особливо в умовах їх нереальності).
88. Я розділяю цінності, на яких базується сучасне суспільство.
89. Я бачу соціальну значимість і необхідність моєї роботи (служби).
90. Я достатньо часу буваю один, наодинці з своїми думками.
91. Я наполегливий в реалізації особистого плану свого фізичного вдосконалення.
92. Я прагну до встановлення хороших взаємовідносин з батьками і родичами чоловіка (дружини).
93. Я вважаю, що оточення потребує мене.
94. Прагнення до досягнення моїх життєвих цілей є важливою складовою моєї життєдіяльності.
95. Я знайшов своє місце в сучасному суспільстві.

**Обробка результатів:** кожна ствердна відповідь оцінюється в один бал. Підрахуйте бали відповідно до ключа.

**Моя служба (робота):** 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57, 65, 73, 81, 89.

**Моє матеріальне становище:** 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58, 66, 74, 82, 90.

**Мій внутрішній світ:** 3, 11, 19, 27, 35, 43, 51, 59, 67, 75 83 91

**Моє здоров'я:** 4, 12, 20, 28, 36, 44, 52, 60, 68, 76, 84, 92.

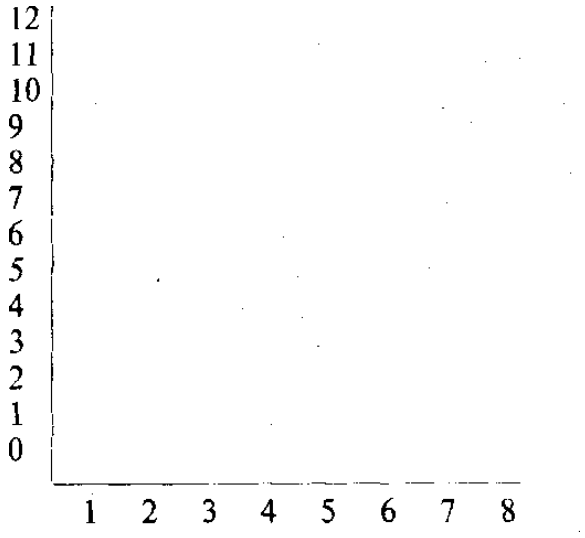
**Моя сім'я:** 5, 13, 21, 29, 37, 45, 53, 61, 69, 77, 85, 93.

**Мої стосунки з оточенням:** 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 62, 70, 78, 86, 94.

**Моє майбутнє:** 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 63, 71, 79, 87, 95.

**Я і суспільство, в якому живу:** 8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 64, 72, 80, 88, 96.

Визначення індивідуального профілю особової та соціальної ідентичності здійснюється по ключовій таблиці, де відображаються набрані бали за приведеними восьми позиціями.



## 4.8. ОПИТУВАЛЬНИК ДЕПРЕСИВНОСТІ БЕКА (BECK DEPRESSION INVENTORY – BDI)

П. І. Б._____
Дата «_____» 20____р.

**Інструкція.** Вам пропонується ряд тверджень. Виберіть одне твердження в кожній групі, яке краще всього описує ваш стан за минулий тиждень, включаючи сьогоднішній день. Обведіть номер твердження, яке ви вибрали. Якщо в групі декілька тверджень у рівній мірі добре описують ваш стан, обведіть кожне з них. Перш ніж зробити свій вибір, уважно прочитайте усі твердження в кожній групі.

**1.**

0 – Я не почуваю себе нещасним.

1 – Я почуваю себе нещасним.

2 – Я увесь час нещасний і не можу звільнитися від цього почуття.

3 – Я настільки нещасний і засмучений, що не можу цього стерпіти.

**2.**

0 – Думаючи про майбутнє, я не почуваю себе особливо розчарованим.

1 – Думаючи про майбутнє, я почуваю себе розчарованим.

2 – Я відчуваю, що мені нічого чекати в майбутньому.

3 – Я відчуваю, що майбутнє безнадійне і ніщо не зміниться до кращого

**3.**

0 – Я не почуваю себе невдахою.

1 – Я відчуваю, що у мене було більше невдач, ніж у більшості інших людей.

2 – Коли я озираюся на прожите життя, все, що я бачу, це черга невдач.

3 – Я почуваю себе повним невдахою.

**4.**

0 – Я отримую стільки ж задоволення від життя, як і раніше.

1 – Я не отримую стільки задоволення від життя, як раніше.

2 – Я не отримую справжнього задоволення від чого б то не було.

3 – Я усім незадоволений, і мені все набридло.

**5.**

0 – Я не почуваю себе особливо винуватим.

1 – Доволі часто я почуваю себе винуватим.

2 – Майже завжди я почуваю себе винуватим.

3 – Я почуваю себе винуватим увесь час.

**6.**

0 – Я не відчуваю, що мене за щось карають.

1 – Я відчуваю, що можу бути покараний за щось.

2 – Я чекаю, що мене покарають.

3 – Я відчуваю, що мене карають за щось.

**7.**

0 – Я не випробовую розчарування в собі.

1 – Я розчарований в собі.

2 – Я викликаю до себе відразу.

3 – Я ненавиджу себе.

**8.**

0 – У мене немає почуття, що я в чомусь гірший за інших.

1 – Я самокритичний і визнаю свої слабкості і помилки.

2 – Я увесь час виню себе за свої помилки.

3 – Я звинувачую себе у всьому поганному, що відбувається.

**9.**

0 – У мене немає думок про те, щоб накласти на себе руки.

1 – У мене є думки про те, щоб накласти на себе руки, але я цього не зроблю.

2 – Я хотів би покінчити життя самогубством.

3 – Я б наклав на себе руки, якби видалася слушна нагода.

**10.**

0 – Я плачу не більше, ніж зазвичай.

1 – Зараз я плачу більше як звичайно.

2 – Я тепер весь час плачу.

3 – Раніше я ще міг плакати, але тепер не зможу, навіть якщо захочу.

**11.**

0 – Тепер я менш роздратований, ніж раніше.

1 – Я дратуюся зараз швидше ніж раніше, навіть із-за дурниць.

2 – Зараз я увесь час роздратований.

3 – Мене вже ніщо не дратує, тому що все стало байдуже.

**12.**

0 – Я не втратив інтересу до інших людей.

1 – У мене менш цікавлять інші люди, ніж раніше.

2 – Я майже втратив інтерес до інших людей.

3 – Я втратив всякий інтерес до інших людей.

**13.**

0 – Я зараз здатний приймати рішення так само, як завжди.

1 – Я відкладаю ухвалення рішень частіше, ніж зазвичай.

2 – Я зазнаю більше труднощів в ухваленні рішень, ніж раніше.

3 – Я більше не здатний приймати які-небудь рішення.

**14.**

0 – Я не відчуваю, що я виглядаю гірше, ніж зазвичай.

1 – Я стурбований тим, що так виглядаю, що постарів або став непривабливим.

2 – Я відчуваю, що зміни, які сталися в моїй зовнішності, зробили мене непривабливим.

3 – Я впевнений, що виглядаю потворно.

**15.**

0 – Я можу працювати так само, як раніше.

1 – Мені потрібно докласти додаткові зусилля, щоб почати що-небудь робити.

2 – Я через силу примушую себе щось робити.

3 – Я взагалі неможу працювати.

**16.**

0 – Я можу спати так само добре, як і зазвичай.

1 – Я сплю не так добре, як завжди.

2 – Я прокидаюся на 1–2 години раніше, ніж зазвичай, і насилу можу заснути знову.

3 – Я прокидаюся на декілька годин раніше звичайного і не можу знову заснути.

**17.**

0 – Я зараз втомлююсь не більше ніж завжди.

1 – Я втомлююся швидше ніж раніше.

2 – Я втомлююся майже від всього, що я роблю.

3 – Я надто втомлююсь від щоденної робити що, б то не було.

**18.**

0 – Мій апетит не гірший, ніж зазвичай.

1 – У мене не такий хороший апетит, як був раніше.

2 – Зараз мій апетит став набагато гірший.

3 – Я взагалі втратив апетит.

**19.**

0 – Якщо останнім часом я і втратив у вазі, то дуже небагато.

1 – Я втратив у вазі більше 2 кг

2 – Я втратив у вазі більше 4 кг

3 – Я втратив у вазі більше 6 кг

Я спеціально намагався не їсти, щоб втратити у вазі (обведіть):

Так. Ні.

**20.**

0 – Я турбуюся про своє здоров’я не більше, ніж зазвичай.

1 – Мене турбують такі проблеми як різні болі, розлади шлунку, закріпи.

2 – Я настільки стурбований своїм здоров’ям, що мені навіть важко думати про що-небудь інше.

3 – Я до такої міри стурбований своїм здоров’ям, що взагалі ні про що інше не можу думати.

**21.**

0 – Я не помічав яких-небудь змін в моїх сексуальних інтересах.

1 – Я менше, ніж зазвичай, цікавлюся сексом.

2 – Зараз я набагато менше цікавлюся сексом.

3 – Я абсолютно втратив інтерес до сексу.

## Оцінка результатів

При інтерпретації даних враховується сумарний бал за всіма категоріями:

0–9 – відсутність депресивних симптомів;

10–15 – легка депресія (субдепресія); 16–

19 – помірна депресія;

20–29 – виражена депресія (середньої тяжкості);30–

63 – важка депресія.

*Градуально оцінюється вираженість 21 симптома депресії.*

Пункти 1–13 – когнітивно-афективна субшкала (C–A)

Пункти 14–21 – субшкала соматичних проявів депресії (S–P)

## 4.9. ШКАЛА БАЗОВИХ ПЕРЕКОНАНЬ (WORLD ASSUMPTION SCALE – WAS)

Концепція базових переконань, що стосуються доброти і розумності навколишнього світу, доброзичливості або ворожості людей і цінності власного «Я». Вона розроблялася на основі висловлювань людей, що пережили травму про себе, про навколишніх людей і про те, як вони розуміють устрій світу (Janoff–Bulman, 1989, 1992).

Шкала базових переконань – опитувальник, що складається з 32 тверджень, які відображають оцінку восьми основних категорій:

1) Доброта навколишнього світу (BW, benevolence of world);
2) Доброзичливість людей (BP, benevolence of people);
3) Справедливість світу (J, justice);
4) Контрольованість світу (З, control);
5) Випадковість, як принцип розподілу подій (R, randomness), що відбуваються;
6) Цінність власного «Я» (SW, self-worth);
7) Рівень самоконтролю (SC, self-control);
8) Ступінь удачі, або везіння (L, luckiness);

**Інструкція:** Відмітьте ступінь своєї згоди або незгоди з кожним із тверджень за 6-бальною шкалою:

«1» – «абсолютно не згідний»;
«2» – «не згідний»;
«3» – «швидше не згідний»;
«4» – «швидше згідний»;
«5» – «згідний»;
«6» – «повністю згідний».

1. Невдача з меншою вірогідністю супроводжує гідних, хороших людей.
2. Люди за своєю природою недружні і злі.
3. Кого в цьому житті спіткне нещастя – справа випадку.
4. Людина за природою добра.
5. У цьому світі набагато частіше відбувається щось хороше, ніж погане.

6. Хід нашого життя багато в чому визначається випадком.
7. Як правило, люди мають те, на що заслуговують.
8. Я часто думаю, що у мені немає нічого хорошого.
9. У світі більше добра, аніж зла.
10. Я цілком везуча людина.
11. Нещастя трапляються з людьми через помилки, які вони вчинили.
12. В глибині душі людей не дуже хвилює, що відбувається з іншими.
13. Зазвичай я дію так, щоб збільшити ймовірність сприятливого для мене результату справи.
14. Якщо людина хороша, до неї прийдуть щастя і вдача.
15. Життя занадто повне невизначеності – багато що залежить від випадку.
16. Якщо замислитися, то мені дуже часто таланить.
17. Я майже завжди докладаю зусилля, щоб запобігти нещастям, які можуть статися зі мною.
18. Я про себе невисокої думки.
19. У більшості випадків хороші люди отримують те, чого заслуговують в житті.
20. Власними вчинками ми можемо запобігати неприємностям.
21. Аналізуючи своє життя, я розумію, що доля була до мене прихильна.
22. Якщо вживати запобіжні заходи, можна уникнути нещасть.
23. Я роблю запобіжні дії, щоб захистити себе від нещасть.
24. Загалом, життя – це лотерея.
25. Світ прекрасний.
26. Люди у більшості своїй добрі і готові прийти на допомогу.
27. Я зазвичай вибираю таку стратегію поведінки, яка принесе мені максимальний виграш.
28. Я дуже задоволений тим, яка я людина.
29. Якщо трапляється нещастя, то зазвичай це тому, що люди не зробили необхідних заходів для захисту.
30. Якщо подивитися уважно, то побачиш, що світ повний добра.
31. У мене є причини соромитися свого характеру.
32. Я успішніший, ніж більшість людей.

**Обробка результатів.** До кожної з 8 шкал відносяться по 4 твердження (див. «ключ»). Значення кожної шкали визначається середнім арифметичним балом за відповідними твердженнями. Для прямих тверджень – це бали, відмічені респондентом, а для зворотних (помічених в «ключі» знаком мінус) – реверсивні значення (протилежні відміченим відносно середини шкали, тобто «1» відповідає «6», «2» – «5», «3» – «4» і так далі).

Первинні категорії переконань можуть також оцінюватися як 3 узагальнені напрями стосунків:

**1. Загальне ставлення до доброти навколишнього світу:** обчислюється як середнє арифметичне між BW і BP (доброта світу і доброзичливість людей).

**2. Загальне ставлення до усвідомленості світу, тобто контрольованості і справедливості подій:** обчислюється як середнє арифметичне між показниками J (справедливість світу), З (контрольованість) і реверсивним R (випадковість).

**3. Переконання стосовно власної цінності, здатності управління подіями і везіння:** обчислюється як середнє арифметичне між SW (цінність Я), SC (самоконтроль) і L (везіння).

**Ключ**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| BW | 5 | 9 | 25 | 30 |
| BP | -2 | 4 | -12 | 26 |
| J | 1 | 7 | 14 | 19 |
| c | 11 | 20 | 22 | 29 |
| R | 3 | 6 | 15 | 24 |
| SW | -8 | -18 | 28 | -31 |
| SC | 13 | 17 | 23 | 27 |
| L | 10 | 16 | 21 | 32 |

Даний опитувальник дозволяє порівнювати базові переконання у різних груп людей, які, наприклад, пережили різні види травматичного досвіду. Він може бути використаний і в індивідуальній роботі: якщо показники за якою-небудь шкалою у людини сильно занижені, то це слід врахувати при наданні психологічної допомоги. У нормі показники по всіх шкалах вищі за середній.

## 4.10. КАРТА РИЗИКУ СУЇЦИДАЛЬНОСТІ (Н. Конончук)

1. Дані анамнезу.
2. Вік першої суїцидальної спроби – до 20 років.
3. Раніше була вчинена суїцидальна спроба (особливо небезпечно – не раніше, ніж рік тому).
4. Суїцидальні спроби у родичів.
5. Розлучення або смерть одного з батьків (до 18 років).
6. Нестача тепла у сім'ї в дитинстві або юності.
7. Повна або часткова бездоглядність у дитинстві.
8. Початок статевого життя до 20 років.
9. Надання великого значення в системі цінностей інтимним стосункам.
10. Недостатнє значення виробничої сфери в системі цінностей.
11. Наявність в анамнезі розлучення (власного).
12. Актуальна конфліктна ситуація.
13. Ситуація невизначеності, очікування.
14. Конфлікт у любовних чи подружніх стосунках.
15. Тривалі конфлікти.
16. Подібний конфлікт був раніше.
17. Конфлікт, обтяжений неприємностями в інших сферах життя.
18. Суб'єктивне почуття нездоланності конфліктної ситуації.
19. Почуття образи, жалю до себе.
20. Відчуття втоми, безсилля.
21. Суїцидальні висловлювання, погрози.
22. Характеристика особистості.
23. Емоційна лабільність.
24. Імпульсивність.
25. Емоційна залежність, необхідність надто близьких емоційних контактів.
26. Довірливість.
27. Емоційна в'язкість.
28. Хворобливе самолюбство.
29. Самостійність, незалежність у прийнятті рішень.

## 4.11. ТЕСТ «НЕЗАКІНЧЕНИХ РЕЧЕНЬ» (варіант Л. Сакса та В. Леві)

### Стимульний матеріал

1. Думаю, що мій батько рідко…
2. Якщо всі проти мене, то…
3. Я завжди хотів…
4. Якби я займав керівну посаду…
5. Майбутнє здається мені…
6. Моє начальство (керівництво)…
7. Знаю, що нерозумно, але боюся…
8. Думаю, що справжній друг…
9. Коли я був дитиною…
10. Ідеалом жінки (чоловіка) для мене є…
11. Коли я бачу жінку поруч з чоловіком…
12. У порівнянні з більшістю інших моя сім'я…
13. Найкраще мені працюється з…
14. Моя мати і я…
15. Зробив би все, щоб забути…
16. Якби мій батько тільки захотів…
17. Думаю, що я достатньо здатний, щоб…
18. Я міг би бути дуже щасливим, якби…
19. Якщо хто-небудь працює під моїм керівництвом…
20. Сподіваюся на…
21. У школі мій вчитель…
22. Більшість моїх товаришів не знають, що я боюся…
23. Не люблю людей, які…
24. Колись…
25. Вважаю, що більшість юнаків (дівчат)…
26. Подружнє життя здається мені…
27. Моя сім'я поводиться зі мною як з…
28. Люди, з якими я працюю…
29. Моя мати…

30. Моєю найбільшою помилкою було…
31. Я хотів би, щоб мій батько…
32. Моя найбільша слабкість полягає в тому…
33. Моїм прихованим бажанням в житті є…
34. Мої підлеглі…
35. Настане той день, коли…
36. Коли до мене наближається мій начальник…
37. Хотілося б мені перестати боятися…
38. Більше всіх люблю тих людей, які…
39. Якби я знову став молодим…
40. Вважаю, що більшість жінок (чоловіків)…
41. Якби у мене було нормальне статеве життя…
42. Більшість відомих мені сімей…
43. Люблю працювати з людьми, які…
44. Вважаю, що більшість матерів…
45. Коли я був молодим, то відчував провину, якщо…
46. Думаю, що мій батько…
47. Коли мені починає не везти, я…
48. Найбільше я хотів би в житті…
49. Коли я даю іншим доручення…
50. Коли я помру…
51. Люди, перевага яких над собою я визнаю…
52. Мої побоювання не раз змушували мене…
53. Коли мене немає, мої друзі…
54. Моїм самим живим спогадом дитинства є…
55. Мені дуже не подобається, коли жінки (чоловіки)…
56. Моє статеве життя…
57. Коли я був дитиною, моя сім’я…
58. Люди, які працюють зі мною…
59. Я люблю свою матір, але…
60. Найгірше, що мені сталося здійснити, це…

| № п/п | Групи речень | № завдань |
|---|---|---|
| 1 | Ставлення до батька | 1 16 31 46 |
| 2 | Ставлення до себе | 2 17 32 47 |
| 3 | Нереалізовані можливості | 3 18 33 48 |
| 4 | Ставлення до підлеглих | 4 19 34 49 |
| 5 | Ставлення до майбутнього | 5 20 35 50 |
| 6 | Ставлення до керівництва | 6 21 36 51 |
| 7 | Страхи та тривоги | 7 22 37 52 |
| 8 | Ставлення до друзів | 8 23 38 53 |
| 9 | Ставлення до власного минулого | 9 24 39 54 |
| 10 | Ставлення до протилежної статі | 10 25 40 55 |
| 11 | Сексуальні стосунки | 11 26 41 56 |
| 12 | Ставлення до сім'ї | 12 27 42 57 |
| 13 | Ставлення до колег | 13 28 43 58 |
| 14 | Ставлення до матері | 14 29 44 59 |
| 15 | Почуття провини | 15 30 45 60 |

## 4.12. ТЕСТ НЕЗАКІНЧЕНИХ РЕЧЕНЬ
## (для дружин учасників бойових дій, Федоренко Р. - авторська версія)

**Допишіть, будь ласка, речення:**

Сімейне життя, як правило, …
Для мене завжди …
Мій чоловік …
Якби я могла, …
Для мого чоловіка …
У моєму житті …
Розмова на тему війни для мене…
Я б ніколи …
Спогади про бойові дії у мого чоловіка …
На мою думку, …
Минуле для мене …
Тема війни здебільшого …
У майбутньому наша сім’я …
Розпад подружніх взаємин …
Якби не участь чоловіка у воєнних діях, наша сім’я …

## ТЕСТ НЕЗАКІНЧЕНИХ РЕЧЕНЬ
## (авторська версія)

### Категорія досліджуваних: підлітки

Я вірю …
У житті часто …
Думаю, що мій батько …
У школі, здебільшого, …
Я могла б (міг би) бути щасливою/им, ...
Спогади з дитинства для мене …
Якби я могла (міг), …
Дорослі, як правило, …
На мою думку, справжній друг (подруга) …
Якщо хтось закінчує життя самогубством, ….
Моя мама …
Я б ніколи …
Якщо всі проти мене, то …
Я вважаю, що школа часто …
Контакт з групами смерті у соцмережах шукають, як правило, …

---

Найбільше мені хотілося б …
Якби я була (був) вчителем, …
Життя …
Настане день, коли …
Якби не_____, діти не грали б у небезпечні ігри
Для мене сім'я …

## 4.13. МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ (М. Горська)

**Інструкція досліджуваному.** Зараз вам зачитають твердження, навпроти кожного з них ставте оцінку за таким принципом: якщо твердження вам підходить – то 2, якщо не зовсім підходить – 1, якщо зовсім не підходить – 0.

### Бланк опитувальника

1. Я часто невпевнений у своїх силах.
2. Нерідко мені здається безвихідним становище, з якого можна було б знайти вихід.
3. Я часто залишаю за собою останнє слово.
4. Мені важко змінювати свої звички.
5. Я часто червонію через дрібниці.
6. Неприємності мене часто засмучують, і я впадаю у розпач.
7. Нерідко в розмові я перериваю співрозмовника.
8. Мені важко переключитися з однієї справи на іншу.
9. Я часто прокидаюся вночі.
10. При великих неприємностях я беру провину на себе.
11. Мене легко роздратувати.
12. Я дуже обережний у зміні свого життя.
13. Я легко впадаю у розпач.
14. Нещастя і невдачі нічого мене не вчать.
15. Мені доводиться часто робити зауваження іншим.
16. У суперечці мене важко переконати.
17. Я переймаюся навіть через уявні неприємності.
18. Я часто відмовляюся від боротьби тому, що вважаю її марною.
19. Я хочу бути авторитетом для оточення.
20. Нерідко не полишають думки, яких слід було б позбутися.
21. Мене лякають труднощі, з якими зіткнуся в житті.
22. Нерідко почуваюся беззахисним.
23. У будь-якій справі я не задовольняюся малим, а хочу досягти максимального успіху.

24. Я легко зближуюся з людьми.
25. Я часто звертаю увагу на свої недоліки.
26. Інколи у мене буває пригнічений настрій.
27. Мені важко стримувати себе, коли я гніваюсь.
28. Я дуже хвилююсь, якщо в моєму житті несподівано щось змінюється.
29. Мене легко переконати.
30. Я відчуваю розгубленість, коли у мене виникають труднощі.
31. Мені більше подобається керувати, а не підкорятися.
32. Нерідко я виявляю упертість.
33. Мене хвилює стан мого здоров'я.
34. У скрутні хвилини я іноді поводжуся, як дитина.
35. У мене різка жестикуляція.
36. Я неохоче йду на ризик.
37. Я важко витримую очікування чогось.
38. Я думаю, що ніколи не зможу виправити своїх недоліків.
39. Я – мстивий.
40. Мене засмучують навіть незначні порушення моїх планів.

## Обробка результатів

**І. Шкала тривожності** – визначає рівень здатності індивіда до відчуття тривоги:

0–7 балів – низький рівень тривожності;

8–11 балів – середній рівень тривожності;

12–16 балів – високий рівень тривожності;

17 балів і більше – дуже високий рівень тривожності.

**ІІ. Шкала фрустрації** – виявляє ступінь розчарування, яке виникає через реальні або уявні перешкоди, що заважають досягненню мети:

0–7 балів – низький рівень фрустрації;

8–9 балів – середній рівень фрустрації;

10–15 балів – високий рівень фрустрації;

16 балів і більше – дуже високий рівень фрустрації.

**ІІІ. Шкала агресії** – виявляє підвищену психологічну активність, прагнення до лідерства через застосування сили до інших людей. Для суїцидентів допускається зниження агресивності від 10 до 0:

0–10 балів – низький рівень агресивності;

11–12 балів – середній рівень агресивності;

13–16 балів – високий рівень агресивності;

17 і більше – дуже високий рівень агресивності.

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

0–10 балів – низький рівень ригідності;

11–12 балів – середній рівень ригідності;

13–16 балів – високий рівень ригідності;

17 балів і більше – дуже високий рівень ригідності.

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

0–38 балів – рівень схильності до суїцидальної поведінки низький;39–

45 балів – рівень схильності до суїцидальної поведінки потребує уваги до підлітка;

46 балів і більше – рівень схильності до суїцидальної поведінки високий, потрібна корекційна робота.

## 4.14. ТЕСТ-ОПИТУВАЛЬНИК БАТЬКІВСЬКОГО СТАВЛЕННЯ (А. Варга, В. Столін)

***На кожне твердження дайте відповідь «так» або «ні»***

**Питання:**

1. Я завжди співчуваю своїй дитині.
2. Я вважаю своїм обов'язком знати все, що думає моя дитина.
3. Я поважаю свою дитину.
4. Мені здається, що поведінка моєї дитини значно відхиляється від норми.
5. Потрібно якомога довше тримати дитину осторонь від реальних життєвих проблем, якщо вони її травмують.
6. Я відчуваю до дитини прихильність.
7. Добрі батьки оберігають дитину від життєвих труднощів.
8. Моя дитина часто неприємна мені.
9. Я завжди намагаюсь допомогти своїй дитині.
10. Бувають випадки, коли глумливе ставлення до дитини приносить їй велику користь.
11. Я відчуваю досаду щодо своєї дитини.
12. Моя дитина нічого не досягне у житті.
13. Мені здається, що діти знущаються над моєю дитиною.
14. Моя дитина часто здійснює такі вчинки, які окрім презирства нічого не варті.
15. Для свого віку моя дитина не зовсім зріла.
16. Моя дитина поводиться спеціально, щоб досадити мені.
17. Моя дитина вбирає у себе все погане, як губка.
18. Мою дитину важко навчити гарних манер, при найбільшому старанні.
19. Дитину потрібно тримати у суворих рамках, тоді з неї виросте порядна людина.
20. Я люблю, коли друзі моєї дитини приходять до нас додому.
21. Я схвалюю свою дитину.
22. До моєї дитини липне все погане.

23. Моя дитина не досягне успіхів у житті.
24. Коли в компанії знайомих говорять про дітей мені трохи соромно, що моя дитина не така розумна і здібна, як хотілось би..
25. Я жалію свою дитину.
26. Коли я порівнюю свою дитину з її ровесниками, вони здаються мені дорослішими і у поведінці і у судженнях.
27. Я із задоволенням  проводжу з дитиною свій вільний час.
28. Мені шкода, що моя дитина росте і дорослішає.
29. Я часто ловлю себе на ворожому ставленні до дитини.
30. Я мрію про те, щоб моя дитина досягла всього того, що мені не вдалося у житті.
31. Батьки повинні пристосовуватись до дитини.
32. Я намагаюся виконати всі прохання моєї дитини.
33. Приймаючи сімейні рішення слід враховувати і думку дитини
34. Головна причина капризів моєї дитини – егоїзм, впертість і лінь.
35. У конфлікті з дитиною я часто можу визнати, що вона по-своєму права.
36. Діти рано дізнаються, що батьки можуть помилятися.
37. Я завжди зважаю на свою дитину.
38. Я відчуваю приязнь до дитини.
39. Я дуже цікавлюсь життям своєї дитини.
40. Неможливо нормально відпочити, якщо проводиш час з дитиною.
41. Найголовніше, щоб у дитини було спокійне і безхмарне дитинство.
42. Іноді мені здається, що моя дитина – нездатна ні до чого доброго.
43. Я поділяю захоплення своєї дитини.
44. Моя дитина може вивести із себе будь-кого.
45. Я поділяю гіркоту, смуток своєї дитини.
46. Моя дитина часто дратує мене.
47. Виховання дитини – суцільне тріпання нервів.
48. Сувора дисципліна у дитинстві – розвиває сильний характер.
49. Я не довіряю своїй дитині.
50. За суворе виховання діти дякують потім.
51. Інколи мені здається, що я ненавиджу свою дитину.
52. У моєї дитини більше недоліків, ніж позитивних якостей.

53. Я поділяю інтереси своєї дитини.
54. Моя дитина не спроможна що-небудь зробити самостійно, а якщо і зробить, то обов'язково не так.
55. Моя дитина виросте непристосованою до життя.
56. Моя дитина подобається мені такою, якою вона є.
57. Я ретельно стежу за станом здоров'я своєї дитини.
58. Не рідко я захоплююсь своєю дитиною.
59. Дитина не повинна мати секретів від батьків.
60. Я не високої думки про здібності своєї дитини і не приховую цього від неї.
61. Дуже бажаю, щоб дитина товаришувала з тими дітьми, які подобаються її батькам.

***Ключі для опитувальника:***

1 «Прийняття–відхилення» – 3, 4, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 23, 24, 26, 27, 29, 34, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 45, 47, 49, 51, 52, 53, 55, 56, 60.

2. «Кооперація» – 6, 9, 21, 25, 31, 33, 39, 35, 36.

3. «Симбіоз» – 1, 5, 7, 28, 32, 41, 58.

4. «Авторитарна гіперсоціалізація» – 2, 19, 30, 48, 50, 57, 59.

5. «Маленький (-а) невдаха» – 9, 11, 13, 17, 22, 23, 54, 61.

## 4.15. ТЕСТ-ОПИТУВАЛЬНИК «ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ШЛЮБОМ» (В. Столін, Т. Романова, Г. Бутенко)

**Інструкція досліджуваному:** «Уважно читайте кожне твердження й обирайте один із трьох варіантів відповідей. Намагайтесь уникати відповіді «важко сказати», «важко відповісти» тощо.

***Текст запитальника***

*1. Коли люди живуть так близько, як це відбувається в сімейному житті, вони неминуче втрачають взаєморозуміння й гостроту сприймання іншої людини:*

а) правильно;
б) неправильно;
в) не впевнений.

*2. Ваші сімейні відносини дають вам:*

а) швидше занепокоєння й страждання;
б) тяжко відповісти;
в) швидше радість і задоволення.

*3. Рідні та друзі оцінюють ваш шлюб:*

а) як щасливий;
б) щось середнє;
в) як нещасливий.

*4. Якби ви могли, то:*

а) багато чого б змінили в характері дружини (чоловіка);
б) важко сказати;
в) ви не стали б нічого змінювати.

*5. Одна з проблем сучасного шлюбу в тому, що все «приїдається», у тому числі й сексуальні відносини:*

а) правильно;
б) важко сказати;
в) неправильно.

*6. Коли ви порівнюєте своє життя із сімейним життям ваших друзів і знайомих, то вам здається:*

а) що ви нещасніший від інших;

б) важко сказати;

в) що ви щасливіший за інших.

*7. Життя без сім'ї, близької людини – дуже дорога ціна за повну самостійність:*

а) правильно;

б) важко сказати;

в) неправильно.

*8. Ви вважаєте, що без вас життя вашої дружини (чоловіка) було б неповноцінним:*

а) так, вважаю;

б) важко сказати;

в) ні, не вважаю.

*9. У більшості людей якюсь мірою не справджуються сподівання стосовно шлюбу:*

а) правильно;

б) важко сказати;

в) неправильно.

*10. Тільки більшість різних обставин заважають вам подумати про розлучення:*

а) правильно;

б) не можу сказати;

в) неправильно.

*11. Якби повернути час, коли ви вступали в шлюб, то вашим чоловіком (жінкою) міг би стати:*

а) хто завгодно, тільки не теперішній чоловік (жінка);

б) важко сказати;

в) можливо, саме теперішній чоловік (жінка).

*12. Ви пишаєтеся тим, що саме така людина, як ваш чоловік (жінка), – поруч із вами:*

а) правильно;

б) важко сказати;

в) неправильно.

*13. На жаль, недоліки вашого чоловіка (жінки) часто переважують його достоїнства:*

а) правильно;

б) важко сказати;

в) неправильно.

*14. Основна перешкода для щасливого сімейного життя полягає у:*

а) швидше всього в характері вашого чоловіка (жінки);

б) важко сказати;

в) швидше у вас самих.

*15. Почуття, із якими ви вступали в шлюб:*

а) посилилися;

б) важко сказати;

в) ослабли.

*16. Шлюб притуплює творчі можливості людини:*

а) правильно;

б) важко сказати;

в) неправильно.

*17. Можна сказати, що ваш чоловік (дружина) має такі достоїнства, які компенсують його недоліки:*

а) згоден;

б) щось середнє;

в) ні, не згоден.

*18. На жаль, у вашому шлюбі не все благополучно з емоційною підтримкою один одного:*

а) правильно;

б) важко сказати;

в) неправильно.

*19. Вам здається, що ваш чоловік (дружина) часто робить дурниці, говорить недоречно й жартує:*

а) правильно;
б) важко сказати;
в) неправильно.

*20. Життя в сім'ї, як вам здається, не залежить від вашої волі:*
а) правильно;
б) важко сказати;
в) неправильно.

*21. Ваші сімейні відносини не внесли в життя того порядку й організованості, яких ви чекали:*
а) правильно;
б) важко сказати;
в) неправильно.

*22. Неправі ті, хто вважає, що саме в сім'ях людина менше всього може розраховувати на повагу:*
а) згоден;
б) важко сказати;
в) незгоден.

*23. Зазвичай, присутність вашого чоловіка (жінки) дає вам радість:*
а) правильно;
б) важко сказати;
в) неправильно.

*24. Чесно кажучи, у вашому сімейному житті нема й не було жодного світлого моменту:*
а) правильно;
б) важко сказати;
в) неправильно.

***Ключ***

1в, 2в, 3а, 4в, 5в, 6в, 7а, 8а, 9в, 10в, 11в, 12а, 13в, 14в, 15а, 16в, 17а, 18в, 19в, 20в, 21в, 22а, 23а, 24в.

**Порядок підрахунку.** Якщо обраний досліджуваним варіант відповіді (а, б чи в) збігається з наведеними в ключі, то нараховується

2 бали; якщо проміжний (б) – то 1 бал; за відповідь, що не збігається з наведеними, – 0 балів.

Далі підраховується сумарний бал з усіх відповідей. Можливий діапазон тестового балу – від 0 до 48 балів. Високий бал свідчить про задоволеність шлюбом.

**Уся вісь сумарних балів тесту розбивається на сім категорій:**

0–16 балів – абсолютно неблагополучні;17–
22 балів – неблагополучні;
23–26 балів – скоріше неблагополучні;27–
28 балів – перехідні;
29–32 балів – скоріше благополучні;
33–38 балів – благополучні;
39–48 балів – абсолютно благополучні.

## 4.16. МЕТОДИКА «РОЗПОДІЛ РОЛЕЙ У СІМ'Ї»

**Інструкція:** просимо відповісти на запропоновані нижче запитання, які стосуються деяких моментів організації Вашого сімейного життя. Усі ваші відповіді залишаться в таємниці.

Для кожного запитання пропонується набір варіантів відповідей: виберіть, будь ласка, ту відповідь, яка найбільше підходить.

**Питання:**

*1. Від кого з вас залежать інтереси та захоплення сім'ї?*

а) в основному від чоловіка;

б) здебільшого від чоловіка, але й від жінки також;

в) більше від дружини, але й від чоловіка також;

г) в основному від дружини.

*2. Від кого з вас більше залежить настрій у сім'ї?*

а) здебільшого від дружини;

б) переважно від дружини, але й від чоловіка теж;

в) від чоловіка, але й від жінки теж;

г) від чоловіка.

*3. Якщо виникає необхідність, хто з вас першим знайде, де можна позичити велику суму грошей?*

а) дружина;

б) дружина, але й чоловік теж;

в) чоловік, але й дружина теж;

г) чоловік.

*4. Хто у вашій сім'ї часто запрошує в будинок гостей?*

а) чоловік;

б) зазвичай запрошує чоловік, але й дружина теж;

в) зазвичай запрошує дружина, але й чоловік теж;

г) частіше запрошує дружина.

*5. Кого в сім'ї більше турбують затишок і зручності вашої квартири?*

а) переважно чоловіка;
б) більше чоловіка, але й дружину теж;
в) здебільшого дружину, але й чоловіка теж;
г) переважно дружину.

*6. Хто з вас частіше першим цілує й обнімає іншого?*
а) зазвичай чоловік;
б) зазвичай чоловік, але й дружина теж;
в) зазвичай дружина, але й чоловік теж;
г) зазвичай дружина.

*7. Хто у вашій сім'ї вирішує, які газети й журнали передплачувати?*
а) зазвичай дружина;
б) більше це залежить від дружини, але й від чоловіка теж;
в) здебільшого це залежить від чоловіка, але й нід дружини теж;
г) зазвичай чоловік.

*8. За чиєю ініціативою ви частіше ходите в кіно, театр?*
а) чоловіка;
б) переважно чоловіка, але буває, що й дружини;
в) переважно дружини, але буває, що й чоловіка;
г) дружини.

*9. Хто у вашій сім'ї грається з маленькими дітьми?*
а) в основному дружина;
б) частіше дружина, але й чоловік теж;
в) частіше чоловік, але й дружина теж;
г) здебільшого чоловік.

*10. Від кого у вашій сім'ї залежить взаємна задоволеність інтимними стосунками?*
а) переважно від чоловіка;
б) більше від чоловіка, але й від дружини теж;
в) більше від дружини, але й від чоловіка теж;
г) переважно від дружини.

*11. Майже всі подружні пари час від часу переживають труднощі в інтимних взаєминах; як ви вважаєте, від кого це може залежати у вашій сім'ї (більшою мірою)?*

а) частіше від чоловіка;

б) зазвичай від чоловіка, але й від дружини теж;

в) зазвичай від дружини, але й від чоловіка теж;

г) частіше від дружини.

*12. Чиї життєві принципи та правила (ставлення до брехні, обов'язковість виконання обіцянок, неможливість запізнень й ін.) є визначальними у вашій сім'ї?*

а) дружини;

б) зазвичай, дружини, але в деяких випадках – чоловіка;

в) як правило, чоловіка, але в деяких випадках – дружини;

г) чоловіка.

*13. Хто у вашій сім'ї слідкує за поведінкою маленьких дітей?*

а) переважно дружина;

б) частіше дружина, але іноді чоловік;

в) частіше чоловік, але іноді дружина;

г) здебільшого чоловік.

*14. Хто у вашій сім'ї ходить із дитиною в кіно, театр, на прогулянки й ін.?*

а) в основному чоловік;

б) частіше чоловік, але іноді дружина;

в) частіше дружина, але іноді чоловік;

г) в основному дружина.

*15. Хто у вашій сім'ї більше звертає увагу на самопочуття іншого?*

а) чоловік;

б) більшою мірою чоловік, але й дружина теж;

в) більшою мірою дружина, але й чоловік теж;

г) дружина.

*16. Уявіть таку ситуацію: у вас обох з'явилася можливість змінити роботу на більш оплачувану, але менш цікаву. Хто це зробить першим?*

а) дружина;
б) радше дружина, ніж чоловік;
в) радше чоловік, ніж дружина;
г) чоловік.

*17. Хто у вашій сім'ї займається щоденними покупками?*
а) в основному чоловік;
б) більшою мірою чоловік, але й дружина теж;
в) більшою мірою дружина, але й чоловік теж;
г) в основному дружина.

*18. Хто у вашій сім'ї має більше підстав ображатися на байдужість, черствість, безтактність іншого?*
а) чоловік;
б) більшою мірою чоловік, але й дружина теж;
в) більшою мірою дружина, як чоловік;
г) дружина.

*19. Якщо у вашій сім'ї виникнуть труднощі з грішми, то хто із подружжя займеться пошуками додаткового заробітку?*
а) чоловік;
б) насамперед чоловік, але й дружина візьме в цьому участь;
в) насамперед дружина, але й чоловік візьме в цьому участь;
г) дружина.

*20. Хто у вашій сім'ї планує, як і де провести відпустку?*
а) в основному дружина;
б) частіше дружина, але й чоловік бере участь;
в) частіше чоловік, але й дружина бере участь;
г) в основному чоловік.

*21. Хто у вашій сім'ї викликає представників різних ремонтних служб і веде з ними переговори?*
а) зазвичай дружина;
б) частіше це робить дружина, але інколи й чоловік;
г) частіше це робить чоловік, але інколи й дружина;
г) зазвичай це робить чоловік.

Обробка результатів полягає у підрахунку, якою мірою та чи інша роль реалізується чоловіком і дружиною.

***Ключ*** (розподіл запитань за конкретними сімейними ролями):

1. Виховання дітей – запитання № 9, 13, 14.
2. Емоційний клімат у сім'ї – № 2, 15, 18.
3. Матеріальне забезпечення сім'ї – № 19, 3, 16.
4. Організація розваг – № 20, 8, 4.
5. Роль «господаря», «господині» – № 17, 5, 21.
6. Сексуальний партнер – № 10, 6, 11.
7. Організація сімейної субкультури – № 1, 7, 12.

Індекси з кожної сфери підраховуються як середнє арифметичне трьох запитань. У запитаннях № 1,4, 5, 6, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 19 першій альтернативі приписується значення «1», другій – «2», третій – «3», четвертій – «4». В інших запитаннях значення приписуються у зворотному порядку, тобто у запитаннях № 2, 3, 7, 9, 12, 13, 16, 20, 21 першій альтернативі приписується значення «4», другій – «3», третій – «2», четвертій – «1».

Підрахунок за сферами здійснюємо так:

1. (+9+13+14): 3
2. (+2+15+18): 3
3. (19+3+16): 3
4. (+20+8+4) : 3
5. (17+5+21): 3
6. (10+6+11): 3
7. (1+7+12): 3

Чим вищий бал, тим більше ця роль в опитуваній сім'ї реалізується дружиною, чим нижчий – чоловіком. Якщо величина близька до середнього значення, то цю роль обоє партнерів реалізують приблизно однаково.

## 4.17. МЕТОДИКА «СПІЛКУВАННЯ У СІМ'Ї»

*1. Чи можна сказати, що вам із дружиною (чоловіком), як правило, подобаються одні й ті самі кінофільми, книги, вистави?*

а) так;
б) імовірно, так;
в) імовірно, ні;
г) ні.

*2. Чи часто під час розмови з дружиною (чоловіком) у вас виникає почуття спільності, повного взаєморозуміння?*

а) дуже рідко;
б) достатньо рідко;
в) досить часто;
г) дуже часто.

*3. Чи є у вас улюблені фрази, вирази, які означають для вас обох одне й те само, і ви із задоволенням використовуєте їх?*

а) так;
б) імовірно, так;
в) імовірно, ні;
г) ні.

*4. Чи можете ви передбачити, чи сподобається вашій дружині (чоловікові) кінофільм, книга й т. ін.?*

а) так;
б) імовірно, так;
в) імовірно, ні;
г) ні.

*5. Як ви думаєте: відчуває ваша дружина (чоловік), чи подобається вам те, що вона говорить або робить, коли ви прямо про це не говорите?*

а) майже завжди;
б) достатньо часто;

в) досить рідко;
г) майже ніколи.

*6. Чи розповідаєте ви дружині (чоловікові) про свої стосунки з іншими людьми?*

а) розказую майже все;
б) розказую достатньо багато;
в) розказую достатньо мало;
г) не розказую майже нічого.

*7. Чи бувають у вас з дружиною (чоловіком) розбіжності щодо того, які стосунки підтримувати з рідними?*

а) так, бувають майже постійно;
б) бувають досить часто;
в) бувають достатньо рідко;
г) ні, не буває майже ніколи.

*8. Наскільки добре ваша дружина (чоловік) розуміє вас?*

а) дуже добре розуміє;
б) швидше добре, ніж погано;
в) швидше погано, ніж добре;
г) зовсім не розуміє.

*9. Чи можна сказати, що ваша дружина (чоловік) відчуває, що ви ображені або роздратовані чимось, але не хоче цього показати?*

а) так;
б) напевне, так;
в) напевне, ні;
г) ні.

*10. Як ви вважаєте, чи розказує вам дружина (чоловік) про свої неприємності та промахи?*

а) майже завжди;
б) досить часто;
в) досить рідко;
г) майже ніколи.

*11. Чи буває так, що якесь слово або предмет викликає у вас обох одні й ті ж спогади?*

а) дуже рідко;
б) досить рідко;
в) досить часто;
г) дуже часто.

*12. Коли у вас неприємності, поганий настрій, чи стає вам легше від спілкування з дружиною (чоловіком)?*

а) так, майже завжди;
б) достатньо часто;
в) досить рідко;
г) ні, майже ніколи.

*13. Як ви думаєте, чи є теми, на які дружині (чоловікові) важко та неприємно розмовляти з вами?*

а) їх дуже багато;
б) їх досить багато;
в) їх достатньо мало;
г) таких тем дуже мало.

*14. Чи буває так, що в розмові з дружиною (чоловіком) ви почуваєте себе скуто, не можете підібрати потрібних слів?*

а) дуже рідко;
б) досить рідко;
в) достатньо часто;
г) дуже часто.

*15. Чи є у вас із дружиною (чоловіком) сімейні традиції?*

а) так;
б) швидше так, ніж ні;
в) швидше ні, ніж так;
г) ні.

*16. Чи може ваша дружина (чоловік) без слів зрозуміти, який у вас настрій?*

а) майже ніколи;
б) досить рідко;

в) достатньо часто;

г) майже завжди.

*17. Чи можна сказати, що у вас із дружиною (чоловіком) однакове ставлення до життя?*

а) так;

б) швидше так, ніж ні;

в) швидше ні, ніж так;

г) ні.

*18. Чи буває так, що ви не розказуєте дружині (чоловікові) новину, важливу для вас, але яка до неї (нього) не має прямого стосунку?*

а) дуже рідко;

б) достатньо рідко;

в) досить часто;

г) часто.

*19. Чи розказує вам дружина (чоловік) про свій фізичний стан?*

а) розказує майже все;

б) розказує достатньо багато;

в) розказує досить мало;

г) не розказує майже нічого.

*20. Чи відчуваєте ви, що подобається вашій дружині (чоловікові) те, що ви робите або говорите, якщо вона (він) прямо не говорить про це?*

а) майже завжди;

б) достатньо часто;

в) досить рідко;

г) майже ніколи.

*21. Чи можна сказати, що ви згідні один з одним в оцінці більшості своїх друзів?*

а) ні;

б) радше ні, ніж так;

в) радше так, ніж ні;

г) так.

*22. Як ви думаєте, чи може ваша дружина (чоловік) передбачити, чи сподобається вам той чи інший фільм, книга?*

а) думаю, так;

б) радше так, ніж ні;

в) радше ні, ніж так;

г) думаю, ні.

*23. Якщо ви зробили помилку, чи розказуєте дружині (чоловікові) про свої неприємності?*

а) не розказую майже ніколи;

б) розказую досить рідко;

в) розказую досить часто;

г) розказую майже завжди.

*24. Чи буває так, що коли ви перебуваєте серед інших людей, то дружині (чоловікові) достатньо подивитися на вас, щоб зрозуміти, як ви ставитеся до того, що відбувається навкруги?*

а) дуже рідко;

б) досить рідко;

в) достатньо часто;

г) дуже часто.

*25. Як ви вважаєте, наскільки ваша дружина (чоловік) відверта(ий) із вами?*

а) повністю відверта(ий);

б) скоріше відверта(ий);

в) скоріше невідверта(ий);

г) зовсім невідверта(ий).

*26. Чи можна сказати, що вам легко спілкуватися з дружиною (чоловіком)?*

а) так;

б) радше так, ніж ні;

в) радше ні, ніж так;

г) ні.

*27. Чи часто ви пустуєте, спілкуючись один з одним?*

а) дуже рідко;
б) достатньо рідко;
в) досить часто;
г) дуже часто.

*28. Чи буває так, що після того, як ви розказали дружині (чоловікові) про щось дуже для вас важливе, вам доводилося пожалкувати, що ви розповіли зайве?*

а) ні, майже ніколи;
б) досить рідко;
в) достатньо часто;
г) так, майже завжди.

*29. Як ви думаєте, якщо у вашої дружини (чоловіка) неприємності, поганий настрій, чи стає їй (йому) легше від спілкування з вами?*

а) ні, майже ніколи;
б) досить рідко;
в) достатньо часто;
г) так, майже завжди.

*30. Наскільки ви відверті з дружиною (чоловіком)?*

а) повністю відвертий(а);
б) скоріше відвертий(а);
в) скоріше невідвертий(а);
г) зовсім невідвертий(а).

*31. Чи завжди ви відчуваєте, що ваша дружина (чоловік) ображена або роздратована чимось, якщо вона не хоче вам цього показати?*

а) так;
б) напевне, це так;
в) напевне, це не так;
г) ні, це не так.

*32. Чи трапляється, що ваші погляди з якого-небудь важливого для вас питання не збігаються з думкою вашої дружини (чоловіка)?*

а) дуже рідко;
б) досить рідко;

в) достатньо часто;

г) дуже часто.

*33. Чи буває так, що ваша дружина (чоловік) не ділиться з вами новиною, яка важлива особисто для неї (нього), але вас безпосередньо це не стосується?*

а) дуже часто;

б) досить часто;

в) достатньо рідко;

г) дуже рідко.

*34. Чи можете ви без слів зрозуміти, який у вашої дружини (чоловіка) настрій?*

а) майже завжди;

б) достатньо часто;

в) досить рідко;

г) майже ніколи.

*35. Чи часто об'єднує вас із дружиною (чоловіком) почуття «ми»?*

а) дуже часто;

б) досить часто;

в) достатньо рідко;

г) дуже рідко.

*36. Наскільки добре ви розумієте свою дружину (чоловіка)?*

а) зовсім не розумію;

б) радше погано, ніж добре;

в) радше добре, ніж погано;

г) повністю розумію.

*37. Чи розповідає вам дружина (чоловік) про свої стосунки з іншими людьми?*

а) не розказує майже нічого;

б) розказує досить мало;

в) розказує достатньо багато;

г) розказує майже все.

*38. Чи буває так, що в розмові з вами дружина (чоловік) почуває себе напружено, скуто, не може підібрати потрібних слів?*

а) дуже рідко;
б) достатньо рідко;
в) досить часто;
г) дуже часто.

*39. Чи є у вас таємниці від дружини (чоловіка)?*

а) є;
б) скоріше є, ніж немає;
в) скоріше немає, ніж є;
г) немає.

*40. Чи часто ви, звертаючись один до одного, використовуєте смішні найменування?*

а) дуже часто;
б) достатньо часто;
в) досить рідко;
г) дуже рідко.

*41. Чи є теми, на які вам важко та неприємно говорити з дружиною (чоловіком)?*

а) дуже багато;
б) досить багато;
в) достатньо мало;
г) дуже мало.

*42. Чи часто у вас із дружиною (чоловіком) виникають розбіжності в тому, як виховувати дітей?*

а) дуже рідко;
б) досить рідко;
в) достатньо часто;
г) дуже часто.

*43. Як ви думаєте, чи можна сказати, що вашій дружині (чоловікові) легко спілкуватися з вами?*

а) так;
б) радше так, ніж ні;

в) радше ні, ніж так;
г) ні.

*44. Чи розказуєте ви дружині (чоловікові) про свій фізичний стан?*
а) розказую майже все;
б) розказую достатньо багато;
в) розказую досить мало;
г) не розказую майже нічого.

*45. Як ви думаєте, чи доводилося вашій дружині (чоловікові) жалкувати, що вона (він) розповіла вам щось дуже важливе для неї (нього)?*
а) майже ніколи;
б) досить рідко;
в) достатньо часто;
г) майже завжди.

*46. Чи виникало коли-небудь відчуття, що у вас із дружиною (чоловіком) існує своя мова, невідома нікому з оточуючих?*
а) так;
б) радше так, ніж ні;
в) радше ні, ніж так;
г) ні.

*47. Як ви вважаєте, чи є у вашої дружини (чоловіка) таємниці від вас?*
а) так;
б) радше так, ніж ні;
в) радше ні, ніж так;
г) ні.

*48. Чи буває так, що коли ви перебуваєте серед інших людей, то дружині (чоловікові) достатньо подивитися на вас, щоб зрозуміти, як ви ставитеся до того, що відбувається навкруги?*
а) дуже часто;
б) достатньо часто;
в) досить рідко;
г) дуже рідко.

**Запитання розбиваються за шкалами так:**

1. Довіра спілкування – № 6, 23, 25, 39, 44 – як респондент оцінює себе за цією ознакою; № 10, 19, 30, 37, 47 – як він оцінює партнера.

2. Взаєморозуміння між подружжям – № 4, 20, 31, 34, 36 – як респондент оцінює себе за цією ознакою; № 5, 8, 9, 16, 22 – як він оцінює партнера.

3. Схожість у поглядах подружжя – № 1,17, 21, 32, 42.

4. Загальні символи сім'ї – № 3, 11, 15, 40, 46.

5. Легкість спілкування між подружжям – № 2,14, 26, 27, 43.

6. Психотерапевтичність спілкування – № 12, 28, 29, 41, 45. В усіх запитаннях першій альтернативі приписується значення

«4», другій – «3», третій – «Т», четвертій – «1». За кожною зі шкал підраховується індекс, значення якого дорівнює середньому арифметичному значень, які входять до шкали запитань.

**Нижче наводяться формули розрахунку кожного індексу:**

1. а) 6-23+25-39+44 – чим вищий бал, тим більш довірливий характер спілкування в сім'ї;

б) 10+19+30-37-47.

2. а) 4+20+31+34-36;

б) 5+8+9-16+20 – чим більший бал, тим вище взаєморозуміння між подружжям.

3. 1+17-21+32+42 – чим вищий бал, тим більш подібні погляди подружжя.

4. 3-11+15+40+46 – чим вищий бал, тим більше підстав говорити про наявність «сімейної мови».

5. -2+14+26-27+43 – чим вищий бал, тим легше подружжю спілкуватись один з одним.

6. 12+28+29-41+45 – чим більше значення індексу, тим «психотерапевтичніше» відбувається процес спілкування у сім'ї.

## 4.18. МЕТОДИКА «ТИПОВИЙ СІМЕЙНИЙ СТАН»

П – психолог
Р – респондент

1. Психолог: «Подумки поверніться додому, у сім'ю! Згадайте почуття, із яким ви відчиняєте двері додому! Згадайте почуття, із яким думаєте про домашні справи на роботі! Як ви почуваєте себе у вихідні дні та ввечері? Згадайте все ваше сімейне життя! Як ви почуваєте себе найчастіше? Позначте на шкалах!»

П: (дає бланк для відповідей). Р: (відзначає).

2. Психолог: (звертає увагу на рису респондента, найбільш виражену на шкалах): «Ви відзначили, що почуваєте себе в сім'ї дуже ... (називається відповідна риса). Це, скоріше, приємне чи неприємне почуття? Прошу вас згадати декілька випадків із вашого сімейного життя, коли ви почували себе дуже ... (називається той же стан)».

3. Р (розповідає).

П: «Спробуйте ще раз оцінити свій стан удома на цих же шкалах! Усе залишається по-старому чи щось зміниться?» Р: (звичайно міняє оцінку з деяких шкап, якщо при цьому на перший план вийшов інший стан, то вся процедура повторюється від п. 2).

Обробка: бали зі шкал, помічених однаковим індексом, сумуються. Стан констатується, якщо сума оцінок із 4-х субшкал перевищує або дорівнює за З (загальна незадоволеність) – 26 балам; за Н (нервово-психічне напруження) – 27 балам; за Т (сімейна тривожність) – 26 балам.

| | |
|---|---|
| 1. Задоволеним 0 | 7 Незадоволеним З |
| 2. Спокійним 0 | 7 Стривоженим Т |
| 3. Розслабленим 0 | 7 Напруженим Н |
| 4. Радісним 0 | 7 Засмученим З |
| 5. Потрібним 0 | 7 Зайвим Т |
| 6. Відпочилим 0 | 7 Замученим Н |

| | |
|---|---|
| 7. Здоровим 0 | 7 Хворим З |
| 8. Сміливим 0 | 7 Несміливим Т |
| 9. Безтурботним 0 | 7 Стурбованим Н |
| 10. Хорошим 0 | 7 Поганим З |
| 11. Спритним 0 | 7 Незграбним Т |
| 12. Вільним 0 | 7 Зайнятим Н |

**Т – ; З – ; Н –**

Прізвище, ім’я, по батькові _____

## 4.19. ОПИТУВАЛЬНИК «КОНСТРУКТИВНО-ДЕСТРУКТИВНА СІМ'Я» (КДС)

Опитувальник включає твердження про члена вашої сім'ї, який найбільше завдає вам турбот. Твердження пронумеровані. Такі ж номери є в «Бланку опитувальника КДС».

**Інструкція:** Читайте по черзі твердження опитувальника. Якщо ви переважно згідні з ними, то на бланку обведіть кружком номер твердження. Якщо ви здебільшого не згідні, то закресліть цей номер. Якщо важко вибрати, то поставте на номері знак питання. Намагайтеся, щоб таких відповідей було не більше трьох.

В опитувальнику немає «правильних» або «неправильних» тверджень. Відповідайте так, як є насправді, як ви думаєте. Пам'ятайте: ви відповідаєте про члена вашої сім'ї, який найбільше завдає вам турбот.

1. Впевнений, що допомогти йому (їй) можуть тільки найсуворіші заходи.
2. Коли дивлюся на нього (неї), думаю, що доля до мене несправедлива.
3. Я ніколи не знаю, що в нього (неї) на думці.
4. Іноді *думаю:* «Було б краще, якби він (вона) куди-небудь зник (зникла)».
5. Що б ми з ним (нею) не робили, він (вона) стає все гіршим (гіршою).
6. Оточуючі вважають мене винним (винною) у тому, що відбувається з ним (нею).
7. Нерідко він (вона) зникає і я не знаю, що з ним (нею).
8. Ніхто з оточуючих не хоче допомогти мені.
9. Він (вона) не зважає на мене,
10. Буває, що мені неприємно мати з ним (нею) справу.
11. Я ніколи не знаю, що вона (він) викине ще.
12. Він (вона) ставиться до мене вороже.

13. До нього (неї) неможливо знайти підхід.
14. Через нього (неї) в мене зіпсовані стосунки з багатьма людьми.
15. Він (вона) все приховує від мене.
16. Якби його (її) не було, моє життя було б щасливим та цікавим.
17. Навіть якщо він (вона) твердо вирішить стати кращим, я знаю: все одно він (вона) залишиться таким (такою), як був (була).
18. Мені соромно, коли говорять про нього (неї).
19. Він (вона) постійно обманює мене.
20. Його (її) виправлення (видужання) дуже мало залежить від мене.

### *Бланк запитальника КДСДК*

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 5 | 9 | 13 | 17 | Вплив | 5 | 2 |
| 2 | 6 | 10 | 14 | 18 | Фрустрація | 4 | 2 |
| 3 | 7 | 11 | 15 | 19 | Інформація | 5 | 1 |
| 4 | 8 | 12 | 16 | 20 | Відчуження | 3 | 0 |

## 4.20. ТЕСТ ДІАГНОСТИКИ САМОТНОСТІ
## (Д. Расел, Л. Пепло, М. Фергюсон)

***Інструкція:*** Вам пропонується ряд тверджень. Розгляньте послідовно кожне та оцініть з точки зору частоти їх прояву у Вашому житті при допомозі чотирьох варіантів відповідей: «часто», «іноді», «рідко», «ніколи».

***Твердження:***

Я нещасливий, займаючись багатьма справами в одинокості.

Мені нема з ким розмовляти.

Для мене нестерпно бути таким одиноким.

Мені не вистачає спілкування.

Я відчуваю, ніби мене ніхто не розуміє.

Я перебуваю в очікуванні, що люди зателефонують або напишуть мені.

Нема нікого, до кого я міг би звернутися.

Я зараз більше ні з ким не перебуваю в близьких стосунках.

Ті, що мене оточують, не поділяють мої інтереси та ідеї.

Я відчуваю себе покинутим.

Я не здатний розслабитись та вільно спілкуватися з тими, хто мене оточує.

Я відчуваю себе повністю одиноким.

Мої соціальні зв'язки і зв'язки з оточенням поверхневі.

Я вмираю за компаніями та спілкуванням.

В дійсності ніхто не розуміє мене.

Відчуваю себе ізольованим від інших.

Я нещасливий, будучи таким відкинутим.

Мені важко заводити друзів.

Я відчуваю себе виключеним та ізольованим іншими.

Люди навколо мене, але не зі мною.

***Обробка результатів та інтерпретація:***

Підраховується кількість кожного з варіантів відповідей. Сума відповідей «часто» помножується на три, «іноді» – на два, «рідко» – на один, «ніколи» – на нуль. Отримані результати сумуються. Максимально можливий показник одинокості – 60 балів.

Високу степінь одинокості вказують від 40 до 60 балів, від 20 до 40 балів – середній рівень одинокості, від 0 до 20 балів – низький рівень одинокості.

## 4.21. ТЕСТ «КАКТУС» (М. Панфілова)

**Мета:** виявлення стану емоційної сфери дитини, виявлення наявності агресії, її спрямованості і інтенсивності.

**Вік:** дошкільний, проводиться з дітьми з 4-х років.

**Матеріал:** папір (формат А4), олівець.

**Інструкція:** «На аркуші паперу намалюй кактус, таким, яким ти його собі уявляєш!»

Питання і додаткові пояснення не допускаються. Дитині дається стільки часу, скільки йому необхідно. Після закінчення малювання з дитиною проводиться бесіда.

**Бесіда:**

Кактус домашній чи дикий?

Його можна почіпати?

Кактусу подобається, коли за ним доглядають?

У кактуса є сусіди?

Які рослини його сусіди?

Коли кактус виросте, що в ньому зміниться?

**Інтерпретація:**

Агресія: наявність голок, голки довгі, сильно стирчать і близько розташовані.

Імпульсивність: уривчасті лінії, сильний натиск.

Егоцентризм: великий малюнок, в центрі листа.

Залежність, невпевненість: маленькі малюнок внизу листа.

Демонстративність, відкритість: наявність виступаючих відростків, незвичайність форм.

Скритність, обережність: розташування зигзагів по контуру або всередині кактуса.

Оптимізм: використання яскравих кольорів.

Тривога: використання темних кольорів, внутрішньої штрихування, переривчасті лінії.

Жіночність: наявність прикраси, квітів, м’яких ліній, форм.

Екстравертованість: наявність інших кактусів, квітів.

Інтровертованість: зображений тільки один кактус.

Прагнення до домашньої захисту: наявність квіткового горщика.

Прагнення до самотності: зображений дикорастучий кактус.

## 4.22. ТЕСТ «БАРАНЧИК У ПЛЯШЦІ»

**Мета методики:** оцінити взаємодію дитини з найближчим оточенням, картину світу дитини, ранні відносини з матір'ю, спосіб сепарації, які ресурси є у дитини для відділення. Цей тест дозволяє працювати з дітьми починаючи від 6 років.

**Матеріал:** лист паперу формату А4, звичайний олівець (бажано М чи 2М), кольорові олівці. Можна використовувати глину або пластилін, або солоне тісто, потім це ліплення прикрасити і так інтерпретувати. Замість пензликів, для дітей, можна використовувати їх пальчики – це і дрібну моторику розвиває, робить сам процес більш захоплюючий і з великим інтересом дитина буде виконувати.

**Інструкція:** «Намалюй баранця у пляшці».

Після того, як дитина намалює психолог проводить **опитування:**

1. Як він там опинився?
2. Як йому там у пляшці?
3. Яким він бачить оточуючий світ з пляшки?
4. Про що він мріє? (це зона найближчого зросту)
5. Чого він боїться?
6. Який у нього настрій?
7. Скільки йому років?
8. Чи чекає баранчик допомоги? Якщо так, то від кого та якої саме?
9. Чи хоче він вибратися?
10. Чи може він вибратися та яким способом?
11. Що він отримає, якщо вибереться?

В кінці психолог просить **придумати історію про баранця, в якій треба розповісти про шлях його виходу з пляшки.**

Баранчик – символізує автора роботи. Наскільки яскраво, чітко, пухнасто промальований баранчик, настільки легко, позитивно і сприятливо людина відчуває себе в батьківській родині і навпаки. Наявність добре промальованих ріжків і ніг – це знак впертості, боротьби і відстоювання своєї думки, можливість наявності опору дитини по відношенню до батьків. Роги і копита часто зустрічаються в роботах підлітків, коли відбувається процес психологічного та емоційного відділення від

батьківської сім'ї. Якщо автор зображує баранчика в негативному образі, це трактується як неприйняття себе.

Пляшка – символ батьківської сім'ї. Обриси пляшки мають своє значення. М'які, плавні, округлі форми пляшки – може трактуватися як близькість автора роботи до мами, і символізує потребу в її уваги та її турботі, оцінці. Більш різкі, незграбні форми пляшки – в характері автора роботи переважають батьківське начало, батьківські риси характеру.

Велике значення надається положенню баранчика в пляшці. Якщо баранчик твердо стоїть на ногах на дні пляшки це означає, що автор роботи перебуває в сім'ї, в якій відчуває стабільність, стійкість. Пляшка може бути зображена як в горизонтальному так і у вертикальному положенні. Спрямованість баранчика до шийки пляшки, може трактуватися, як бажання вийти з пляшки і відокремитися від батьківської сім'ї. Можливий варіант: коли баранчик знаходиться в положенні протилежному – спиною до шийки пляшки і обличчям до денця, це трактується, як не бажання досліджуваного покидати батьківську сім'ю, наявність побоювань пов'язаних з самостійністю.

Слід звернути особливу увагу на горлечко, зіставити з розмірами баранчика. Чи відповідають розміри баранчика величиною шийки пляшки? Чи зможе баранчик при бажанні вийти з пляшки? Або може баранчик крупніше горлечка? А може йому тільки здається, що він може покинути пляшку? І чи хоче взагалі баранчик вийти з пляшки?

Зустрічаються роботи, в яких горлечко закрите пробкою, це може трактуватися як прояв гіперопіки, автор роботи відчуває себе під контролем з боку батьків, всі рішення приймаються за нього, і він явно не скоро буде готовий до самостійності і відокремлення від батьківської сім'ї.

Коли внутрішній простір пляшки прикрашається елементами інтер'єру, створюється замкнений затишний мікроклімат, це свідчить про надмірну кількість батьківського піклування, та про те, що автор роботи сприймає таку опіку позитивно. Батьки оточують всім необхідним і тим самим позбавляють дитину права на прийняття самостійних рішень і можливості представлення життя за межами сім'ї, це може бути причинами невпевненості в собі, соціальної несміливості дитини.

Коли пляшка надбита або розбита це може трактуватися як наявність психологічних травм, пережитих дитиною в батьківській родині.

Часто підлітки малюють пляшку і підписують її назвою алкогольного напою, це може говорити про те що в даний момент підлітка цікавлять спиртні напої, він перебуває в стані побудови свого ставлення до алкоголю. У цей момент педагогам і психологам важливо не упустити і провести необхідні виховні та корекційні заходи.

Важливо куди саме повернута пляшка: Вгору – до батьківського (чоловічого)принципу мислення, фантазій. З такої пляшки дуже важко вибратися, більше таємних переживань. Тобто тоді дитині притаманні раціоналізм, активність, відчуття непотрібності дій, недосяжності мети.

Вниз – до несвідомого, тілесного, материнського. Тобто фіксування на перешкодах до задоволення ситуативної потреби, можливо є авторитарна мати чи гіперопіка.

Ліворуч – пасивність, бездіяльність, акцент на минулому, рефлексія, острах активності, тенденція до роздумів, відсутні претензії на самоствердження, фіксація на якійсь ситуації з минулого. Праворуч – є направленим на майбутнє, свідоме. Тобто, бунтарство, непокора, іноді прямота, безкомпромісність.

Чи оцінює дитина пляшку як проблему, чи хоче він з нею впоратись.

Якщо у дитини в житті дуже складна ситуація, то вона може намалювати, наприклад, пляшку з-під отрути, алкоголю тощо. Якщо в сім'ї «поживна» ситуація, тоді можуть бути пляшки з поживними рідинами.

Якщо баранцю не хочеться виходити, можна говорити про те, що не вистачає фрустрації та немає необхідності розвиватися далі, або всі потреби задоволені та немає мотивації.

Якщо дитина малює коштовну пляшку, що прикрашена дорогоцінностями, це може говорити про те, що оточуюча середовище, заняття, гуртки, враження на оточуючих цінується більше ніж сама дитина.

Формальні показники

*Натиск на олівець* – показник психомоторного тонусу:

– Слабий натиск, подекуди стрічка ледь видна – астенія (при астенії погіршується пам'ять, увага, з'являється плаксивість, примхливість,

роздратування, невпевненість у собі): пасивність, іноді депресивний або субдепресивний стан (стан легко вираженої депресії, який характеризується зниженим настроєм, песимістичною оцінкою подій та зниженням працездатності) (з 4 річного віку).

– Сильній натиск, олівець продавлює папір – емоціональна напру- га; ригідність (недостатня рухливість, переключення, пристосування мислення, установ та т. ін. по відношенню до вимог середи, яка зміню- ється. Спостерігається при ряді психічних захворювань.); імпульсив- ність (риса характеру, яка виражається у схильності до діяти без остаточного свідомого контролю, під впливом зовнішніх обставин абов силу емоціональних переживань) (з 4 річного віку).

– Занадто сильний натиск, олівець рве папір – конфліктність; гіперактивність; іноді агресивність; гостре збудження, пограничний або психотичний стан (грубе порушення оцінки реальності, тобто, людина робить помилкові заключення стосовно оточуючої дійсності, помилково оцінює своє мислення и сприйняття та продовжує робити ці помилки, навіть коли стикається з доказами протилежного. Психічні симптоми включають маячіння, галюцинації, регресивну поведінку, в вочевидь не співпадаюче з настоєм та помітно незв’язне мовлення).

− Натиск сильно варіює – емоціональна лабільність (рухливість, переключення) характеризується тим, що людина швидко реагує на зміну ситуації, обставин, и партнерів, вільно виходить з одних емоціональних станів та входить в другі) (з 4 річного віку).

– Коливання натиску особливо сильні – емоціональна несталість; іноді гострий стан.

*Особливості ліній*

– Штрихові лінії – тривожність, як риса характеру.

– Численність ліній – тривога як стан на момент обстеження; стресовий стан; іноді імпульсивність.

– Ескізні лінії: спочатку проводяться слабі лінії, потім найбільш вдалі наводяться більш жирним – прагнення контролювати свою тривогу, тримати себе в руках.

– Лінії, які промахуються, не влучають в потрібну точку – імпульсивність; органічне ураження мозку; іноді гіперактивність (з 5 річного віку).

– Лінії, які не доведені до кінця – астенія; іноді імпульсивність (з 5 річного віку).

*Розмір малюнків*

– Завеликий розмір: малюнок займає весь лист – тривога, як стан на момент обстеження; стресовий стан; іноді імпульсивність; гіперактивність.

– Замалий розмір: малюнок займає менш ніж $^1/_3$ листа по висоті – депресія, низка самооцінка.

– Розмір сильно варіюється – емоціональна лабільність.

*Розташування малюнка на аркуші*

– Зміщення вверх, розташований у верхній половині листа, але не в куті – іноді завищена самооцінка, можливо, ком

пенсаторне; прагнення до великих досягнень.

– Зміщення вниз, розташований у нижній половині листа – іноді зниження самооцінки.

– Зміщення у бік – іноді органічне ураження мозку.

– Виходить за рамки листа – імпульсивність; гостра тривога; іноді пограничний, невротичний або психотичний стан.

– Розташований у куті листа – іноді депресія або субдепресія.

*Ретельність та деталізованість малюнків*

– Велика кількість різноманітних деталей – демонстративність, жива уява, творча спрямованість.

– Підвищена ретельність, велика кількість однотипних деталей – ригідність, тривожність, іноді перфекціонізм, епілептоїдна акцентуація, органічне ураження мозку.

– Мала кількість деталей, схематичність (по відношенню до вікової норми) – астенія, імпульсивність, низька емоційність, негативізм, негативне ставлення до обстеження, інтровертованість, замкнутість, іноді депресія або субдепресія, шизоїдна акцентуація, знижений рівень розумового розвитку.

– Недбалість (по відношенню до вікової норми) – імпульсивність, низька мотивація, іноді органічне ураження мозку, негативізм, негативне ставлення до обстеження.

Ретельність і деталізованість малюнків сильно варіюють – емоційна лабільність, різне емоційне відношення до різних зображених персонажів:

– збільшення кількості і різноманітності деталей – позитивне відношення;

– збільшення кількості одноманітних деталей – напружене ставлення;

– «бідність» деталей, схематичність, недбалість – негативне ставлення.

Додаткові особливості малюнків

1. Стирання та виправлення ліній – тривога як стан на момент обстеження; стресовий стан; емоційна напруга; тривожність, невпевненість в собі; іноді перфекціонізм.

2. Штриховка малюнку простим олівцем – тривожність як особистісна риса; тривога як стан на момент обстеження; іноді художній прийом у людей, які навчаються або тих, хто навчає малюванню (в цих випадках не інтерпретується):

– розмашиста штриховка, яка місцями виходить за контур малюнку – гостра тривога; імпульсивність (з шестирічного віку);

– особливо ретельна штриховка – тривожність, невпевненість в собі; ригідність; іноді перфекціонізм;

– штриховка з сильним натиском: затемнення всього малюнку або його частин – емоціональна напруженість; гостра тривога; іноді пограничий або психологічний стан.

3. Відхилення по вертикалі – органічне ураження мозку; іноді відчуття своєї психологічної нестійкості, погана пристосованість до життя або нестійкий невротичний стан; порушення розумового розвитку (з 5-річного віку),

4. Порушення симетрії – органічне ураження мозку; імпульсивність; іноді негативізм; гострий стан (з 5-річного віку).

5. Рухові персеверації – органічне ураження мозку; іноді психічні захворювання; інтелектуальне порушення (з чотирьохрічного віку).

6. Розпад форми, неозначений, часто незамкнений контур – інтелектуальне порушення; органічне ураження мозку; пограничний невротичний стан; психічне захворювання (з п’ятирічного віку).

7. Лінії та штрихи, які не відносяться до основного сюжету, заповнюють весь аркуш – імпульсивність, гостра тривога; пограничний невротичний стан; іноді психічне збудження (з чотирьохрічного віку).

8. Грубе викривлення форми і/або пропорцій – інтелектуальне порушення; органічне ураження мозку; негативізм; зниження конформності, порушення соціалізації; пограничний невротичний стан; психічне захворювання (з п’ятирічного віку)

## 4.23. ПРОЕКТИВНА МЕТОДИКА «МОЇ СТРАХИ» (О. Захаров)

**Ціль:** визначити найбільш яскраві переживання почуття страху.

**Опис методики:** Після попередньої бесіди, про спогади дитини про те, що його лякає, йому пропонують аркуш паперу й кольорові олівці. У процесі аналізу звертається увага на те, що дитина намалювала, а також на кольори, що використовувалися їм у процесі малювання. По закінченню малювання дитину просять розповісти про те, що вона зобразила. Таким чином, передбачається, що активне обговорення дитиною своїх відчуттів в ігровій обстановці дозволяє внутрішнім ресурсам змінити напрямок із захисту на конструктивний процес особистісних змін. Оперуючи матеріалами образотворчої діяльності, дитина відображає на ньому особливості свого внутрішнього світу. Тому проективні методики використовуються для виявлення найбільш яскравих переживань почуття страху.

**Інструкція:** дитині пред'являється аркуш паперу й кольорові олівці. Дослідник говорить дитині: «намалюй на цьому листку паперу, те чого ти найбільше боїшся».

## 4.24. МЕТОДИКА «ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ САМООЦІНКИ» (Г. Казанцева)

Методика пропонує певну кількість тверджень, навпроти яких ставиться один з трьох варіантів відповідей: «так» (+), «ні» (-), «не знаю» (?), які відповідають власній поведінці в аналогічній ситуації.

**Бланк запитань**

1. Звичайно я розраховую на успіх у своїх справах.
2. Більшу частину часу я знаходжуся у пригніченому стані.
3. Більшість ровесників зі мною радяться.
4. У мене не має невпевненості в собі.
5. Я настільки ж здібний і винахідливий як більшість оточуючих мене людей.
6. Часом я почуваю себе нікому не потрібним.
7. Я все роблю добре (будь-яку справу).
8. Мені здається, що я нічого не досягну в майбутньому.
9. У будь-якій справі я вважаю себе правим.
10. Я роблю багато такого, про що потім жалкую.
11. Коли я дізнаюсь про успіхи кого-небудь, кого я знаю, то сприймаю це як власну поразку.
12. Мені здається, що всі навколо дивляться на мене з осудом.
13. Мене мало турбують можливі невдачі.
14. Мені здається, що успішному виконанню доручень чи справ мені заважають перешкоди, яких мені не подолати.
15. Я рідко жалкую про те, що вже зробив.
16. Оточуючі мене люди більш привабливі, ніж я.
17. Я думаю, що я постійно комусь необхідний.
18. Мені здається,що я навчаюся гірше за інших.
19. Мені частіше щастить, ніж не щастить.
20. У житті я завжди чогось боюся.

## Підрахунок результатів

Підраховується кількість позитивних відповідей (+), спочатку за непарними номерами, а потім за парними. Від першого результату віднімається другий. Кінцевий результат знаходиться в інтервалі від -10 до +10.

## Інтерпретація

від -10 до -4 свідчить про занижену самооцінку
від -3 до +3 – про адекватну самооцінку
від +4 до +10 – про завищену самооцінку.

## 4.25. МЕТОДИКА «СТРАХИ В БУДИНОЧКАХ» (М. Панфілова)

**Мета:** виявлення й уточнення переважних видів страхів (страх темряви, самітності, смерті, медичні страхи і т.д.). Перш ніж допомогти дітям у подоланні страхів, необхідно з'ясувати, увесь спектр страхів і яким саме страхам вони піддані.

**Опис методики:** Діти малюють два будиночки, один чорний, а другий червоний. Їм диктують страхи, а вони заселяють їх у будиночки: у червоний – страхи, яких вони не бояться, а у чорний – страхи, котрих вони бояться.

Повторювати питання про те, боїться або не боїться дитина, випливає тільки час від часу. При стереотипнім запереченні всіх страхів просять давати розгорнуті відповіді типу «не боюся темряви», а не «ні» або «так». Краще, щоб дорослий перераховував страхи по пам'яті, тільки іноді заглядаючи в список, а не зараховуючи його.

**Аналіз отриманих результатів:** полягає в тому, що експериментатор підраховує страхи й порівнює їх з віковими нормами. Сукупні відповіді дитини поєднуються в кілька груп по видах страхів. Якщо дитина в трьох випадках із чотирьох–п'яти дає позитивну відповідь, то цей вид страху діагностується як наявний. З 30 видів страхів, виділених автором, у дітей спостерігаються від 6 до 15.

### Інструкція для дитини

Ти боїшся:

1. Коли залишаєшся один.
2. Нападу.
3. Захворіти, заразитись.
4. Померти.
5. Що помруть твої батьки.
6. Якихось людей.
7. Мами чи тата.
8. Того, що тебе покарають.

9. Якихось чудовиськ.
10. Спізнитись у школу.
11. Перед тим як заснути.
12. Страшних слів.
13. Темряви.
14. Якихось тварин.
15. Якогось транспорту.
16. Бурі, урагану, повені, землетрусу.
17. Коли дуже високо.
18. Коли дуже глибоко.
19. В тісній кімнаті, ліфті.
20. Води.
21. Вогню.
22. Пожежі.
23. Війни.
24. Великих вулиць, площ.
25. Лікарів.
26. Крові.
27. Болю.
28. Уколів.
29. Несподіваних рухів,різких звуків, коли щось стукне.
30. Зробити щось не так, не встигну

## 4.26. МЕТОДИКА ПЕРВИННОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ВИЯВЛЕННЯ ДІТЕЙ «ГРУПИ РИЗИКУ» (М. Рожков, М. Ковальчук)

**Вікові межі:** учні підліткового віку.

**Інструкція:** «Вам пропонуються питання, які стосуються різних сторін Вашого життя та особливостей Вашої поведінки. Якщо Ви щиро відповісте на кожне питання, у Вас буде можливість краще дізнатися про самого себе.

Тут немає правильних чи неправильних відповідей. Відповідайте на кожне питання наступним чином: якщо згідні, відповідайте «так», якщо не згідні – «ні». Працюйте швидко, довго не роздумуйте.

1. Чи вважаєш ти, що людям можна довіряти?
2. Чи вважаєш ти, що єдиний спосіб досягти чогось в житті – це турбуватися насамперед про себе?
3. Чи легко ти заводиш друзів?
4. Чи важко тобі говорити людям «ні»?
5. Чи часто хтось із батьків несправедливо критикує тебе?
6. Буває так, що твої батьки неприязно ставляться до твоїх друзів, з якими ти зустрічаєшся?
7. Чи часто ти нервуєшся?
8. Чи бувають у тебе зміни настрою без причини?
9. Зазвичай ти є центром уваги в компанії однолітків?
10. Чи можеш ти бути привітним навіть з тими, кого явно не любиш?
11. Чи правда те, що ти не любиш, коли тебе критикують?
12. Чи можеш ти бути відвертим з близькими друзями?
13. Чи буває, що іноді ти дратуєшся настільки, що починаєш кидатися предметами?
14. Чи здатний ти на грубі жарти?
15. Чи часто у тебе виникає відчуття, що тебе не розуміють?
16. Буває у тебе відчуття, що за твоєю спиною люди говорять про тебе погане?

17. Чи багато в тебе близьких друзів?

18. Чи соромишся ти звертатися до людей за допомогою?

19. Тобі подобається порушувати встановлені правила?

20. Чи буває у тебе іноді бажання завдати шкоду іншим людям?

21. Чи дратують тебе батьки?

22. Чи завжди ти вдома забезпечений всім життєво необхідним (місце для сну, їжа, одяг)?

23. Ти завжди впевнений у собі?

24. Зазвичай ти здригаєшся від незвичного звуку?

25. Чи здається тобі, що твої батьки тебе не розуміють?

26. Свої невдачі ти переживаєш сам?

27. Чи буває так, що коли ти залишаєшся один, твій настрій покращується?

28. Чи здається тобі, що у твоїх друзів щасливіша сім'я, ніж у тебе?

29. Чи відчуваєш ти себе нещасним через брак грошей в сім'ї?

30. Чи буває так, що ти злишся на всіх?

31. Чи часто ти почуваєш себе беззахисним?

32. Чи легко ти освоюєшся в новому колективі?

33. Чи важко тобі відповідати в школі перед всім класом?

34. Чи є у тебе знайомі, яких ти взагалі не можеш переносити?

35. Чи можеш ти вдарити людину?

36. Ти іноді погрожуєш людям?

37. Чи часто твої батьки наказували тебе?

38. Коли-небудь у тебе з'являлося сильне бажання втекти з дому?

39. Чи думаєш ти, що твої батьки часто поводяться з тобою як з дитиною?

40. Чи часто ти відчуваєш себе нещасним?

41. Ти легко можеш розсердитись?

42. Ризикнув би ти схопити за вуздечку коня, що біжить?

43. Чи вважаєш ти, що є багато дурнуватих моральних норм поведінки?

44. Чи страждаєш ти від нерішучості та сором'язливості?

45. Чи відчував ти, що тебе недостатньо люблять в сім'ї?

46. Чи вважаєш ти, що твої батьки живуть своїм окремим життям?

47. Чи часто ти втрачаєш впевненість у собі через зовнішній вигляд?

48. У тебе часто буває веселий та безтурботний настрій?

49. Ти рухлива людина?

50. Чи люблять тебе твої знайомі, друзі?

51. Чи буває так, що твої батьки тебе не розуміють і здаються тобі чужими?

52. При невдачах буває так, що у тебе з'являється бажання втекти кудись подалі та не повертатися?

53. Чи бувало, що хтось із батьків викликав у тебе почуття страху?

54. Твої батьки критикують твій зовнішній вигляд?

55. Чи заздриш ти іноді щастю інших?

56. Чи часто ти відчуваєш себе самотнім, навіть перебуваючи серед інших людей?

57. Чи є люди, яких ти ненавидиш по-справжньому?

58. Часто ти б'єшся?

59. Чи легко ти просиш про допомогу іншу людину?

60. Чи легко тобі всидіти на місці?

61. Ти охоче відповідаєш біля дошки у школі?

62. Буває так, що ти настільки пригнічений, що довго не можеш заснути?

63. Чи часто виявляв, що твій приятель тобі набрехав?

64. Чи часто ти сваришся, лаєшся?

65. Міг би ти без тренування керувати парусним човном?

66. Чи часто у вашій сім'ї бувають сварки?

67. Чи вважаєш ти одного зі своїх батьків дуже нервовим?

68. Чи часто ти відчуваєш себе нікчемним?

69. Чи хвилює тебе відчуття, що люди можуть відгадати твої думки?

70. Ти завжди робиш все по-своєму?

71. Чи бувають твої батьки занадто суворими до тебе?

72. Чи соромишся ти в товаристві малознайомих людей?

73. Чи часто тобі здається, що ти чимось гірший за інших?

74. Чи легко тобі вдається підняти настрій друзям?

## Ключ

| № н/п | Показник | № питання |
|---|---|---|
| 1 | Відносини в сім'ї | + : 5, 6, 21, 25, 28, 29, 37, 38, 39, 45, 46, 53, 54, 66, 67, 71<br>– : 22 |
| 2 | Агресивність | + : 13, 14, 19, 20, 35, 36, 42, 57, 58, 64, 65 |
| 3 | Недовіра до людей | + : 2, 4, 15, 16, 18, 34, 43, 44, 63, 72<br>– : 1, 3, 17, 59 |
| 4 | Невпевненість у собі | + : 7, 8, 24, 30, 31, 32, 33, 40, 41, 47, 55, 56, 68, 69, 73<br>– : 23 |
| 5 | Акцентуації:<br>гіпертимний тип<br>істероїдний тип<br>шизоїдний тип<br>емоційно-лабільний тип | <br>+ : 48, 49, 74 – : 60<br>+ : 9, 10, 50, 61<br>+ : 26, 27, 51, 70<br>+ : 11, 12, 52, 62 |

## Оцінка результатів

| № н/п | Показник | Високі бали (група ризику) |
|---|---|---|
| 1 | Відносини в сім'ї | 8 і більше |
| 2 | Агресивність | 6 і більше |
| 3 | Недовіра до людей | 7 і більше |
| 4 | Невпевненість у собі | 8 і більше |
| 5 | Акцентуації | 3–4 бала по кожному типу акцентуації |

## Обробка та інтерпретація результатів

Відповіді учнів порівнюються з ключем. Підраховується кількість співпадань відповідей з ключем по кожному показнику (шкалі).

Сумарний бал по кожній з п'яти шкал відображає ступінь її прояву. Чим більше сумарний бал, тим сильніше проявляється даний психологічний показник і тим вище вірогідність зарахування дитини до групи ризику.

1. Відносини в сім’ї

Високі бали по цій шкалі опитувальника свідчать про порушення внутрішньосімейних взаємин, які можуть бути обумовлені:

• напруженою ситуацією в сім’ї;

• неприязним ставленням;

• обмеженнями та вимогами дисциплінованості без почуття батьківської любові;

• страхом перед батьками та ін.

Коли напруження, викликане незадоволеністю стосунками в сім’ї, продовжується занадто довго, воно починає чинити сильну руйнуючу дію на здоров’я дітей та підлітків.

2. Агресивність

Високі бали по цій шкалі опитувальника свідчать про підвищену ворожість, грубість, забіякуватість. Агресія може виражатися і в прихованих формах – недоброзичливості та озлобленості.

Підвищена агресивність часто супроводжується підвищеною схильністю до ризику та є невід’ємною рисою характеру дітей та підлітків групи ризику.

3. Недовіра до людей

Високі бали за цією шкалою свідчать про сильно виражену недовіру до навколишніх людей, підозрілості, ворожості. Такі діти та підлітки часто бувають пасивними та сором’язливими у спілкуванні з однолітками через страх бути знехтуваними. Зазвичай це супроводжується комунікативною некомпетентністю, невмінням встановлювати дружні взаємини з іншими людьми.

4. Невпевненість у собі

Високі бали за цією шкалою свідчать про високу тривожність, невпевненість у собі, можливо, про наявність комплексу неповноцінності, низьку самооцінку. Ці якості особистості також являються сприятливим підґрунтям для різних розладів у поведінці. Діти і підлітки, які мають високі оцінки по цій шкалі, можуть бути віднесені до групи ризику.

5. Акцентуації характеру

До групи ризику відносять наступні типи акцентуації характеру:

– гіпертимний тип. Вирізняється завжди хорошим настроєм, висо-ким тонусом, енергійністю, активністю, проявляє прагнення бути ліде- ром, нестійкий в інтересах, недостатньо розбірливий у знайомствах, не любить одноманітність, дисципліни, монотонної праці, оптимістич- ний, переоцінює свої можливості, бурно реагує на події, дратівливий.

– істероїдний тип. Проявляє підвищену любов до себе, посиленої уваги до себе з боку інших, потребу у захопленості, співчуття з боку навколишніх людей, намагається показати себе у кращому світлі, демонстративний в поведінці, претендує на виключне положення серед однолітків, непостійний та ненадійний в людських стосунках.

– шизоїдний тип. Характеризується замкнутістю та невмінням розуміти стан інших людей, відчуває труднощі у встановленні нормальних взаємин з людьми, часто аутизується в свій недоступний іншим людям внутрішній світ, в світ фантазій і мрій.

– емоційно-лабільний тип. Характеризується надмірно непередбачуваною зміною настрою. Сон, апетит, працездатність та комунікабельність залежать від настрою. Високочутливий до взаємин людей.

## 4.27. КОЛІРНИЙ ТЕСТ ВЗАЄМИН (А. Еткінд)

Колірний тест взаємин (КТВ), розроблений А. Еткіндом, – невербальний компактний діагностичний метод, що відображає як свідомі, так і частково несвідомі рівні відносин людини.

Методичною основою цього методу є колірно-асоціативний експеримент, ідея та процедура якого розроблені автором. Вони ґрунтуються на уявленні про те, що вагомі характеристики невербальних компонентів відносин до значимих інших і до самого себе відбиваються в кольорових асоціаціях до них. Кольорова сенсорика тісно пов'язана з емоційним життям людини. Цей зв'язок, підтверджений у багатьох експериментально-психологічних дослідженнях, давно використовується в низці психодіагностичних методів.

Так, незадоволеність значущих потреб, неможливість реалізувати домінуючі прагнення викликають фрустрацію, роздратування, негативні емоції, спрямовані на запобігання або подолання перешкод. Зі свого боку, задоволеність мотиву, позитивні очікування викликають у людини зацікавлення, радість, здивування, тобто позитивні емоції.

Отже, за допомогою стандартизованої процедури обстеження можна отримати інформацію про внутрішню значущість стимулів, ієрархію мотиваційної сфери, а також про пов'язані з ними очікування, конфлікти.

Передбачається, що у виборі кольору відображається емоційне ставлення до осіб, які складають безпосереднє оточення обстежуваного, а також понять, що мають для нього суттєве значення.

Аналізується не лише вибраний колір, але і його місце в системі кожного з рядів, сконструйованих обстежуваним у ході виконання тесту.

Як стимульний матеріал до тесту використовують вісім основних кольорів тесту Люшера. Для забезпечення чистоти результатів потрібно використовувати стандартний набір кольорів.

***Процедура обстеження***

1. Психолог складає список понять, які мають для випробуваного певне значення. Для більш зручного використання методу можливе складання бланків із набором понять.

***Бланк відповідей****

Прізвище, ініціали _____

Дата _____

| Поняття | Номер кольору | Поняття | Номер кольору |
|---|---|---|---|
| Моя робота | | Гроші | |
| Моє майбутнє | | Авторитет | |
| Моє здоров'я | | Кар'єра | |
| Я | | Друзі | |
| Я ідеальний | | Лікарі | |
| Моя сім'я | | Влада | |

***Результат тесту Люшера (розкладання кольорів)***

| Позиція | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

Список понять-стимулів краще складати за результатами індивідуальної бесіди з досліджуваним відповідно до мети дослідження.

2. Кольорова асоціативна розкладка.

Перед досліджуваним розкладаються кольори Люшера у випадковому порядку й дається така *інструкція:* «Вам потрібно підібрати до кожного з понять (поняття послідовно пред'являються психологом) кольори, але не за випадковими ознаками, а за власними відчуттями того, із яким кольором у Вас особисто асоціюється це поняття. Вибрані кольори можуть повторюватись».

Психолог навпроти кожного поняття записує номер кольору, який вибрав обстежуваний, виходячи з такого кодування кольорів: синій – 1; зелений – 2; червоний – 3; жовтий – 4; фіолетовий – 5; коричневий – 6; чорний – 7; сірий – 0.

КТВ має два варіанти проведення, які відрізняються за способом отримання кольорових асоціацій. У скороченому варіанті досліджува-

*Скорочений варіант КТВ.

ному потрібно підібрати до кожного поняття тільки один колір із восьми. У повному варіанті всі вісім кольорів рангуються від найбільш підхожого до найменш підхожого відносно кожного поняття.

***Приклад бланку відповідей за повним варіантом:***

| **Поняття** | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Я | | | | | | | | | |
| Моє майбутнє | | | | | | | | | |
| Моє здоров'я | | | | | | | | | |
| Лікарі | | | | | | | | | |

3. Розкладання кольорів Люшера.

Досліджуваному пропонується розкласти кольори Люшера від «найбільш приємного, підхожого» до «найменш приємного, непідхожого». Психолог фіксує розкладки кольорів за вищевказаним кодуванням.

### *Інтерпретація даних*

Якщо з деякою особою чи поняттям асоціюються кольори, що займають перші місця за перевагою, значить, до цієї особи чи поняття досліджуваний ставиться позитивно: емоційно сприймає його, задоволений відповідним ставленням. І, навпаки, якщо з ним асоціюються кольори, що займають останні місця при розкладанні за перевагою, досліджуваний до них ставиться негативно, емоційно відторгає.

У короткому варіанті КТВ валентність (відповідність) вимірюється рангом кольору, із яким асоціюється певне поняття в індивідуальному розкладанні кольорів у порядку переважності й може змінюватися від 1 до 8.

У повному варіанті тесту – коефіцієнт рангової кореляції Спірмена між асоціативним рангуванням кольорів у порядку відповідності цього поняття та індивідуальним розкладанням кольорів у порядку переважності може змінюватися від – 1,0 до 1,0.

## 4.28. МЕТОДИКА НА ВИЗНАЧЕННЯ САМООЦІНКИ (Дембо-Рубінштейн)

У методиці Дембо-Рубінштейн обстежуваному надається можливість визначити свій стан за запропонованими шкалами з урахуванням низки нюансів, що відображають степінь вираженості тієї чи іншої особистісної властивості.

Методика досить проста у використанні. На аркуші паперу проводиться вертикальна риска, про яку обстежуваному кажуть, що вона означає щастя, причому верхній полюс відповідає станові повного щастя, а нижній займають найбільш нещасливі люди. Обстежуваного просять позначити на цій лінії рискою чи кружком своє місце. Такі ж вертикальні лінії проводяться й для вираження самооцінки клієнта за шкалами здоров'я, успішності, характеру тощо.

Після цього приступають до бесіди, у якій з'ясовують його уявлення про щастя та нещастя, здоров'я та нездоров'я, добрий і поганий характер та ін. З'ясовується, чому клієнт зробив відмітку в певному місці шкали для позначення своїх особливостей. Наприклад, що спонукало його поставити відмітку в заданому місці шкали здоров'я, він вважає себе здоровим чи хворим, якщо хворим, то на яке захворювання, кого він вважає хворим.

Залежно від конкретного завдання, яке стоїть перед психологом, у методику можна уводити й інші шкали. Так, при обстеженні хворих на алкоголізм, доцільно ввести шкали настрою, сімейного благополуччя та службових досягнень. При обстеженні клієнтів у депресивному стані уводяться шкали настрою, уявлення про майбутнє(оптимістичне чи песимістичне), тривоги, упевненості в собі тощо.

В аналізі отриманих результатів основну увагу слід приділити не стільки дослідженню на шкалах, скільки обговоренню цих відміток.

## 4.29. ТЕСТ НА ВИЯВЛЕННЯ ПІДЛІТКОВОЇ ДЕПРЕСІЇ (В. Казанська)

***Дай, будь ласка, відповіді на питання за таким принципом:***

Ніколи – закреслюєш **1**
Іноді – **2**
Досить часто – **3**
Постійно – **4**

1. Мені здається, що весь світ проти мене 1 2 3 4
2. У мене немає нічого хорошого 1 2 3 4
3. У мене нічого не виходить 1 2 3 4
4. Мене ніхто не розуміє 1 2 3 4
5. Люди розчарувалися в мені 1 2 3 4
6. Часто думаю, що не зможу так жити 1 2 3 4
7. Мені хочеться бути кращим (-ою) 1 2 3 4
8. Я відчуваю слабкість 1 2 3 4
9. Моє життя йде не так, як мені хочеться 1 2 3 4
10. Я так розчарований (-на) в собі 1 2 3 4
11. Мене більше нічого не радує 1 2 3 4
12. Я це більше не винесу 1 2 3 4
13. Я не можу взятися за справу 1 2 3 4
14. Я не розумію, що відбувається 1 2 3 4
15. Я хочу опинитися в іншому місці 1 2 3 4
16. Я ні з чим не справлюся 1 2 3 4
17. Я себе ненавиджу 1 2 3 4
18. Я нікчемний (-на) 1 2 3 4
19. Я хочу провалитися крізь землю 1 2 3 4
20. Я нікого не хочу бачити 1 2 3 4
21. Я не справляюся зі своїми справами 1 2 3 4
22. У школі не цікаво 1 2 3 4
23. З мене нічого не вийде 1 2 3 4

24. Я невдаха 1 2 3 4
25. Я втратив (-ла) всіх друзів 1 2 3 4
26. Мене ніхто не розуміє 1 2 3 4
27. Зі мною ніхто не хоче дружити 1 2 3 4
28. Я не вмію знайомитися 1 2 3 4
29. Мені ніхто не допомагає 1 2 3 4
30. Мені не цікаво думати про майбутнє 1 2 3 4
31. У мене нічого доброго не буде 1 2 3 4

***Обробка результатів:***

90–120 – високий рівень депресії;
60–90 – середній рівень депресії;
30–60 – низький рівень депресії.

## 4.30. ТЕСТ НА ВИЗНАЧЕННЯ АКЦЕНТУАЦІЇ ХАРАКТЕРУ (К. Леонгард)

У кожної людини можна визначити не одну сотню особистісних рис, а саме: доброту, принциповість, цілеспрямованість та ін., які особливо не виділяються і проявляються однаковою мірою.

Кілька яскравих особистісних рис складають малюнок особистості. У такому разі кажемо: «Він людина цілеспрямована й дуже принципова, на нього можна покластися у скрутній ситуації», або «Це добра, чуйна людина, завжди допоможе». Якщо ж у людини виділяється одна з особистісних рис, причому дуже яскраво, помітно, то це так звана акцентуація характеру чи психотип особистості.

Якщо ця властивість характеру, яскраво виражена в акцентуації особистості, заважає людині жити в суспільстві або суспільству важко прийняти цю людину, то йдеться про психопатичну особистість; коли ж ця властивість з плином часу ще й посилюється, то маємо справу з проявом психічного захворювання.

К. Леонгард зазначив, що «...акцентуація – це, по суті, ті ж індивідуальні риси, але які мають тенденцію до переходу в патологічний стан».

Ми розглядаємо риси характеру в межах звичайного малюнка особистості й виділяємо 13 типів акцентуації, тобто яскраво виражених характерів-психотипів, які описали у роботі вінницькі колеги І. Слободянюк, О. Холодова, О. Олексенко.

### Інструкція до тесту

Зробіть табличку (див. бланк для відповідей). У клітинки (1–104) записуйте свої відповіді зліва направо ряд за рядом. Відповідаючи на твердження тесту, оцінюйте ступінь своєї згоди або незгоди такими балами:

*+2 – цілком правильно, я звичайно так і роблю;*

*+ 1 – правильно, але бувають відчутні винятки;*

*0 – важко сказати,*

*-1 – неправильно, але іноді бувають такі ситуації;*

*-2 – зовсім неправильно, це невластиве моєму звичайному життю.*

Намагайтеся не відповідати «Важко сказати», віддайте перевагу одній із решти чотирьох відповідей, співвіднісши її зі своїми звичками, бажаннями, вчинками. Причому будь-яке з наведених у тесті тверджень потрібно оцінювати за принципом «як правило» і зі звичного для вас способу життя. Адже ми всі час від часу буваємо то веселими, то роздратованими.

**Бланк для відповідей**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 |
| 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 |
| 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 |
| 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 |
| 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 |
| 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 |
| I | II | III | IV | V | VI | VII | VII | IX | X | XI | XII | XII |

*Прізвище, ім'я* _____
*Дата* _____

Можна підготувати наперед необхідну для дослідження кількість бланків або запропонувати кожному перед початком тестування накреслити їх для відновлення за поданим зразком.

Тестування можна проводити й індивідуально, і з групою дітей одночасно. Під час індивідуального тестування дитині видають текст тесту, що містить 104 твердження, які вона має уважно прочитати,

оцінити за своєю згодою чи незгодою, і записати певний бал у бланку для відповідей.

Під час групового тестування також можна роздати тексти тесту (якщо їх є достатня кількість). При цьому потрібно попросити дітей, щоб вони не робили в тексті жодних поміток. Допускається й усне тестування: дослідник читає всі 104 твердження вголос, обов'язково двічі кожне з них, а діти відразу оцінюють своє ставлення певним балом у бланку для відповідей.

Відповіді й оцінки в *балах* доцільно записати на дошці.

Якщо в тестованих виникають запитання щодо змісту тверджень тесту, дослідникові потрібно пояснити незрозумілі слова чи смисл усього твердження.

Час для проведення тесту разом з поясненням інструкції – приблизно 35–40 хв.

## Текст тесту

1. Я ніколи не довіряю незнайомим людям і не раз переконувався, що маю в цьому рацію.
2. Мені не раз доводилося переконуватися, що дружать із вигоди.
3. Я завжди почуваю себе бадьорим і повним сил. Як правило, настрій у мене добрий.
4. Моє самопочуття дуже залежить від того, як ставляться до мене люди.
5. Мій настрій поліпшується, коли мене залишають самого.
6. Я не можу спокійно спати, якщо вранці треба піднятися у певний час, я надто поміркований, постійно тривожуся й непокоюся про все.
7. Найменші неприємності прикро вражають мене; після засмучення і занепокоєння виникає погане самопочуття.
8. У мене поганий і неспокійний сон, часто бувають болісно-тужливі сновидіння; ранок для мене – найтяжча пора доби.
9. Мій настрій звичайно такий же, як і в людей довкола.
10. За друзями, з якими довелося розлучитися, я довго не сумую і швидко знаходжу нових.

11. Я погано сплю вночі й відчуваю сонливість удень, часто буваю роздратованим.
12. Мій настрій легко змінюється без поважних причин.
13. Тижні доброго самопочуття чергуються в мене з тижнями, коли я почуваюся погано.
14. Я вважаю, що в людини мусить бути велика і серйозна мета, заради якої варто жити.
15. У мене трапляються напади поганого самопочуття з роздратованістю і почуттям нудьги.
16. Я сплю мало, але вранці встаю бадьорим і енергійним.
17. Мій настрій дуже залежить від товариства, в якому я перебуваю.
18. Ніколи не дотримуюся загальної моди, а ношу те, що мені самому сподобалося.
19. Погане самопочуття виникає в мене внаслідок хвилювання й очікування неприємностей.
20. Часто соромлюся їсти при сторонніх людях, я надмірно чутливий.
21. Завжди боюся, що мені не вистачить грошей, і дуже не люблю брати в борг.
22. Я вважаю, що самому не варто виділятися серед інших людей.
23. Я легко знайомлюся.
24. Про свій одяг я мало думаю.
25. У якісь дні я просинаюся веселим і життєрадісним, в інші – без усякої причини з самого ранку пригнічений і смутний.
26. Інколи в мене вовчий апетит, інколи нічого не хочеться їсти.
27. Життя навчило мене не бути надто відвертим навіть із друзями.
28. Сон у мене дуже міцний, але іноді бувають жахливі сновидіння.
29. Я полюбляю ласощі й делікатеси та ненавиджу заздалегідь розраховувати свої витрати.
30. Мій сон багатий на яскраві сновидіння.
31. Я не можу знайти собі друга до душі й страждаю від того, що мене не розуміють, прагну триматися далі від інших людей.
32. У мене настрій псується від очікування можливих неприємностей, від непевності в собі, від турботи про близьких.
33. Якщо в мене щось позичили, я соромлюся про це нагадати.

34. Мені здається, що інші люди мене зневажають, дивляться на мене з погордою.
35. Перш ніж познайомитись, я завжди хочу дізнатися, що це за людина, що про неї кажуть інші.
36. Я прагну бути з людьми, важко переношу самотність.
37. У майбутньому мене найбільше турбує моє здоров'я; дорікаю батькам, що в дитинстві вони приділяли мало уваги моєму здоров'ю.
38. Я полюбляю вдягнутися так, щоб личило мені.
39. Інколи я полюбляю великі товариські компанії, інколи уникаю їх і шукаю самотності.
40. У мене не буває зажури й суму, але може бути розлюченість та гнів.
41. Зради я ніколи не пробачив би.
42. Я легко сходжуся з людьми за будь-яких обставин, охоче знайомлюся, люблю мати багато друзів і тепло ставлюся до них.
43. Я полюбляю яскравий одяг, що впадає у вічі.
44. Я полюбляю самотність, свої невдачі я переживаю сам.
45. Я багато разів зважую всі «за» і «проти», але все ж не відважуюсь ризикнути; можу випереджати інших у міркуваннях, але не в діях.
46. Моя сором'язливість заважає мені познайомитися з тим, з ким хотілося б.
47. Я уникаю нових знайомств, мені не вистачає рішучості у всьому.
48. Намагаюся жити так, щоб інші не могли сказати про мене нічого поганого.
49. Не люблю багато роздумувати про своє майбутнє, тим більше – наперед розраховувати свої витрати.
50. Я почуваюся таким хворим, що мені не до друзів.
51. Інколи до грошей я ставлюся легко, витрачаю їх не задумуючись; інколи боюся залишитися без грошей.
52. Інколи мені добре з людьми, інколи вони набридають мені.
53. Мене приваблює лише те нове, що відповідає моїм принципам та інтересам.
54. Для мене головне, щоб одяг був зручним, охайним і чистим.

55. Я переконаний, що в майбутньому здійсняться мої бажання і плани.
56. Я віддаю перевагу тим друзям, які дуже уважні до мене.
57. Я полюбляю придумувати нове, все переінакшувати й робити по-своєму, не так як усі.
58. Мене часто непокоїть, що мій костюм не в порядку.
59. Я боюся самотності, проте часто виходить так, що я опиняюся на самоті.
60. Самотнім я почуваю себе спокійніше.
61. Я вважаю, що жодна людина не має відриватися від колективу.
62. Полюбляю різноманітність і зміни в житті.
63. Товариство людей мене швидко втомлює і дратує.
64. Періоди, коли я не дуже стежу за тим, щоб дотримуватися всіх правил, чергуються з періодами, коли я дорікаю собі за недисциплінованість.
65. Часом я задоволений собою, часом сварю себе за нерішучість і млявість.
66. Я не боюся самотності, свої невдачі переношу сам і ні в кого не шукаю співчуття й допомоги.
67. Я дуже акуратний у грошових справах, засмучуюся і відчуваю прикрість, коли не вистачає грошей.
68. Я полюбляю зміни в житті – нові враження, нових людей, нове оточення.
69. Я не терплю самотності, завжди прагну бути серед людей; з боку інших найбільше ціную увагу до мене.
70. Я допускаю опіку над собою в повсякденному житті, але не над моїм душевним світом.
71. Я часто довго роздумую над тим, правильно чи ні я щось сказав або зробив стосовно інших.
72. Я часто побоююся, що мене помилково вважатимуть порушником законів.
73. Майбутнє видається мені похмурим і безперспективним, невдачі гнітять мене, і найперше я звинувачую самого себе.
74. Я намагаюся жити так, щоб майбутнє було гарним.

75. При невдачах мені хочеться втекти кудись далеко й не повертатися.
76. Незнайомі люди мене дратують, до знайомих я вже якось звик.
77. Я легко сварюся, але швидко й мирюсь.
78. Періодами я полюбляю «задавати тон», бути першим, але деколи це мені набридає.
79. Я певен, що в майбутньому доведу всім свою правоту.
80. Віддаю перевагу раз і назавжди встановленому порядку, мені подобається навчати людей правил і порядку.
81. Я полюбляю всякі пригоди, навіть небезпечні, охоче йду на ризик.
82. Пригоди й ризик приваблюють мене, якщо в них мені дістається перша роль.
83. Я полюбляю опікувати тих, хто мені подобається.
84. На самоті я розмірковую чи розмовляю з уявним співбесідником, мимоволі думаю про можливі неприємності та біди, які можуть трапитися в майбутньому.
85. Нове мене приваблює, але водночас непокоїть і тривожить; невдачі доводять мене до відчаю.
86. Я боюся змін у житті, нова обстановка мене лякає.
87. Я охоче наслідую авторитетних людей.
88. Одним людям я підкоряюся, іншими керую сам.
89. Я охоче вислуховую ті поради, які стосуються мого здоров’я.
90. Трапляється, що зовсім незнайома людина відразу викликає в мені довіру й симпатію.
91. Деколи моє майбутнє видається мені світлим, деколи – похмурим.
92. Завжди трапляються люди, які слухаються мене й визнають мій авторитет.
93. Якщо в моїх невдачах хтось винен, я не залишаю його безкарним.
94. Я вважаю, що для цікавої і привабливої справи всякі правила й закони можна обійти.
95. Я полюбляю бути першим, щоб мене наслідували, йшли за мною інші.
96. Я не прислухаюся до заперечень і критики, завжди думаю і роблю по-своєму.
97. Коли трапляється невдача, я завжди шукаю, що я зробив неправильно.

98. Маленьким я був уразливою і чутливою дитиною.
99. Мені не подобається керувати людьми, відповідальність мене лякає.
100. Вважаю, що нічим не відрізняюся від більшості людей.
101. Мені не вистачає посидючості й терпіння.
102. Нове мене приваблює, але часто швидко втомлює і набридає; мені не до пригод.
103. У хороші хвилини я задоволений собою, у хвилини поганого настрою мені здається, що бракує позитивних якостей.
104. Деколи я легко переношу зміни у своєму житті й навіть люблю їх, але часом їх побоююсь й уникаю.

**Результати тестування** розшифровуються так:

1. Підраховується сума балів у кожній вертикальній колонці, наприклад, сума балів, поставлених дитиною у клітинках під № 1, 14, 27, 40, 53, 66, 79, 92. Визначаючи суму, слід враховувати знак «+» чи «-». Сума балів кожної колонки має діапазон від +16 (якщо всі вісім тверджень оцінено тестованим +2, тобто «цілком правильно») до -16 (якщо всі твердження оцінено -2, тобто «зовсім неправильно»).

2. Розкодовується найменування зашифрованих у вертикальних колонках типів характеру:

I (1, 14, 27, 40, 53, 66, 79, 92) параноїк,
II (2, 15 ,28, 41, 54, 67, 80, 93) епілептоїд,
III (3, 16, 29, 42, 55, 68, 81, 94) гіпертим,
IV (4, 17, 30, 43, 56, 69, 82, 95) істероїд,
V (5, 18, 31, 44, 57, 70, 83, 96) шизоїд,
VI (6, 19, 32, 45, 58, 7I, 84, 97) психастеноїд,
VII (7, 20, 33, 46, 59, 72, 85, 98) сенситив,
VIII (8, 21, 34, 47, 60, 73, 86, 99) гіпотим,
IX (9, 22, 35, 48, 61, 74, 87, 100) конформний тип,
X (10, 23, 36, 49, 62, 75, 88, 101) нестійкий тип,
XI (11, 24, 37, 50, 63, 76, 89, 102) астенік,
XII (12, 25, 38, 51, 64, 77, 90, 103) лабільний тип,
XIII (13, 26, 39, 52, 65, 78, 91, 104) циклоїд.

3. Визначається ступінь вираженості кожного з психотипів за допомогою побудови графіка «Рисунок особистості». Наведемо приклад побудови графіка на підставі розшифрування результатів тестування одного з підлітків.

| Номер психотипу | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | IX | X | XI | XII | XIII |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Сума балів у кожній колонці | +6 | +2 | +15 | +8 | -5 | -7 | -10 | -13 | +10 | +5 | +1 | +4 | +9 |

Якщо крива не виходить за межі точок +10 і -10, то це означає, що психотип перебуває в межах звичайного рисунка особистості (ці точки прийняті спеціалістами за нормативні).

Якщо крива виходить за межі точки +10, то це означає, що якийсь психотип у тестованого проявляється найяскравіше.

Якщо ж одна чи кілька точок перебувають за межами точки -10, то це означає, що в тестованого проявляється антитип, тобто риси, властиві людині з протилежним характером. У нашому випадку в підлітка найбільш яскраво проявляються риси гіпертима (точка +15, що відповідає психотипу III, зрозміщена вище 10 лінії) і антигіпотима (точка -13, яка відповідає психотипу VIII, – нижче -10 лінії).

Не слід забувати про те, що багато людей – неакцентовані особистості, тобто в них у рисунку особистості немає помітних «виступів».

Звідси до кінця тестів – доданий новий матеріал, ці тести треба також вставити у зміст: 4.31- 4.35.

## 4.31. ПІКТОГРАФІЧНИЙ ЕКСПРЕС-ТЕСТ «РИЗИК СУЇЦИДАЛЬНОЇ ДІЇ»

***Мета*** – виявити ризик суїцидальної дії [13].

За результатами наукових публікацій щодо застосування оригінального малюнкового піктографічного експрес-тесту з оцінки суїцидального ризику були виокремлені відповідні рекомендації:

– клієнти повинні мати ту чи іншу суїцидальну активність, яка визначається за рівнями шкали суїцидального ризику А.Г. Амбрумової.

Критеріями включення на діагностику є:

1. Раніше висловлювались ідеї про небажання жити.
2. На момент обстеження немає ознак виражених інтелектуально-мнестичних розладів.
3. Немає ознак аггравації або симуляції психічних розладів.
4. Немає соматогеній у фазі загострення.
5. На момент проведення тесту немає ознак алкогольного і/або наркотичного сп’яніння.

Критерії виключення:

1. Психічна загальмованість.
2. Порушення мислення.
3. Психотичні переживання на момент проведення дослідження.
4. Обмеження моторики, що фізично перешкоджають тестуванню.
5. Відмова від дослідження.

Визначено, що в пацієнтів, які обдумували способи й методи суїциду, виконання експрес-тесту після отримання останньої інструкції займає в середньому 5,9 секунди, в той час, як у пацієнтів, які не мали таких планів, 16,1 секунди.

Серед клієнтів, які не мають ознак, що відповідають критеріям другого рівня шкали суїцидального ризику, часто зустрічаються відмови від виконання завдання. Таким чином, наявність розроблених або розроблюваних планів реалізації суїцидальної поведінки сприяє швидшому й осмисленому виконанню інструкцій тесту, що представляється діагностично важливим феноменом. Рекомендується використовувати в інтерпретації результатів тесту не тільки критерій

тривалості виконання, скільки здійснювати його якісний аналіз, а саме виявляти, чи є при виконанні інструкції ознаки, що досліджуваний виконує дії за вже наявною ідеєю, обрамляючи її в малюнок, або висловлює ознаки розгубленості й не розуміє, як приступити до виконання такого завдання, протестує або іншими способами намагається ухилитися від виконання завдання.

Для діагностики суїцидальних ризиків піктографічна техніка є мабуть одним із набільш перспективних напрямів, оскільки апелює безпосередньо до вивчення поведінки.

Крок 1 – базовий малюнок себе перед смертю;

Крок 2 – останній малюнок себе померлого;

Крок 3 – пропозиція заповнити прогалину між базовим і останнім малюнком (як помирав?).

Для прогнозу є суттєвими зміст малюнків, кількість дій у пробілах, наявність у піктограмі аутодеструкції (ті, що не бажають здійснювати самогубство, або відмовляються робити це завдання, або їх малюнки відображають невиразні уявлення про власну смерть, або на малюнках – уявлення про хвороби тощо).

У тих, хто має намір здійснити суїцид, на малюнках є аутодеструкція, часто із зазначенням конкретного способу самогубства (при задумах і намірах уявлення більш чіткі, ніж при антивітальних переживаннях).

За попередніми статистичними даними піктографічна діагностика досить достовірно прогнозує ризик суїцидальної поведінки й може знайти широке застосування в практиці, використовуватися як експрес-метод попередньої діагностики, а також може бути корисна і в клінічній практиці, і при скринінгу різних груп ризику, як швидкий та в достатній мірі чутливий інструмент.

Досліджуваному пропонується листок паперу із намальованими трьома прямокутниками.

***Інструкція :***

1. Спочатку заповнюється перший прямокутник

“Намалюйте, будь ласка, в першому прямокутнику себе зараз.

Малюнок можна робити за типом “палка-палка-огірочок”.

2. Потім наступна інструкція – “Намалюйте себе померлим” (в третьому прямокутнику).

3. Остання інструкція – “Намалюйте в середньому прямокутнику – що сталося, через що Ви померли?”

***Інтерпретація результатів:***

Суїциденти, які задумали самогубство та мають план його реалізації, як правило, відразу можуть намалювати малюнок по третій, останній інструкції. Якщо в людини немає таких планів, ця інструкція заводить її в глухий кут або вимагає багато часу, або веде до відмови, або малюнок невизначеного змісту, або пов’язаний із хворобами та нещасними випадками.

## 4.32. ПРОЕКТИВНА МЕТОДИКА «ЛЮДИНА ПІД ДОЩЕМ» (Є. Романова і Т. Ситько)

Цікавою версією описаного тесту є завдання «Намалюй людину під дощем» (Hammer, 1967). Ця проста модифікація основної інструкції дає надзвичайно багатий клінічний матеріал.

Цей метод особливо корисний для діагноста, який цікавиться силою ***его*** пацієнта. Застосування цієї процедури разом з іншими тестами дає змогу консультантові відповісти на такі питання: «Яким чином обстежуваний відреагує на ситуацію стресу?», «Які власні ресурси він має, щоб функціонувати в середовищі, яке викликає неспокій?», «Чи може обстежуваний успішно планувати свою поведінку в ситуаціях, що викликають неспокій?» і «Які види захисту (напр.: заперечення, уникнення) він використовує в складних для нього ситуаціях?».

***Інструкція:*** “На аркуші паперу пропонується намалювати людину, а потім, на іншому такому ж аркуші – людину під дощем.”

Співвідношення двох малюнків дозволяє визначити, як людина реагує на стресові, несприятливі ситуації, що вона відчуває при ускладненнях.

Нічого не пояснюйте. Ці картинки можуть бути об’єднані загальним сюжетом, а можуть бути і взагалі не пов’язані між собою за змістом. Тобто малювати можна як історію з двох частин про одного й того ж персонажа, так і двох різних людей, двох різних героїв. Чим вільніше буде респондент – тим точніше буде тест.

Кожен малюнок має бути названим. Під малюнком «Людина під дощем» діагностованому пропонується описати настрій людини, почуття та ставлення до дощу.

Зіставлення обох малюнків дає змогу визначити, як людина реагує на стресові, неблагоприємні ситуації, що вона почуває при труднощах. У процесі тестування важливо спостерігати за ходом малювання й звертати увагу на всі репліки досліджуваного. Для отримання більш достовірної інформації потрібно провести додаткове інтерв’ю з тестуючим.

Коли малюнок завершено, потрібно сприйняти його повністю. Слід «увійти» в малюнок і відчути, у якому настрої перебуває персонаж, чи почуває він себе безпомічним, чи, навпаки, відчуває в

собі внутрішні ресурси для боротьби з труднощами, а можливо, спокійно й адекватно сприймає труднощі, вважаючи їх життєвим явищем.

***Інтерпретація результатів.***

При інтерпретації малюнків слід оцінити спочатку загальне враження від малюнка: атмосферу зображеного пейзажу, настрій персонажа. Тільки після цього можна перейти до аналізу специфічних деталей з точки зору логіки інтерпретації.

У малюнку “Людина під дощем” в порівнянні з малюнком “Людина”, як правило, виявляються відмінності. Важливо подивитися, що змінилося. Так, наприклад, якщо на другому малюнку зображена людина як така, що йде, то це може бути пов’язано з наявністю тенденції до відходу від важких життєвих ситуацій та з уникненням неприємностей. Якщо на другому малюнку людина зміщена у верхню частину аркуша, то можна припустити схильність до відходу від дійсності, до втрати опори під ногами, а також наявність захисних механізмів за типом фантазування, надмірного оптимізму, який часто невиправданий. Положення фігури в профіль або спиною вказує на прагнення відмовитися від світу, на тенденцію до самозахисту. Якщо зображення розміщене внизу листа, то це може свідчити про наявність депресивних тенденцій, почуття незахищеності.

У решті при інтерпретації слід спиратися на методику “Людина”(Jolles, 1971). Наприклад, якщо малюнок зміщений вліво, то це може бути пов’язане з наявністю імпульсивності в поведінці, орієнтацією на минуле, в низці випадків – із залежністю від матері. Малюнок, зміщений вправо, вказує на наявність орієнтації на оточення і, можливо, на залежність від батька. Якщо малюнок розташований переважно у верхній частині аркуша, це може означати, що в людини висока самооцінка, вона незадоволена своїм становищем у суспільстві, їй не вистачає визнання. Якщо при розташуванні у верхній частині аркуша фігура дуже маленька, то людина вважає себе свого роду невизнаним генієм. Якщо малюнок розташовується переважно в нижній частині аркуша, то в його автора може бути низька самооцінка, невпевненість у собі, пригніченість, нерішучість, страхи, пов’язані з самопред’явленням, незацікавленість у своєму становищі в суспільстві. Розташування по горизонтальній осі (ліво-право): якщо малюнок розташований більше в лівій частині, то

людина більше спирається на минулий досвід, схильна до самоаналізу, нерішуча в діях, пасивна; якщо більша частина малюнку розташовується в правій частині аркушу, то перед нами людина дії, яка реалізує задумане, активна та енергійна.

***Трансформація фігури.***

Збільшення розмірів фігури інколи трапляється у підлітків, яких неприємності мобілізують, роблять більш сильними та впевненими.

Зменшення фігури має місце тоді, коли досліджуваний потребує захисту та заступництва, прагне перенести відповідальність за власне життя на інших. Досліджувані, які малюють маленькі фігурки, зазвичай соромляться проявляти свої почуття й мають тенденцію до стриманості та деякої загальмованості при взаємодії з людьми. Вони схильні до депресивних станів внаслідок стресу.

Дуже мініатюрна фігура на другому малюнку свідчить про низьку стресостійкість, про вразливість, можливо й про низьку самооцінку. Дуже велика фігура свідчить про активну життєву позицію, агресивність.

Діти, які малюють маленькі фігури, зазвичай соромляться проявляти свої почуття й мають тенденцію до витриманості та деякої заторможеності при взаємодії з людьми. Вони схильні до депресивних станів у результаті стресу.

Зображення людини протилежної статі може вказувати на певний тип реагування в складній ситуації, “включення” поведінкових програм, запозичених у конкретних людей з найближчого оточення. Зміна віку вказує на самовідчуття людини в ситуації життєвих негараздів. Якщо в малюнку “Людина під дощем” при зображенні фігури пропускаються будь-які частини тіла (ноги, руки, вуха, очі), то це вказує на специфіку захисних механізмів і особливості проявів Его-реакцій. Функція одягу – “формування захисту від стихії”. Велика кількість одягу вказує на потребу додаткового захисту. Відсутність одягу пов’язана з ігноруванням певних стереотипів поведінки, імпульсивністю реагування.

***Напрямок фігури людини.***

У проективній методиці “Людина під дощем” є важливим, як зображена фігура людини: повернена вліво – увага зосереджена на собі, своїх думках, переживаннях у минулому; повернена вправо – автор малюнку спрямований у майбутнє, активний; якщо людина зображена так, що видно потилицю (спиною) – прояв замкнутості,

відхід від вирішення конфліктів. Якщо людина зображена як така, що біжить, то автор малюнку хоче втекти від проблем. Крокуюча людина означає гарну адаптацію. Якщо людина на малюнку стоїть невпевнено, це може означати напругу, відсутність стрижня, рівноваги. Фігура з паличок вказує на негативізм, опір методиці.

Надмірно дитячі, ігрові малюнки говорять про потребу в схваленні. Малюнки-шаржі вказують на бажання уникнути оціночних суджень на свою адресу, переживання неповноцінності, ворожості.

***Засоби захисту від дощу.***

Парасолька, головний убір, плащ і т. д. – це символи захисних механізмів, способів справлятися з неприємностями. Парасолька являє собою символічне зображення психічного захисту від неприємних зовнішніх впливів. З погляду трактування образів, парасолька може розглядатися як відображення зв'язку з матір'ю і батьком, які символічно представлені в образі парасольки: купол – материнське начало, а ручка – батьківське. Парасолька може захищати або не захищати від негоди, обмежувати поле зору персонажу, а може і взагалі бути відсутньою. Так, наприклад, величезна парасолька-гриб може свідчити про сильну залежність від матері, яка вирішує всі складні ситуації за досліджуваного. Розмір і розташування парасольки по відношенню до фігури людини вказує на інтенсивність дії механізмів психічної захисту. Дуже велика парасолька означає співзалежність з батьками, бажання у важкій ситуації отримати підтримку від авторитетних осіб. Відсутність капелюха, парасольки та інших засобів захисту говорить про погану адаптованість і потребу в захисті.

***Атрибути дощу.***

Дощ – перешкода, небажана дія, що змушує людину закритися в собі, сховатися. Характер його зображення пов'язаний із тим, як людиною сприймається важка ситуація: рідкі краплі – як тимчасова, переборна; тяжкі, зафарбовані краплі чи лінії – важка й постійна.

Необхідно визначити, звідки дощ "приходить" (справа або зліва від людини) та яка частина фігури піддається впливу в більшій мірі. Інтерпретація проводиться відповідно до приписуваних значень правої та лівої частини аркуша або фігури людини. За лініями, якими зображений дощ, можна дізнатися про ставлення автора малюнку до навколишнього середовища. Врівноважені, однакові штрихи, в один бік вказують на збалансоване довкілля. Безладні штрихи –

навколишнє середовище тривожне, нестабільне. Вертикальні штрихи свідчать про впертість, рішучість. Короткі, нерівні штрихи по всьому полю та відсутність усіх захистів указують на тривогу та сприйняття навколишнього середовища як ворожого.

Хмари є символом очікування неприємностей. Важливо звертати увагу на кількість хмар, їх щільність, розмір, розташування. В депресивному стані зображуються важкі грозові хмари, що займають все небо. Калюжі, багнюка символічно відображають наслідки тривожної ситуації, ті переживання, які залишаються після "дощу". Слід звернути увагу на манеру зображення калюж (форму, глибину, бризки). Важливо відзначити, як розташовані калюжі відносно фігури людини (чи знаходяться вони перед або за фігурою, оточують людину з усіх боків або вона сама стоїть в калюжі). Калюжі символізують невирішені проблеми. Потрібно звернути увагу на те, де саме вони розміщенні – ліворуч чи праворуч від персонажа: якщо ліворуч, то людина бачить проблеми в минулому, якщо праворуч – передбачає їх у майбутньому. Якщо людина стоїть в калюжі, це може свідчити про незадоволеність, втрату орієнтирів.

***Додаткові деталі.***

Усі додаткові деталі (будинки, дерева, лавки, машини) чи предмети, які людина тримає в руках (сумочка, квіти, книжки), розглядаються як відображення потреби в додатковій зовнішній опорі, у підтримці, прагненні піти від розв'язання проблем через переключення й замінюючу діяльність.

Більш повна розшифровка деталей ґрунтується на символічному значенні представлених образів.

Наприклад, блискавка може символізувати початок нового циклу в розвитку й драматичні зміни в житті людини. Веселка, яка часто виникає після грози, віщує появу сонця, символізує мрію про нездійсненне прагнення до досконалості. Додаткові предмети, які зображені на малюнку (ліхтар, сонце і т. д.), зазвичай символізують значущих людей для автора малюнку.

Відсутність суттєвих деталей може свідчити про сферу конфлікту й бути наслідком витіснення як захисного механізму психіки. Так, наприклад, відсутність парасольки на малюнку може вказувати на відмову в підтримці з боку батьків у важкій ситуації.

***Колір у малюнках.***

Малюнки можна виконувати як простим олівцем, так і

кольоровим. Важливо пам’ятати, що точна інтерпретація кольорового рішення не може бути зроблена, якщо в досліджуваного немає всього набору кольорових олівців.

Кольори можуть символізувати певні почуття, настрій і ставлення людини. Вони також можуть відображати спектр різних реакцій і сфер конфліктів.

Добре адаптована й емоційно не обділена дитина зазвичай використовує від двох до п’яти кольорів. Сім-вісім кольорів свідчать про високу лабільність, використання одного кольору – про можливу боязнь емоціонального збудження.

Збіднена кольорова гамма (використання простого олівця або одного-двох кольорів) – пасивність, астенія, депресія. Знижена щільність кольору (слабкий натиск, незафарбований контур) – астенія або негативне ставлення до обстеження. Переважання холодних тонів – зниження настрою, субдепресія. Переважання темних тонів (особливо поєднання чорного з коричневим або синім) – депресія, підвищена напруженість. Багато червоного кольору вказує на тривогу, емоційне напруження, іноді агресивність. Багато червоного кольору в поєднанні з темними тонами – депресія.

***Тенденції.***

Ознаки емоційної холодності – схематична фігура; особа частково або повністю не промальована.

Ознаки імпульсивності – багато рухів у фігури; скуйовджене волосся; неузгодженість спрямованості тіла, рук і ніг; недостатність одягу.

Ознаки конфлікту в сім’ї – обмеження простору для фігури; явна невідповідність якості малюнку іншим; на обличчі промальовані явно позитивні емоції.

Ознаки інфантильності – людина в казковому або святковому одязі; на обличчі вираз захоплення; у фігури відсутня шия; малюнок перемістився вгору в порівнянні з іншими; зменшення віку людини, в порівнянні з іншими малюнками.

Спотворення та пропуск деталей. Відсутність істотних деталей може вказувати на область конфлікту й бути наслідком витіснення як захисного механізму психіки. Так, наприклад, відсутність парасольки в малюнку може свідчити про заперечення підтримки з боку батьків у важкій ситуації.

Порівнюючи два малюнки із серії, зверніть увагу на такі характерні зміни:

* Як змінюється колір (колір фону, колір людини, в який колір пофарбовані дощові краплі);

* Чи змінюється стать людини від малюнку до малюнку? Дуже часто в таких серіях малюнків змінюється стать людини. Це вказує нам на спосіб реагування – по “жіночому” чи “чоловічому” гендерному типу людина “зустрічає” труднощі;

* Чи змінюється вік людини? Чи відповідає приблизний вік людини віку самого художника? Регрес у дитинство – людина зображена на малюнку, молодша за автора. Якщо на малюнку дитини або підлітка зображена доросла людина або взагалі стара – то це свідчить про те, кого зі старших родичів схильна наслідувати дитина, вирішуючи свої проблеми.

Після малювання можна провести обговорення.

***Приклади запитань психолога:***

1. Розкажіть про цю людину: як вона себе почуває?
2. Наскільки комфортно почуває себе людина в цій ситуації?
3. Який у неї настрій?
4. Що їй більш за все хочеться зробити?
5. Дощ пішов несподівано чи за прогнозом?
6. Людина була готова до того, що піде дощ, чи для неї це несподіванка?
7. Чи любите Ви дощ? Чому?
8. В який момент часу Ви його застали?
9. Які в нього перспективи?
10. Якщо людині під дощем дискомфортно (погано), то чим їй можна допомогти?
11. Що сама людина може зробити для того, щоб допомогти собі, щоб впоратися з дощем?

Про те ж саме говорить фігура в русі.

***Тестові показники (показник психомоторного тонусу).***

Натиск.

Слабкий натиск – пасивність, депресія. Сильний натиск – імпульсивність. Дуже сильний натиск – гіперактивність, іноді агресивність. Досягає поставленої мети.

Особливості ліній.

Легкі лінії – брак енергії, скутість. Лінії з натиском – агресивність, владність, наполегливість, тривожність. Нерівний натиск – імпульсивність, нестабільність, тривога.

Характеристика ліній, якими малюється контур фігури людини.

Розрив контура – сфера конфлікту. Невідривні лінії – ізоляція. Багато гострих кутів – агресивність, погана адаптація. Подвійні лінії – тривога, страх, підозрілість. Штрихування – зона тривожності.

***Тестові показники (частин тіла).***

Голова.

Непропорційно велика голова – висока значущість інтелекту. Маленька голова – низька значущість інтелекту. Відсутня голова – гіперактивність, імпульсивність.

Очі.

Великі заштриховані очі свідчать про наявність страхів, бажання контролювати зовнішнє середовище. Маленькі очі-крапки (палички) – заглибленість у себе, уникнення візуальних стимулів. Закриті очі – прагнення уникати неприємних візуальних контактів. Порожні очі – астенія, імпульсивність, іноді страхи. Підведені очі з віями – демонстративність. Відсутність очей – свідчить про гіперактивність, високу імпульсивність.

Ніс.

Ніс великий з горбинкою – презирство, іронія. Ніс особливо великий – невдоволення своєю зовнішністю. Добре промальовані ніздрі висловлюють агресію.

Рот.

Рот відсутній або дуже маленький – астенія, негативізм. Запалий рот – пасивність. Перекошений рот – негативізм, іноді негативне ставлення до тестування. Дуже великі губи, жирно обведені – значущість сексуальної сфери. Рот із добре промальованими зубами – агресія.

Вуха.

Вуха дуже великі – підозрілість. Вуха маленькі – прагнення не чути та не сприймати критику.

Волосся.

Волосся сильно заштриховане – тривожність. Ретельно промальовані як волосся, так і зачіска – демонстративність.

Фігура.

Дуже повна – в деяких випадках незадоволеність своєю зовнішністю. Довга, худорлява – астенія. Потворна – негативізм, імпульсивність. Фігура оголена або просвічує через одяг – підвищений інтерес до сексуальної сфери. Фігура, яка зігнулася від вітру, – потреба в любові та турботі. Фігура з ранами і шрамами – невротичний стан. Фігура з татуюванням – негативізм.

Руки.

Відсутність рук – імпульсивність, порушення спілкування. Руки розташовані близько до тіла – напруга. За спиною, схрещені на грудях, у кишенях, вперті в боки – небажання спілкування, в деяких випадках ворожість. Руки розставлені в різні боки – товариськість. Руки довгі та м’язисті – прагнення до фізичної сили, хоробрості. Руки дуже короткі – відсутність прагнень, відчуття неадекватності. Кисті рук відсутні або вкорочені – брак спілкування. Дуже великі кисті – потреба в спілкуванні. Кисті рук закреслені – конфліктність. Великий кулак, гострі нігті – агресивність. Великі пальці – грубість, агресія.

Ноги.

Ноги широко розставлені – потреба в спілкуванні. Ступні ніг відсутні – пасивність. Ступні ніг дуже маленькі – невправність у соціальних стосунках. Ступні ніг великі – потреба в опорі.

## 4.33. ОПИТУВАЛЬНИК «ОСАДА»
## (С. Яковенко)

**Мета** – оцінка стану адаптованості.

Опитувальник “Осада” рекомендується застосовувати на початковій стадії роботи з особою для визначення актуальної проблеми [13].

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____

Вік _____

Стать _____

Освіта: середня / середня спеціальна / вища _____

Посада _____

Спеціальність _____

Інструкція: Уважно читайте всі судження, що входять до складу кожного з 30 наведених нижче блоків, і обведіть на бланку для відповідей букву (а, б, в або г), що відповідає варіанту відповіді, яка найбільш прийнятна для Вас зараз.

1. а) в) б) г) 2. а) в) б) г) 3. а) в) б) г) 4. а) в) б) г)
5. а) в) б) г) 6. а) в) б) г) 7. а) в) б) г) 8. а) в) б) г)
9. а) в) б) г) 10. а) в) б) г) 11. а) в) б) г) 12. а) в) б) г)
13. а) в) б) г) 14. а) в) б) г) 15. а) в) б) г) 16. а) в) б) г)
17. а) в) б) г) 18. а) в) б) г) 19. а) в) б) г) 20. а) в) б) г)
21. а) в) б) г) 22. а) в) б) г) 23. а) в) б) г) 24. а) в) б) г)
25. а) в) б) г) 26. а) в) б) г) 27. а) в) б) г) 28. а) в) б) г)
29. а) в) б) г) 30. а) в) б) г)

***Текст опитувальника :***

1. а) я бадьорий і веселий;

б) іноді я сумую;

в) я часто буваю засмучений;

г) я відчуваю себе нещасним.

2. а) у мене було щасливе дитинство;

б) у дитинстві в мене були/траплялися незначні, звичайні для дітей прикрощі;

в) у мене було досить важке дитинство;

г) у дитинстві життя мене не щадило.

3. а) зараз я такий же товариський, як і раніше;

б) мені все частіше хочеться побути самому;

в) тільки необхідність змушує мене спілкуватися з оточуючими;

г) я самотній, ніхто не розуміє мене.

4. а) я їм як завжди з апетитом;

б) останнім часом мій апетит погіршився;

в) я помічаю, що часом їм, не відчуваючи смаку їжі;

г) останнім часом я майже нічого не їм.

5. а) мене дуже цікавлять події, що відбуваються в світі;

б) тепер я менше читаю, рідше включаю радіо, телевізор;

в) я не стежу за подіями, що відбуваються в світі;

г) я втратив інтерес до життя.

6. а) як правило, я спокійний;

б) буває, що я нервую;

в) я незадоволений собою, та й інші люди дратують мене;

г) мені все стало байдуже.

7. а) я із задоволенням згадую прожиті роки;

б) у моєму минулому були епізоди, які не хочеться згадувати;

в) я соромлюся допущених у минулому помилок;

г) минуле тепер мстить мені за здійснені проступки.

8. а) любов робить моє життя яскравішим і цікавішим;

б) любов – складне почуття, не кожному воно “по плечу”;

в) любов приносила мені лише засмучення;

г) я не гідний любові.

9. а) я сплю спокійно та прокидаюся повністю бадьорим;

б) прокинувшись, я не завжди почуваю себе бадьорим;

в) мені буває важко заснути через “непрошені” думки, що снують у моїй голові;

г) я страждаю від безсоння.
10. а) у мене цікава робота;
б) моя робота не дуже цікава, але потрібна людям;
в) я збираюся змінити роботу, а можливо, і професію;
г) останнім часом я “примушую” себе ходити на роботу.
11. а) свої проблеми я вирішую без особливих зусиль;
б) деякі проблеми вимагають від мене великих зусиль;
в) майже будь-яка проблема для мене – нерозв’язна задача;
г) я заплутався в своїх проблемах, не можу вирішити жодної.
12. а) здається, у мене перспективне майбутнє;
б) моє майбутнє здається мені вельми невизначеним;
в) майбутнє лякає мене;
г) моє майбутнє здається мені безрадісним.
13. а) у мене склалися добрі стосунки з оточуючими;
б) з деякими людьми в мене стосунки не склалися;
в) багато хто ставиться до мене вороже;
г) мені здається, що всі – проти мене.
14. а) я практично здоровий;
б) у мене не було серйозних хвороб або травм;
в) моє здоров’я підірване хворобами, важкими травмами;
г) мені вже пізно піклуватися про здоров’я.
15. а) у мене різноманітні інтереси та захоплення;
б) є проблеми, якими я цікавлюся всерйоз;
в) більше за все мене цікавить, що про мене думають люди;
г) я втратив інтерес навіть до самого себе.
16. а) звичайно я цілком задоволений собою;
б) я далеко не завжди буваю задоволений собою;
в) часто я собі “не подобаюся”;
г) я себе ненавиджу.
17. а) моє життя складається вдало;
б) моє життя не позбавлене труднощів;
в) мені зараз живеться важко;
г) моє життя здається мені нестерпним.
18. а) до мене часто звертаються за допомогою;

б) упевнений, що у “важку хвилину” мені допоможуть;

в) часом я не знаю, куди звернутися за допомогою;

г) мені вже ніхто не допоможе.

19. а) відчуваю себе здоровим, повним сил;

б) мене непокоїть зниження працездатності;

в) у мене – занепад сил, я не справляюся…;

г) моя смерть “не за горами”.

20. а) я маю чим заповнити вільний час;

б) часом я не знаю, чим заповнити вільний час;

в) на мене “навалилося” зараз стільки проблем, що мені не до розваг;

г) зараз я не в змозі що-небудь робити, навіть те, що раніше приносило мені задоволення.

21. а) я живу спокійним, розміреним життям;

б) я дотримуюся правила: хочеш жити – умій вертітися;

в) я здатний вчинити щось таке, що здивує інших;

г) часом я сам не знаю, що зроблю через хвилину.

22. а) я задоволений ситуацією, що склалася;

б) бувають ситуації і краще;

в) зараз склалася досить погана ситуація;

г) я знаходжуся в такій ситуації, що гірше не буває.

23. а) секс приносить мені задоволення;

б) тепер секс цікавить мене менше;

в) секс мені не цікавий, від нього лише прикрощі;

г) у моєму становищі безглуздо навіть думати про секс.

24.а) у мене ніколи не було проблем через алкоголь;

б) алкоголь допомагає мені розслабитися, зняти напруження;

в) алкоголь – джерело багатьох моїх проблем;

г) навіть випивка не допомагає мені забутися.

25. а) я не перестаю вчитися, працювати над собою;

б) життя часом дає гіркі уроки, залишається лише вчитися на них;

в) допущені мною помилки так мене нічому й не навчили;

г) мені вже пізно вчитися.

26. а) у мене “легкий” характер;

б) я не дуже товариська людина;

в) у моєму характері є серйозні вади;

г) я погана, нікчемна людина.

27. а) я розраховую прожити довге життя;

б) упевнений, що я проживу ще не один десяток років;

в) я сподіваюся протягти ще років 8 – 10;

г) я скоро помру.

28. а) вважаю, що я маю великий авторитет;

б) багато хто прислухається до моєї думки;

в) на мене мало хто зважає;

г) я нічого не означаю в цьому житті.

29. а) я веду правильний, здоровий спосіб життя;

б) я не дуже піклуюся про своє здоров'я;

в) я давно "занедбав" своє здоров'я;

г) я відчуваю себе "руїною".

30. а) я заробляю цілком достатньо, щоб ні в чому собі не відмовляти;

б) мого заробітку "на життя" вистачає;

в) через нестачу грошей я вимушений відмовляти собі багато в чому;

г) я відмовляю собі навіть у найнеобхіднішому.

***"Ключ":***

Опитувальник складається з 5 шкал:

1. Задоволення собою, своїм психічним станом;
2. Задоволення ситуацією, її динамікою;

3. Задоволення сферою міжособистісних стосунків; 4. Задоволення своїм функціональним станом;

5. Задоволення життєдіяльністю.

Кожна шкала складається з 6 пунктів:

1. Пункти № 1, 6, 11, 16, 21, 26;
2. Пункти № 2, 7, 12, 17, 22, 27;
3. Пункти № 3, 8, 13, 18, 23, 28;

4. Пункти № 4, 9, 14,19, 24, 29;

5. Пункти № 5, 10, 15, 20, 25, 30.

У кожному пункті передбачено 4 варіанти відповіді на вибір:

а, б, в, г, яким відповідають бали – 0, 1, 2, 3.

Таким чином, сумарна оцінка за кожною шкалою може змінюватися від 0 (всі відповіді “а”) до 18 (всі відповіді “г”) балів.

При інтерпретації враховується така градація:

0 – 3 бали – недостовірний результат через ігнорування реальних проблем, інфантилізм;

4 – 6 балів – успішна адаптація, відсутність серйозних проблем або їх успішне вирішення;

7 – 9 балів – рівень “нормального” напруження без загрози здоров’ю та благополуччю особистості, якщо таке напруження не є хронічним;

10 – 12 балів – субекстремальна напружена ситуація, що загрожує виснаженням, незадоволенням життям. Є необхідність у психологічній консультації;

13 – 15 балів – скрутна життєва ситуація. Є необхідність у психологічній допомозі, психотерапії;

16 – 18 балів – ситуація життєвої кризи. Є загроза самогубства; необхідна невідкладна психологічна або навіть психіатрична допомога.

На особливу увагу заслуговують особи, в психологічному профілі яких є “піки” більше 13 балів, сума балів за всіма шкалами більше 45, є відповіді з кодом “г”.

## 4.34. ШКАЛА БЕЗНАДІЙНОСТІ БЕКА
## (Hopelessness Scale A. Beck)

***Мета*** – вираженість негативного ставлення по відношенню до суб'єктивного майбутнього [13].

Шкала безнадійності Бека (англ. Beck Hopelessness Inventory, скор. BHI) – шкала, яка вимірює вираженість негативного ставлення по відношенню до суб'єктивного майбутнього в дорослих та підлітків. Шкала була розроблена А. Беком і групою його співробітників у Центрі когнітивної терапії Медичної школи університету Пенсільванії (США).

Теоретичні основи. В основі цього поняття, як теоретичного конструкту, лежить когнітивна теорія психічних процесів, зокрема, про депресію як наслідок когнітивних помилок. При розробленні шкали автори дотримувалися концепції Stotland, у рамках якої безнадійність розглядається як система когнітивних схем, загальною ознакою яких є негативне забарвлення очікувань щодо найближчого та віддаленого майбутнього. Індивіди з високими показниками безнадійності вірять:

- що все в їхньому житті буде йти не так;
- що вони ніколи ні в чому не досягнуть успіху;
- що вони не досягнуть своїх цілей;
- що їхні найгірші проблеми ніколи не будуть вирішені.

Такий опис безнадійності відповідає третьому компоненту негативної тріади когнітивної моделі депресії Бека, згідно з якою депресивний стан визначають негативний образ себе, негативний образ свого функціонування в сьогоденні та негативний образ майбутнього.

Практичне значення. Шкала безнадійності Бека вимірює вираженість негативного ставлення суб'єкта до власного майбутнього. Особливою цінністю цієї методики є непрямий індикатор суїцидального ризику в пацієнтів, які страждають на депресію, а також у людей, які раніше вже намагалися здійснити самогубство.

Шкала безнадійності Бека є одним із найзастосовуваніших опитувальників, який заповнюється самостійно. Вона складається з 20 пунктів, кожен із яких оцінюється за принципом "вірноневірно".

Таким чином, теоретично сума балів коливається від 0 до 20, досліджувані із сумою 10 балів і вище схильні до високого ризику суїциду. Проте, навіть при показниках у 17 балів і вище, надзвичайно висока ймовірність помилкової позитивної оцінки.

Внутрішня валідність шкали є дуже високою, що свідчить про надмірність деяких пунктів. Айш і Вассерман, використовуючи факторний аналіз, показали, що ключовим твердженням шкали безнадійності Бека є: "Моє майбутнє уявляється мені похмурим". Шкала містить 11 пунктів, близьких цьому ключовому твердженню, які вимірюють нездатність подолання життєвого стресу. Решта – 9 пунктів, – навпаки, оцінюють здатність справлятися з ним.

Зовнішня валідність (відповідність іншим шкалам) шкали безнадійності Бека (в якій позитивні пункти позначені як "невірно", а негативні – "вірно") показує високу кореляцію зі Шкалою депресії Бека.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____

Вік _____

Стать _____

Посада _____

Спеціальність _____

Інструкція: "Нижче наводиться 20 тверджень про Ваше майбутнє. Будь ласка, прочитайте уважно кожне твердження та оберіть одне, вірне, яке найбільш точно відображає Ваші почуття в даний момент. Обведіть колом слово ВІРНО, якщо Ви згодні з твердженням, або слово НЕВІРНО, якщо не згодні. Серед тверджень немає правильних або неправильних. Будь ласка, зробіть свій вибір (обведіть ВІРНО або НЕВІРНО) для всіх тверджень. Не витрачайте занадто багато часу на одне твердження.

***№з/п Варіанти відповідей Твердження***

01 вірно невірно Я чекаю майбутнього з надією та ентузіазмом

02 вірно невірно Мені пора здатися, оскільки я нічого не можу змінити на краще

03 вірно невірно Коли справи йдуть погано, мені допомагає думка, що так не може тривати завжди

04 вірно невірно Я не можу уявити, на що буде схоже моє життя через 10 років

05 вірно невірно У мене достатньо часу, щоб завершити справи, якими я найбільше хочу займатися

06 вірно невірно У майбутньому, я сподіваюся досягти успіху в тому, що мені найбільше подобається

07 вірно невірно Майбутнє уявляється мені в пітьмі

08 вірно невірно Я сподіваюся отримати в житті більше доброго, хорошого, ніж пересічна людина

09 вірно невірно У мене немає ніяких просвітів і немає причин вірити, що вони з'являться в майбутньому

10 вірно невірно Мій минулий досвід добре підготував мене до майбутнього

11 вірно невірно Все, що я бачу попереду – швидше неприємності, ніж радості

12 вірно невірно Я не сподіваюся досягти того чого дійсно хочу

13 вірно невірно Коли я заглядаю в майбутнє, я сподіваюся бути щасливішим, ніж я є зараз

14 вірно невірно Справи йдуть не так, як мені хочеться

15 вірно невірно Я дуже вірю в своє майбутнє

16 вірно невірно Я ніколи не досягаю того, що хочу, тому безглуздо чогось хотіти

17 вірно невірно Досить малоймовірно, що я отримаю реальне задоволення в майбутньому

18 вірно невірно Моє майбутнє здається мені дуже туманним і невизначеним

19 вірно невірно У майбутньому мене чекає більше хороших днів, ніж поганих

20 вірно невірно Марно намагатися отримати те, що я хочу, оскільки, ймовірно, я не доб’юся цього

Обробка та інтерпретація результатів

| №з/п | Відповідь | Бал | №з/п | Відповідь | Бал |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | невірно | 1 | 11 | вірно | 1 |
| 2 | вірно | 1 | 12 | вірно | 1 |
| 3 | невірно | 1 | 13 | невірно | 1 |
| 4 | вірно | 1 | 14 | вірно | 1 |
| 5 | невірно | 1 | 15 | невірно | 1 |
| 6 | невірно | 1 | 16 | вірно | 1 |
| 7 | вірно | 1 | 17 | вірно | 1 |
| 8 | невірно | 1 | 18 | вірно | 1 |
| 9 | вірно | 1 | 19 | невірно | 1 |
| 10 | невірно | 1 | 20 | вірно | 1 |

Максимальний рахунок – 20 балів:

0–3 бала – безнадійність не виявлена;

4–8 балів – легка безнадійність;

9–14 балів – помірна безнадійність;

15–20 балів – безнадійність важка.

## 4.35. ОСОБИСТІСНИЙ ОПИТУВАЛЬНИК ІНДИВІДУАЛЬНОЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ СПРЯМОВАНОСТІ (ІСС)

***Мета*** – виявлення суїцидально небезпечних установок (13).

Цей опитувальник складено як орієнтовну методику для виявлення суїцидально небезпечних установок.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____

Вік _____

Стать _____

Посада _____

Спеціальність _____

Інструкція: “Уявіть собі, що все почуте Вами далі, сказане від Вашого імені людиною, яка давно й добре Вас знає. Дещо зі сказаного – вірно, підходить Вам, а дещо – не вірно, тобто з цим твердженням Ви не згодні. На бланку відповідей відзначте твердження, з яким Ви згодні, знаком “+” навпроти відповідного номеру твердження, а те, з яким Ви не згодні, – знаком “-”. Якщо Ви не можете або не хочете відповісти, обведіть номер твердження кружечком. Будьте уважні, завдання виконується за обмежений час. Слідкуйте за тим, щоб номер відповіді збігався з номером твердження. Намагайтеся довго не міркувати. Зазвичай те, що спочатку приходить у голову, є найбільш точною відповіддю”.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. | 9. | 10. |
| 11. | 12. | 13. | 14. | 15. | 16. | 17. | 18. | 19. | 20. |
| 21. | 22. | 23. | 24. | 25. | 26. | 27. | 28. | 29. | 30. |
| 31. | 32. | 33. | 34. | 35. | 36. | 37. | 38. | 39. | 40. |
| 41. | 42. | 43. | 44. | 45. | 46. | 47. | 48. | 49. | 50. |
| 51. | 52. | 53. | 54. | 55. | 56. | 57. | 58. | 59. | 60. |
| 61. | 62. | 63. | 64. | 65. | 66. | 67. | 68. | 69. | 70. |
| 71. | 72. | 73. | 74. | | | | | | |

***Текст опитувальника :***

(будьте уважні та обережні, дотримуйтесь інструкції)

1. Я уважно вислухав інструкцію та готовий відверто відповісти на всі питання.
2. Я часто легко відволікаюся від справи, стаю розсіяним і мрійливим.
3. Я втомлююся швидше, ніж більшість оточуючих мене людей.
4. Іноді я можу похвалитися.
5. У мене часто буває веселий настрій.
6. Мене часто охоплюють сумні думки.
7. Я люблю спілкування з людьми.
8. Нерідко відчуваю, що у мене німіють або холонуть руки та ноги.
9. Я швидко забуваю про прикрощі.
10. Іноді відчуваю стук у скронях та пульсацію в ділянці шиї.
11. Я люблю розважатись у веселій компанії.
12. У моїй родині є нервові люди.
13. Буває, що я з упевненістю кажу про речі, в яких мало розуміюся.
14. Часом відчуваю себе безпорадним.
15. У мене багато хороших знайомих.
16. У мене часто болить голова.
17. Я майже завжди рухливий і активний.
18. Якщо я сидів, а потім різко встав, то в мене темніє в очах і паморочиться в голові.
19. Іноді я посилаюся на хворобу, щоб уникнути неприємностей.
20. Буває, що я проявляю інтерес до заборонених тем.
21. У мене часто бувають напади поганого настрою.
22. Мої друзі дивуються моїй працездатності й невтомності.
23. Я людина чутлива й емоційна.
24. Усі проблеми в житті можна розв’язати.
25. У мене бувають напади тремтіння.
26. Я люблю розповідати анекдоти та веселі історії.
27. Часом мені хотілося назавжди піти з дому.

28. Я часто хвилююся через дрібниці.

29. У своє виправдання я іноді щось вигадую.

30. Іноді раптом увесь покриваюся потом.

31. Буває, що я не виконую своїх обіцянок.

32. Часом мені здається, що я ні на що не годжуся.

33. Не всі мої знайомі мені подобаються.

34. Часто в мене немає апетиту.

35. Легко можу розвеселити найнуднішу компанію.

36. Звички деяких членів сім'ї мене дратують.

37. Я легко знаходжу тему для розмови навіть із незнайомою людиною.

38. Мені здається, що я постійно перебуваю в якійсь напрузі й мені важко розслабитися.

39. Часто мені хочеться вмерти.

40. Мене вважають людиною веселою й товариською.

41. Я все сприймаю близько до серця.

42. У мене часто виникають болі у верхній частині живота (під грудьми) та різні неприємні відчуття в животі.

43. Я завжди готовий поговорити як зі знайомими людьми, так і з незнайомими.

44. Якщо я чимось сильно схвильований або роздратований, то відчуваю це ніби всім тілом.

45. Я багато мрію, але нікому про це не розповідаю.

46. Іноді я сповнений енергії так, що все горить у моїх руках, а іноді – зовсім млявий.

47. Я не завжди кажу правду.

48. На спір я можу зробити все, що завгодно.

49. Я так гостро переживаю неприємності, що довго не можу викинути з голови думки про це.

50. Я часто відчуваю себе млявим і втомленим.

51. Я люблю жартувати над іншими.

52. Критика та зауваження завжди дуже чіпляють мене.

53. Мені часто сняться жахи.

54. Я здатний дати волю почуттям і повеселитися в компанії.

55. Іноді без явної причини відчуваю себе млявим і пригніченим.

56. У мене часто буває безсоння.

57. Іноді я переповідаю чутки й плітки.

58. Я до всього ставлюся досить легко.

59. Майже щодня думаю про те, наскільки б я краще жив, якби мене не переслідували невдачі.

60. Я – впевнена в собі людина.

61. Мене часто турбує почуття провини.

62. Я хожу швидко.

63. Нерідко бувають ситуації, коли легко втратити надію на успіх.

64. Часто мені не спиться через те, що в голову лізуть різні думки.

65. Мені здається, що інші часто сміються наді мною.

66. Я – людина безтурботна.

67. Іноді в мене бувають такі думки, яких потрібно соромитися.

68. У мене часто буває сильне серцебиття.

69. Навіть серед людей я відчуваю себе самотнім.

70. Іноді я багато балакаю і мені важко зупинитися.

71. Мені постійно потрібні друзі, які мене розуміють, можуть підбадьорити, втішити.

72. Іноді я відмовляюся від розпочатої справи, бо не вірю в свої сили.

73. У мене бувають періоди, коли мене дуже дратує яскраве світло, яскраві фарби, сильний шум, хоча на інших людей це так не діє.

74. У мене є погані звички.

***“Ключ”:***

Кожна позитивна відповідь по кожній шкалі на нижчезазначені твердження оцінюється в 1 бал.

1. Шкала “Щ” (щирості): 4, 13, 20, 29, 31, 33, 47, 57, 67, 74.

2. Шкала “Д” (депресивності): 2, 6, 12, 14, 19, 21, 27, 28, 32,36, 39, 41, 45, 49, 52, 55, 59, 63, 65, 69, 72.

3. Шкала “Н” (невротизації): 3, 8, 10, 16, 18, 23, 25, 30,34, 38, 42, 44, 46, 50, 53, 56, 61, 64, 68, 71, 73.

4. Шкала “К” (комунікабельності): 5, 7, 9, 11, 15, 17, 22, 24, 26, 35, 37, 40, 43, 48, 51, 54, 58, 60, 62, 66, 70.

1 шкала “Щ” – шкала щирості. Визначає достовірність результатів. 8-10 балів означають високий рівень щирості відповідей; 4-7 балів – середній рівень; 0-3 бали – свідчать про низький рівень щирості відповідей, орієнтацію лише на соціальне схвалення, дослідження визнається недостовірним.

2 шкала “Д” – шкала депресивності. Визначає рівень схильності до депресивного стану. 17-21 бал – високі оцінки, відповідають наявності цих ознак в емоційному стані, у поведінці, у ставленні до себе, до соціального оточення. 8-16 балів – середній рівень, 1-7 балів – низький рівень депресивності.

3 шкала “Н” – шкала невротизації. Визначає рівень невротизації. 17-21 бал – високі оцінки, можуть відповідати невротическому синдрому, що виявляється в емоційній нестійкості, тривожності. 8-16 балів – середній рівень, 1-7 балів – низький рівень

4 шкала “К” – шкала комунікабельності. Визначає рівень розвитку комунікабельності. 17-21 бал – високий рівень комунікабельності; 8-16 балів – середній рівень; 1-7 балів – низький рівень. Низький рівень комунікабельності в поєднанні з високими показниками депресивності та невротизації може означати суїцидально небезпечну установку досліджуваного до ступеня “пасивної згоди на смерть”.

### *Запитання та завдання для самоперевірки*

1. Назвіть методики, які використовуються для діагностики кризових станів.
2. Охарактеризуйте методики, за допомогою яких визначаються суїцид альні схильності.
3. Опишіть методики, які застосовуються для визначення сімейної ситуації.
4. Назвіть методики вивчення особистісного профілю.
5. Дайте характеристику методик, які використовуються для діагностики дитячих страхів і переживань.

## ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Соціально-історичний аспект проблеми самогубства.
2. Проблема суїциду в Україні.
3. Основні тенденції та риси суїциду в Україні.
4. Основні теорії суїцидальної поведінки.
5. Психологічні особливості особистості суїцидентів.
6. Соціально-психологічні фактори ризику, що сприяють виникненню суїцидальних проявів.
7. Індивідуально-психологічні та особистісні чинники виникнення суїцидальної поведінки у молоді.
8. Мотивація суїцидальної поведінки школярів.
9. Фази суїцидальної поведінки підлітків.
10. Етапи суїцидальної поведінки.
11. Характеристика форм і методів реалізації суїцидальної поведінки.
12. Захисні антисуїцидальні фактори.
13. Виявлення суїцидальних тенденцій учнівської молоді.
14. Зовнішні чинники суїцидальності неповнолітніх.
15. Сімейні фактори суїцидальності неповнолітніх.
16. Суїцидогенні переживання неповнолітніх.
17. Ознаки суїцидальної поведінки підлітків.
18. Соціальні засади мотивації егоцентричного самогубства.
19. Соціальні засади мотивації альтруїстичного самогубства.
20. Соціальні засади мотивації аномічного суїциду.
21. Навіювання суїцидальних настроїв засобами масової інформації, літературними творами.
22. Особливості передсмертних послань суїцидентів.
23. Особливості роботи з дітьми, які пережили втрату.
24. Аутоагресивна поведінка при депресії в осіб похилого віку.
25. Соціально-психологічні чинники самогубства в похилому віці.
26. Соціально-психологічні особливості суїцидальної поведінки засуджених.
27. Особливості повторних суїцидів.
28. Неусвідомлюване самогубство.
29. Ризикована гра і ризикована безпечність.

30. Спільні риси суїцидальної поведінки.
31. Особливості підліткового і дитячого суїциду.
32. Самогубство і психічні розлади.
33. Технології надання психологічної допомоги суїцидентам.
34. Особливості переживання людьми самогубства близьких.
35. Психопатологічне і афективно-невропатичне самогубства.
36. Суспільне ставлення до самогубства як фактор суїцидальності.
37. Самогубство психічно нормальної людини.
38. Способи самогубства.
39. Групова згуртованість як чинник, що впливає на суїцидальність.
40. Взаємодія суспільної згуртованості і сонячної активності у впливі на суїцидальність.
41. Особливості надання психологічної допомоги при суїциді.
42. Виявлення психологічного сенсу суїциду.
43. Техніки психологічної допомоги суїциденту.
44. Правила психотерапії суїцидального клієнта.
45. Особливості телефонного консультування клієнта, який виявляє суїцидальні наміри.
46. Психодіагностика суїцидальної поведінки.
47. Профілактика аутоагресивної поведінки.
48. Психотерапія як метод корекції і превенції суїцидальної поведінки.
49. Основні методи психокорекційної роботи з суїцидентами.
50. Особливості профілактики суїциду у навчальних закладах.
51. Особливості поводження батьків та оточуючих зі схильними до суїциду дітьми та підлітками.
52. Специфіка роботи психолога з клієнтами із суїцидальними намірами.
53. Психологічна допомога людям, які пережили суїцид близьких.
54. Характеристика методик вивчення схильності до суїцидальної поведінки.
55. Методики на виявлення суїцидальних намірів.

# РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА


1. Блинова О. Є. Психологічні фактори суїцидальної поведінки у підлітковому віці. *Актуальні проблеми суїцидології:* зб. наук. праць. Київ, 2002. Ч. 1. С. 31–33.
2. Гашека Т. В. Практичні рекомендації для проведення психокорекційної роботи з підлітками за наявності суїцидальних ідеацій. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 7. С. 68–72.
3. Гашека Т. В. Профілактика самогубства серед підлітків: методика для вимірювання суїцидальної поведінки. *Практична психологія та соціальна робота.* 2005. № 4. С. 53–56.
4. Гошовський Я. Ресоціалізація депривованої особистості: монографія. Дрогобич: Коло, 2008. 525 с.
5. Діденко О. І. Суїцидальні наміри у психологічному портреті злочинця; за заг. ред. С. І. Яковенка. *Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика:* зб. наук. праць. Київ: РВВ КІВС, 2000. С. 152–155.
6. Екстремальна психологія: підручник / [Євсюков О. П., Куфлієвський А. С., Лєбєдєв Д. В. й інші]; за заг. ред. проф. О. В. Тімченка Харків: УЦЗУ, 2007. 502 с.
7. Заброцький М., Скаковська Л., Лавренюк Л. Психологу про суїцид. *Психолог.* 2007. Трав. (№ 20). С. 25–30.
8. Завадська Н. В. Проблема самогубства у підлітковому середовищі. *Соціальний працівник.* 2007. Січ. (№ 2). С. 10–12.
9. Загальнопсихологічні особливості суїциду / за ред. В. П. Москальця. *Психологія суїциду.* Київ, 2004. С. 7–81.
10. Калініна Ю. Запобігання суїцидальній поведінці серед підлітків. *Психолог*. 2005. Верес. (№ 35). С. 26–32.
11. Кльоц Л. А., Заброцький М. М. Соціальному педагогу про суїцид. *Соціальний працівник.* 2007. Верес. (№ 17). С. 15–31.
12. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: монографія. Київ: Міленіум, 2004. 265 с.

13. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О. та ін..Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с.
14. Коханенко Л. Проблеми самогубства: Погляди І. Сікорського та сучасні досліди. *Практична психологія та соціальна робота*. 2002. № 4. С. 49–51.
15. Крилова Л. Батькам про підлітковий суїцид. URL: http://ua.racurs.ua/1233-pro-pidlitkovyy-suyicyd
16. Лісова О. С. Психологія суїцидальної поведінки. Чернівці: [б. в.], 2004. 233 с.
17. Логвиненко О. І., Тимощук О. В. Врахування детермінантів професійної деформації працівників ОВС як фактор запобігання суїцидальним проявам; за заг. ред. С. І. Яковенка. *Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика:* зб. наук. праць. Київ: РВВ КІВС, 2000. С. 103–106.
18. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Медико-психологічне консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 332 с.
19. Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П. Практикум психологічного консультування в юридичній сфері: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2019. 320 с.
20. Максимова Н. Ю. Сімейне консультування: навч. посіб. Київ: ДП «Вид. дім «Персонал», 2011. 304 с.
21. Матеріали сайту Психологічного центру «Адалін». URL: http://adalin. mospsy.ru/r_03_00/r_03_03b. shtml
22. Медведєв В. С. Самогубство як проблема юридичної психології. *Актуальні проблеми суїцидології*: зб. наук. праць. Київ, 2002. Ч. 2. С. 121–126.
23. Медведєв В. С. Суїцид та професійна деформація працівників органів внутрішніх справ; за заг. ред. С. І. Яковенка. *Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика:* зб. наук. праць. Київ: РВВ КІВС, 2000. С. 62–65.
24. Мельник А. П., Магдисюк Л. І., Дучимінська Т. І. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики: навчально-методичний посібник. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 152 с.
25. Патопсихологія суїцидальної поведінки / за ред. В. П. Москальця. *Психологія суїциду.* Київ, 2004. С. 145–209.

26. Подмазін С. Діти із суїцидальними тенденціями: психологічна підтримка. *Психолог.* 2002. Берез. (№ 12). С. 8–13.
27. Полегешко О. Психологія суїциду. *Психолог*. 2006. Груд. (№ 47). С. 23–30.
28. Попередження суїцидальної поведінки дітей і підлітків. *Все для вчителя.* 2003. Жовт. (№ 30). С. 53–64.
29. Прийменко В. М. Суїцидальна поведінка. *Психологічний аналіз і профілактика: метод. рек. для практ. психологів і соціальних педагогів*. Київ: КМПУ ім. Б. Д. Грінченка, 2005. 43 с.
30. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям: кол. монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.]; за заг. ред. М. І. Мушкевич. Луцьк: Вежа-Друк, 2015. 275 с.
31. Психологічні травми і самогубство: (поради фахівців). *Безпека життєдіяльності.* 2006. № 4. С. 43–44.
32. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: на допомогу практичному психологу: навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник, О. М. Хлівна, Т. І. Дучимінська. Вид. 2-ге, змін. та доп. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 276 с.
33. Психологія суїцидальної поведінки. Діагностика, корекція, профілактика: зб. наук. праць / за заг. ред. С. І. Яковенка. Київ, 2004.
34. Психологія суїциду: посіб. / за ред. В. П. Москальця. Київ: Академвидав, 2004. 286 с.
35. Рибалка В. В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій проблемної особистості. Київ: Шкільний світ, 2009. 119 с.
36. Романовська Д., Собкова С. Робота з підлітками, схильними до суїциду. *Психолог*. 2006. Квіт. (№ 15). С. 26–29. (Психопрофілактика суїциду).
37. Скаковська Л. А. Практичному психологу про суїцид. *Практична психологія та соціальна робота*. 2005. № 4. С. 57–62; *Психолог*. 2004. Черв. (23/24). С. 61–63.
38. Собко В. Роздуми про суїцид. *Персонал плюс.* 2006. Серп. (№ 33). С. 6.
39. Сокирська Л. Попередження суїцидальної поведінки дітей та підлітків. *Соціальний педагог*. 2007. Січ. (№ 1). С. 30–34.

40. Суїцидальна поведінка особистості / за. ред. Т. М. Титаренко. *Психологія життєвої кризи.* Київ: Агропромвидав України, 1998. С. 159–178.
41. Телефанко Б. М., Візняк О. С. Причини та попередження самогубств серед особового складу органів внутрішніх справ; за заг. ред. С. І. Яковенка. *Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика:* зб. наук. праць. Київ: РВВ КІВС, 2000. С. 10–14.
42. Тененьова Ю. Планета самогубців. *ПіК.* 2004. № 20. С. 26–29.
43. Тимченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: монографія. Харків: Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2000. 268 с.
44. Тисячна Ю. О. Соціально-психологічна характеристика суїцидальної поведінки серед дітей та підлітків. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpkhist_2012_5_46
45. Титаренко Т. М. Кризове психологічне консультування. Київ: Главник, 2004. 96 с.
46. Федоренко Р. П. Психологічна допомога в клініці: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 224 с.
47. Федоренко Р. П., Шкарлатюк К. І. Психологічний практикум з консультування: зміст, прийоми, технології: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Луцьк: СНУ ім. Лесі Українки, 2012. 200 с.
48. Федоренко Р. П. Психологія молодої сім'ї та сімейна криза: монографія. Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2007. 168 с.
49. Федоренко Р. П. Психологія сім'ї [Текст]: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2015. 364 с.
50. Федоренко Р. П. Психологія суїциду [Текст]: навч. посіб. Луцьк: ВНУ ім. Лесі Українки, 2011. 260 с. (Посібники та підручники ВНУ ім. Лесі Українки).
51. Федоренко Р. П. Психологія суїциду [Текст]: навч. посіб. [для студентів вищ.навч.закл.]. Вид. 2-ге, змін. та доповн. Луцьк: Вежа-Друк. 2016. 340 с.

52. Хазратова Н. В. Психологічні проблеми та особистісні кризи студентського віку. *Особистісні кризи студентського віку:* зб. наук. статей / за ред. Т. М.Титаренко. Луцьк, 2001. С. 14–18.
53. Харченко Є. М. Психосоціальні аспекти суїцидальної поведінки при церебральному атеросклерозі. *Київ. міжнар. ун-т. вісник* / ред. кол.: Т. О. Піроженко та ін. Київ, 2006. С. 182–190 (*Психологічні науки;* Вип. 8).
54. Холмогорова А. Б. Сімейні фактори депресії. *Питання психології.* 2005. № 6. С. 63–71.
55. Цимбалюк І. Самогубство як проблема девіантної поведінки. *Психолог.* 2003. Груд. (№ 46). С. 12–14.
56. Цільмак О. М. Профілактика самогубств серед співробітників ОВС. *Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика:* зб. наук. праць / за заг. ред. С. І. Яковенка. Київ: РВВ КІВС, 2000. С. 83–88.
57. Чудакова О. Феномен суїциду. *Соціальна психологія*. 2003. № 2. С. 134–141.
58. Шавроцька Н. та ін. Суїцид як соціально-психологічний феномен. *Психолог.* 2002. Жовт. (№ 38/39). С. 46–57.
59. Шебанова С. Г. Мотивація суїцидальної поведінки неповнолітніх як об’єкт комплексного аналізу. *Актуальні проблеми суїцидології:* зб. наук. праць. Київ, 2002. Ч. 2. С. 60–66.

# КОРОТКИЙ ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

**Агресія –** цілеспрямована деструктивна поведінка, що суперечить нормам і правилам співіснування людей у суспільстві, завдає шкоди об'єктам нападу (живим і неживим), заподіює фізичний збиток людям або викликає у них психологічний дискомфорт.

**Активна роль (психолога, клієнта) у психологічному консультуванні (у корекційній роботі) –** ініціативні, активні дії, які здійснює психолог-консультант чи клієнт у ході проведення психологічного консультування чи психокорекційної роботи. Ці дії розраховані на те, щоб якомога легше та швидше досягнути поставленої мети.

**Альтернативні способи поведінки клієнта –** різні, нерідко протилежні, способи поведінки клієнта, пов'язані з практичним вирішенням його проблеми.

**Альтруїстичний суїцид –** пожертвування свого життя задля порятунку або принесення блага іншому, групі людей, або для традицій та честі суспільства.

**Аномічне самогубство –** екстремальна реакція людини, яка відчуває аномію, відчуття відірваності від суспільства та почуття непричетності внаслідок ослаблення соціальної згуртованості.

**Безоцінкове ставлення психолога-консультанта до клієнта –** відмова психолога-консультанта від оцінювання особистості чи поведінки клієнта в термінах «добре» чи «погано»; налаштованість психолога-консультанта на краще розуміння клієнта як особистості, прийняття його такою людиною, якою він є.

**Бойова психічна травма (БПТ) –** психічна травма, викликана впливом факторів бойової обстановки, що призводить до розладів психіки різного ступеня тяжкості.

**Бойовий посттравматичний синдром (БПС) –** стресовий розлад, що виникає у військовослужбовця як психоемоційна реакція на травмуючу подію, що відбулася під час військових дій.

**Вербальна підтримка клієнта –** спосіб мовного стимулювання клієнта до активного співробітництва з психологом-консультантом під час проведення психологічної консультації; використання психологом-

консультантом різних слів та виразів для того, щоб зняти психологічну напругу клієнта, особливо на стадії проведення сповіді.

**Відчай –** психічний стан крайнього розпачу, зумовлений втратою надії на здійснення важливого сподівання, який супроводжується складними негативними емоційними переживаннями та імпульсивними діями, спричиненими стресовою ситуацією.

**Вивчення особистості клієнта –** психодіагностичне обстеження психологом-консультантом клієнта як особистості для вияву тих індивідуальних його особливостей, які бажано знати для більш глибокого розуміння проблеми, з якою клієнт звернувся в психологічну консультацію. Вивчення особистості клієнта потрібне також для того, щоб довести до свідомості клієнта суть його проблеми і знайти найбільш ефективні способи її вирішення за активної участі самого клієнта.

**Вікова криза –** нормативний, нестабільний процес, який виникає під час переходу людини від одного вікового періоду до іншого і пов'язаний з якісними перетвореннями у соціальних відносинах, діяльності, свідомості та виявляється в цілісних психічних і особистісних змінах.

**Внутрішньо-особистісний конфлікт –** зіткнення у свідомості людини однакових за силою, але протилежно спрямованих мотивів, потреб, інтересів, бажань.

**Горе –** універсальне переживання всіх людей, реакція на втрату значущого об'єкта, частини ідентичності або очікуваного майбутнього.

**Демонстративний суїцид –** не пов'язаний із бажанням умерти, а є способом привернути увагу до своїх проблем, покликати на допомогу, вести діалог.

**Депресія –** це захворювання, що характеризується постійним пригніченим станом та втратою цікавості до будь-якої діяльності, що зазвичай приносить задоволення, а також нездатністю виконувати повсякденні справи протягом як мінімум двох тижнів.

**Доброзичливість психолога-консультанта до клієнта –** безумовно добре, доброзичливе, позитивне ставлення психолога- консультанта до клієнта.

**Довіра психолога-консультанта до клієнта –** готовність і здатність психолога-консультанта довіряти клієнтові в усьому; віра

психолога-консультанта у можливість клієнта самостійно справлятись зі своєю проблемою.

**Істинний суїцид –** правдиве бажання вмерти. Не буває спонтанним, хоча інколи виглядає досить несподіваний. Такому суїциду завжди передують пригнічений настрій, депресивний стан або просто думки про завершення життя.

**Екзистенційна ситуація –** глибока життєва криза, що характеризується втратою людиною сенсу існування.

**Екстраверсія** – фіксація інтересів особистості на зовнішньому світі, зовнішніх об'єктах, інколи за рахунок своїх власних, у деяких випадках внаслідок применшення особистісної значущості.

**Емоційна підтримка клієнта –** емоційно забарвлені слова і практичні дії психолога-консультанта, у яких проявляється відкрита, зацікавлена емоційна підтримка психологом-консультантом того, що говорить, робить або збирається зробити клієнт.

**Емоційний стрес –** афективні переживання, що призводять до несприятливих змін в організмі людини.

**Емпатія (психолога-консультанта до клієнта) –** особливе почуття, завдяки якому психолог-консультант може ніби зсередини розуміти психологію клієнта, проникати в його внутрішній, психологічний світ, краще і глибше пізнавати особистість клієнта і його стан.

**Етичний кодекс психолога –** нормативний акт, що є гарантом високопрофесійної, гуманної, високоморальної діяльності психологів України, здійснюваної залежно від спеціалізації та сфери їх інтересів; сукупність етичних норм, правил поведінки, що склалися у психологічному співтоваристві й регулюють його життєдіяльність.

**Ефект Вертера** або синдром Вертера **–** масова хвиля наслідування самогубств, які відбуваються після самогубства, широко висвітленого телебаченням або іншими ЗМІ.

**Життєва криза –** перехідний період життя, для якого характерним є ламання та активна зміна життєвих ролей особистості.

**Жорстокість –** властивість особистості, що полягає в байдужості до страждань людей або у прагненні до їх заподіяння.

**Зовнішні ознаки результативності психологічного консультування –** помітні позитивні зміни в поведінці клієнта, які відбуваються в результаті проведення психологічного консультування.

**Зона розбіжностей** – предмет, факт, проблема конфлікту.

**Інтроверсія** – фіксація уваги особистості на своїх власних інтересах, на власному внутрішньому світові.

**Інцидент –** збіг обставин, що є приводом для конфлікту.

**Клієнт –** людина, яка звернулася у психологічну консультацію за допомогою до професійного психолога для вирішення певної проблеми.

**Кодекс професійної етики практичного психолога –** пакет основних законів, положень, правил, які практичний психолог, у тому числі психолог-консультант, повинен неухильно дотримуватися, працюючи з людьми.

**Комплексна теорія інтерпретації сповіді клієнта –** спосіб інтерпретації сповіді клієнта, заснований на сукупності положень, які випливають з певних психологічних теорій.

**Комплементарна поведінка людини –** така поведінка людини, за якої її дії, включаючи жести й міміку, а також паралінгвістичні компоненти мови, відповідають тим словам, які вона в цей час вимовляє, висловлюючи компліменти іншій людині або вислуховуючи їх на свою адресу.

**Конструктивний підхід до вирішення проблеми клієнта –** прагнення психолога-консультанта не так позбавити клієнта від переживань з приводу проблеми, з якою той стикнувся, як, зберігши і примноживши енергію клієнта, спрямувати її на вирішення проблеми (у конструктивне русло).

**Консультант-психолог –** професійно підготовлений практичний психолог, який займається психологічним консультуванням.

**Консультація –** додаткова допомога викладача учням у засвоєнні предмету; нарада фахівців з будь-якого питання; назва установ, що надають допомогу населенню порадами фахівців (юридична консультація, дитяча (лікувальна) консультація, профконсультація); порада, що надається фахівцем.

**Конфлікт –** зіткнення протилежних інтересів і поглядів; напруження і крайнє загострення суперечностей, що призводить до активних дій, ускладнень, боротьби, що супроводжуються складними колізіями.

**Конфліктна ситуація –** нагромадження суперечностей, які містять суттєву причину конфлікту.

**Конфліктуючі сторони –** окремі особи або групи осіб, які замішані у конфлікті.

**Копінг –** готовність індивіда вирішувати життєві проблеми шляхом пристосування до обставин, що передбачає сформованість уміння використовувати певні прийоми та засоби для подолання складної життєвої ситуації.

**Копінг-поведінка –** дії особистості, спрямовані на якнайкраще адаптування до вимог психотравмуючої ситуації, оволодіння нею, пом'якшення її вимог, уникання або звикання до них, що сприяє послабленню стресової дії ситуації.

**Копінг-стратегії –** активна поведінка людини, спрямована на подолання психотравмуючої ситуації.

**Кризове консультування –** специфічний різновид психологічного консультування, який полягає у забезпеченні психологічної підтримки і допомоги здоровій, але емоційно виснаженій людині у складних, проблемних, критичних ситуаціях.

**Критерії оцінки результатів психологічного консультування –** основи, показники, ознаки, за якими можна робити висновок про успішність проведення психологічного консультування і вирішення психологічних проблем клієнта.

**Максималізм клієнта –** бажання, прагнення клієнта досягти найбільш сприятливих для себе результатів психологічного консультування, зробити себе майже ідеальною людиною, позбутися вад за мінімальних затрат зусиль і часу.

**Міжособистісний конфлікт –** специфічна взаємодія людей, у ході якої вони або вирішують несумісні цілі, або додержуються суперечливих цінностей і норм та намагаються реалізувати їх у міжособистісних взаємодіях.

**Моральна підтримка клієнта з боку психолога-консультанта –** емоційна, словесна підтримка клієнта консультантом-психологом у формі співчуття, співпереживання йому, схвалення, похвали і т. ін.

**Морально-етичні вимоги до роботи психолога-консультанта –** вимоги, що висуваються до роботи психолога- консультанта відповідно до морально-етичного кодексу практичного психолога. За розбіжностей його дій із положеннями цього кодексу психолог несе моральну, а іноді й юридичну відповідальність перед суспільством і колегами по роботі.

**Насильство –** будь-яка дія або бездіяльність, що спричиняє або може спричинити фізичну чи психічну травму.

**Невпевненість клієнта в собі –** відсутність у клієнта впевненості у своїх силах і можливостях, у тому, що він може успішно подолати свої життєві проблеми.

**Ненормативна криза –** загострення суперечностей психіки людини внаслідок складних життєвих обставин, що раптово змінюють її життя (зрада, розлучення, катастрофа, смерть близької людини, раптова втрата роботи тощо).

**Нормативна криза –** існування людини в межах норми, закономірні перехідні етапи в її становленні та розвитку (вікові кризи, нормативні сімейні кризи тощо).

**Образ я-клієнта –** уявлення клієнта про самого себе, про свої психологічні особливості.

**Оперативна допомога клієнтові –** термінова, поточна допомога психолога-консультанта клієнтові, яка розрахована на досягнення швидкого ефекту від проведеного консультування.

**Особистісні якості психолога-консультанта –** сукупність загальних і спеціальних якостей особистості, якими володіє або повинен володіти психолог-консультант як професіонал для успішного виконання своїх обов’язків.

**Перманентна проблема клієнта –** постійна, типова проблема, яка в цього клієнта існує досить давно або періодично з’являється в його житті.

**Постконсультативне спілкування психолога-консультанта з клієнтом –** спілкування психолога-консультанта з клієнтом після того,

як психологічне консультування в основному завершилося і клієнт отримав необхідні рекомендації щодо практичного вирішення його проблеми.

**Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) –** відстрочена реакція на травматичний стрес (природні й техногенні катастрофи, бойові дії, катування, зґвалтування тощо), здатна викликати психічні порушення в будь-якій сфері особистості.

**Принцип «тут і тепер» –** правило проведення психологічного консультування, згідно з яким свідомість (увага, пам'ять, уява і мислення) клієнта під час проведення консультування повинна бути зосереджена на тому, що відбувається тепер, а не на тому, що було в минулому чи **може** відбутися в майбутньому.

**Прихований суїцид (непряме вбивство) –** вид суїцидальної поведінки, що не відповідає її буквальному визначенню.ю але з тією ж спрямованістю і результатом. Це дії, що супроводжуються високою ймовірністю смерті.

**Проблемне інформування клієнта** (про суть його проблеми) **–** пояснення клієнтові суті його проблеми у всій її складності, під час якого розуміння проблеми психологом-консультантом і самим клієнтом може і збігатися, і не збігатися.

**Процедура підкріплення (емоційної підтримки) клієнта –** прийоми, за допомогою яких психолог-консультант емоційно підтримує клієнта, особливо на стадії сповіді й у процесі її спільної інтерпретації.

**Психологічна травма –** особливий вид травми, пов'язаний із важкими переживаннями, і може призвести до складних хворобливих реакцій.

**Психологічне консультування –** процес, спрямований на допомогу людині у вирішенні (або у пошуку шляхів вирішення) проблем і труднощів психологічного характеру.

**Психотравмуюча ситуація –** подія, яка з різним рівнем імовірності може призвести чи призводить до порушення усталеного життєвого способу буття, руйнування психічного світу особистості.

**Реальність проблеми клієнта –** відповідність тієї проблеми, про яку клієнт розповідає психологові-консультантові, справжньому стану

речей. Проблему, позначену клієнтом, вважають реальною, якщо вона насправді існує і не є надуманою.

**Результативність психологічного консультування –** кінцевий підсумок психологічного консультування, його практичний результат у вирішенні проблеми, з якою клієнт звернувся у психологічну консультацію.

**Рефлексія (у ході спілкування з людьми) –** усвідомлення людиною своїх дій, думок і почуттів, а також того, як її сприймають ті, з ким вона спілкується.

**Сексофобія –** страх здійснення по відношенню до себе та інших статевих збочень; фобії, пов'язані з очікуванням інших різних утисків, знущань тощо.

**Сімейна криза –** стан сімейної системи, яка характеризується порушенням гомеостатичних процесів, що призводять до фрустрації звичних способів функціонування сім'ї та неможливості опанувати нову ситуацією, використовуючи старі моделі поведінки.

**Сповідь клієнта –** детальна розповідь клієнта психологові-консультантові про свою проблему із врахуванням його відповідей на питання психолога консультанта.

**Стратегія психологічного консультування (у виробленні практичних рекомендацій клієнтові) –** спосіб досягнення мети, яку ставить перед собою психолог-консультант, його типові дії щодо клієнта на завершальній стадії проведення психологічного консультування, під час формулювання практичних рекомендацій до вирішення його проблеми.

**Страх –** емоція, що виникає в ситуаціях загрози біологічному або соціальному існуванню індивіда і спрямована на джерело дійсної чи уявної небезпеки.

**Стрес –** стан психічного напруження, що виникає у людини у несподіваних небезпечних ситуаціях і потребує негайного реагування.

**Суб'єктивні ознаки результативності психологічного консультування –** уявлення, переконання, відчуття клієнта і психолога-консультанта, які свідчать про те, що проведене психологічне консультування виявилося успішним.

**Суїцид –** самодеструктивна поведінка людини, спрямована на навмисне позбавлення себе життя, а також відмова від реальних можливостей уникнути смерті в критичній ситуації.

**Суїцидальна поведінка –** різні форми активності людини, зумовлені прагненням позбавити себе життя внаслідок особистісної кризи, що виникла на шляху задоволення найважливіших потреб людини.

**Суїцидальна спроба –** цілеспрямоване оперування способами позбавити себе життя, але таке, що не закінчується смертю.

**Супервізор –** спеціаліст, який професійно контролює і безпосередньо керує діяльністю практичного психолога-початківця, а саме психолога-консультанта.

**Танатос –** потяг до смерті, який нібито змушує людей брати участь у ризикованих і саморуйнівних діях, які можуть призвести до їхньої власної смерті.

**Термінальна ситуація –** глибока життєва криза, що виникає за межею екзистенційного вибору, коли людина знає про власну приреченість і не здатна знайти в собі сили для останнього життєвого вибору.

**Тимчасове вирішення проблеми клієнта –** таке вирішення проблеми, яке хвилює клієнта, яке лише на деякий час знімає її гостроту, але не вирішує проблему повністю і не гарантує повторення чи загострення відповідної проблеми в майбутньому.

**Травматичні події –** екстремальні кризові ситуації, що мають потужний негативний потенціал; ситуації загрози життю для самого себе або близьких.

**Умови результативності психологічного консультування –** сукупність умов, які позитивно чи негативно впливають на результати психологічного консультування, включаючи ступінь складності вирішуваних проблем, настрій клієнта, досвід і професіоналізм психолога-консультанта.

**Фрустрація –** психічний стан, що виявляється в характерних рисах переживань і поведінки, викликаний об’єктивними непереборюваними труднощами на шляху до поставленої мети; стан краху, пригніченості, зневіри, відчаю тощо.

# ДОДАТКИ

***Додаток А***

## Інформована згода
## на отримання психотерапевтичної допомоги

Код клієнта _____ Дата:
(перші літери імені та по батькові, вік, стать (ч/ж)

Ім'я_____

_____
контактний тел.

Раді вітати Вас і Ваше бажання працювати над своїми психологічними проблемами. Цей документ містить важливу інформацію про взаємини клієнта і психотерапевта. Будь ласка, уважно прочитайте цю форму і, в разі потреби, задайте запитання. Підписавши цю форму, Ви укладаєте угоду між Вами та Вашим психотерапевтом.

**Психотерапевтична допомога**

Психотерапія передбачає професійні взаємини, в які клієнт вступає з метою покращити свій психологічний стан та зменшити або позбутися психологічних проблем. Ці взаємини різняться залежно від терапевта, клієнта і конкретної проблеми клієнта. Часто існує декілька різних підходів, які можуть бути застосовані до заявленої клієнтом проблеми (проблем). Психотерапевтична допомога не схожа на інші послуги (наприклад, лікаря) тим, що вона передбачає Вашу активну участь і співпрацю.

У психотерапії є як ризики, так і вигоди. Можливі ризики можуть включати переживання неприємних почуттів (таких, як смуток, вина, тривога або гнів) або викликати в пам'яті неприємні спогади. Потенційна вигода може складатися в значному зменшенні відчуття напруги, налагодженні взаємин, набутті і закріпленні навичок і умінь,

що допомагають справлятися з тією чи іншою життєвою ситуацією і вирішувати проблеми тощо.

**1. Предмет договору**

**1.1. Клієнт** і **психотерапевт** домовляються про проведення спільних психотерапевтичних консультацій з частотою 4 сесії на місяць протягом 8–12 тижнів, в ході яких вони будуть домагатися наступних цілей (впишіть):

1. _____
2. _____
3. _____

**2. Правила психотерапевтичного консультування**

Правила, описані нижче, сприяють формуванню оптимальних умов, необхідних для досягнення цілей психотерапевтичної роботи. Їх дотримання збільшують ймовірність позитивного результату роботи поряд з професіоналізмом терапевта і активною позицією клієнта.

**2.1. Час:**

2.1.1. Психотерапевтичні консультації проводяться в заздалегідь обумовлений і встановлений час. Тривалість кожної – 55 хвилин (інколи, при пропрацюванні важких травматичних подій, час консультації може збільшуватися до 90 хвилин).

2.1.2. У разі, якщо клієнт запізнюється – час його консультації зменшується на час запізнення.

2.1.3. Сесія може бути перенесена з обопільної згоди між клієнтом і психотерапевтом при усній домовленості про це не менш, ніж за добу.

**2.2. Оплата:**

2.2.1. Оплата обговорюється психотерапевтом і клієнтом на першій зустрічі, встановлюється відповідно до визначеної на момент заключення психотерапевтичної угоди.

**2.3. Початок, перебіг і завершення психотерапевтичного консультування:**

2.3.1. Психотерапевтичне консультування починається за добровільною обопільною згодою клієнта і психотерапевта після діагностичної консультації.

2.3.2. Консультування вважається успішно завершеним в разі обопільної згоди психотерапевта і клієнта про виконання поставлених цілей.

2.3.3. При необхідності і за взаємною згодою кількість сесій на тиждень може бути переглянута спільно клієнтом і психотерапевтом після обговорення.

2.3.4. Закінчення консультування за рішенням однієї зі сторін проводиться після попереднього обговорення причин і підведення підсумків терапії.

## 3. Зобов'язання сторін

**3.1. <u>Психотерапевт бере на себе зобов'язання</u>**:

3.1.1. Забезпечити умови проведення кваліфікованого психотерапевтичного консультування клієнта з частотою 1 консультація в тиждень протягом 8–12 тижнів.

3.1.2. Дотримуватися конфіденційності щодо інформації, отриманої від клієнта.

3.1.3. Попереджати клієнта мінімум за добу до наступної консультації про можливий пропуск сесії. Попередження клієнта передбачається при безпосередньому спілкуванні або по телефону, смс, електронною поштою та ін. координатах, наданих пацієнтом для контакту.

**3.2. <u>Клієнт бере на себе зобов'язання</u>**:

3.2.1. Вчасно приходити на консультації з частотою 4 рази на місяць, в призначений час, протягом усього періоду консультування, обумовленого цим договором.

3.2.2. Своєчасно виконувати завдання. Активно працювати під час сесії, виносити на обговорення всі проблеми, думки, почуття, переживання та побажання, пов'язані з ходом і цілями даного консультування.

3.2.3. Попередньо (мінімум за добу) повідомляти психотерапевта про можливий пропуск сесії.

3.2.4. Під час консультування бути чистим від алкоголю та інших речовин, що змінюють свідомість.

3.2.5. Застосовувати тільки ті медикаменти, які призначені лікарем.

**4. Права сторін**

**4.1. <u>Терапевт має право</u>:**

4.1.1. Ініціювати передачу клієнта іншому психотерапевту.

4.1.2. У разі психотерапевтичної доцільності ініціювати перерву в консультуванні.

4.1.3. Ініціювати завершення психотерапевтичного консультування.

4.1.4. Робити фото консультації, за умов приховування обличчя клієнта.

**4.2. <u>Клієнт має право</u>**

4.2.1. Вільно говорити про свої переживання, думки, проблеми.

4.2.2. Ставити питання про припинення терапії, якщо:

• вважає цілі терапії досягнутими;

• вважає, що терапевт не виконує свої обов'язки.

Ваш підпис внизу означає, що Ви прочитали інформацію, що міститься в цьому документі, зрозуміли її і згідні дотримуватися цих умов протягом того часу, поки Ви є клієнтом психотерапевта.

Клієнт _____

Психотерапевт_____ / /

Дата «___»_____202___р.

*Додаток Б*

## Карта вивчення подружньої пари

**І. Соціально-економічні й демографічні характеристики:**

а) житлові умови;

б)сімейний бюджет (розмір та спосіб розподілу);

в) стаж шлюбу;

г) вік та різниця у віці;

ґ) освіта;

д) рід занять;

е) кількість та вік дітей.

*Методи дослідження:*

1. Опитування або бесіда;
2. Анкета;
3. Аналіз документів (наприклад особова справа учня).

**ІІ. Дошлюбні стосунки**

а) місце й ситуація знайомства

б)перше враження один про одного (позитивне, негативне, нейтральне)

в) тривалість періоду залицяння.

г) ініціатор шлюбної пропозиції (чоловік, жінка інші зацікавлені особи)

ґ) час обдумування шлюбної пропозиції

д) ситуація оформлення шлюбу (як весілля)

*Методи:*

І. Інтерв'ю, бесіда.

**ІІІ. Хронологія фактів сімейного життя (інформація про стосунки подружжя, батьків, дідусів).**

**IV. Етнічна та релігійна приналежність.**

**V. Соціальні зв'язки сім'ї:** склад мікрооточення (рідні, сусіди, друзі, колеги); частота контактів із представниками мікрооточення (зобразити у вигляді кіл сім'ю, родичів, друзів, установи і та ін. Між колами показати зв'язки за такими категоріями: істотна допомога; допомога відсутня; джерело стресу; джерело енергії).

*Методи:*

1. Бесіда;
2. Анкета «Контакти сім'ї».

**VI. Стадія шлюбу:**

Визначити, на якій стадії шлюбу перебуває ця пара й виявити ті проблеми, які можуть виникнути, виходячи з особливостей цієї стадії:

1) шлюбу за стажем;
2) за дітьми.

*Методи:*

1. Вільна бесіда з виділених проблем.

**VII. Оцінка рівня благополуччя сімейних взаємин:**

а) визначення задоволеності шлюбом;
б)визначення психологічного клімату в сім'ї;
в) фактори ризику сім'ї;
г) потенціальний ініціатор конфлікту.

*Методи:*

1. Опитувальник задоволення шлюбом;
2. Вимір установок сімейної пари;
3. Методики на діагностику подружньої сумісності:
– на сексуальну сумісність;
– на діагностику темпераменту, характеру;
4. Методика «Конструктивно-деструктивна сім'я».

**VIII. Оцінка окремих феноменів подружніх взаємин:**

а) визначення конфліктності (методика Томаса: характер взаємодії в конфліктній парі або ситуації);

б)визначення функціонально-рольової узгодженості (методика «Ролі в сім'ї»);

в) визначення емоційного стану в сім'ї (методика «Типовий сімейний стан», методика Розенцвейга, тест Люшера, «Спілкування в сім'ї»);

г) діагностика взаєморозуміння ідеального образу партнера: (методика Лірі).

**IX. Дослідження індивідуально-психологічних особливостей подружжя:**

*Мета:* визначення подружньої сумісності:

– вироблення напрямів корекційної роботи з подружньою парою: (методика Лічко, методика на визначення самооцінки, методи рівня приязні);

– особистісні якості: методика Кеттела, Айзенка, Сонді).

**X. Дослідження сімейного дозвілля, інтересів, цінностей:**

*Методики:* «Опитувальник ціннісних орієнтацій», опитувальник «Інтереси та дозвілля».

**XI. У результаті аналізу всіх аспектів подружжя всі дані зводимо в психограму подружжя.**

У ній указується таке:

1. Зони конфлікту в подружній парі.
2. Потенційний ініціатор конфлікту в кожній із зон.
3. Рівень психологічної сумісності.
4. Загальний прогноз відносин у парі.
5. Рекомендації із корекційної роботи з парою та кожним окремо.

***Додаток В***

## Бланк підготовки до супервізії

| | |
|---|---|
| Прізвище психолога | |
| Дата супервізії | |
| Інформація про клієнта (стать,вік, сімейний статус, категорія*) | |
| Список наявних розладів та проблем клієнта | |
| Загальна кількість консультацій | |
| Використані шкали та діагностичні матеріали | |
| Звіт про перебіг консультацій/терапії (лаконічно): | |
| Якщо питання стосується групової роботи, зазначити її тип(психоедукаційна, навчальна, психотерапевтична, тощо) | |
| Запитання на супервізію та очікування (цілі) щодо даної супервізії | |
| Примітки/додаткові коментарі (при потребі): | |

*категорія: учасник бойових дій, ветеран АТО, член родини учасника/ветерана АТО, ВПО.

***Додаток Д***

# ПРАВИЛА ВІЙНИ

Люди, що довгий час перебували в умовах бойових дій, набувають нових якостей, їх світогляд змінюється. Ці якості допомогають вижити в екстремальних умовах, але можуть заважати повноцінно жити в мирних умовах. Кожен боєць та члени його сім'ї мають знати про ці «правила» та їх трансформацію в мирний період

## Знай свою територію

*Кожен боєць досконало знає не тільки місце свого перебування, але й розташування ворога. Знає ландшаф, звуки, запахи та чітко відслідковує зміни, що попереджають про небезпеку.*

| Бійцю | Цивільним |
|---|---|
| Ви можете використовувати свою спостережливість в мирній професійній діяльності | Слід повідомляти про всі зміни, що відбуваються в вашому житті: перестановка меблів, графік роботи, тощо. Не чіпати речі бійця без його згоди. |

## Зупинись в хаосі, подивися, що відбувається

*Якщо навколо щось незрозуміле – зупинись. Це допомогає визначити «свій-чужий», прийняти рішення для адекватної дії. При будь-яких заворушеннях впади і прижмись – так бійці виживають на війні.*

| | |
|---|---|
| В мирному житті немає чіткої різниці між добре-погано, тому важко зорієнтуватись, як діяти. Тому часто бійці «завмирають» перед телевізором чи в гаражі і не діють взагалі. Відслідковуй свої дії в часі: що ти зробив протягом дня? За тиждень? Під час відпустки? | З розумінням ставитись до поведінки бійця, не підганяти, просто бути поруч. Дати йому можливість адаптуватись. Сувмісно планувати дії на день, на тиждень. Розподіляйте обов'язки. Поступово передавайте «владу» чоловікові. |

## Дій, якщо відчуваєш загрозу

*Бистрі, рішучі дії допомогають вижити в небезпечних умовах. «Або ти, або тебе» – це правило закарбовується назавжди і навичка спрацьовує автоматично.*

| | |
|---|---|
| Попередь близьких про те, що ти тепер сильний і пруткий. Пам'ятай про попереднє правило, давай собі час на прийняття рішення. Тренуй інші свої здібності за допомогою усвідомленого дихання, медитації, самонавіювання, самоконтролю. | Будь пильним коло бійця: не можна вмикати світло чи голосну музику без попередження, входити в кімнату без дозволу, підходити ззаду, обіймати без попередження, будити дотиками (тільки здалеку і голосом). |

## Довіряй тільки перевіреному другу

*Бійці довіряють лише тим, з ким вижили в небезпечних умовах. Та близькі, родичі, друзі не входять до цього списку. А інші цивільні, взагалі це – «чужі»*

| | |
|---|---|
| Ваша недовіра може бути корисна в мирній професійній діяльності, наприклад, при патрулюванні чи ревізії. Але вам доведеться заново вибудовувати довіру з рідними та близькими. Успішність та тривалість цього процесу залежить тільки від вас. | Поставтесь з розумінням до недовіри вашої близької людини, будьте лагідними та поступливими. Не ототожнюйте поведінку бійця з ним самим. Любов та доброзичливість запорука налагодження взаємоіснування. |

## Ніяких почуттів та емоцій

*Щоб якісно виконувати бойові завдання, боєць має бути раціональним та дисциплінованим: ворога – бити, командира – слухати, побратиму – допомагати. Діяльність та поведінка бійця в екстремальних умовах різниться від норм, прийнятих в мирний час.*

| | |
|---|---|
| Пам'ятай, ти вижив тому, що був справжнім воїном. Але це інколи лякає цивільних. Почуття повернуться, якщо їх спонукати: дивись дитячі мультфіль- | Боєць, який повернувся, змінився. Інколи це зовсім інша людина і вам доведеться знайомитись заново. Дайте час собі і йому. Будьте доброзичливі та |

| | |
|---|---|
| ми, театральні вистави, відвідуй виставки живопису, спостерігай за дітьми чи тваринами – їх поведінка та почуття природні, справжні. Говори в голос про свої відчуття. Можна тренувати міміку перед дзеркалом. | люблячі. Щиро говоріть про свої почуття. Більше часу проводьте вдвох, бувайте на природі, спілкуйтесь з друзями та родичами, відвідуйте публічні заходи. Але робіть все поступово, неспішно. Вчіться разом. |

## Плануй наперед, будь непередбачуваний

*На кожен план А, має бути план В, на кожен план В, має бути план В1. Це допомогає орієнтуватись в екстримальних подіях та мати можливість пристосовуватись до несподіваних змін.*

| | |
|---|---|
| Бійці переносять в мирне життя ті навички які допомогли вижити в екстремальних подіях і це, інколи, розцінюють, як неадекватні дії. Але основною метою – є захист рідних та близьких людей. Розкажи їм про це, адже що цивільні можуть знати про виживання. | Поставтесь з розумінням до дій вашої рідної людини. Різка зміна планів, необгрунтовані заборони або прохання, незрозумілі для вас висновки – можуть означати лише бажання вберегти вас від неприємностей. Не перечте відразу, будьте поруч, допоможіть зорієнтуватись. Обговоріть це потім у спокійній обстановці. |

*Додаток Е*

# ПАМ'ЯТКА УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ЧЛЕНАМ ЇХНІХ СІМЕЙ

Психологічна допомога учасникам бойових дій повинна бути спрямована, насамперед, на допомогу у відрефлексуванні тих почуттів і переживань, які були накопичені. Учасникам зони воєнних дій потрібно повернутись у дострес овий стан. Тут головне – визволення бійців від почуття пережитого страху й провини. Якщо люди бачать смерть своїх товаришів, то почуття провини – закономірне, при цьому об'єктивні причини для нього можуть бути відсутні. Також важливо вивільнити бійця від почуття власної безпомічності, якщо він перебував в оточенні чи під обстрілом, не маючи можливості змінити ситуацію. Потрібно інформувати учасників бойових дій про закономірності нашої психіки, а саме: пояснити, що подібні почуття може відчувати людина, яка, наприклад, їхала по трасі на своїй легковій машині, а в неї врізалася вантажівка. Потрібно донести до бійців думку, що є речі, які нам не підвладні, і довіру до власних сил слід повертати. При цьому чим раніше вони усвідомлять, за що несуть відповідальність, а що виходить за межі людських можливостей, – тим краще.

Перебуваючи в зоні бойових дій, бійці особливо потребували підтримки з тилу. При цьому варто зауважити, що вони намагалися мінімально ділитися своїми переживаннями з родичами й близькими, тому що, пройшовши через бій, були впевнені, що їхні рідні просто не спроможні винести весь той жах, який вони носять у собі. Оберігаючи своїх близьких від переживань, учасники бойових дій таким чином дають можливість родичам залишатися підтримуючими й забезпечувати підтримку в подальшому.

Психологічна допомога учасникам зони воєнних дій повинна сприяти їх успішній адаптації до нових умов життя. Люди, котрі повернулись із війни, суттєво відрізняються від решти. У них зовсім інша система моральних цінностей, інший рівень духовного розвитку, при якому загострюються інтуїтивні відчуття нещирості взаємин,

фальші, корисливих намірів стосовно них. Термін «психологічна реабілітація» найбільш точно відображає процес і результати надання психологічної допомоги в процесі соціально-психологічної адаптації. Успішна психологічна реабілітація та ресоціалізація ґрунтується на трьох основних діях – спілкуванні, прийнятті бійця таким, яким він є, і допомозі фахівця.

Певних реабілітаційних заходів (насамперед, психологічної допомоги) потребують батьки й члени сімей учасників бойових дій, які самі перебували в психотравмуючій ситуації, очікуючи щоденно страшної звістки. Засобом реабілітації таких сімей можуть ставати Центри психологічної допомоги учасникам бойових дій та їхнім сім'ям. Саме на членів сім'ї випаде багато випробувань, щоб наново відновити довіру та втрачену близькість свого захисника, який повернувся із зони воєнних дій.

Серед заходів, які сприятимуть швидшому входженню бійця у звичне середовище, відновленню здатності до емоційних проявів, заслуговують на увагу правила, запропоновані співробітниками Науково-дослідного центру гуманітарних проблем ЗС України:

Поки боєць бере участь у воєнних діях, не розповідайте йому про свої страхи й тривоги, не плачте в трубку. Людина в зоні бойових дій живе на межі своїх можливостей. Якщо вона не матиме впевненості, що вдома все добре, то не зможе ефективно виконувати бойові завдання. Бійцю потрібно дати зрозуміти, що вдома чекають його якнайшвидшого повернення, за нього переживають, його люблять і знають, що він повернеться живий, здоровий та з перемогою. Переживання в сім'ях бійців неминучі, але градус хвилювання можна знизити, обмеживши доступ до ЗМІ й захистивши себе від повідомлень «усе пропало, всіх зливають». Є зв'язок із вашим сином/чоловіком/братом – із ним усе добре. На все інше краще не звертати уваги.

Вільний час краще витратити не на перегляд телевізора, а на будь-яку діяльність, пов'язану з наданням допомоги нашим солдатам. Наприклад, допомогу пораненим у госпіталі чи волонтерську діяльність. Займати свій час і думки потрібно роботою на перемогу. Не можна давати собі можливість лінуватися. Із ліні й часу на вільну філософію на політичні теми нічого доброго не вийде. Краще перехо-

дити від слів до дії. Від маленького кроку окремої людини складається загальний настрій сім'ї, вулиці, міста та країни.

Найскладніше в поточній ситуації матерям військових. Багато хто з них часто опиняється на межі відчаю. Для них украй важливо, щоби поруч була присутня людина, яка морально сильніша й здатна контролювати емоції. Дайте їм зрозуміти, що поруч є хтось, хто може підтримати та допомогти.

Варто завчасно усвідомити, що боєць, який повернувся із зони бойових дій, – це вже інша людина, яка отримала унікальний досвід. Його потрібно прийняти разом із новими поглядами, знайомствами, проблемами, страхами та, можливо, проявами агресії. Повернення до мирного життя може затягнутися, але без любові, турботи, тепла й найголовніше – прийняття сім'ї – воно стане практично неможливим.

Пам'ятайте: людина, котра пройшла війну, стала набагато сильнішою, мудрішою та досвідченішою. Він повернувся. Живий. Повернувся саме до вас. Усе інше – труднощі, які можна пережити, якщо ви націлені на те, щоб прожити з людиною подальше спільне щасливе життя.

Не відгороджуйтеся. В іншому випадку боєць залишається сам на сам зі своїми спогадами, які інколи є небезпечними для психічного здоров'я. Це призводить до внутрішнього конфлікту, який буде поступово посилюватися. У підсумку виходів із нього може виявитися багато, й усі вони будуть деструктивні для особистості та соціуму.

Слухайте його. Це – важливо. Боєць повинен зрозуміти, що поруч із ним – його рідна людина, яка прийме його будь-яким. Він повинен зрозуміти, що є потрібним. Багато хлопців закриваються в собі, якщо бачать, що дружина відкидає його новий досвід і каже, що не хоче чути про вбивства й кров. Але він-то цього не може забути, а поділитися йому більше немає з ким. Відсутність цієї можливості може спровокувати серйозні проблеми з психікою. Дім повинен стати для нього місцем, де можна розслабитися та розкритися.

Забороніть собі ображатися. Не можна не будувати здогади: «...він зі мною не говорить, тому що...». Не можна ставити себе в роль жертви. Людина була в ситуації, де все по-справжньому. У зоні бойових дій немає тієї дипломатії, до якої ми звикли в повсякденному

житті – там щось не скажи, тут посміхнися, умовності збережи, так себе не поведи. Боєць налаштований категорично, він так звик. Через це можуть виникати конфлікти.

Щоб чоловік швидше адаптувався, його потрібно залучати в повсякденне життя. Він повинен розуміти, що він потрібен тут і не є тягарем. В іншому випадку у свідомості бійців виникає розлом: там він герой, а тут дружина робить усе сама, щоб він начебто відпочив. Ні в якому разі не можна його жаліти – потрібно залучати до побутових питань у міру готовності.

Якщо немає різко агресивних форм поведінки, не можна відгороджувати дітей від батька. Дитина – це додаткова ниточка, яка прив'язує бійця до реального життя. Діти розуміють більше, ніж вам здається. Їхня участь і співпереживання можуть стати для учасника бойових дій рятівними.

Якщо близькій вам людині, яка брала участь у воєнних діях, починають снитися кошмари – зверніться до психотерапевта або психолога. Вони допоможуть створити комфортні умови, які сприятимуть усвідомленню безпеки. Наприклад, боєць повернувся додому без видимих фізичних ушкоджень. Однак коли дружина вимикала світло й вони лягали спати, йому здавалося, що поруч сепаратист, який може його задушити. Він починав захищатися. Ситуацію врятувала порада психолога, щоб залишати увімкнутим нічник. Людина прокидається від кошмару, дивиться по сторонах, бачить, що вона вдома, життю нічого не загрожує, ніяких сепаратистів немає, а поруч – кохана дружина.

Усвідомлення того, що поруч кохана дружина, змінює розуміння того, що поруч – бажана дружина. Нерідко учасники бойових дій кажуть, що зникає сексуальний потяг і з'являється агресивний настрій. Із цим можна впоратися, якщо підходити до чоловіка збоку, супроводжуючи це голосом. Ласкаво погладжуйте спину й плечі, ніжно обіймайте. Його потрібно поступово привчати, що вся небезпека минула та удару в спину не буде.

Якщо чоловік не виносить фізичних контактів у принципі, приготуйтеся до того, що потрібно поступово, день за днем, можливо – тиждень за тижнем, налагоджувати контакт. Чоловік має відтанути.

Згадайте, як годували в парку білочок. Ви простягає їй руку з горіхами і чекаєте, поки вона не зрозуміє, що ситуація безпечна, а ви бажаєте їй добра – хочете погодувати її саме зі своєї руки. Із людиною – той самий механізм. Чоловікові потрібно дати зрозуміти, що він може прийти до вас у будь-який момент. Ось ваша рука, ви поруч і будете чекати стільки, скільки потрібно, щоб він зміг простягнути свою руку у відповідь.

Буває, що людина, яка повернулась із зони бойових дій, довго мовчить, але в якийсь момент зривається й починає трощити все навколо. У таких ситуаціях потрібно максимально намагатися прибрати всі колючо-ріжучі предмети, щоб вони не потрапили під руку, обмежити перебування людини на кухні. Постаратися зацікавити її більшу частину часу проводити в інших приміщеннях.

При проявах агресії на словах намагайтеся говорити з людиною спокійно. Буде дуже складно, тому що всередині все закипить, але піддаватися на цю агресію не можна. Потрібно своєю поведінкою, інтонацією й реакцією давати зрозуміти, що ви усвідомлюєте, як йому важко, або що вам складно це зрозуміти, але від того, що на вас кричать, зрозуміліше не стає.

Агресія рідко виникає в колі сім'ї. Переважно це відбувається в компаніях – хтось сказав «зайве» слово, неправильно зрозумів, неправильно подивився. Якщо ви бачите, що ваш чоловік/брат/друг починає заводитися, постарайтеся заручитися підтримкою друзів, які поруч, і вивести людину із зони ризику. Якщо в компанії з'являється людина, яка може спровокувати бійця на конфлікт (це завжди помітно), то потрібно зробити все можливе, щоб уникнути такої ситуації.

Якщо прояви агресії супроводжуються зловживанням алкоголю – варто негайно звертатися до фахівців, тому що спиртне гарантує непередбачуваність у будь-якому стані.

Якщо людина приїхала із зони бойових дій нетвереза й не тверезіє кілька днів і це не властива їй поведінка – відразу звертайтеся до нарколога або психотерапевта. Коли в близької вам людини виникає абстинентний синдром – похмілля – це залежність. На наступній стадії похмілля не з'явиться – це означає, що організм уже не пручається, людині потрібно вкрай мала кількість алкоголю, щоб прийти в стан

ейфорії. Це вже не побутовий алкоголізм, це залежність, яку потрібно лікувати терапевтично. Те саме стосується залежності від легких наркотиків, її потрібно лікувати у фахівців.

Багато бійців, які брали участь у воєнних діях, скаржаться на болі в спині. У цьому випадку варто пройти обстеження – носіння бронежилета й переміщення на бронетехніці тривалий час може стати причиною проблем із хребтом. Якщо не знайдені якісь фізичні проблеми в ході обстеження, то травма є психосоматичною. З нею теж потрібно звертатися до фахівців. Корисні будуть розслаблюючі масажі, фізіотерапевтичні процедури, плавання, гімнастика.

Якщо боєць не хоче звертатися до психолога або психотерапевта, хоча ви бачите, що йому потрібна допомога, то фахівець повинен прийти до нього. Можна змоделювати ситуацію, коли у вашому колі спілкування з'являється людина, котра встановить довірчі взаємини з бійцем і допоможе йому усвідомити деякі моменти в його поведінці.

Проведіть лікнеп. Поясніть, що психолог – це не людина-енциклопедія. Психолог – це людина, яка працює зі здоровими людьми, які потрапили в складні ситуації.

Якщо людина не хоче йти до психолога, але готова йти на сповідь до духівника – ідіть до церкви. В окопах атеїстів немає.

***Для нотаток***

***Для нотаток***

***Для нотаток***

Навчальне видання

**Федоренко** Раїса Петрівна

# ПСИХОЛОГІЯ СУЇЦИДУ

*Навчальний посібник*

Видання друге, змінене та доповнене

Друкується в авторській редакції
Верстка *Ілони Савицької*

Формат 60х84 1/16. Обсяг 30,22 ум. друк. арк., 30,01 обл.-вид. арк.
Наклад 300 пр. Зам. 142. Видавець і виготовлювач – Вежа-Друк
(м. Луцьк, вул. Шопена, 12, тел. + 38 066 936 25 49).
Свідоцтво Держ. комітету телебачення та радіомовлення України
ДК № 4607 від 30.08.2013 р.