

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Тернопільський національний економічний університет

Юридичний факультет

Кафедра соціальної роботи

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

до магістерської роботи

на тему:

*Особливості психологічної допомоги
особам із суїцидальними схильностями*

Виконала: студентка V курсу, групи СРзм-51
галузі знань 1301 – „Соціальне забезпечення”,
спеціальності 8.13010201 „Соціальна робота”
Узіюк Юлія Леонідівна

Керівник: к.психол.н., доц. Гірняк А.Н.

Рецензент: _____

ТЕРНОПІЛЬ-2014

ПЛАН

ВСТУП

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СУЇЦИДУ ЯК СКЛАДНОГО СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ФЕНОМЕНУ

1.1. Категорійно-понятійне поле дослідження самогубства

1.2. Філософсько-антропологічний та релігійно-теологічний аспекти проблематики суїциду

1.3. Соціологічний та психологічний аспекти вивчення суїцидальної активності

Висновки до першого розділу

РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ЗОВНІШНІХ І ВНУТРІШНІХ ДЕТЕРМІНАНТ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

2.1. Типологія соціальних чинників суїцидальної поведінки

2.2. Психологічні передумови виникнення суїцидального наміру

2.3. Стадії розгортання суїциду як складного поліетапного процесу

Висновки до другого розділу

РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ СХИЛЬНОСТЕЙ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

3.1. Проект Центру психологічної допомоги для осіб із суїцидальними схильностями

3.2. Емпіричні результати діагностично-профілактичної роботи спрямованої на виявлення та попередження суїцидальної поведінки серед студентів ВНЗ

Висновки до третього розділу

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ДОДАТКИ

**Науковий керівник,
к.психол.н., доцент**

А.Н. Гіряк

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ СУЇЦИДУ ЯК СКЛАДНОГО СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ФЕНОМЕНУ	8
1.1. Категорійно-понятійне поле дослідження самогубства.....	8
1.2. Філософсько-антропологічний та релігійно-теологічний аспекти проблематики суїциду.....	17
1.3. Соціологічний та психологічний аспекти вивчення суїцидальної активності.....	27
Висновки до першого розділу.....	37
РОЗДІЛ II. ДОСЛІДЖЕННЯ ЗОВНІШНІХ І ВНУТРІШНІХ ДЕТЕРМІНАНТ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ	40
2.1. Типологія соціальних чинників суїцидальної поведінки.....	40
2.2. Психологічні передумови виникнення суїцидального наміру.....	47
2.3. Стадії розгортання суїциду як складного поліетапного процесу.....	56
Висновки до другого розділу.....	66
РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ СХИЛЬНОСТЕЙ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ	69
3.1. Проект Центру психологічної допомоги для осіб із суїцидальними схильностями.....	69
3.2. Емпіричні результати діагностично-профілактичної роботи спрямованої на виявлення та попередження суїцидальної поведінки серед студентів ВНЗ.....	78
Висновки до третього розділу.....	86
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ	88
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	91
ДОДАТКИ	98

ВСТУП

Суїцид як саморуйнівна форма поведінки відомий людству давно. Численні випадки суїцидів зафіксовано в історичних джерелах різних епох та народів. Суїцид – популярна сюжетна лінія в міфах, легендах, народних піснях, авторських художніх творах та сенсаційна тема для ЗМІ. Рідко хто не стикався з цією проблемою в колі своїх знайомих.

За даними ВООЗ в світі щороку скоюється більше мільйона явних завершених самогубств та кілька мільйонів суїцидальних спроб. Ряд дослідників вважає, що цієї статистики варто віднести значну частину зафіксованих нещасних випадків, зокрема, утоплень, падінь з висоти, отруєнь тощо.

В різних народів, соціальних груп та окремих особистостей ставлення до суїциду неоднозначне, але переважно негативне.

Актуальність теми дослідження. Актуальність роботи визначається двома групами факторів.

По-перше, новітніми дослідженнями доказано, що причиною переважної більшості спроб самогубства, особливо серед молоді, є не бажання померти, а прагнення змінити своє становище та взаємовідносини з оточуючими. Крім того суїцидні настрої часто нетривалі в часі і зумовлені психологічною та фізичною ослабленістю особи. Тому вчасна кваліфікована психологічна допомога може багатьох убезпечити від трагічного виходу з нестерпного (як їм здається) становища.

По-друге, Україна відноситься до групи країн з високим рівнем суїцидальної активності, а профілактична робота в даній сфері, як державними структурами, так і громадськими організаціями проводиться недостатньо. Усугубляють становище стрімкі зміни та ризикові явища в економіці та інших сферах суспільного життя. Неможливість задовольнити значущі соціальні потреби породжує зростання девіантної поведінки та суїцидальної активності серед усіх вікових та соціальних груп населення.

Аналіз останніх досліджень з піднятої тематики. Питанням суїциду займалися видатні вітчизняні і зарубіжні науковці. Зокрема соціологічні аспекти явища суїциду розкриті у працях Е. Дюркгейма, морально-етичні чинники піднятої проблематики ґрунтовно досліджував І. Сікорський, а психологічні особливості суїцидальної поведінки стали предметом дослідження цілої плеяди науковців, серед яких З. Фройд, К. Меннінґер, К. Юнг, К. Хорні, А. Амбрумова, В. Бехтерев, В. Москалець, Л. Шестов та інші.

Мета дослідження – виявлення основних чинників і передумов вчинення суїциду та розробка проекту Центру психологічної допомоги для осіб із суїцидальними схильностями.

Гіпотези дослідження: суїцидальну поведінку можна діагностувати та попередити ще на етапі суїцидального наміру; суїцидальна поведінка студентів ВНЗ має свою специфіку і потребує особливої програми для її психологічної корекції.

Для досягнення мети необхідно виконати наступні **завдання:**

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз суїциду як складного соціально-психологічного феномену.
2. Дослідити та виокремити зовнішні та внутрішні детермінанти формування суїцидальних ідеацій.
3. Описати основні стадії суїциду як складного поліетапного процесу.
4. Створити проект Центру психологічної допомоги для осіб із суїцидальними схильностями як спеціалізованого формування психологічної служби ТНЕУ.
5. Провести дослідження суїцидальних схильностей студентської молоді ТНЕУ.

Об'єктом дослідження є суїцид як складний соціально-психологічний феномен.

Предметом дослідження є особливості суїцидальної поведінки у студентському середовищі.

Методи наукового пошуку. Для досягнення мети та вирішення основних

завдань дослідження були використані критичний та теоретико-методологічний аналіз, науковий синтез, проектне моделювання, категоризація, статистичні методи опрацювання емпіричних даних, класифікація та систематизація, порівняння, узагальнення, рефлексія, програмування. Також були використані діагностична методика особистісної адаптованості А.В. Фурмана, основою якої є тест-опитувальник «Наскільки адаптований ти до життя?», методика К. Леонгарда-Г. Шмішека для визначення типу акцентуації.

Практична значущість одержаних результатів дослідження. Одержані у ході проведеної науково-дослідницької роботи результати мають важливе прикладне значення, а саме розроблено проект Центру психологічної допомоги для осіб із суїцидальними схильностями на рівні Тернопільського національного економічного університету, який дає змогу знизити прояви суїцидальної поведінки студента, допомагає йому в адаптації до нових умов життя, навчає ефективним моделям поведіння, надає підтримку і якісну особистісно зорієнтовану психологічну допомогу.

Апробація результатів. Основні результати проведеного дослідження опубліковані у формі тез та виголошені на Загальноуніверситетській студентській науковій конференції 2014 року у Тернопільському національному економічному університеті (ТНЕУ). Водночас окремі результати проведеної науково-дослідницької роботи використано професорсько-викладацьким складом кафедри соціальної роботи при розробці робочої програми і викладанні навчальної дисципліни «Суїцид та його профілактика».

Структура роботи. Структура магістерського дослідження включає вступну частину, три розділи, загальні висновки, перелік використаних джерел і додатки. Сукупний обсяг науково-дослідницької роботи становить 111 сторінок, обсяг основної частини викладено на 90 сторінках. У магістерській роботі подано 5 таблиць. Список використаних джерел становить 74 одиниці.

РОЗДІЛ I

ЗАГАЛЬНОТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СУЇЦИДУ ЯК СКЛАДНОГО СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ФЕНОМЕНУ

1.1. Категорійно-понятійне поле проблематики суїциду

Суїцид (лат. *sui* – себе і *caedere* – вбивати) — 1) навмисне позбавлення себе життя, саморуйнівна форма поведінки; [65, с. 13] 2) навмисне самоушкодження зі смертельним фіналом [59, с. 8].

Суїцид — це смерть суб'єкта, яка з різних причин є результатом усвідомленого вчинку самого самогубця. Самогубство — це усвідомлена добровільна смерть, яка притаманна тільки представникам людського роду.

З позицій сучасних вітчизняних і зарубіжних концепцій суїцид розглядається як складна психологічна та соціальна проблема, на яку впливають як зовнішні фактори складного соціального та природного середовища, так і внутрішні чинники: психологічна адаптивність, рівень стресостійкості, агресивність, потяг до самодеструкції тощо.

Детермінантами суїцидальної поведінки виступає певна сукупність факторів, які спричинюють так званий передсуїцидальний стан, пов'язаний із труднощами і збоями у психологічному житті особистості, що настають раніше, ніж сама суїцидальна поведінка і власне суїцид.

Суїцидальна поведінка — поняття значно ширше суїциду. Воно включає суїцидальні думки, уявлення, переживання, задуми та наміри, замаху, спроби та прояви, тобто такі зовнішні або внутрішні форми психологічної активності, які спрямовані на уявлення про добровільне позбавлення себе життя. Внутрішні форми суїцидальної поведінки характеризуються наявністю суїцидальних думок, уявлень, переживань, задумів та намірів. До зовнішніх форм належать — суїцидальні прояви, замаху та спроби [59, с.71].

Суїцидальній поведінці передують пасивні роздуми про цінність життя, відсутність задоволення, щастя, уявлення про власну смерть, тобто антивітальні переживання та тенденції. Такі думки виникають практично в кожній людині, але не у всіх вони переходять у суїцидальні тенденції.

Сучасна наука виділяє декілька етапів суїцидальних проявів. Для першого етапу характерними є уявлення та фантазії щодо власної смерті, але суб'єкт відкидає свою безпосередню участь в добровільній смерті, спираючись на будь-які зовнішні обставини. На другому етапі з'являються активні форми суїцидальних задумів. Суб'єкт розмірковує про способи, час, місце здійснення самогубства, види, наслідки та інші пов'язані з цим обставини. Більшість суїцидентів попереджають оточення про суїцидальні наміри у вигляді натяків, або в жартівливій формі. Відкриті та публічні вислови про самогубство не сприймаються оточенням серйозно, як справжнє попередження про можливу біду. Третій етап включає суїцидальні наміри, які із поєднанням вольового компоненту призводять до появи зовнішніх форм суїцидальної поведінки: замахів, спроб і власне суїциду.

Пресуїцидальний період може мати різну тривалість: хвилини від виникнення суїцидальних думок до спроби здійснення суїциду, що має назву гострий пресуїцид, місяці та роки — хронічний пресуїцид. У гострому пресуїциді суїцидальні думки з'являються відразу, їм не передують антивітальні тенденції та пасивні думки.

Суїцидальний акт має дві фази: зворотну, під час якої самогубець сам або з допомогою інших припиняє спробу, і незворотну, котра призводить до фатальних наслідків [5, с.23].

Індивідуальність кожної людини і кожного суїцидента спричинює неоднакове ставлення до необхідності смері та можливості її відвернути. Німецький науковець Е. Шнейдман розрізнув чотири типи суїцидентів: шукачі смерті, ініціатори смерті, заперечувачі смерті і гравці зі смертю, наділивши кожну групу певними рисами та особливостями. Люди, що належать до шукачів смерті цілеспрямовано підходять до питання самогубства, їх наміри тверді і

непорушні. Ініціатори — це суїциденти (переважно невеликовно хворі), котрі актом самогубства лише пришвидшують невідворотну близьку смерть. Заперечувачі смерті під час добровільної відмови від життя керуються складними роздумами про сенс кращого існування в іншому світі. До даної групи належать члени релігійних сект, діти, окремі психічно хворі люди та інші самогубці. У гравців зі смертю почуття до власного життя та його припинення характеризується неоднозначністю та суперечливістю.

Виникнення суїцидальних задумів може розвиватися за трьома варіантами: імпульсивним, розгорнутим, змішаним. Перший — імпульсивний тип характеризується раптовістю і швидкістю появи суїцидального наміру, незалежно від попереднього стану психіки людини. Він може призвести до “блискавичного” суїциду, а також бажання померти може швидко зникнути.

До імпульсивного задуму про суїцид не завжди приєднується намір і вольові дії, а, отже, поява думок про добровільну смерть супроводжується появою антисуїцидальних роздумів, що в кінцевому результаті не призводить до миттєвої реалізації задуманого. Імпульсивний тип суїцидальних задумів переростає в розгорнутий. Змішаний тип виникає в умовах боротьби мотивів, намірів про суїцид і антисуїцидальних факторів. Іноді ця боротьба не виникає, і розвиток суїцидального задуму полягає у виборі самого способу самогубства.

Результатом активної свідомої розумової діяльності людини в критичній ситуації, з якої вона не знаходить виходу, може стати поява суїцидального наміру. Наявність складної ситуації і переважання її у внутрішньому житті суб'єкта завжди призводить до роздумів та пошуку варіантів виходу із даної ситуації, що визначає активну діяльність свідомості, а рішення про самогубство як результат цієї діяльності — єдиний правильний шлях в умовах, що склалися. Саме в свідомості особистості здійснюється переробка реальних або самостійно створених кризових ситуацій. Переважання пасивних думок та переживань, пов'язаних із критичною ситуацією, яку неможливо вирішити в рамках пануючої системи норм та цінностей суспільства, є важливим елементом формування суїцидальної поведінки. Усвідомлення кризової ситуації, навіть

логічне обґрунтування виникнення суїцидального задуму, не завжди є основною причиною здійснення суїциду. Мотиви суїциду та його основні детермінанти не завжди співпадають. Мотиви зазвичай суїцидент усвідомлює, а дійсну причину суїциду знайти значно важче, як самому самогубцю, так і лікарям та психологам, що займаються конкретним випадком суїциду. В психічному житті суїцидента існують як усвідомлювані, так і несвідомі переживання. Зазвичай важливу роль у формуванні суїцидального задуму відіграє несвідома психічна активність. Формування суїцидального задуму здійснюється за активної роботи свідомості. Але при імпульсивному чи змішаному типі формування суїцидальних задумів, думки про добровільну смерть з'являються й поза активною діяльністю свідомості. Індивідуальне сприйняття кризової ситуації визначає несвідомі переживання, формує настрій, але не відбивається на змісті свідомості. Можуть виникати суїцидальні думки, які не мають прямого відношення до логічного розвитку усвідомлених переживань.

Особливості поведінки та конкретні вчинки людини в пресуїцидальному періоді дають можливість оцінити виразність та рівень суїцидального наміру. Про характер суїцидальних намірів можна судити з огляду на такі особливості поведінки як відсторонення від оточення, часте перебування людини “сама з собою”, передача близьким улюблених предметів, прощання з ними, складання заповітів та написання прощальних листів, тобто підготовка до власної смерті.

Варто зауважити, що в реальному житті рідко коли вдається визначити характер суїцидальних задумів та час їх реалізації. Важко оцінити всі сторони суїциду за відсутності даних про характер переживання людини в пресуїцидальному періоді. Суїцидент часто приховує наміри про самогубство. Оцінка самого суїциду іншими не є достовірним джерелом для суїцидологічного аналізу, але водночас така інформація є важливою для спеціаліста, що вивчає конкретний випадок самогубства.

А.Г. Амбрумова в розвитку постсуїцидального стану виділяє три періоди: найближчий постсуїцид — сім днів після спроби самогубства; ранній

постсуїцид — від семи до тридцяти днів після здійсненої спроби; пізній постсуїцид — 4 та 5 місяців після замаху на власне життя [11, с. 67].

У перші дні після спроби самогубства людина переоцінює цінності, відбувається усвідомлення здійсненого, формування до нього певного ставлення.

Після здійсненої спроби самогубства у людини з'являються соматоневрологічні ускладнення, зрушення як в самій психіці, так і в характері відносин з іншими. Психічний світ людини сповнений емоційними переживаннями, суперечностями, потрясіннями, що пов'язані з реакціями на спробу суїциду. Характер емоційного реагування у всіх суїцидентів різний. Це характеризується особливостями пресуїцидального стану, важкістю соматоневрологічних наслідків, збереженням чи зникненням бажання накласти на себе руки. Також на емоційний стан людини після спроби суїциду можуть впливати інші фактори особливого чи випадкового характеру. Покращенням емоційного стану може слугувати раціональне осмислення здійснення спроби суїциду, як крайньої форми вирішення проблеми, та перегляд системи цінностей, поглядів у нових умовах. Складнішою є оцінка постсуїцидального стану суїцидента при збереженні смислового конфлікту, коли динаміка психічних переживань може мати будь-який характер, навіть, включати попередні суїцидальні тенденції [48, с.196].

Науковці виділяють істинний, афективний та демонстративний суїцид.

Істинний суїцид — це обдумане, правдиве бажання померти. Він не може проявитися спонтанно, адже такому типу суїциду завжди передують розмірковування про сенс життя, депресивні тенденції, пригнічені почуття та думки про смерть. Пресуїцид характеризується тривалістю і поступовістю. Нечіткі суїцидальні переживання з'являються за рік-півтора до вчинення першої спроби самогубства. В суїцидента відсутнє бажання жити, але не спостерігається явний потяг до смерті. Його хвилюють питання “Чому люди бояться смерті?”, “Чого в житті немає нічого хорошого?”, “Чого я маю так жити?” і т.д. Потенційні самогубці відчувають нестерпність життя, але в

свідомості міркування про добровільну смерть не виникають. Наступний етап вже включає роздуми про можливість смерті внаслідок вчинення самогубства. За декілька тижнів або днів до здійснення суїциду з'являється внутрішня готовність. Психічний світ людини сповнений парасуїцидальними переживаннями, фантазіями про власну смерть, але паралельно надія на покращення ситуації ще присутня. Відтак, суїцидальним тенденціям притаманна мінливість.

В наступному етапі спостерігається виникнення у самогубця суїцидальних задумів. Він сумнівається в правильності думок, але заодно обмірковує спосіб суїциду. До виникнення суїцидальних намірів проходить приблизно від години до двох-трьох днів.

Безпосередньо перед здійсненням суїциду в людини спостерігається важкий депресивний стан: відчаю, втоми, душевного болю, пригніченості, нестерпності існування.

Суїцидальні наміри остаточно формуються внаслідок результату якоїсь конкретної події, а сам суїцид — це відповідь на дану критичну подію. Іноді суїцидальна спроба здійснюється неусвідомлено, людина використовує будь-які побутові предмети, щоб покінчити з життям. Суїцидент прагне запобігти стражданню, а не померти. Він фантазує про реакцію близьких та рідних після його смерті, готується ніби спостерігати за поведінкою оточуючих, не задумуючись про реальні наслідки самогубства [24].

Афективний суїцид характеризується коротким пресуїцидальним періодом, рішення про самогубство виникає раптово, афективно. Емоційний стан особистості важкий і психіка переповнена відчуттями страху, болю, збудження і нестерпності існування. Суїцидент переживає амбівалентні почуття по відношенню до суїциду. Він хоче вирішити проблему, але боїться смерті. До спроб суїциду не завжди призводить конкретна подія, привід. Самодеструктивні акти здійснюються у відповідь на нестерпну, невирішувану, критичну, на думку суїцидента, ситуацію.

Афективний суїцид здебільшого здійснюється не демонстративно, а

наодинці, без очевидців. Сенс афективного суїциду полягає в “протесті” проти ситуації, “уникненні страждання”, присутній елемент “звернення”. В психіці переважає збудження, кульмінація якого проявляється у вчиненні аутоагресивних вчинків, які спрямовані на зняття напруги.

При афективних спробах суїциду особа часто не розуміє кінцевий результат власних дій — смерть. Думки про смерть пасивні, поверхневі, формальні. У випадку афективної спроби суїциду, людина чекає на допомогу від інших.

Демонстративний суїцид — це самодеструктивні дії, які не пов'язані з бажанням смерті. Це намагання звернути увагу на власну проблему, заклик допомоги, можливо спроба шантажу. Фатальний результат у більшості випадків є наслідком випадкового збігу обставин. Пресуїцид демонстративного виду суїциду короткий, триває від декількох хвилин до години. Самогубець часто задумується чи правильними є його можливі аутоагресивні дії. Передусь спробі конкретний привід. Людина керується не депресивними емоціями, а відчуттям жалості до себе, образою, страхом, агресією. Глибокі емоційні переживання не спостерігаються, а афект присутній.

Демонстративний суїцид не є обдуманим раціональним рішенням проблеми. Людина впевнена, що вона не помре, а вчинком справді приверне увагу значущих ближчих і ситуація нестерпності минеться. Часто суїцид здійснюється в присутності інших, які вже повідомлені раніше про наміри суїцидента.

Науковці виділяють четвертий тип суїциду — прихований. Прихований суїцид — це тип суїцидальної поведінки, який не є прямим та не відповідає буквальному визначенню поняття “суїцид”. Це ризикована поведінка, гра зі смертю. Прикладами можуть бути захоплення екстремальними видами спорту, вживання небезпечних для організму препаратів, наркотиків, ризиковане водіння автомобіля, азартні ігри та інші. Приховані суїциденти постійно прагнуть небезпеки [18].

Наступна класифікація самогубних схильностей виділяє: маніакальний,

меланхолійний, нав'язливий та імпульсивний суїцид.

Самогубство може бути здійсненим на основі галюцинацій чи хворобливих уявлень. Суїцид для хворого — це уникнення нав'язливого страху, небезпеки, ганьби. Манія, в даному випадку, стає причиною добровільної смерті. Хвороба характеризується наявністю мобільності. Простежується швидкий темп змін суперечливих думок хворого, стану його психіки, мотивів, від яких залежить здійснення суїциду. Народження галюцинацій, хворобливих нав'язливих ідей стають поштовхом до суїциду. Стан психіки швидко змінюється, і якщо спроба виявилася невдалою, суїцидент протягом певного періоду до неї не повертається. Нова спроба самогубства буде спричинена новим мотивом. Зміни стану психіки відбуваються через різні, навіть незначні події та інциденти.

Меланхолійний суїцид характеризується наявністю в хворого депресії, гіпертрофованого смутку, відчаю, безнадії. Стосунки з іншими складні і зазвичай не влаштовують суїцидента. Життя безбарвне, болісне, безутішне. Стабільність даного стану, визначальних мотивів стають поштовхом до появи думок про смерть та потягу до самогубства. Смуток і відчай супроводжують стабільні галюцинації, нав'язливі ідеї та страхи. При меланхолійному суїциді хворі готуються до власної смерті: знаходять знаряддя, продумують місце, час, проявляючи в багатьох випадках неймовірну винахідливість. Якщо в маніяків спостерігаються нестійкі, змінні мотиви, то меланхолійного типу люди вирізняються стійкістю мотивів та тривалим напруженим станом психіки, що спричинює потяг до самогубства.

Нав'язливий суїцид — вид самодеструктивної поведінки, який характеризується відсутністю чітких мотивів, а спричинений раптовою появою нав'язливої ідеї в свідомості хворого, котра керує його поведінкою. Суїцидент розуміє, що реальної причини для самогубства немає, але свідомість повністю поглинута бажанням заподіяти собі смерть. Нав'язливий суїцид інстинктивний, не підкоряється ні законам логіки, ні здоровому глузду. Хворий усвідомлює абсурдність бажання самогубства і спочатку намагається боротися з проблемою,

але боротьба призводить до появи тривожного відчуття, суму, сила яких збільшується з дня на день. Саме тому інколи цей тип суїциду іменують як тривожний. Спроба суїциду може вгамувати хворобливе бажання померти, адже суїцидент реалізував прагнення.

Імпульсивний суїцид також немає справжнього мотиву та причини, виникає раптово та несподівано. Період розвитку пресуїциду короткий, думки про смерть відразу переходять до самодеструктивних дій. Даний тип суїциду схожий до маніакального, але в ньому відсутні хворобливі уявлення і логічні передумови. Поштовхом до суїцидальних дій можуть бути навіть прогулянка над прірвою, або вигляд леза. Часто сам самогубець не розуміє і не усвідомлює власний потяг і дії, а після невдалої спроби не може пояснити причини, які штовхали до самовбивства [51].

Українські дослідники визначили основні мотиви суїциду:

1. Пошук допомоги — люди, схильні до суїциду не хочуть вмирати, а прагнуть отримати любов, увагу, розуміння, звільнитися від відчуття безнадії, проблем, смутку.
2. Безнадійність — впевненість у безглуздісті життя, втрата всіх мрій та неможливість змінити життя, покращити ситуацію.
3. Множинні проблеми — велика кількість проблем здаються людині невіршуваними, шляху виходу із критичної ситуації немає.
4. Намагання помститися і зробити боляче іншим.
5. Один із способів розв'язання проблеми — самогубство як вихід із проблемної ситуації; полегшує життя інших людей [70, с. 231].

Шнейдман виокремив 5 груп психологічних потреб людини, незадоволення яких пояснює суїцид:

- 1) незадоволена потреба в любові та прийнятті, бажання підтримки та прив'язаності;
- 2) проблеми із контролем, передбачуваністю та організованістю, які мають зв'язок із фрустрованими потребами в досягненні автономії, порядку і розуміння;

3) неадекватна самооцінка внаслідок сорому, поразки, пов'язана із фрустрованими потребами в самовиправданні, прив'язаності;

4) втрата важливих відносин з іншими, важке відчуття цієї втрати — пов'язані із фрустрованими потребами у піклуванні про інших;

5) гнів, лють та ворожість — пов'язані з фрустрованими потребами в домінуванні, агресії і протидії [73, с. 149].

В зоні підвищеного суїцидального ризику знаходяться особи:

1. Спадкові самогубці — самоушкодження суб'єктів пов'язані із здійсненням суїцидів членами сім'ї, близькими.

2. Психічно хворі люди — наявність психічних захворювань, невротичних розладів.

3. Особи із особливими потребами (інваліди) — фізична неповноцінність (вроджена чи набута) як причина неповноцінного життя і бажання заподіяти собі шкоду.

4. Важкі підлітки — саморуйнівна поведінка спричинена наявністю девіацій: алкоголізму, токсикоманії, наркоманії. Підлітки вступають у ранні статеві зв'язки. Самоствердження і самоактуалізація відіграють важливу роль у даному середовищі.

5. Обдаровані особистості — несприйняття і нерозуміння іншими проблем, бажань суїцидента.

6. Безпритульні — поєднання несприятливих соціальних та психологічних факторів, що призводить до самогубства.

7. Жертви насилля та інші.

1.2. Філософсько-антропологічний та релігійно-теологічний аспекти проблематики суїциду

Пошук сенсу життя пронизує всю історію людства. Випадки самогубства траплялися в будь-якій країні і культурі. Своєрідність цієї проблеми така, що, стосуючись найдавніших філософських, етичних, соціальних проблем, вона збереже свою значимість і в майбутньому.

Розповіді про випадки добровільного відходу від життя були знайдені в міфології Стародавніх Греції, Китаю, Японії, Слов'янських народів. Про самогубство писали філософи, психологи, лікарі, соціологи, письменники та інші.

В греко-римській культурі до самогубства відносилися неоднозначно. Для греків і римлян свобода була одна із провідних ідей у філософській думці. Суїцид відповідно був пов'язаний з розумінням і трактуванням свободи, як можливості самостійно контролювати власне життя і самостійно приймати рішення: жити чи померти. Свобода тісно пов'язана з творчістю, а самогубство вважалося креативним актом.

Ставлення давньогрецьких філософів до здійснення суїциду розділяють на три групи. Погляди Піфагора і Арістотеля відмінні поглядам епікурійців, кініків і стоїків, Платон і Сократ займають проміжну позицію.

Для Піфагора світ сповнений гармонії, а музика і число — найважливіші компоненти. Суїцид — це злочин, який не відповідав математичній дисципліні навколишнього світу, а навпаки вносив дисонанс і порушував симетрію буття. Арістотель вважав, що смерть приходить сама у той час, який має прийти, а самогубство — це прояв боягузливих і малодушних людей, навіть якщо воно рятує від нерозділеного кохання, негараздів, проблем, тілесних чи душевних хвороб. Філософ стверджував, що вбиваючи себе, людина переступає через закон, вчинює злочин відносно себе. В Афінах навіть існував звичай ховати руку самовбивці окремо від тіла.

На думку Платона, взаємозв'язок тіла і душі є складним і суперечливим. Злі поступки тіла роблять душу нещасною і не дозволяють їй повністю

відділитися і повернутися в світ ідей. Для Платона — світ ідей ідеальний, тому людина вірить в те, що смерть єдиний шлях до ідеального буття.

Сократ терпимо ставився до суїциду. В діалозі “Федон” неодноразово зустрічаються твердження про перевагу смерті над життям. Можна запитати: “Чому ж тоді не суїцид?” Але Сократ пояснює, що самогубство недопустиме, адже життя людини належить богам: «Не по своей воле пришел ты в этот мир и не вправе устранишься от собственного жребия», зауважуючи, що добровільна смерть може бути дозволена, якщо її необхідність вказана богами. Платон також дотримувався думки, що розум дано людині, щоб мати мужність пройти весь життєвий шлях, який сповнений горя і страждань [65, с. 40].

Для представників третього напрямку (епікурійці, кініки і стоїки) питання життя і смерті не було великою проблемою. Епікур і його учні вважали, що найголовніше в житті — це насолода, а суїцид, відповідно, явище добровільне і навіть бажане: “...смерть, не имеет к нам никакого отношения; когда мы есть, то смерти еще нет, а когда смерть наступает, то нас уже нет”. Стоїки боялися втратити контроль над власним життям і тому стверджували, якщо обставини та проблеми роблять життя нестерпним, то потрібно добровільно прийняти смерть.

В імператорському Римі під впливом філософії стоїцизму виникло патетичне відношення до смерті. Тацит, розповідаючи про насильницьку смерть одного римлянина Азіатіка, в роки правління Клавдія, говорить, що свобода полягала тільки в виборі способу смерті. Відношення Цицерона до суїциду не було суто негативним. Мета життя — жити і любити в гармонії з природою. Самогубство для мудреця, який бажав бути вірним до кінця власним цілям та переконанням, могло бути навіть корисним.

Стоїки цінували необмежений прояв свободи, який давав право на добровільний вибір як способу життя, так і способу смерті. Смерть для стоїків — це акт звільнення, а людина прирівнювалася богам. В листах Луція Аннея Сенеки тема самогубства була однією із провідних. В якості наставника він звертався до одного із учнів Луцилія, який хотів стати справжнім філософом. Смерть, на думку Сенеки, має бути без емоцій та почуттів. Для нього

важливішим є духовне життя: «Раньше ты умрешь или позже — неважно, хорошо или плохо, — вот что важно. А хорошо умереть — значит, избежать опасности жить дурно».

Іудеї до самогубства відносилися негативно. Для них свобода була не меншою цінністю, ніж для греків, але вирішували питання свободи по-іншому. Вони вірили, що Бог дав кожній людині свободу приймати рішення і слідувати за власним покликанням і переконанням. Якщо особистість вірить, що Богу належать земля, то вона стає вільною від бажання самодеструкції і самознищення. Творчість відігравала важливу роль в житті іудея, а саме життя вважалося непересічною цінністю. Людина — не суперник Бога, а навпаки рівноправний партнер, який продовжує роботу Творця. Суїцид протиставляє можливість творчого, сповненого натхнення, повноцінного життя і творчості. Самовбивство було категорично заборонено Торою. Перші рядки книги Буття стверджували, що життя — це дар, який потрібно цінувати, ніколи не зневірюватися, бо за всім стоїть Бог. В священних книгах Тори описані лише одиничні випадки самогубств: Самсона, якого примушували до ідолопоклонства, царя Саула, при погрозі полон, царя Давида.

В Талмуді спроба здійснити самогубство розглядалася як злочин. Але допускалось, що злочинець-жертва міг діяти неадекватно і йому більше потрібне розуміння, ніж покарання. Крім цього, самогубство могло здійснюватися при примусі до ідопоклонства, інцесту чи вбивства. Іудеї вдавалися до масових самогубств також, щоб уникнути переходу в іншу віру.

В Японській культурі суїцид носив ритуальний характер, до нього ставилися із солідарністю та повагою. Таке ставлення пов'язане з релігійними і національними традиціями. З давніх-давен японське суспільство відрізнялося жорстким ієрархічним поділом, на вершині якого стояв імператор, наступник богині Сонця.

Після смерті імператора чи феодала багато його підданих закінчували життя самогубством, розраховуючи потрапити з правителями у вічний світ.

Самураї мали особливий кодекс — бусидо, в якому декларувалося пре-

зирство до власного життя, до страждань і болю. Суїциду не було альтернативи, якщо виникала необхідність виразити протест проти несправедливості для збереження власної честі. Самураї виражали протест двома способами: харакірі, відкушування власного язика. Сім'я в японському суспільстві характеризувалася симбіозом та незалежністю її членів у відносинах з навколишнім середовищем (неприйняття допомоги від інших). В суспільних відносинах повна незалежність, або повне підкорення означали незрілість людини. Особисте і соціальне Я було нероздільним. Людина як член конкретної соціальної групи, відповідає за всі процеси і стабільність в даній групі та всьому суспільстві.

Для японського етносу характерними є такі риси як мовчазність, інтровертність, придушення емоцій та почуттів, замкненість, відчуття сорому, яке виникає при невідповідності прийнятим нормам, цінностям та ідеалам в суспільстві. Справжній сором приховувався, в іншому випадку людині не залишалося нічого, як покінчити життя самогубством так, щоб тіло не знайшли. Тому в Японії завжди існували особливі місця, наприклад ліс у підніжжі гори Фудзіяма, куди йшли, щоб покінчити життя самогубством.

В Японії існували декілька видів самогубств, які були пов'язані з етнокультурними особливостями. Наприклад: ояко-синдзю — парний суїцид молодих людей, які не мали можливості бути щасливими, або суїцид, зазвичай, молодої матері і дітей, яка прийнявши рішення вбити себе, не може залишити власну дитину, оскільки впевнена, що ніхто про неї піклуватися не буде. Суспільство до такого суїциду ставилося із співчуттям; дзюнсї — самогубство, яке здійснювали підданими після смерті імператора, феодала, щоб виразити свою лояльність, повагу і готовність служити вічно; інсекі-джисатцу — вид самогубства, який здійснюється людиною, котра бере відповідальність за іншого, якщо той підозрюється в правопорушенні.

Часто в ході розвитку японського суспільства етнічні традиції сприяли широкому розповсюдженню героїчних суїцидів, які здійснювалися, щоб показати патріотизм, мужність і самопожертву [21, с. 36-37].

В ісламі самогубство було одним із найтяжчих гріхів і заборонялося

Кораном. Мусульмани вірять, що доля написана Аллахом, отже вони мусять терпляче долати всі випробування, які їм посилає життя. Але не завжди мусульмани заперечували акти самогубства, які були здійснені в ім'я вітчизни чи Аллаха. Сьогодні мусульманські країни характеризуються найнижчим рівнем самогубств в світі.

В історії Індії були знайдені різні згадки, які торкалися питання суїциду. Ціллю майже всіх індійських філософських систем було “звільнення” від карми і злиття з світом Брахми. Метод звільнення на злиття не впливав, і тому нерідко його досягали шляхом здійснення самогубства. Деякі йоги-довгожителі закінчували життя вбиваючи себе. Джайнам, представникам одної із радикальних індуїстських сект, було дозволено здійснювати акт суїциду, якщо після 12 аскетичних подвигів вони не досягали “звільнення”. Вони вважали, що потрібно повільно вбивати своє тіло, щоб очиститися від гріхів. Саме така смерть буде правильною. В Індії найбільш поширеними були релігійні самогубства у вигляді самовтоплення або самоспалення. Саті — ритуальне самоспалення індійських вдів після смерті чоловіка, було одним із найбільш відомих і поширених видів суїциду. Воно було продовженням древніх традицій людських жертвоприношень. Виконання цього обряду здійснювали жінки відомих людей і правителів. Для простолюдинок могли існувати виключення. Смерть в водах, яка описана ще в “Рамаяні”, назавжди звільняла людину від гріхів. Але відомі також згадки, в яких засуджували аутоагресію (“Модшадхарма”, “Артхашасрта”).

У буддизмі є два напрямки: махаяна, яка розповсюджена на Тибеті, серед монголів, і хінаяна, яка існує в Китаї, Японії та інших південноазіатських країнах. Суть буддизму полягає у віру в безкінечність перероджень (сансару). Припинити її можна тільки в стані Будди, мирянину це недоступно. Самогубство не може перервати сансару, а тільки призвести до подальшого переродження, не завжди у вигляді людини. Для справжнього буддиста суїцид є недопустимим. Прихильники хінаяни в деяких випадках допускали ритуальні самогубства священнослужителів, особливо монахів. В Японії такий вид

самогубства називався нюдзе. Монахи, ведучи аскетичний спосіб життя, відмовлялися від їжі та води і вірили, що такою смертю зможуть врятувати людство від гріхів.

В християнстві чітке ставлення до суїциду сформувалося не одразу. В Євангелії про нього згадується тільки про випадок смерті Іуди Іскаріота. Більш зрозумілим є твердження апостола Павла: «Разве вы не знаете, что вы храм Божий... Если кто разорит храм Божий, того покарает Бог, ибо храм Божий свят, а этот храм — вы» (1 Кор. 3:16,17). Першим із Отців Церкви самовбивство засудив Августин Блаженний в IV столітті. Він вважав, що суїцид — це зло, яке виключає можливість покаяння і порушує заповідь “Не вбий”. Виключенням може бути тільки така ситуація, коли сам Бог дає вказівку, наприклад, як це було в біблійній історії про Самсона.

Пізніше католицький теолог Фома Аквінський (1225-127) засудив самогубство і висвітлив три постулати:

1. Суїцид — це порушення закону природи, згідно якого «все естественное должно поддерживать свое бытие» і який стверджує любити себе;
2. Суїцид — це порушення закону моралі, адже він шкодить суспільству, членом якого є сам самогубець;
3. Суїцид — це порушення Закону Божого, за яким тільки сам Бог може забрати людське життя [54].

Данте Аліг'єрі в “Божественній комедії”, згідно з традиціями вищезгаданої доктрини, самогубців помістив серед тих, які мучаться в пеклі грішників. Їх душі перетворювалися в дерева, на яких вічно висіли мертві тіла:

Когда душа, ожесточась, порвет
Самоуправно оболочку тела,
Минос ее в седьмую бездну шлет.
Ей не дается точного предела;
Упав в лесу, как малое зерно,
Она растет, где ей судьба велела.
Зерно в побег и в ствол превращено;

И гарпии, кормясь его листьями,
Боль создают и боли той окно.
Пойдем и мы за нашими телами,
Но их мы не наденем в Судный день:
Не наше то, что сбросили мы сами.
Мы их притащим в сумрачную сень,
И плоть повиснет на кусте колючем,
Где спит ее безжалостная тень [34, с. 480].

Сьогодні більшість християнських конфесій негативно ставляться до самогубств, але на практиці намагаються проявляти толерантність і враховувати психологічні і соціальні причини суїциду. Протестант Дітріх Бонгеффер, якого розстріляли нацисти в тюрмі, стверджував, що суїцид — гріх, вчиняючи який людина відрікається від Бога. Але це твердження, за його словами, не поширювалося на військовополонених, жертв холокосту і концтаборів.

В епоху Відродження переглянулися погляди античних філософів на самогубство. Мішель Монтень пише: «По-моему, невыносимые боли и опасения худшей смерти являются вполне оправданными побуждениями к самоубийству; подобно тому, как я не нарушаю законов, установленных против воров, когда уношу то, что принадлежит мне, или сам беру у себя кошелек, и не являюсь поджигателем, когда жгу свой лес, точно так же я не подлежу законам против убийц, когда лишаю себя жизни» [65].

Новий Час характеризувався толерантним ставленням до суїциду, що знайшло своє вираження в есе англійського філософа Девіда Юма “Про самогубство”. Автор вважав, що самогубство не суперечить промислу Божому, адже Його закон проявляється в загальній гармонії, а не в окремих подіях. Всім у світі керує Бог, і тому будь-яка подія є важливою і занесеною і вічність [74, с.86].

В німецькій класичній філософії проблемі суїциду приділялася значна увага. Іммануїл Кант стверджував, що самогубство є приниженням всього людства, адже особа не може зробити своє життя кращим шляхом аутоагресії і самознищення. На думку Канта, суїцид — егоїстична дія, яка є поразкою. У

внутрішньому світі людини борються дві амбівалентні цілі, які проявляються у добровільній смерті: бажання померти і бажання покращити власне життя.

Артур Шопенгауер стверджував, що життєвий шлях кожного — це історія страждань, адже доля посиляє людині негаразди і невдачі [65]. Якщо заперечується воля до життя, то виникає екзистенціальна вина, яка може призвести до самозаперечення і самознищення. Але саме невдачі і страждання дають початок надії і співчуттю.

Ф.М. Достоевський в “Дневнике писателя” роздумує над проблемою самогубства. Причиною роздумів став суїцид у 1875 році у Флоренції 17-річної Єлизавети Герцен, яка покінчила з собою через нерозділене кохання до 44-річного француза Шарля Летурно. Ф.М. Достоевський описує внутрішній монолог «самогубця від туги», “ідейного самогубця”, який розчарувавшись в житті, міг належати німецькому філософу Філіпу Майнлендеру. Він стверджував, що всесвіт — це агонія, а добровільна смерть необхідна. Філософ після виходу власного твору здійснив самогубство [65, с.401].

Екзистенціалізм був сповнений ідеєю добровільної смерті. Однією із головних тем філософської рефлексії був абсурд існування — «состояние души, когда пустота становится красноречивой, когда рвется цепь каждодневных действий, и сердце впустую ищет утерянное звено»[65, с.101].

Карл Ясперс (1883-1969) вивчав проблему суїциду спочатку з точки зору психіатрії, пізніше як екзистенціальний філософ. Вчений був автором “Загальної психопаталогії”, яка стала енциклопедією психіатричної думки. Психіатр стверджував, що більшість самогубств здійснюють не душевнохворі, а психопати. Суїцид, на думку Ясперса, пов'язаний із ситуацією, в якій неповторювані події визначають унікальність кожної людської долі.

Н.А. Бердяєв (1874-1948) написав психологічний етюд “Про самогубство”, в якому роздумує про суїцид, його природу, намагається визначити і описати деякі глибинні особисто-релігійні мотиви поведінки людини. Філософ досліджував, які психологічні причини суїциду і чи є цей акт насильством над життям; що таке страждання і, як християнство відноситься до

смерті. Н.А. Бердяєв вважав, що самогубство — це не тільки насильство над життям, але й насильство над смертю. Воно є гріховним по відношенню до життя і самої смерті. Цей акт по природі атеїстичний, адже заперечує Бога і Його волю. Людина проявляє малодушність, адже відмовляється відкрити духовну силу і пройти всі випробування. Філософ стверджує, що психологія суїциду — це психологія образи на життя, інших людей, світ і Бога [16, с. 13].

В Древній Русі до прийняття християнства жінки добровільно самоспалювалися після смерті чоловіка. Цей варварський обряд було введено, щоб запобігти таємним вбивствам чоловіків [31]. Пізніше самогубців хоронили за давнім язичним звичаєм: окремо від інших, під порогом хати, пробивши груди синовим кілком, щоб таким чином захистити померлих від нечистої сили.

Самогубство розглядалося православними як злочин, який за церковними канонами карався. Не підлягали покаранню суїцидальні дії, які здійснювалися як самопожертва, щоб захистити честь або психічно нездоровою особою.

За царювання Петра I до самогубців ставилися негативно. Були знайдені записи, які торкаються даної проблеми: «Ежели кто себя убьет, то мертвое тело привязать к лошади, волоча по улицам, за ноги подвесить, дабы, смотря на то, другие такого беззакония над собой чинить не отважились» [65, с. 56].

Видатний вчений, талановитий письменник і громадський діяч А.Ф. Коні (1884-1927) у 1923 році видав книгу “Самогубство в законі і житті”. Збільшення числа самогубств, на думку науковця, було пов'язаним з соціальними факторами та подіями. Завдяки зусиллям Коні в імператорській Росії піднялося питання щодо кримінального покарання суїцидентів за відсутності складу злочину. Але ця пропозиція не була втілена в життя, а залишилася тільки проектом.

Коні вивчав мотиви, особливості особистості суїцидента, його поведінку з використанням психологічного аналізу посмертних записок, тобто займався постмортальною аутопсією.

В російській історії описані випадки колективних самогубств. Зокрема в кінці XVII - на початку XVIII століття під впливом знаменитого “негативного писання інока Єфросина” відбулося близько сорока послідовних самоспалень і

самоутоплення. Також відомим є випадок колективного суїциду в Терновських хуторах, де більше 20 людей закопали себе в землю живцем, щоб запобігти накладення “антихристової печати” (проведення всеросійського перепису). І.А. Сікорський (1842-1919) здійснив психологічне дослідження даного інциденту і пов'язав проблему суїциду з боротьбою інстинкту життя з інстинктом смерті. Психолог підкреслив важливе значення моральних директив та традиційного ладу, які впливають на поширення суїцидальної поведінки і власне здійснення самого акту суїциду. І.А. Сікорський вважав, що масові самогубства членів релігійних сект — це психічні захворювання епідеміологічного характеру. Російський філософ Василь Рязанов стверджував протилежне — самогубства християн-старообрядців метафізичні явища, тобто трагічні дії направлені на спасіння душі [50, с.50].

В другій половині XIX століття французький психіатр Етьєн Ескіроль наголошував на тому, що існує так звана суїцидоманія. Він був переконаний, що всі суїциденти душевнохворі. Також увагу привернули твори італійського вченого Чезаре Ломброзо, який створив концепцію про зв'язок геніальності і божевілля. Завдяки двом вищезгаданим теоріям у психіатрів того часу виникла зацікавленість до патографії — аналізу психічних розладів у відомих історичних постатей.

Російський психіатр П.І. Ковалевський (1849-1923), представник згаданого раніше психобіографічного жанру є автором творів “Саул, цар Ізраїля”, “Людвіг II, король Баварський”, написаних на початку XX століття. Науковець аналізує динаміку психологічного стану і суїцидальну поведінку правителів [65].

В кінці XVIII століття в Росії та Україні поширення сентименталізму, культурних тенденцій європейської Просвіти і вплив Французької революції, дали поштовх до появи зацікавленості проблемою суїциду серед літераторів, філософів, науковців. В XX столітті ця тема знову привернула увагу суспільства і в літературних творах самогубству приділялася значна увага. Багато письменників і поетів здійснювали спроби закінчити життя самогубством [55, с.45].

1.3. Соціологічний та психологічний аспекти вивчення суїцидальної активності

Самогубство є складною психологічною та соціальною проблемою, актом, на який впливають психологічні та соціальні, філософські та історичні, біологічні та географічні, геокосмічні та інші чинники. Різноманітність та різноаспектність даного явища зумовлюють його дослідження із загальнопсихологічної, патопсихологічної, психопатологічної, соціально-психологічної, психодіагностичної, психокорекційної, психолого-педагогічної, психолого-вікової позицій [59, с.21].

Основні теоретичні особливості суїцидальної поведінки в глибинній психології були закладені школою З. Фрейда, яка зосереджувала увагу на інтернальному джерелі феномена суїциду та внутрішній активності суб'єкта [56].

Згідно з психоаналітичною теорією австрійського психіатра З. Фрейда в психіці особистості можна виділити три функціонально різних компоненти “Ід”, “Его” та “Супер-Его”. “Супер-Его” містить два елементи — совість та “Его-ідеал”. Совість пов'язана із набуттям в дитинстві батьківських покарань, спричинених небажаною поведінкою дитини. Совість характеризується наявністю в людини критичної самооцінки, відчуттям провини, моральними заборонами. Друга підсистема “Супер-Его”, “Его-ідеал”, формується внаслідок батьківського схвалення чи оцінки. Вона спрямовує індивіда на встановлення високих стандартів. “Супер-Его” можна вважати цілком сформованим тільки тоді, коли контроль переходить у самоконтроль, а “Я” спрямоване на досягнення ідеалістичних цілей. Саме совість та “Его-Ідеал” знаходять відображення в соціально-нормативних елементах свідомості і самосвідомості особистості. “Я” знаходиться у складному положенні, адже воно повинне витримувати натиск як середовища, так і несвідомих потягів та інстинктів, і совісті, котра є підсистемою “Супер-Его”. Суперечки і боротьба зазначених компонентів може призвести до появи внутрішньоособистісних конфліктів та психологічних

проблем. Психічні явища, які не відповідають нормам культури, підлягають витісненню, але не зникають, продовжуючи перебувати у несвідомості і впливати на свідомість [32, с.10, 66].

В кожній людині на різних етапах життєвого шляху проявляються два протилежно спрямованих спонукання Ерос — потяг до життя, Танатос — потяг до смерті. Ерос спрямований на підтримку життєво важливих процесів і розмноження [31, 27, с.19]. Танатос проявляється у всіх видах жорстокості, в тому числі і суїциді [53]. Якщо розглядати людство як систему, то можна зауважити, що при ускладненні даної системи, її компонентів, в балансі життя з'являється більше Танатоса, але менше Ероса. При збільшенні індивідуального розвитку індивіда, спостерігається збільшення кількості добровільних відмов від життя. Тут спостерігається загальний філософський закон: чим складніша система, тим легше вона руйнується. Розвиток будь-якого суспільства доходить до так званого бар'єру, перехід через який є неможливим, адже кількість Танатоса буде дорівнювати 100% і суспільство самознищиться автоматично.

В концепції З. Фрейда суїцид трактується як наслідок порушення психосексуального розвитку індивіда. Науковець стверджує, що у підлітків потяг до самогубства пов'язаний з аутоеротизмом, який задовольняється онаністичними ексцесами, які водночас є принизливим актом і можуть викликати комплекси неповноцінності та потяг до самознищення [52].

З. Фрейд не погоджувався з тезою, що мета життя — це смерть, а дотримувалася думки, що між смертю і життям існує діалектичне напруження [36]. Однак, у даній суперечці З. Фрейд визнає первинним потягом “смерть” як каталізатор психічного життя, стверджуючи, що людина прагне повернення до початкового неживого стану, із якого вона з'явилася [32, с.17]. Але визнання такого потягу є неприйнятним для суспільства, тому людина навіть боїться думати, тим більше визнавати його наявність у власній психіці, щоб не завдати шкоди самооцінці та відвернути появу особистісних руйнацій та суспільних санкцій. Особистість витісняє потяг до самознищення у несвідомість, адже таким чином намагається психологічно захиститися від усвідомлення власних

бажань, які не визнаються суспільством і нормами, що призводить до появи ризикованої і небезпечної для життя поведінки. Бажання померти свідомість не вважає мотивом. А виявити справжні неусвідомлювані суїцидальні спонукання можна лише, використовуючи психоаналітичні методи. Тільки після їх виявлення визнають як суїцид ризиковану, легковажну та залежну поведінку [59].

Людина — це біопсихосоціальна істота. Природне і суспільне в людині постійно конфліктують і борються. З. Фрейд головним джерелом неврозів вважав придушення природних потягів та інстинктів, адже в будь-якій культурі існує безліч заборон, суспільних норм і правил поведінки. Вчений визнавав, що норми і заборони в культурі є важливими, а насильство над природними інстинктами — трагічна необхідність [66].

З. Фрейд мислив дуалістично, трактував життя як конфлікт взаємопротидіючих сил, причому динамічно, а не статично. Спершу деструктивний потяг спрямований всередину себе, пізніше він переходить в агресію проти навколишнього світу. Придушення агресивності, спрямованої на середовище, призводить до накопичення її довкола “Над-Я”. Виникає болісне почуття провини, страх, манії, неврози, що в кінці може призвести до самогубства. Почуття провини для З. Фройда — гріх проти волі “Над-Я”. Однак регулююча функція “Я” визначає силу внутрішньоособистісних конфліктів, тобто те, що для конкретного індивіда вважається “гріховним” і недопустимим [61; 66].

Сучасна теорія у суїцидальному акті основний акцент робить на ролі близької особи. В депресивної людини, яка втратила певний об'єкт чи розчарувалася в ньому, виникає “хвиля ненависті” від якої відразу потрібно захищатися, адже їй важко відмовитися від бажаного об'єкта. Після захисту, ненависть, яка спочатку була направлена на втрачений об'єкт, тепер спрямована проти власного “Я”, проти об'єкта у Самості. Виникає болюче почуття провини. Об'єкт знищується у Самості, яка помирає, щоб спокутувати свою вину.

Відтак, аутоагресивний вчинок можна вважати як вбивство

інтровертованого об'єкта любові, до якого людина відчуває амбівалентні почуття, а суїцидальний акт стає кінцевим результатом депресивної динаміки. [69, 52].

Психоаналітик стверджував, що “меланхолійний механізм” можливий тільки за наявності таких умов як фіксації на оральній стадії та амбівалентності об'єктних взаємин. Саме з останньою пов'язують теорію нарцисизму. З. Фройд пише: “Людина здається, тому що відчуває ненависть і переслідування з боку Над-Я. Життя для Я ... означає відчувати любов Над-Я ... коли ж перше відчуває себе покинутим усіма силами, які здатні захистити, то дозволяє собі померти” [69].

З. Фрейд зауважив, що сну характерна парадоксальність, адже він поєднує у собі два взаємопов'язані процеси: регресивні і репаративні процеси. Кошмарні сні — це як прояв тривоги, а не реалізація власних бажань. Сон вважається потягом до стану спокою, відсутності напруження. Хвороблива сонливість є одним із симптомів клінічної депресії і бажання померти, повернутися до первинного стану [36].

Суїцид — це агресія, яка направлена проти власної психіки, вбивство — це агресія, яка спрямована на інших. Мислитель підкреслював, що і вбивство, і суїцид не можна виправдати, але його можна запобігти. Відтак згідно класичної психоаналітичної теорії, щоб зарадити людині схильній до суїциду, потрібно перш за все допомогти їй адекватно відводити власну агресію [69].

Послідовник теорії психоаналізу, американський психіатр і суїцидолог Карл Меннінгер в праці “Війна з самим собою” розвинув уявлення та ідеї З. Фрейда. Науковець погоджується з думкою, що інстинкти життя та смерті перебувають в постійній боротьбі. Результатами дослідження Карла Меннінгера стало виділення в суїциді три взаємопов'язані неусвідомлювані причини: бажання вбити, бажання бути вбитим, бажання померти. Бажання вбити і бути вбитим — це жорстокі та агресивні потяги. Бажання смерті виникає у людей, які здатні ризикувати власним життям, здоров'ям, а також у хворих, які вважають смерть єдиними ліками від тілесних і душевних

страждань. Бажання вбити притаманне інфантильним та агресивним людям, які не здатні витримати докори совісті та страждання, що виникли внаслідок недотримання моральних законів та норм. Смерть для таких людей — це спокутування провини. Вони підкоряються, добровільно відмовившись від життя, і в той же час вбивством проявляють найвищий ступінь агресії. Тільки поява одночасно трьох описаних бажань може призвести до фатальних наслідків — суїциду. Розуміння і вміння правильно використати дану теорію дає можливість вчасно вплинути на будь-яке з бажань через систему стимулів та мотивації, що допоможе уникнути їх одночасного виникнення та дії. Знищення одного елемента призведе до загибелі всієї системи суїцидальної поведінки.

Знання трьох обов'язкових елементів суїцидальної поведінки можуть допомогти при аналізі всіх сторін даного явища. Карл Меннінгер висунув гіпотезу про декілька факторів, необхідних для здійснення суїцидального акту. Інстинкт смерті і бажання вбити є первинними для кожної людини, але при поєднанні інших мотивацій зростає потяг до аутоагресії і суїцидальних дій. Всі види суїцидальної поведінки спрямовані на самознищення. Непрямий суїцид характеризується запереченням потягу до аутодеструкції і смерть в даному випадку можна назвати ненавмисною.

Карл Меннінгер допускав, що зовнішнє середовище, природні та соціальні чинники, ускладнюють три потяги самогубців: бажання вбити, бути вбитим і померти. Суспільні та сімейні традиції, патогенні впливи природного середовища, жорстокість та агресивність соціального оточення негативно впливають на розвиток Я особистості [51].

За Г. Хендіном загальним мотивом суїциду є відчуття всемогутності самогубця. Він, вбиваючи себе, одержує змогу впливати на будь-яку ситуацію дійсності, а самопокарання вказує на високий рівень особистісних домагань [69].

О. Феніхель, аналізуючи суїцидальну поведінку людей, звертає увагу на самооцінку суїцидентів і виділяє два типи суїциду: пасивний (капітуляція) і активний (знищення караючої підсистеми Над-Я), коли особа, схильна до

суїциду захищається від образ інфантильними компенсаторними механізмами.

Видатний швейцарський психолог і психіатр Карл Густав Юнг активно вивчав проблему суїциду і визначив, що кожній людині властиве несвідоме прагнення до духовного переродження, яке зумовлене актуалізацією архетипу колективного несвідомого. Саме цей фактор може спонукати людину до заподіяння собі смерті. Вчений стверджував, що психіка людини, сформована за тисячі років, поєднує фундаментальні духовні цінності та ідейні надбання всього суспільства. Архетипи вміщують в себе ідеї та духовні цінності, що представлені у формі символів та образів, і знаходяться в несвідомості. Образи та символи архетипу переходять у свідому сферу і можуть вмотивувати людину до самодеструктивних дій, до суїциду. На думку Юнга, значні історичні перетворення здійснюються під впливом архетипної ідеї, яка водночас з'являється і актуалізується у свідомості багатьох людей. Суїцид може бути результатом невідповідності між духовно-ціннісними ідеями, які існують в архетипі та ідейно-духовним станом оточення. Суїцидент відчуває страждання і самогубство стає єдиним виходом уникнути його. Суїцид неусвідомлений потяг людини до духовного переродження, шляхом повернення в материнське лоно [72].

Юнг в розробленій концепції звернув увагу на соціокультурні чинники, які можуть протидіяти суїцидальній активності. Твердження про існування в психіці людини архетипів, наштовхнуло вчених на думку, що вони мають генетичну природу, запрограмовані функціональними зв'язками нейронних систем головного мозку. Але видатний фахівець у даній сфері Дж. Манн, визначив, що зниження в людському організмі рівня серотоніну не є основною причиною для прогнозування самогубства.

Р. Літман і Н. Табачник вивчаючи проблему самогубства, дійшли висновку, що суїцидальна активність і суїцидальні дії – так званий процес адаптації до ситуацій, за яких звичні механізми пристосування не діють. Це спричинює появу “психосоціального мораторію”, тобто відпочинку від проблем і невдач.

У когнітивних теоріях суїцидальної поведінки увага звернена на поєднанні зовнішніх та внутрішніх чинниках суїциду. Когнітивні руйнування характеризуються намаганням особи звільнитися від відчуття власної недосконалості, шляхом використання психологічних механізмів захисту, відмови від життєвих ідей та цілей, спотворення часових меж та раціонального розв'язку проблем [56].

На самогубство впливають як психологічні, так і соціальні фактори. Видатний французький соціолог Еміль Дюркгейм не розглядав суїцид як психологічну проблему, а шукав причини таких дій у соціумі та суспільному житті. Вчений вважає, що основним чинником суїцидальних дій виступає соціальний фактор, а не психологічний. Саме соціальні проблеми, порушення соціальних зв'язків є істинними причинами появи антивітальних вчинків. Дослідження привели Дюркгейма до висновку, що рівень суїцидів у соціумі залежить від релігійних, сімейних, політичних, національних чинників. Соціолог, доводячи власну гіпотезу, використовував метод виключення, який характеризується відкиданням всіх психологічних, несоціальних факторів, таких як психоорганічна схильність суб'єктів, природне оточення та імітація. Відтак, суїцид Дюркгейм розглядав як соціальне явище, спричинене впливом конкретних зовнішніх факторів і як наслідок дезінтеграції, спотворення соціальних зв'язків та втрати соціальних контактів. Роль індивідуальних особливостей та їх залежність від соціального стану суспільства науковець ставив на друге місце.

Предметом дослідження Дюркгейма був соціальний відсоток самогубств, тобто співвідношення кількості здійснених суїцидів до кількості населення. Соціолог використовував причинний аналіз і вважав, що різні види суїцидів спричинені різними факторами. Вчений виділив чотири основних типи суїцидів: егоїстичний, альтруїстичний, аномічний та фаталістичний [38, с.43].

Егоїстичне самогубство розглядається за допомогою кореляції між показниками суїциду та суспільними рамками релігії, шлюбу, родини. За даними статистики, Дюркгейм зробив висновки, що чоловіки частіше

закінчують життя самогубством, ніж жінки, самотні люди, без сім'ї, – частіше, ніж одружені, представники протестантизму – частіше, ніж католики.

Самогубство притаманне суспільству, в якому ослаблені колективні зв'язки та контакти, колективна єдність та згуртованість, колективна міць – чинники, які стримують це антисоціальне явище. В згуртованому суспільстві індивід залежить від інших, тому не має можливості особисто розпоряджатися власним життям, не звертаючи увагу на наслідки свого вчинку для суспільства та на інших членів соціуму. Таке суспільство забороняє чинити суїцид та знехтувати всіма обов'язками, які існують по відношенню до даного суспільства. Коли індивід не розглядає таку підпорядкованість як власний обов'язок, то суспільство не може нав'язувати свою зверхність. Втрата авторитету суспільства призводить до самостійного вирішення власної долі кожним представником цього суспільства. Особа віддаляється від соціуму, його норм, цінностей і правил поведінки, регулююча функція втрачає свою силу. Відсутність колективної підтримки призводить до появи у індивіда почуття самотності, безнадії та трагічного існування. “Крайній індивідуалізм” може вважатися однією із причин самогубства такого виду.

Індивідуалізм має тісний зв'язок з егоїзмом. Обидві характеристики ізолюють людину від соціуму. При руйнуванні життєвонеобхідних зв'язків, відмежуванні себе від інших, людина втрачає змогу самоідентифікації у цьому світі. Особа, яка створює навколо себе порожнечу, приречена на порожнечу і убогість у власному внутрішньому світі, що може призвести до вчинення самогубства. Смерть в даному випадку не спричинена гнівним поривом або протестом, навпаки останні миті життя людини сповнені спокійною меланхолією, що є однією із рис егоїстичного самогубства. Індивід відмежовується від інших, її діяльність паралізується, вона звертає увагу свідомості тільки на особисті переживання. Це посилює самотність, і людина починає обмірковувати план здійснення самогубства. На думку Дюркгейма, істинною причиною самогубства виступають “хворе суспільство”, “колективна бездушність” та втрата спільної мети. Людина, проявляє активне бажання

позбавити себе життя, коли думає тільки про себе, коли не інтегрована в соціальні групи, коли її бажання не співпадає з бажаннями інших членів соціальної групи.

Альтруїстичний тип самогубства протиставляється егоїстичному. На відміну від егоїстичного типу, коли бажання смерті з'являється внаслідок занепаду сил, альтруїстичний суїцид здійснюється з появою в людини енергії і життєвих сил. Індивід легко приймає смерть як від існування близьких контактів із суспільним середовищем, так і від неприналежності до певного соціуму [37, с.255]. Людина здійснює альтруїстичне самогубство, коли її особисті інтереси поглинає суспільство, в якому індивід не відчуває себе окремою важливою одиницею.

Дюркгейм поділяв самогубство в древніх суспільствах на три категорії:

- 1) здійснення суїциду жінками після смерті чоловіків;
- 2) самогубство, причинами якого є старість або важка хвороба;
- 3) суїцид підданих після смерті правителя [38, с.258].

Альтруїстичне самогубство здійснюється внаслідок поглинання групою окремого індивіда. Людина здатна завдати собі смерть, не намагаючись вибороти право на життя.

Суспільство, на думку соціолога, відіграє важливу роль в здійсненні як егоїстичного, так і альтруїстичного самогубства, але його вплив на один чи інший тип самогубства різний. Егоїстичний суїцид є трагічним результатом втрати індивідом зв'язків із суспільством, а альтруїстичний суїцид здійснюється за “наказом” даного суспільства. Якщо егоїзм – це звернення уваги на особисте життя, на власне “Я”, то альтруїзм, навпаки, характеризується приналежністю “Я” людини групі, суспільному середовищу. Колектив альтруїст вважає своєю справжньою сутністю. Для одних людей самогубство – це вирішення проблем, втеча від нестерпного існування, для інших – це надія в появі нових можливостей і перспектив [39].

Відтак, Еміль Дюркгейм в альтруїстичному суїциді виділив обов'язковий, довільний та гострий суїцид. В сучасному суспільстві свідомість індивіда вже

не так залежить від групи, отже, альтруїстичний тип самогубства не є дуже частим явищем.

Третім типом самогубства є аномічне, яке привертає найбільшу увагу соціолога, адже саме воно притаманне для сучасного суспільства. Аномічний суїцид здійснюється в період серйозних суспільних змін, кардинальних соціальних перетворень, економічних криз, коли людина не може пристосуватися до нових умов життя і втрачає зв'язок із суспільством. Аномія – це становище в суспільстві, за якого відсутні чіткі правила та норми, стара ієрархія цінностей зруйнована, а нова ще не створена. Саме це, на думку вченого, породжує моральну нестійкість людей. Суспільна аномія буває двох видів: економічна та сімейна. Під економічною аномією розуміється порушення нормативного та правового порядку, який фіксує максимальний рівень матеріального благополуччя кожного класу суспільства. Саме економічна криза стає передумовою загострення суїцидальної активності. В період економічної та фінансової нестабільності у суспільстві рівень самогубств зростає не через те, що вони призводять до бідності та банкрутства, а тому що порушується суспільна рівновага. Відтак, при зростанні бідності чи добробуту спостерігається різке підвищення рівня здійснення суїцидів.

Також важливо зауважити, що аномічний тип самогубства належить до таких, частота яких відповідна кількості розлучень. Такий суїцид спричинений сімейною аномією – порушення рівноваги та дисципліни, які забезпечує сім'я. Аналізуючи вплив розлучень на частоту самогубств, Дюркгейм визначив, що розлучені чоловіки більш схильні до самогубства, ніж розлучені жінки. Щоб пояснити це явище, вчений досліджував очікування чоловіків і жінок від шлюбу.

Причиною розлучення є послаблення норм, які регулюють поведінку в шлюбі, а порушення дисципліни сімейного життя може стати причиною порушення психічної рівноваги, що призводить до трагічного результату [55, с. 338].

Аномічний суїцид існує в суспільстві, де відсутні чіткі норми, звичаї і

правила, стара система цінностей не діє, а нова не сформована. Люди змагаються один з одним, їх прагнення і бажання залишаються незадоволеними, з'являється сум і страждання, які є передумовами суїцидальних дій [13, с.352].

Фаталістичний тип суїциду, четвертий, протиставляється аномічному. Вивченню даного типу самогубства Еміль Дюркгейм приділив небагато уваги, адже воно дуже рідко зустрічається в житті. Фаталістичне самогубство виникає внаслідок посиленого контролю на людину з боку суспільства. До фаталістичного самогубства схильні особи, життя яких занадто регламентоване та дисципліноване.

Отже, Еміль Дюркгейм стверджував, що самогубство викликане соціальними причинами, а не психологічними особливостями кожного окремого представника людського роду.

Висновки до першого розділу

1. Суїцид (лат. sui – себе і caedere – вбивати) — 1) навмисне позбавлення себе життя, саморуйнівна форма поведінки; 2) навмисне самоушкодження зі смертельним фіналом.

Суїцид — це смерть суб'єкта, яка з різних причин є результатом усвідомленого вчинку самого самогубця. Самогубство — це усвідомлена добровільна смерть, яка притаманна тільки представникам людського роду.

З позицій сучасних вітчизняних і зарубіжних концепцій суїцид розглядається як складна психологічна та соціальна проблема, на яку впливають як зовнішні фактори складного соціального та природного середовища, так і внутрішні чинники: психологічна адаптивність, рівень стресостійкості, агресивність, потяг до самодеструкції тощо.

Виникнення суїцидальних задумів може розвиватися за трьома варіантами: імпульсивним, розгорнутим, змішаним.

Науковці виділяють істинний, афективний та демонстративний суїцид.

2. Впродовж тривалої історії розвитку цивілізації феномен суїциду залишався однією із найскладніших і найнепізнаних проблем. Розповіді про випадки добровільного відходу від життя були знайдені в міфології Стародавніх Греції, Китаю, Японії, Слов'янських народів.

В Японській культурі суїцид носив ритуальний характер, до нього ставилися із солідарністю та повагою. В ісламі, навики, самогубство було одним із найтяжчих гріхів і заборонялося Кораном.

В християнстві чітке ставлення до суїциду сформувалося не одразу. Першим із Отців Церкви самовбивство засудив Августин Блаженний в IV столітті. Він вважав, що суїцид — це зло, яке виключає можливість покаєння і порушує заповідь “Не вбий”. Здійснити самогубство можна тільки у випадку, коли сам Бог дає вказівку на це.

Пізніше католицький теолог Фома Аквінський (1225-127) висвітлив три постулати про самогубство:

1) суїцид — це порушення закону природи, згідно якого все, що існує в природі повинне підтримувати власне буття і любити себе;

2) суїцид — це порушення закону моралі, адже суїцид порушує усталене суспільне життя, внаслідок добровільної смерті самогубця;

3) суїцид — це порушення Закону Божого, за яким тільки сам Бог може забрати людське життя.

3. Самогубство є складною психологічною та соціальною проблемою, актом, на який впливають психологічні та соціальні, філософські та історичні, біологічні та географічні, геокосмічні та інші чинники. Різноманітність та різноаспектність даного явища зумовлюють його дослідження із загальнопсихологічної, патопсихологічної, психопатологічної, соціально-психологічної, психодіагностичної, психокорекційної, психолого-педагогічної, психолого-вікової позицій.

Основні теоретичні принципи суїцидальної поведінки в психології були закладені школою З. Фрейда, яка зосереджувала увагу на внутрішньому

психічному джерелі феномена суїциду та внутрішній активності суб'єкта.

В когнітивних теоріях суїцидальної поведінки вказано, що на самогубство впливають як внутрішні, так і зовнішні несприятливі чинники. Когнітивні руйнування характеризуються намаганням особи звільнитися від відчуття власної недосконалості, неповноцінності шляхом використання психологічних механізмів захисту, відмови від життєвих ідеалів, мрій, ідей та цілей, спотворення часових меж та раціонального розв'язку існуючих проблем.

Видатний французький соціолог Еміль Дюркгейм не розглядав суїцид як психологічну проблему, а шукав причини таких дій у соціумі та суспільному житті. Вчений вважав, що основним чинником суїцидальних дій виступає соціальний фактор. Саме суспільні проблеми, порушення соціальних зв'язків є істинними причинами появи антивітальних вчинків. Еміль Дюркгейм здійснив класифікацію суїциду і виокремив такі його типи: егоїстичний, альтруїстичний, аномічний та фаталістичний

РОЗДІЛ II

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗОВНІШНІХ І ВНУТРІШНІХ ДЕТЕРМІНАНТ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

1.2. Типологія соціальних чинників суїцидальної поведінки

Появу суїцидальної поведінки завжди зумовлюють одночасне поєднання декількох чинників.

Однією із причин появи суїцидальних думок та поведінки є нейробіохімічні чинники. Головний мозок – це матеріальна основа всіх психічних явищ індивіда. Певні зміни та порушення у біохімії мозку можуть спричинити суїцидальність [58].

Вчені-психологи досліджували залежність суїцидальної поведінки від біогенетичних чинників і дійшли висновку, що на суїцидальність впливає руйнування ділянок кори головного мозку, функцією яких є сприймання. Причинами такого руйнування можуть бути фізіологічні зсуви активності мозку, недостача кисню, внаслідок чого порушується гностична оцінка сенсорної інформації, яка надходить у мозок, зникають вегетативні реакції нервової системи, характерні для вольових зусиль. Описані специфічні руйнування залежать від генетичних програм суб'єктів. Недостатнє постачання кисню в мозок може бути зумовлене емоційними травмуючими впливами. Це паталогічне руйнування, яке не можна побачити наочно.

Дослідники нейробіологічних процесів, котрі впливають на суїцидальну поведінку, стверджують, що вона пов'язана з певними особливостями функціонування серотонінергічної та моноамінергічної медіаторних систем, з порушеннями в катехоламінінних, дофамінергічних і норадренергічних нейронах, змінах у гіпоталамо-гіпофізарно-кортикоїдній, імунній системах, метаболізмі (обміні) холестеролу та ін. [58, с. 95].

Дані особливості зумовлені непростою взаємодією генетично спричинених властивостей біохімічних процесів в організмі індивіда і впливів на нього навколишнього оточення. Про особливу роль у цих процесах генетично успадкованих чинників можна свідчити з результатів досліджень сімей і близнят, у яких впливи інших спадкових захворювань, що здатні призвести до суїциду виключені. В першому поколінні дітей самогубців суїцидальних спроб в чотири рази більше, ніж у контрольній групі. Психічні захворювання не впливають на суїцидальну активність.

На неодноразове здійснення спроб самогубства членів родини впливають соціально-психологічні чинники, такі як наслідування, навіювання, зараження. Досліджено, що усиновлені діти, біологічні родичі яких здійснювали суїцид, повторюють самовбивчі дії в шість разів частіше, ніж усиновлені діти, батьки яких не схильні до суїцидальної поведінки.

Вплив біогенетичних чинників на суїцидальну активність великий, про що свідчать дослідження монозиготних та дизиготних близнюків. Монозиготні близнюки приблизно в 20 разів частіше здійснюють суїцидальні спроби, ніж дизиготні. А суїцидальність кожного другого дизиготного близнюка приблизно в 3,5 разів вища, ніж середній рівень суїциду в суспільстві, в якому вони проживають [72].

Визначальна роль в формуванні суїцидальності належить серотонінергічній та моноамінергічній медіаторним системам, адже серотонін – це одна із важливих складових метаболізму, активна речовина в біохімічних реакціях нервової системи. Він забезпечує функціонування психічних процесів. Серотонінергічна система відіграє важливу роль в процесах формування депресивних та агресивних станів та реакцій, регулювання фізіологічного стану, від якого залежить якість психічних процесів. Біохімічною базою суїциду вважається недостатність серотонінергічного посередництва.

Ще одним важливим чинником суїцидальності є специфічні порушення у катехоламінінних та дофамінергічних нейронах. Порушення катехоламінінних нейронів спричинюють підвищення стривоженості, страхів, стурбованості.

Переживання сильних негативних емоцій спонукає індивіда до суїцидальних думок та спроб.

Результати досліджень показали, що у формуванні позитивних емоцій беруть участь дофамінергічні нейрони, порушення яких спричинюють появу агедонії, безпорадності, страху, що призводить до підвищеної суїцидальної активності.

Гіпоталамно-гіпофізарно-кортикоїдна система також відіграє певну роль в формуванні суїцидальності. Вона бере участь у формуванні реакцій на стресори. Науковці з'ясували, що суїцидальність та автоагресивність, залежать від рівня активних біохімічних речовин, які створює гіпоталамно-гіпофізарно-кортикоїдна система.

При зміні та порушеннях імунної системи організму, посилюються психічно-нейротичні розлади. Одним із біохімічних чинників суїцидальної поведінки є рівень холестеролу. З'ясовано, що у чоловіків з низьким рівнем холестеролу більша схильність до суїцидальних дій, ніж у чоловіків, в яких цей показник в нормі. Зниження холестеролу призводить до підвищення агресивності, депресивності, імпульсивності, що є передумовами суїцидальних настроїв та поведінки.

Негативні генетично зумовлені патогенні зміни доповнюються стресогенними впливами навколишнього оточення та гормональними порушеннями, що призводить до появи суїцидальної поведінки.

Знання нейробіохімічних причин суїцидальної поведінки дає можливість вчасно зреагувати на проблему та госпіталізувати хворих для фармакорекції [48].

Соціальні чинники суїцидальної поведінки.

Самосвідомість індивіда визначається суспільством, в якому він живе, його нормами, цінностями, звичаями та правилами. Порушення, дисбаланс між особистістю та суспільством може призводити до відхилень у поведінці та появи суїцидальних схильностей. Гармонія між суспільним та особистісним в людині сприяє більшій адаптованості до життя. Узгодженість між людиною та

суспільством є основою феномену групової згуртованості. За соціологічною теорією суїцидальності Дюркгейма можна стверджувати, що визначальним чинником суїцидальної активності особистості є характер інтегруючих зв'язків між нею та суспільством. В будь-якому суспільстві існують індивіди, котрі схильні до суїциду. Основою даного явища є генетично закладені особливості перебігу біохімічних процесів у головному мозку. Ступінь реалізації такої схильності, на думку соціологів, залежить від соціального оточення, особливостей суспільного життя.

Інтегрованість особистості в групу сприяє формуванню у неї почуття обов'язку, відповідальності, самовідданості. Якщо група, в яку людина інтегрована на рівні глибинних емоційних переживань, негативно ставиться до самогубців, вона довго терпітиме обтяжливе існування, але не знехтує суспільними інтересами заради власного бажання позбутися нестерпного життя.

Соціально-психологічні чинники суїцидальної поведінки найбільш повно розкриваються через спілкування та міжособистісну взаємодію. Вони тісно пов'язані із соціально-психологічними настроями суспільства, механізмами впливу індивідів один на одного. Потреби людини завжди спонукають її до активних дій, які зможуть задовольнити бажане. Якщо тривалий час потреби залишаються незадоволеними, виникає стан психологічної напруженості. Інші несприятливі впливи оточення зумовлюють деформацію особистості і провокують суїцидальні дії [54, 55].

На думку деяких дослідників, психологічні чинники суїцидальної поведінки є первинними, адже людина сама вибирає як їй жити і померти. Психологічні чинники суїцидальності пов'язані із особистісним психологічним станом людини: втома, депресія, страх, виснаженість, апатія та інші; із психологічною схильністю, що проявляється в особливостях характеру, темпераменту, порозі чутливості, недостатній вольовій саморегуляції тощо.

Існування та розвиток людини в соціумі поєднують механізми ствердження та заперечення; соціалізацію, як процес входження людини в

суспільство, засвоєння соціальних норм, правил, досвіду, ролей, цінностей; десоціалізацію, як процес відчуження індивіда від нормального функціонування суспільства і прийняття норм та правил асоціальних груп; ресоціалізацію – процес відновлення соціальних якостей індивіда; рівень самоактуалізації, самовизначення, саморозвитку, самоконтролю; зовнішню та внутрішню свободу; активність і застій; кризові періоди та стабільні етапи життєіснування; творення і апатію; бажання діяти, жити і втрата сенсу життя тощо. Мова йде не про абстрактну особистість, а про розвиток особистості реальної, з власними потребами, бажаннями проблемами та труднощами, яка живе та реалізується в конкретному соціокультурному середовищі.

Зрозуміти і проаналізувати інформацію про засвоєння людиною соціокультурних норм та цінностей неможливо без знання про значення різноманітних впливів навколишнього оточення на особистість. Зміни як в особистості, так і її оточенні – невід’ємна складова розвитку суспільства та людини. Вплив соціуму може мати конструктивний або деструктивний характер, тобто соціально-економічний, політичний, культурний розвиток суспільного життя, може сприяти повноцінному позитивному розвитку особистості, або, навпаки, гальмувати його, спричинюючи неадекватну поведінку і суїцидальну активність [38].

Об’єктивні знання та уявлення про становлення особистості в суспільстві можна отримати лише за умови різнопланового розгляду всіх впливових чинників та складових у єдності.

При аналізі суїцидальної поведінки розглядаються зовнішні соціальні чинники ризику та індивідуальні внутрішні особливості, що впливають на поведінку індивіда і його суїцидальну спрямованість.

Суїцид – це вольовий акт, який вирізняється здатністю індивіда до вибору кінцевої мети діяльності і наявністю необхідного внутрішнього зусилля. Основою суїцидальної поведінки, з погляду соціальної психології є взаємозв’язок і взаємовплив особистості та внутрішніх індивідуальних особливостей людини, що мають суїцидальну спрямованість (внутрішній

конфлікт, неадекватна самооцінка, стан депресії, фрустрації дисонансу та ін.), і зовнішніх соціально-психологічних чинників суїцидального ризику (міжособистісні, міжгрупові конфлікти, групова ізоляції, неадаптованість, незадоволення потреб, групове відторгнення та ін.). Дані чинники впливають на соціально-психологічне відображення дійсності, спілкування та взаємодію суїцидента з іншими. З'являється оцінка власного життя, ставлення інших, якості і бажання життєдіяльності, що зумовлює появу вольового акту і прийняття відповідного рішення, за чим слідує етап реалізації задуманого – здійснення суїциду.

У ціннісному ставленні особистості до негативної соціально-психологічної дійсності: групової ізоляції, міжособистісного конфлікту, незадоволення потреб, фіксується уявлення індивіда про наявні взаємини з іншими, і такі які можуть статися. В оцінках сконцентровані відображені позитивні та негативні соціально-психологічні явища – правильні, помилкові, нестерпні, важливі. Конкретна ситуація в житті людини подає форми та способи функціонування та вираження цієї оцінки. Одна людина виголошує внутрішній монолог з приводу ситуації, друга спілкується з друзями та рідними і вербально виражає власну оцінку складній ситуації, третя оцінює критичну ситуацію і робить певний вибір, виражаючи власні емоції на папері, тобто спілкуючись з умовним читачем.

В будь-якому випадку, в кожній ситуації існує оцінно-вольовий акт стосовно кінцевої мети. Саме ціннісне ставлення регулює поведінку особистості – прийняття чи не прийняття відповідного рішення та здійснення його. Суїцид – це оцінний акт спричинений волею індивіда з приводу кінцевої мети. У творах відомого римського мислителя Сенеки можна знайти думку, що для того, щоб померти, не потрібно нічого, крім бажання. Воля людини проявляються не тільки у внутрішньому акті рішучості, а й у всьому внутрішньому процесі розвитку суїциду [59, с. 321].

Важливо зауважити, що для кожної вікової групи населення, причини появи суїцидальної активності різні. Аналіз суїцидальної поведінки суб'єкта

передбачає врахування вікових, статевих, типових особливостей суїцидентів та соціальної ситуації, в якій людина перебуває. Йдеться про особливий вплив як вікового, так і соціального чинника на суїцидальну поведінку людини.

Наприклад, у підлітків зовнішні та внутрішні суперечності, що можуть призвести до неадекватної поведінки, зумовлюють такі чинники:

- 1) недоступність освіти, виховання, розвитку, які є важливими для нормальної соціально-психологічної адаптації підлітка в соціумі;
- 2) бідність взаємин з іншими людьми;
- 3) невідповідність між прагненнями підлітка і його можливостями;
- 4) невідповідність поведінки підлітка із стереотипами та правилами поведінки в суспільстві;
- 5) різниця між ідеальними очікуваннями та реальними результатами власної діяльності;
- 6) перевага деструктивних сил над конструктивними;
- 7) неприйняття значущими іншими результатів самовираження підлітка;
- 8) агресивність соціального і природного середовища, що перешкоджають духовному і фізичному розвитку підлітка тощо [45, с.20].

Суперечності в підлітковому житті можуть стимулювати розвиток особистості, або, навпаки, руйнувати все те, що було досягнуте раніше, ускладнювати процес становлення людини. Така дії суперечностей характеризується небезпечністю, адже вони можуть спричинити появу життєвої кризи, втрату сенсу життя, катастрофи особистості, що в кінцевому результаті може призвести до появи деструктивних форм поведінки – суїциду.

Похилий вік також характеризується унікальністю та відмінністю від інших вікових періодів життя особистості. Похилий вік – це завершальний етап людського існування, який розпочинається із припинення участі людини у виробничому житті соціуму. Для похилого віку характерними є зміни у функціональних можливостях організму: погіршення здоров'я, недостача життєвих сил, психологічні зміни, та в соціально-психологічних взаєминах: звуження соціальних контактів, брак спілкування, нерозуміння іншими.

Зміни, пов'язані із виходом на пенсію, неоднозначно впливають на кожну окрему особистість. Психологічне заглиблення, оцінка прожитого життя, недостаток уваги, погіршення матеріального становища, зміна структури психологічного часу, втрата близьких та рідних – те, що може штовхнути людину похилого віку до деструктивних способів вираження власного незадоволення як сьогоdnішнім, так і прожитим життям.

2.2. Психологічні передумови виникнення суїцидального наміру

Здійснення самогубства відбувається в особливо критичних випадках, екстремальних ситуаціях, коли людина впевнена, що не хоче більше жити, і здійснює відповідний деструктивний акт. Взаємодія особистості і середовища в таких випадках відіграє неабияку роль. Суїцидальна поведінка зумовлена цією взаємодією, численними контактами і зв'язками, в яких вона перебуває. У процесі спілкування та життєдіяльності людина засвоює суспільні норми та цінності, статуси та ролі, установки та моделі поведінки. Але водночас у взаємодії з іншими проявляються агресивність та імпульсивність, конфліктність депресивність, неадекватність та девіантні форми поведінки. Такі особливості особистості найбільше загострюються в ситуації соціальної напруженості та екстремальних умовах.

Під соціальною напруженістю розуміється масовий адаптаційний синдром, який визначає рівень фізіологічної, психологічної та соціальної адаптації (дезадаптації) різних груп населення до постійних труднощів і негативних емоцій [25].

Причинами виникнення соціальної напруженості є:

1) фізіологічна дезадаптація певних груп суспільства до труднощів. Наприклад, неможливість пристосуватися до різкого підвищення цін на товари і послуги без зниження рівня життя;

2) психофізіологічна дезадаптація людей, яка знаходить вираження в появі неусвідомлених масових психічних станів за період пристосування до певних соціальних труднощів і змін;

3) соціально-психологічна дезадаптація, яка виражена в існуванні в суспільстві усвідомлених конфліктних відношень конкретних груп населення до труднощів (підвищена політизація, міграція, злочинність, страйки і мітинги тощо) [59, с.230].

Адаптаційний синдром – це певна сукупність реакцій організму, функцією яких є захист від сильних і тривалих негативних впливів.

Депресія і стрес, як одні із форм прояву соціальної напруженості, в деяких випадках, за збігом несприятливих обставин можуть стати передумовами суїцидальної поведінки. Людина, котра знаходиться в депресивному стані проявляє по відношенню до інших негативізм, для неї характерними є негативний емоційний фон, загальна пасивність поведінки. Чинники соціальної напруженості підсилюють депресивний настрій індивіда, який виникає під дією захисних компенсаторних механізмів і характеризує адаптацію за рахунок виснаження. Людина втрачає соціальну опірність і неадекватно оцінює події, які з нею трапляються: погане перебільшує, хороше, навпаки, зводить до мінімуму. Особа, яка переживає депресію, по-інакшому оцінює і пояснює власні невдачі, які, на її думку, зумовлені стійкими, глобальними і внутрішніми чинниками.

Негативно та дестабілізуюче на психічний світ особистості діють соціальна напруженість, екстремальна ситуація і соціальний стрес.

Під соціальним стресом розуміють стани людини, які виникають під дією екстремальних впливів.

Ситуація соціальної напруженості може зумовити появу стресу, який негативно впливає на особистість, може її дезорганізувати та спровокувати суїцидальну поведінку. Відтак, соціальні, політичні, економічні, культурні та інші зміни в соціумі спричинюють появу стресових станів будь-якого члена даного суспільства. Соціально-психологічні та індивідуально-психологічні

особливості людини впливають на її реакцію на стресогенні події. Можуть виникнути як легкі дезадаптаційні прояви, так і тяжкі складні особистісні автодеструкції, суїцид [22, с.83].

Складні життєві ситуації і події зумовлюють появу різноманітних психічних та фізіологічних розладів. Саме поєднання зовнішнього провокуючого чинника і психологічно-особистісної вразливості людини є передумовою появи стресу, апатії і депресії. Міра особистісного сприйняття і значущості непростих ситуацій життя визначає розвиток негативних станів та появу агресивних форм поведінки. З позиції самої людини, яка переживає стрес та з позиції місця стресу в суспільстві простежуються причинно-наслідкові зв'язки стресу і самогубства. Безліч соціальних і психологічних причин можуть стати передумовами появи стресових станів у індивідів. Наприклад, у суспільстві з низьким рівнем безробіття люди менш схильні до стресу і суїцидальної поведінки, ніж у суспільстві з високим рівнем безробіття. Людина, котра працює проявляє активність, має постійне коло спілкування, матеріально забезпечена. Безробітний позбавлений цих благ і тому більш схильний до стресів та само деструкцій.

Людина, котра втрачає роботу переживає сильний стрес, який проходить чотири фази:

1) стан невизначеності і шоку. Людина важко переживає зміни, пов'язані із втратою роботи, і саму втрату роботи. Емоції негативні, можуть загостритися хвороби, відбуватися нещасні випадки;

2) стан особистісного полегшення та конструктивного пристосування до життєвої ситуації, що склалася. Деякі люди відчують полегшення, радість. З'являться нові сили, бажання, натхнення у зв'язку з наявністю вільного часу. Але іноді стресові стани стійкі і їх важко подолати;

3) погіршення стану відбувається приблизно після 6-ти місяців безробіття. Негативні зміни з'являються у психічному та соціальному становищі особистості, погіршується здоров'я. Людині не вистачає активної діяльності, життєві звички змінюються, руйнуються інтереси та прив'язаності. Сили, які

допомагають людині боротися із стресовими ситуаціями занепадають.

4) безпорадність і примирення із ситуацією. Відсутність успіхів у пошуці роботи призводить до зростання апатії та втрати надії. Можлива поява суїцидальної активності, адже, за М. Бердяєвим, психологія суїциду – це психологія безнадійності [16].

Відтак, високий рівень злочинності в суспільстві, наркоманії, алкоголізму чи суїциду є явними ознаками патології в суспільстві. Дані явища є водночас і причинами і наслідками стресу. З. Фрейд, аналізуючи і вивчаючи проблему психологічного здоров'я соціуму, висловив думку, що вимоги людини і суспільства є конфліктними, а суспільство може бути хворим. Для обґрунтування цієї тези, вчений ввів у обіг термін «соціальний невроз», під яким розумів соціальну зумовленість найбільш відомих і поширених у суспільстві нервово-психічних розладів. Складне та багатогранне суспільне життя відіграє значну роль у появі психологічних проблем людини, які пов'язані із процесом соціалізації, прийняттям соціальних і культурних норм та цінностей суспільства. Завдяки цим процесам індивід не тільки пристосовується до соціальних, психологічних, культурних, політичних норм соціуму, а й сприймає їх як власні ціннісні установки [25, с.14].

Учень Фрейда, німецько-американський психолог, видатний вчений Е. Фромм дотримувався думки, що людина, котра не досягнула свободи, неповноцінна. Таку неповноцінність може формувати сам соціум, схвалюючи відповідні форми поведінки та заохочуючи їх, визначаючи дії «неповноцінної» людини соціально бажаними. На думку Е. Фромма, саме свобода є найважливішою умовою повноцінного становлення і зростання особистості. В.-Е. Франкл погоджувався з цією думкою, зазначаючи, що людина вільна сама шукати і реалізувати сенс власного життя, навіть якщо її свободу обмежують зовнішні чинники, об'єктивні причини. Соціальні обставини не зумовлюють поведінку особистості повністю. Вплив на індивіда зовнішніх обставин опосередковується її позицією щодо них. Саме з позиції поєднання індивідуальних внутрішніх та соціальних зовнішніх чинників розглядала

проблему самогубства К. Хорні. Для неї найважливішою у питанні суїциду була проблема вивчення, діагностики і корекції негативних психологічних наслідків, виникнення яких зумовлене стресогенними чинниками суспільного та особистісного рівня [70, с.321].

Відомим є те, що багато людей, які переживали певний стрес, після припинення дії стресогенних чинників, повертаються до нормального ритму життя, у звичайний для них стан. Але на інших людей вплив негативних подій, які травмують особистість, триває значно довше. Такі люди знаходяться під впливом посттравматичного стресу, що значно ускладнює їх пристосування до нормальних умов життя, породжує різноманітні деструктивні форми поведінки, синдром посттравматичних стресових розладів. Дуже складною у даній ситуації є проблема невизначеного відкладення появи посттравматичного синдрому, що не дає можливості своєчасно надати необхідну психологічну допомогу. Значущість певної ситуації для конкретної людини, визначає логіку і форми її поведінки в даній ситуації і при наявних обставинах.

Самогубство як реакція на складну ситуацію буває різним за динамікою. В одних випадках суїцидальні настрої та поведінка виникають відразу після впливів стресогенного чинника, в інших – суїцидальні задуми розгортаються в часі. Вплив одного стресогенного чинника доповнюється впливом інших, стресори накопичуються і виникає бажання заподіяти собі смерть. В такому випадку суїцид – це позбавлення себе нестерпних негативних переживань, результат посттравматичних стресових розладів особистості.

Вчені різних країн досліджуючи посттравматичний синдром, обґрунтували критеріальні групи, за якими можна його діагностувати. Сьогодні такі критеріальні групи найчастіше використовують при вивченні посттравматичних стресових розладів воєнної етіології. Також їх застосовують при вивченні інших травмуючи психіку людини ситуацій: смерть близьких, втрату «значущих», важка хвороба тощо. До таких критеріальних груп відносять:

- наявність в історії хвороби людини такої події, котра існує поза межами

типового людського досвіду. Впливи даної ситуації є травмуючим чинником для більшої кількості людей;

- неодноразове переживання емоцій, які пов'язані із стресовою ситуацією після закінчення такої ситуації. Людину переслідують тривожні спогади, думки і переживання з минулого;

- прагнення індивіда завжди уникати будь-які події, котрі можуть нагадати про пережитий стрес. Людина акцентує увагу на самому факті травми, а на всі інші чинники не зважає. Вона втрачає інтерес до спілкування, взаємодії з іншими, хоча раніше це займало важливе значення в житті; стає відчуженою та автономною;

- стійкі симптоми, які з'явилися після пережитої травми і характеризують високу збудливість особистості. В людини виникають проблеми зі сном, сконцентруванням уваги, пам'яттю тощо [6, с. 50];

Тільки за тієї умови, що розлади спостерігаються протягом місяця після травми, можна стверджувати про наявність посттравматичних розладів.

Соціальні негаразди, стресові ситуації завжди впливають на людей, дезорганізуючи їх поведінку або деформуючи особистість. Але водночас стресові ситуації допомагають людині навчитися адаптуватися і викликають адапційні реакції, які на шляху розвитку проходять такі етапи:

1) поява занепокоєності і тривожності (сили згуртовуються і мобілізуються, щоб протидіяти стресовій ситуації);

2) розвиток опору організму людини (активізується поведінка, спрямована на подолання стресогенних впливів);

3) виснаження пристосувальних можливостей організму людини (подолання стресу або припинення боротьби). Саме на цій фазі у людини можуть виникнути суїцидальні настрої, наміри і думки [44].

Важливо зауважити, що потенціал епохи, ресурси і надбання нації є ресурсами кожної конкретної людини. Суспільні зміни, економічні та політичні кризи порушують всі звичні норми життєактивності, змінюють цінності і прийнятні форми поведінки, нівелюють певні види діяльності та комунікації.

Стрес входить в буденне життя людини, і не всі здатні із ним справитися. Така буденність впливає на оцінку людиною власної поведінки, взаємодій з іншими, сприйняття минулого, теперішнього і майбутнього. Від зміни поглядів на часовий простір, залежить зміна мотивації, діяльності людини, її здатність реагувати на проблемні моменти життя. В часову перспективу людина вміщує власні життєві плани, цілі, мету. В індивіда відсутні плани на майбутнє, що пов'язано із відсутністю позитивного образу майбутнього. Відтак, негативна часова перспектива перешкоджає здоровому мисленню і може викликати стрес і спричинити суїцидальні дії. Найчастіше це проявляється в людей пенсійного віку. Для представників екзистенціалізму людина – це істота, котра спрямована в майбутнє. Але минуле, теперішнє і майбутнє взаємопов'язані і взаємозумовлені. За умови зникнення зв'язку між всіма часовими параметрами, спостерігається поява деструктивних форм поведінки, суїцидальних дій. Розрив часової послідовності зумовлений негативними наслідками соціальних катаклізмів і соціальної дезорганізації. Наслідком таких подій може стати поява «нульового часу» – період порушення і занепаду соціальної системи, що є результатом вибухових процесів. Соціальні вибухи завжди зумовлюють появу багаточисельних суспільних перетворень і змін: розпад соціальних інститутів, зміна прийнятих способів поведінки, стереотипних норм і правил, часовою дезорганізацією в особистісному та культурному планах. За таких обставин час для людини зупиняється, втрачається зв'язок з минулим і майбутнім, відбувається розрив соціальних контактів, речовий світ не змінюється. Саме тому нульовий час розуміється особистістю як несправжній і викликає стрес. Людина може приймати спонтанні необмірковані рішення, навіть такі, що загрожують її власній безпеці та існуванню [46, с. 129].

В сучасному житті у більшості людей спостерігається значне скорочення часової перспективи. Люди часто звертаються до минулого, відсутня їх орієнтація на теперішнє і майбутнє. Але саме така орієнтація спричинює вибір активних, раціональних стратегій виходу із проблемної ситуації. Орієнтуючись на минуле, індивід обмежується пасивними, захисними способами подолання

життєвих труднощів.

Стресові ситуації є одним із важливих чинників соціальної напруженості.

Екстремальна (стресова) ситуація – це інтенсивний вплив одного або декількох соціальних чинників на індивіда, що робить життєво необхідною активізацію механізмів пристосування для виживання і комфортного існування.

Екстремальні ситуації можуть мати природний (землетруси, повені, смерчі, урагани тощо), технічний (аварії, вибухи тощо) та соціально-психологічний (конфліктна напруженість, війна, повстання тощо) характер. Екстремальні чинники в процесі розвитку цивілізації зазнають значних змін, набуваючи нових рис, ознак та форм. Тобто розвиток суспільства диктує зміни, пов'язані із особливостями впливу на людину екстремальних ситуацій.

Для України проблема впливу на особистість екстремальних чинників є актуальною і дуже важливою. Це пов'язано насамперед із нестабільною політичною, соціально-економічною ситуацією в державі. Увагу потрібно зосередити на проблемі психічної стабільності громадян, їх готовності долати складні та неочікувані ситуації. Здатність ефективно долати життєві труднощі, соціально-психологічні кризи пов'язана із здатністю індивідів зберігати особистісну рівновагу в складних і небезпечних умовах, щоб не опинитися в умовах вибору між життям та смертю [39].

Стрессова ситуація розгортається поза межами відомого і звичного прогнозування людиною власного майбутнього. Вона змушує мобілізуватися всі захисні резерви організму. Людина або шукає можливості пристосуватися до змін, або приймає рішення не чинити опору і покинути життя. Екстремальна ситуація характеризується раптовістю, несподіваністю, новизною. Її специфікою є стресовий характер впливу і поєднання таких чинників, котрі порушують гармонійність соціального життя та особистісних установок, досвіду індивіда, внаслідок чого починається руйнування певних психологічних, соціально-психологічних і динамічних стереотипів. Екстремальна ситуація загрожує біологічному та психологічному комфорту, існуванню людини, що може призвести до порушення особистісної цілісності

та індивідуальної сутності індивіда.

Екстремальна ситуація здатна загострити міжособистісні суперечки, викликати конфліктну напруженість, яка характеризується сукупністю негативних емоційних реакцій, зниженням рівня пошуку шляхів виходу із проблемної ситуації, паталогічним сприйняттям реальності, тобто певних механізмів взаємозв'язку особистості і соціальної групи. За таких умов людина вибирає певну тактику ставлення до небезпеки: ігнорування, намагання співіснувати із небезпекою; боротьба із проблемою; намагання уникнути небезпеки і втеча. На поведінкову активність індивіда, який перебуває в екстремальній ситуації, впливають:

- 1) здатність контролювати власні емоції та переживання;
- 2) психологічні стани втоми, відчаю, злості, провини, страху, паніки, невпевненості тощо;
- 3) індивідуально-психологічні особливості індивіда, його спрямованість, установки, ціннісні орієнтації, прагнення, потреби;
- 4) рівень адаптивності;
- 5) рівень психологічної готовності до конкретних дій в екстремальній ситуації;
- 6) здатність адекватно і вчасно приймати рішення у складній ситуації, незвичному середовищі [63, с. 64].

Протягом життя людина долає різні небезпеки як природного, так і технологічного та соціально-психологічного характеру. Сьогодні вплив стресогенних чинників на індивіда посилений, а проблема своєчасної і ефективної адаптації до нових умов існування привертає більшої уваги і потребує детального вивчення та аналізу.

2.3. Стадії розгортання суїциду як складного поліетапного процесу

Суїцидальна поведінка – це здійснення усвідомлених послідовних аутоагресивних дій індивідом, зумовлених виникненням внутрішнього конфлікту і соціально-психологічною дезадаптацією. Суїцидальна поведінка являє собою динамічний процес, що включає певні етапи та фази розвитку.

В результаті досліджень було виявлено, що будь-який тип розгортання суїциду вміщує постійні компоненти і характеризується подібним механізмом розвитку.

Механізм розвитку суїцидальної поведінки досліджував Е. Дюркгейм і описав такі етапи розгортання суїциду:

1. Конфлікт, на виникнення якого вплинули соціальні та особистісні фактори;
- 2) соціально-психологічна дезадаптація особистості;
- 3) крах ціннісних установок;
- 4) мотиваційна готовність;
- 5) предсуїцид;
- 6) суїцид;
- 7) пост суїцид [54, с.196].

Основою механізму суїцидальної поведінки є негативні соціальні фактори та особистісні психологічні особливості індивіда.

До соціальних факторів, здатних спричинити появу суїцидальної активності відносять: втрату близької людини, розлучення, нерозділене кохання, вихід на пенсію, втрата роботи тощо.

Особистісними факторами суїцидальної поведінки є: індивідуально-психологічні особливості людини, її риси характеру, вольові характеристики, тип темпераменту, психічні порушення і хвороби тощо.

Взаємодія і взаємовплив зовнішніх соціальних і внутрішніх психологічних факторів зумовлюють появу внутрішнього конфлікту особистості. Способи вирішення суперечностей впливають на подальшу

поведінку людини. Якщо індивід не може подолати внутрішній конфлікт, з'являється соціально-психологічна дезадаптація – непристосованість, конфлікт людини із соціальним оточенням. Конфлікт буває зовнішнім або внутрішнім. Об'єктивно соціально-психологічна дезадаптація зазвичай проявляється в невідповідності поведінки людини її статусу та соціальної ролі. А суб'єктивний аспект дезадаптації полягає в появі складних психоемоційних переживань та нав'язливих почуттів. Коли поріг дезадаптації перейдено, реакція людини на будь-які події стає неадекватною та непередбаченою. Несподіваний суїцид, який не пов'язаний із матеріальним добробутом є одним із проявів такої неадекватної реакції [53].

Відтак, суїцидальну поведінку можна охарактеризувати як крайню форму соціально-психологічної дезадаптації особистості. Самогубство – це неадекватна реакція на негативні соціальні фактори, спосіб виходу із складної ситуації за умови неможливості вчасно та ефективно адаптуватися. Поняття дезадаптації раціонально об'єднує різноманітні мотиви суїцидальної активності та дає фахівцям можливість різноаспектно розглядати дану проблему.

Конфлікт, який переступив межу порогу дезадаптації має назву кризова ситуація. Основою соціально-психологічної дезадаптації є крах основних ціннісних орієнтацій особистості, що можна охарактеризувати як втрату сенсу життя. Втрата ціннісних орієнтацій завжди пов'язана із соціально-значущими подіями для особи. Втрата сенсу існування призводить до втрати життєвих сил і опірності особи. Саме втрата опірної точки зумовлює появу мотиваційної готовності до суїциду. У такому стані людина не бачить жодного позитивного моменту, жодної деталі, яка б допомогла розв'язати конфлікт раціонально. У такому стані людина може перебувати тривалий період часу, який не завжди закінчується самовбивчими діями. Проблема або вирішується сама, або в особи з'являються психічні розлади.

Важливу роль у формуванні мотиваційної готовності до суїциду відіграють соціально-психологічні фактори. Зокрема: зростання бідності, безробіття, матеріальна незабезпеченість, соціальна незахищеність,

невпевненість в завтрашньому дні тощо. Відтак, в Україні значно зростає число самогубств саме в періоди економічної та політичної нестабільності, духовної і культурної кризи, дестабілізації морально-психологічного клімату. Це призводить до зростання бідності і рівня незадоволеності власним життям.

Багатоаспектні впливи стресових провокаційних факторів призводять до передсуїцидальної поведінки. Власне суїциду передують предсуїцид, тривалість якого може тривати від декількох хвилин (гострий пресуїцид) до місяців (хронічний пресуїцид). При хронічному пресуїциді процес розгортання внутрішніх форм суїцидальної поведінки проходить певні фази. Зокрема з'являються суїцидальні задуми, які характеризуються уявленнями, фантазіями на тему власної смерті; суїцидальні наміри, які формуються внаслідок приєднання до задуму вольового компонента, тобто готовності діяти самодеструктивно; суїцидальна спроба – усвідомлене намагання позбавити себе власного життя.

В науці виділяють такі типи пресуїцидального періоду:

- 1) афективно-напружений – індивід знаходиться в стані інтенсивних, нав'язливих, сильних емоційних переживань;
- 2) афективно-зредукований – переживання і емоції характеризується «холодністю», астеничністю, байдужістю. Людина пасивна, не бореться із конфліктом, згоджується померти [8].

Пресуїцид включає в себе дві основні фази:

1. Предиспозиційна фаза характеризується високою активністю індивіда, намаганням знайти вихід із складної проблемної ситуації. Але така активна поведінка не супроводжується суїцидальними діями. Людина відчуває нестерпність життя, не знаходить можливості покращити ситуацію і розв'язати існуючу проблему. Зникає бажання жити, але міркування про смерть, самогубство ще блокують психологічні механізми захисту. Людина потребує психологічної допомоги і підтримки.

2. Власне суїцидальна фаза починається в той момент, коли суїцидент не знайшов рішення проблеми і відбулося посилення дезадаптації. Людина міркує

про смерть, самогубство як один із способів припинення життя. На даній фазі допомогти суїциденту значно складніше [18]. Суїцидальна фаза пресуїциду проходить шлях від початку думок про самогубство до спроби його здійснення. Вибір способу суїциду в різних країнах відбувається по-різному, однак дослідники помітили загальні тенденції. Повішення вважається одним із найбільш поширених способів заповідання собі смерті. Другим за поширеністю способом суїциду є позбавлення себе життя із застосуванням вогнепальної зброї. В країнах, де така зброя легкодоступна (США) відсоток здійснення суїциду за допомогою цього методу значно вищий, ніж в країнах, де доступ до зброї обмежений. Суїциденти також намагаються накласти на себе руки за допомогою отруєння: свідомого передозування лікарських препаратів. Жертви дорожньо-транспортних пригод іноді також вважаються прихованими суїцидентами. Важливим є той факт, що люди, які планують здійснити самогубство не заявляють про це іншим. Всього 15-25% людей, що здійснюють суїцид, залишають прощальні листи.

Якщо протягом передсуїцидального періоду суїцидент не отримав кваліфікованої допомоги, настає останній етап – власне суїцид.

Суїцид як динамічний процес включає три етапи:

1. Етап суїцидальних тенденцій. Знижується рівень задоволеності власним життям, втрачається сенс існування і з'являється небажання жити. Суїцидальні тенденції проявляються в думках, почуттях, намірах. Вони в будь-який момент можуть призвести до здійснення самого акту суїциду. На цьому етапі доцільно проводити превенцію суїциду, тобто дій щодо його запобігання. Ще важливішим є масове навчання елементарним принципам психологічної культури.

2. Етап суїцидальних дій характеризується появою в поведінці людини активних самодеструктивних вчинків. Здійснюється спроба позбавити себе життя. Під спробою суїциду розуміють усвідомлене намагання людиною заповідати собі смерть, яке від незалежних від суїцидента причин не було завершено. Самоушкодження, яке носить демонстративний характер, але не має

на меті позбавлення життя називається пара суїцидом. Парасуїцид не має на меті навмисного позбавлення життя, але іноді може призводити до трагічних наслідків. На цьому етапі здійснюють процедуру психологічної інтервенції – процес надання психологічної допомоги суїциденту для виходу із предсуїцидальної кризи. Найважливішим завданням психологічної інтервенції є не лікування нервово-психічних захворювань і зміна структури особистості, а недопущення здійснення акту суїциду. Для фахівців, котрі працюють із суїцидентами, це дуже важливий фактор, без участі якого всі інші намагання допомогти будуть безрезультатними. Саме вивчення форм та способів поведінки індивіда в цей час допомагає визначити індивідуальний підхід до суїциду кожного «хворого» і виокремити особистісні стилі самогубства:

1) імпульсивний характеризується раптовістю прийняття рішення після виникнення складної проблеми і стресової ситуації, виникають труднощі у вербальному вираженні власних почуттів та переживань;

2) компульсивний стиль самогубства характерний для осіб, котрі прагнуть довершеності у всьому. Бажання та цілі таких людей не відповідають їх можливостям, що в результаті може призвести до появи активних суїцидальних дій;

3) ризикована поведінка – поведінка, яка межує із загрозою для власного здоров'я і життя, але є привабливою для конкретних людей;

4) регресивний стиль: недостатня ефективність механізмів соціально-психологічної адаптації, людина емоційно незріла та інфантильна;

5) залежний: постійний пошук підтримки, допомоги з боку інших, невміння самостійно приймати рішення, пасивність, безнадійність;

6) амбівалентний стиль суїциду характеризується наявністю в психічному житті особистості двох протидіючих сил: бажання жити і бажання померти;

7) гнівний: невміння виражати власну незадоволеність діями інших, особливо значущих людей, що призводить до незадоволеності власним «Я»;

8) звинувачуючий: впевненість у власній вині, або вині інших людей щодо появи складних і нестерпних ситуацій в житті;

- 9) втеча від кризової ситуації шляхом здійснення самогубства;
- 10) беземоційний стиль: втрата відчуттів та емоційних переживань;
- 11) творчий стиль самогубства характерний для творчих та неординарних особистостей, для яких суїцид новий оригінальний і привабливий спосіб вирішити всі існуючі проблеми [59, с. 108].

Підготовка до суїциду є важливим етапом реалізації самовбивчого акту. Суїцидент аналізує причини появи небажання жити і можливі наслідки власної смерті, вивчає способи самогубства і оцінює їх ефективність, планує порядок своїх дій і сценарій суїциду. Іноді перед здійсненням акту самогубства суїцидент складає заповіт, просить прощення у рідних і близьких, дарує подарунки друзям, віддає борги, тобто прощається із життям та зовнішнім світом. Він також здійснює певні дії щодо власної зовнішності, щоб таким чином вибачитися і зменшити негативні наслідки його суїциду для оточуючих. Якщо самогубство не мало трагічного фіналу, то з'являється ще один етап – постсуїцид.

3. Етап постсуїцидальної кризи триває період від моменту здійснення спроби самогубства до зникнення суїцидальних тенденцій. Цей етап характеризується важкою психологічною кризою суїцидента, ознаками якої є соматичні, психологічні і психопатологічні порушення. На цьому етапі здійснюється поственція і вторинна превенція суїцидальної поведінки. Поственція – це сукупність дій фахівця, які спрямовані на подолання суїцидентом психологічної кризи. Робота проводиться з самим суїцидентом і його найближчим оточенням [42, с. 32].

На етапі постсуїцидальної кризи реабілітація суїцидента зазвичай проводиться в психіатричних відділеннях. Людина перебуває під наглядом лікарів і психологів навіть при відсутності психічних захворювань і порушень. Іноді невдалу спробу самогубства приховують рідні чи близькі, які надавали первинну допомогу суїциденту в домашніх умовах. Саме такі особи мають змогу звернутися до допомоги на «Телефон довіри».

Вчені класифікували особливості перебігу та кризові стани

постсуїцидального періоду. М.В. Миколайський виокремлює такі критеріи:

- 1) за тривалістю;
- 2) за особливістю суїцидальної поведінки і наявністю конфлікту;
- 3) за рівнем адаптації [19, с.157-159].

Постсуїцидальний період може мати різну тривалість і включає три етапи: найближчий, пролонгований, віддалений. Ризик повторної спроби суїциду високий.

Суїциденти, які не отримали кваліфіковану допомогу після невдалої спроби самогубства перебувають в тяжкому психологічному стані. Вони позитивно ставляться до власних самодеструктивних дій і є високий ризик повторення ними спроби суїциду. Якщо суїцидент, навпаки негативно ставиться до скоєного злочину проти власного життя, відчуває жаль, сором і каяття, можна стверджувати, що ризик повторної спроби нижчий. Наявність суїцидогенного конфлікту ускладнює ефективну корекційну роботу і може призвести до рецидиву. Фахівцям слід приділити увагу на розв'язання даного конфлікту, знаходження правильних способів вирішення проблеми, перегляду суїцидентом власних життєвих цінностей і пріоритетів.

При спробі маніпуляційно-шантажного суїциду у постсуїцидальний період фахівцеві важливо приділити увагу на зміну особистісної структури індивіда, його рис характеру та темпераменту. Адже такі люди проявляють надмірну агресивність, істеричність, демонстративність, неадекватність та необдуманість у власних діях та вчинках. Людина повинна розвинути рівень особистісної зрілості і вміння брати відповідальність за свої вчинки.

Едвін Шнейдман зазначив, що ефективна терапія залежить насамперед від рівня об'єктивності і правильності оцінок, а їх адекватність – від точності висновків. Одним із важливих питань для фахівців, що займаються суїцидентами є виявлення спільних рис здійснених суїцидальних актів. Іншими словами, завданням психологів є виявлення загальних параметрів, особливостей і характеристик самогубств. Науковець при створенні нової теорії використав три області знань: космологія (погляд на світ), персонологія (розуміння

особистості) і теорія систем (синтез типів інформації, що не вимірюється).

Виокремлено десять загальних рис самогубства:

1. Основною метою суїциду є пошук шляху розв'язання проблеми. Суїцид – це не випадкове явище, це вирішення труднощів, вихід із психологічної кризи або нестерпної ситуації. Щоб зрозуміти причину суїциду, необхідно визначити проблеми, вирішити які повинен самодеструктивний акт.

2. Основним завданням суїциду є припинення болю і втрата свідомості. Своєрідність суїциду характеризується одночасним існуванням двох типів руху: рух в напрямку досягнення бажаного і рух як втеча від нестерпної ситуації. Завданням суїциду є припинити усвідомлення дійсності, припинити нестерпний душевний біль і таким чином вирішити актуальні життєві проблеми. Смерть в такому випадку є побічним ефектом. У зневіреної особистості виникає думка про можливість припинити свідомість, що буде гідним способом виходу із проблемної ситуації. Душевне хвилювання, високий рівень тривожності і високий летальний потенціал провокують створення сценарію суїцидальної поведінки.

3. Загальним стимулом самогубства є нестерпний психічний біль. Саме від душевного болю і страждань людина намагається втекти, і єдиний шлях – це суїцид. Ніхто не намагається покінчити із життям від переживання радісних хвилюючих моментів, його не може викликати стан задоволення і блаженства. В даному випадку говориться саме про психічний біль, метабіль, біль від відчуття болю. В клінічній суїцидології існує правило: необхідно знизити інтенсивність страждань і людина обов'язково вибере життя.

4. Загальним стрессором при суїциді є фрустраційні психологічні потреби. Не можна стверджувати, що суїцид не має сенсу, адже людина міркує, шукає вихід, не знаходячи його, суїцид стає логічним і раціональним виходом із стресової ситуації. Особи здійснюють суїцид через незадоволення психологічних і соціальних потреб.

5. Найпоширенішими емоціями суїцидентів є безпорадність і безнадійність. Початок життя людини характеризується існуванням чуттєвого

переживання у вигляді всеосяжного інтересу і захоплення. В суїцидальному стані виникає і переважає почуття безпорадності-безнадії. Традиційно вважалося, що ворожість є домінуючою емоцією при суїциді. Але сьогодні вчені звернули увагу і на інші глибокі базові емоції, що мають відношення до суїцидальної активності: сором, почуття провини, залежність, за якими знаходиться сильне почуття внутрішньої спустошеності, безпорадності, безнадійності. Практика свідчить, що при роботі із клієнтом, який знаходиться в стані сильної душевної тривоги, марними є спроби вплинути на особистість за допомогою бесіди, консультації, тиску чи іншими аналогічними способами. Найефективнішим способом зниження інтенсивності переживання глибоких негативних емоцій є непрямий вплив на психічний стан клієнта. Психотерапевт по відношенню до клієнта виступає як опікун, який перш за все захищає його інтереси і переживання. Основною метою втручання є зниження тиску несприятливих життєвих обставин, які викликають негативні емоції і складні переживання.

6. Внутрішнє ставлення до суїциду завжди є амбівалентним. З.Фрейд звернув увагу на важливу особливість психічного світу людини, яка протиставляється загальним законам логіки – амбівалентність. Щось конкретно може існувати як Я і не – Я. Одна і та ж людина може одночасно і подобатися і не подобатися; людина може любити і в той же момент ненавидіти іншу людину. Часто виникають два протилежних погляди на одну і ту ж ситуацію. Для суїциду характерним є стан, за якого особа намагається покінчити з життям і одночасно просить допомоги, і два таких вчинки є істинними і справжніми. Амбівалентність характеризує ставлення людини до суїциду: вона відчуває потребу накласти на себе руки, але водночас прагне допомоги. Психотерапевт за допомогою існування у суїцидента амбівалентності намагається знизити його емоційне напруження.

7. Загальним станом психіки є звуження когнітивної сфери. Суїцид – це не прояв психічного порушення: психозу, неврозу або психопатії, а афективне звуження свідомості з неможливістю раціонально мислити. Синонімом слова

звуження є «тунельність», миттєва втрата варіантів вибору поведінки, які зазвичай існують в свідомості індивіда, коли він не знаходиться в стані паніки.

Той факт, що самогубство здійснюється людьми, в яких звужена свідомість, може привести психотерапевтів до судження, що ніхто і ніколи не повинен здійснювати самогубство, відчуваючи емоційне напруження і суїцидальне налаштування. Адже, щоб прийняти таке важливе рішення у власному житті, потрібен розум, здатний оперувати різноманітними варіантами, а не тільки двома. Практика доводить, що важливою є протидія саме звуженню думок суїцидально налаштованого індивіда, намагання збільшити число варіантів вибору подальшої поведінки.

8. Загальним вчинком всіх суїцидентів є втеча. Втеча проявляється як бажання особистості зникнути із тієї нестерпної ситуації, що приносить біль. До числа варіантів втечі належать втеча з дому чи сім'ї, звільнення з роботи, дезертирство з армії. Суїцид – це крайня форма втечі. Сенсом суїциду є радикальна і остання зміна власного життєіснування: дія, що призводить до цього – втеча.

9. Вербальне висловлення власних намірів щодо здійснення суїциду. Люди, котрі намагаються накласти на себе руки, не беручи до уваги амбівалентність, свідомо чи несвідомо намагаються попередити оточення про власні наміри, говорять про безвихідь, просять допомоги, шукають можливість врятуватися. Сумно і парадоксально, що загальною комунікативною дією при суїциді є не ворожість, гнів чи знищення і навіть не втеча від інших у себе, а саме повідомлення про власні суїцидальні наміри. Всі фахівці, котрі працюють сьогодні із суїцидентами знають і виокремлюють характерні ознаки повідомлення про суїцидальні наміри: вербальні і невербальні. Їх розпізнання є особливим і незамінним способом превенції суїциду.

10. Закономірністю є відповідність суїцидальної поведінки загальним патернам поведінки в житті. Коли людина здійснює самогубство, оточуючі не знаходять аналогів такої поведінки в попередньому житті особистості. Але все-таки суїцид можна знайти в проявах поведінки особистості до здійснення

самого деструктивного акту. Потрібно повернутися до існуючого душевного стану особистості, оцінити здатність людини боротися із психічним болем, наявності тенденцій до звуження свідомості, намагатися знайти попередні спроби втечі.

Виходячи із десяти виокремлених рис суїциду, можна дати наступне його визначення: суїцид – це усвідомлена дія самознищення, яку можна інтерпретувати як миттєвий патологічний стан людини, що потратила в складну життєву ситуацію і єдино правильним виходом із неї є суїцид [59, с. 233].

Висновки до другого розділу

1. Суїцидальна поведінка як одна із форм деструктивного поводження, зумовлена одночасним негативним впливом декількох детермінант.

Однією із причин появи суїцидальних думок та поведінки є нейробіохімічні чинники. Головний мозок – це матеріальна основа всіх психічних явищ індивіда. Певні зміни та порушення у біохімії мозку можуть спричинити суїцидальність.

Визначальна роль в формуванні суїцидальності також належать факторам соціального середовища. Самосвідомість індивіда визначається суспільством, в якому він живе, його нормами, цінностями, звичаями та правилами. Порушення, дисбаланс між особистістю та суспільством може призводити до відхилень у поведінці та появи суїцидальних схильностей. Соціально-психологічні чинники суїцидальної поведінки найбільш повно розкриваються через спілкування та міжособистісну взаємодію. Вони тісно пов'язані із соціально-психологічними настроями суспільства, механізмами впливу

індивідів один на одного.

При аналізі суїцидальної поведінки розглядаються зовнішні соціальні чинники ризику та індивідуальні внутрішні особливості, що впливають на поведінку індивіда і його суїцидальну спрямованість. Психологічні чинники суїцидальної активності особистості пов'язані із особистісним психологічним станом людини: втома, депресія, страх, виснаженість, апатія, фрустрація, безнадійність та інші; із психологічною схильністю, що проявляється в особливостях характеру, темпераменту, порозі чутливості, недостатній вольовій саморегуляції тощо.

Суїцид – це вольовий акт, який вирізняється здатністю індивіда до вибору кінцевої мети діяльності і наявністю необхідного внутрішнього зусилля.

2. Негативно та дестабілізує на психічний світ особистості діють соціальна напруженість, екстремальна ситуація і соціальний стрес.

Соціальні негаразди, стресові ситуації завжди впливають на людей, дезорганізуючи їх поведінку або деформуючи особистість. Але водночас стресові ситуації допомагають людині навчитися адаптуватися і викликають адапційні реакції.

3. Суїцидальна поведінка являє собою динамічний процес, що включає певні етапи та фази розвитку.

В результаті досліджень було виявлено, що будь-який тип розгортання суїциду вміщує постійні компоненти і характеризується подібним механізмом розвитку.

Механізм розвитку суїцидальної поведінки досліджував Е. Дюркгейм і описав такі етапи розгортання суїциду:

- 1) конфлікт, на виникнення якого вплинули соціальні та особистісні фактори;
- 2) соціально-психологічна дезадаптація особистості;
- 3) крах ціннісних установок;
- 4) мотиваційна готовність;
- 5) предсуїцид;

6) суїцид;

7) постсуїцид.

Важливою проблемою, котру намагаються вивчити фахівці-суїцидологи є проблема виявлення спільних рис суїцидальної активності і власне здійснення самого акту суїциду. Іншими словами, завданням психологів є виявлення загальних параметрів, особливостей і характеристик самогубств. Едвін Шнейдман при вивченні даного питання і створенні нової теорії використав три області знань: космологія (погляд на світ), персонологія (розуміння особистості) і теорія систем (синтез типів інформації, що не вимірюється); виокремив десять загальних спільних рис самогубств.

РОЗДІЛ III

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ СХИЛЬНОСТЕЙ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДИ

3.1. Проект Центру психологічної допомоги для осіб із суїцидальними схильностями

1. Паспорт програми.

Назва проекту: Центр психологічної допомоги для осіб із суїцидальними схильностями (намірами).

Дата ухвалення рішення про розробку проекту: 16 березня 2014 р.

Розробник проекту: Узіюк Ю. Л., студентка V курсу юридичного факультету Тернопільського національного економічного університету, кафедри соціальної роботи.

Терміни практичного здійснення:

- | | |
|---|-----------------------|
| – розробка концепції проекту | 19.02. - 03.03.2014 |
| – оцінка життєздатності проекту | 04.03.2014 |
| – планування проекту | 05.03. - 20.03.2014 |
| – попередній контроль | 01.04. - 20.04.2014 |
| – реалізація проекту | з 01 травня 2014 року |
| – рефлексія повноти реалізації мети і завдань проекту | 15.05.2014 |

Перелік основних підпрограм:

- реєстрація юридичної особи;
- проведення організаційних робіт;
- впровадження змістово-інноваційної технології у роботі з студентами, схильними до суїциду;
- підготовка звіту про діяльність Центру.

Партнери з реалізації програми:

медичні працівники університету;
Психологічна служба університету;
кафедра соціальної роботи ТНЕУ;
Тернопільський обласний центр соціально-психологічної допомоги
«Родина»;
Управління ДСНС у Тернопільській області.

Орієнтована кількість осіб, залучених до реалізації проекту: 10 осіб.

2. Зміст проекту та обґрунтування його важливості

*“Навіть самовбивця вірить
у сенс - якщо не життя, то смерті”*

Віктор Франкл

Для постіндустріального суспільства життя особистості у час загальних соціальних реконструкцій і потужного інформаційного тиску, які змушують перебувати у стані постійного емоційного напруження, стає загальною нормою. З моменту набуття Україною незалежності внаслідок самогубств загинуло 207 609 осіб. Фактично щороку добровільно йдуть з життя понад 10 тисяч осіб. За статистикою близько третини суїцидів учиняють молоді люди віком до 22–25 років [65]. Молодь настільки звикла до постійних стресів та емоційних навантажень, що таким проблемам, як внутрішній неспокій, фрустрація, тривога, дискомфорт часто не надає належної уваги, не дивлячись на те, що саме вони можуть спричинити кризи, тяжкі душевні розлади, потрясіння, неврози, які в підсумку нерідко закінчуються самогубством.

Життєвий шлях кожної людини складається з чергування етапів стабільності та кардинальних змін, коли доводиться вирішувати питання, від яких залежатиме подальше існування.

Студенти належать до вікової категорії “юність”. Основними причинами самогубства у цей період є взаємодоповнення соціальних (зовнішніх) факторів і психологічних (внутрішніх) чинників. До зовнішніх слушно віднести складність процесу адаптації до нових умов життя, відсутність опіки і

підкування батьків і родичів, комунікативні та перцептивні труднощі, формування взаємостосунків із протилежною статтю, різке падіння самооцінки під час навчання, проблеми скупченості мешканців гуртожитку, неможливість побути наодинці з собою, своїми проблемами, ранні шлюби, дистанція між ідеальними очікуваннями та реальними наслідками особистих учинків; відсутність навичок рефлексії і саморефлексії; неприйняття значущим оточенням результатів особистісного самовираження студента. Психологічні причини суїцидальної поведінки такі: філософська інтоксикація, криза втрати сенсу буття, депресія, дезадаптованість, низька самооцінка, відчуття самотності, безнадійності, дистрес тощо.

Проблематика суїциду завжди була актуальною, адже випадки здійснення самогубства відомі людям із глибокої давнини. Вони описані у міфах та легендах, літературних пам'ятках всіх етнокультурних груп, на різних світових континентах.

На різних етапах історичного розвитку суспільства ставлення до суїциду було різним, і залежало від релігійних вірувань та моральних, правових, етичних норм і традицій тогочасності. Найдавнішими самогубствами є ритуальні. Вони були почесними і заохочувалися соціумом. Прихід християнства змінив позитивне ставлення до самогубства на різко негативне. У християнстві вважалося, якщо Бог дарував життя, то не можна кидати цей дар до ніг.

Вірогідність здійснення самогубства з віком збільшується, не дивлячись на те, що спробувати убити себе можуть люди різних вікових категорій. Останнім часом клініцисти особливу увагу приділили самодеструктивній поведінці в трьох вікових групах: серед дітей, підлітків та молоді і літніх людей. Не зважаючи на те, що всі характеристики і теорії, що пояснюють суїцид, можна застосувати до всіх вікових груп, представники кожної з них стикаються зі своїми унікальними проблемами, які можуть відіграти ключову роль у скоєнні акту самогубства.

Наявність та функціонування психологічної служби ТНЕУ,

спеціалізованим формуванням якої є Центр психологічної допомоги для осіб з суїцидальними схильностями, – важливий показник високого рівня розвитку вищої освіти в країні. Це пов'язано з тим, що названий Центр реалізує клієнтський та розвивальний підходи до роботи з клієнтами. Крім того його працівники вдаються до проектного моделювання певного набору чи системи інноваційних психодидактичних змін у конкретній освітній організації та їх наступному модельному зреалізування, котре психоекспериментальними засобами оптимізує психодуховне здоров'я, соціальну та особистісну самореалізацію учасників навчально-виховного процесу.

У підсумку пілотний досвід надання соціально-психологічної допомоги потенційним суїцидентам показав, що найефективнішим є інтегральний змістово-інноваційний підхід, який передбачає визначення чітко скоординованої співпраці психолога, соціального працівника та учасників освітнього процесу в їхній безперервній взаємодії, що уможливорює психодуховне збагачення їх ситуаційних стосунків, котрі стимулюють розумовий, соціальний, екзистенційний та креативний розвиток кожного учасника ділових та неформальних контактів.

Спеціаліст Центру не лише вивчає студента, який має суїцидальні схильності, мислить, проектує і взаємодіє з ним, спираючись на багатоманіття процесів угледіння і зняття некомфортних ситуацій, формулювання і здолання проблеми, прийняття і розв'язання задачі, він, щонайголовніше, ще й залучає його до певного способу буття і світобачення, вивільняючи у такий спосіб горизонти для духовного зростання, психологічного здоров'я, внутрішньої свободи. Тому проектно Центр психологічної допомоги для осіб з суїцидальними схильностями (намірами) дає змогу знизити прояви суїцидальної поведінки студента, допомагає йому в адаптації до нових умов життя, навчає ефективним моделям поведіння, надає підтримку, захист і якісну, особистісно зорієнтовану психологічну допомогу.

Цільова група: студенти ВНЗ.

Тип проекту:

- а) за масштабом — середній;
- б) за терміном реалізації — короткотерміновий;
- в) за фінансуванням — бюджетний;
- г) за змістом діяльності — соціально-психологічний.

Мета проекту: створення в межах психологічної служби ТНЕУ спеціалізованого формування — Центру психологічної допомоги для осіб з суїцидальними схильностями (намірами).

Завдання діяльності новоствореного Центру:

- 1) діагностика студентів (особливо першокурсників), виявлення рівня їх адаптації/деадаптації, відповідальності, суїцидальної схильності з допомогою різноманітних психодіагностичних методик;
- 2) профілактика появи суїцидальної поведінки серед студентів;
- 3) корекційна робота із студентами, які мають суїцидальні схильності, з використанням розробленої авторською науковою школою професора Фурмана А.В. інноваційної оргтехнології соціальної мислєдїяльності;
- 4) психологічна допомога студентам по телефону довіри;
- 5) моніторинг зміни соціально-психологічних орієнтацій студентів, які пройшли корекційну програму.

Очікувані результати:

- підвищення рівня особистісної адаптованості студентів;
- зняття психологічного напруження і стресу студентів, які звернулися до Центру;
- адекватне врівноважене і толерантне сприйняття студентом зі суїцидальною схильністю будь-яких життєвих ситуацій, усвідомлення важливості власного життя.

Ресурсне забезпечення проекту:

Особи, залучені до реалізації проекту: 13 осіб: 1 спеціаліст (Фурман О.Є.) відділу діагностичної роботи і два-три студенти-волонтери, задіяні до проведення діагностичних обстежень, 1 спеціаліст відділу профілактичної роботи і два студенти-волонтери, 1 спеціаліст (Надвинична О.Є.) відділу

корекційної роботи і два студенти-волонтери, 1 спеціаліст (Гірняк А.Н.) відділу соціально-психологічної аналітики і два студенти-волонтери, 1 спеціаліст відділу оперативної роботи. Директор Центру — спеціаліст відділу корекційної роботи.

Матеріальні ресурси: приміщення, 6 столів, 12 стільців, 3 комп'ютери з доступом до мережі Internet, ксерокс, принтер, 1 стаціонарний телефон, 1 мобільний телефон, навчально-методичні матеріали, канцелярське приладдя.

Структура і напрямки діяльності Центру психологічної допомоги для осіб з суїцидальними схильностями:

У Центрі сформовано чотири основних підрозділи:

- відділ діагностичної роботи;
- відділ профілактичної роботи;
- відділ корекційної роботи;
- відділ оперативної роботи;
- відділ соціально-психологічної аналітики.

Відділ діагностичної роботи:

Спеціаліст і студенти-волонтери проводять психодіагностичне обстеження студентів, особливо першокурсників, з використанням традиційних та інновційних тестових методик, які застосовують для оцінювання вираження соціально-психологічної дезадаптації: самооцінки, рівнів реактивності, особистісної тривожності, відповідальності, вивчення соціально-психологічної адаптації/дезадаптації, безнадійності. Зокрема відібрані для застосування такі тестові методики: тест А.В. Фурмана “Наскільки ти адаптований до життя?”, тест “Стратегії самоствердження особистості” Є.П. Нікітіна, Н.Є. Харламенкової, тест вольового самоконтролю Є.В. Ейдмана, тест фрустраційної толерантності Розенцвейга, тест визначення спрямованості особистості Басса-Дарки, тест тривожності Тэммл-Доркі-Амен, методика визначення відповідальності М.А. Осташева, опитувальник «Самооцінка психічних станів особистості» Айзенка, проєктивна методика «Метод незакінчених пропозицій», методика «Депресія» Е. Бекка, тести «Ваші

суїцидальні схильності», «Ваші думки про смерть» і «Карта ризику суїциду», запропоновані Л. Шнейдер та ін.

Діагностика суїцидальної поведінки студентів також здійснюється у процесі психологічного інтерв'ювання, у результаті якого при дослідженні основних причинних факторів (біографічних, особистісних, ситуаційних) можуть бути визначені характер, особливості автоагресивної активності й ступінь вираження суїцидального ризику.

Основне завдання діагностичного відділу — оцінка суїцидального ризику, тобто ступеня вираження суїцидальних проявів і вірогідності реалізації самогубства конкретним студентом.

Відділ профілактичної роботи:

Спеціаліст соціальний працівник-психолог і студенти-волонтери проводять профілактичні заходи, намагаються попередити появу негативних явищ у студентському середовищі: створюють оптимальні умови для проживання в гуртожитках, ведуть роботи в інформаційному просторі, передусім допомагають студентам-першокурсникам встановлювати зв'язки зі старшокурсниками, надають консультації з питань організації освітньо-наукового і дозвільного життя. Також профілактичні заходи спрямовані на збереження та подальший саморозвиток і самовдосконалення особистості як активного суб'єкта діяльності, навчання ефективним моделям поведінки, прийомам психічної саморегуляції та вироблення стійких позитивних установок студента і впевненості у власних силах та майбутньому. Використовуються форми і методи роботи: профілактичні бесіди, круглі столи, відеолекторії, консультації, тренінги упевненості в собі, самовдосконалення, особистісного зростання тощо.

На цей відділ покладене завдання моніторингу поетапного зниження суїцидальної схильності студентів, які пройшли корекційну програму.

Відділ корекційної роботи, де директор Центру за сумісництвом соціальний працівник-психолог забезпечує керівництво усім процесом діяльності Центру, здійснює контроль і представництво; займається

корекційною роботою — впроваджує інноваційну технологію допомоги особам з суїцидальними схильностями, яка передбачає роботу зі:

1) студентом, за допомогою форм і методів: бесіда, психологічне консультування, психокорекція, психотерапія; до методів психотерапевтичної корекції суїцидальної активності також належать кризова психотерапія, когнітивна психотерапія, аксіологічна корекція, у тому числі методи раціонально-емоційної, сугестивної психотерапії гештальттерапію, психоаналіз, психосинтез, клієнт-центрований підхід та ін;

2) робота з викладачами та куратором: рекомендації про вибір індивідуального педагогічного стилю спілкування з конкретним студентом; часткове зниження вимог із виконання навчальних програм; тимчасовий перехід на індивідуальну («домашню», екстернальну) форму навчання; навчання поведінки в конфліктних ситуаціях, використання таких прийомів, як відеотренінг, невербальне спілкування, практикум із розвитку навичок самоаналізу, емоційної стійкості; проведення спільних з психологом виховних годин з метою профілактики тривожності, невпевненості в собі, безпорадності, проблем у спілкуванні з однолітками тощо;

3) робота з батьками, родичами: психолого-педагогічні консультації, письмовий телефон довіри, рекомендації переглянути сімейні стосунки, змінити стиль взаємин і виховання в родині, сформулювати у батьків позитивне ставлення до своєї дитини; системна сімейна психотерапія, де використовуються соціометричні техніки.

Відділ оперативної роботи:

Соціальний працівник як практичний психолог надає кваліфіковану допомогу по телефону студентам, які знаходяться в критичному стані. За потреби залучає інших фахівців психологічних служб університету, медиків та Управління ДСНС у Тернопільській області.

Відділ соціально-психологічної аналітики:

Спеціаліст аналізує діяльність Центру, визначає ефективність надання психологічної допомоги студентам схильним до суїциду, займається

написанням звітів, наукових статей.

Управління проектом:

Центр є спеціалізованим формуванням Психологічної служби ТНЕУ і йому підпорядкований.

Успішне управління проектом багато в чому визначається наявністю або відсутністю різнобічного огляду інформації, детальним плануванням і здатністю проводити постпроектний аналіз та оцінку виконаних робіт і отриманих результатів.

На початку кожного місяця буде проводитися звітування кожного відділу про виконану роботу, один раз у півріччя — про загально виконану роботу.

Оцінка ефективності соціальних результатів реалізації проекту:

- кількість студентів, які скористалися послугами Центру й отримали кваліфіковану соціально-психологічну допомогу;
- рівень адаптації/дезадаптації студентів, що впливає на появу суїцидальних намірів;
- врятоване бодай одне людське життя.

Кошторис витрат на реалізацію проекту.

Оплата праці залучених працівників:

У центрі працюватиме 13 осіб.

1 спеціаліст відділу корекційної роботи за сумісництвом керівник Центру.
З/п - 1500 грн.

1 спеціаліст відділу профілактичної роботи. З/п — 1200 грн.

1 спеціаліст відділу діагностичної роботи. З/п — 1200 грн.

1 спеціаліст відділу оперативної роботи. З/п — 1200 грн.

1 спеціаліст відділу соціально-психологічної аналітики. З/п — 1200 грн.

5-6 студентів-волонтерів. Добровільна діяльність.

Загальна з/п на місяць — 6300 грн.

Придбання матеріальних та навчально-методичних ресурсів: за рахунок коштів Психологічної служби ТНЕУ, міського бюджету.

Матеріальні ресурси:

Приміщення — виділяє ТНЕУ.

Меблі та техніка:

Столи — 6 шт. — $700 \cdot 6 = 4200$ грн.

Стільці — 12 шт. — $200 \cdot 12 = 2400$ грн.

Комп'ютери — 3 шт. — $3000 \cdot 3 = 9000$ грн.

Ксерокс — 1 шт. — 400 грн.

Принтер — 1 шт. — 570 грн.

Телефон стаціонарний — 1 шт. — 120 грн.

Телефон мобільний — 1 шт. — 200 грн.

Меблі разом: 16890 грн.

Річний бюджет: Фонд з/п — 75600 грн. Меблі і техніка — 16190 грн.

3.2. Емпіричні результати діагностично-профілактичної роботи спрямованої на виявлення та попередження суїцидальної поведінки серед студентів ВНЗ

Адаптивна поведінка особистості є важливим елементом її суспільного життя. Адже гра, навчання, праця, творення починаються із внутрішньої та зовнішньої гармонії людини, особистісної комфортності, позитивного ставлення до оточення та конструктивного мислення. Людина повинна відчувати захищеність і безпеку. Якщо таке відчуття відсутнє, з'являються внутрішня тривога, неспокій, фрустрація, що може призводити до появи антисоціальної поведінки, проявом якої виступає суїцидальна активність особистості.

Адаптивна поведінка – це природний механізм набуття і формування людиною культурного та соціального досвіду, засвоєння знань, вмінь, навичок, цінностей певного суспільства та створення на їх основі нових продуктів творчості. Адаптованість є універсальною формою усвідомлення особистістю

власної єдності та комфортним співіснуванням із соціальним та природним середовищем.

Проблема становлення адаптивної активності студентської молоді в нових і непростих умовах набуває статусу першочергової та потребує швидкого реагування з боку професійних психологів конкретного вузу.

Основою діагностичної методики особистісної адаптованості А.В. Фурмана є тест-опитувальник «Наскільки адаптований ти до життя?». Здійснюється глибокий психологічний аналіз трьох показників рівня особистісної адаптованості: адаптивність, яка може бути максимальна, дуже висока, висока, середня і низька; неадаптивність: неочевидна або псевдоадаптивність та очевидна; дезадаптивність, котра буває ситуативною, стійкою очевидною, критичною та суперкритичною.

Адаптивність – це істинна гармонійність між особистісними цілями і кінцевими результатами діяльності суб'єкта, яка супроводжується позитивними поглядами, ставленням, оцінками людини до навколишнього оточення та власного «Я».

Неадаптивність являє собою усвідомлену особистістю невідповідність між власними цілями та кінцевими результатами діяльності, що викликає амбівалентні почуття та переживання, але не здійснює психотравмуючого впливу. Часто неадаптивність відіграє позитивну роль і виступає як рушійна сила розвитку особистості, її вдосконалення та самозростання.

Дезадаптивність – це дисгармонія між цілями та результатами діяльності особистості, що породжує появу внутрішнього дискомфорту та психічної напруги. Дезадаптовані люди важко справляються із проблемними ситуаціями і потребують допомоги.

За допомогою шкали особистісної адаптованості психолог легко визначає рівень гармонійної та успішної взаємодії особистості і середовища. Дана методика дає можливість чітко виявити не тільки переважання одного із трьох адаптаційних процесів, котрі завжди актуалізуються при взаємодії особистості і середовища, а й отримати інформацію про ступінь безпосередньої наявності

цих процесів у психіці студента [68, с. 5-9].

Високий рівень дезадаптованості особистості призводить до появи порушень у психічному житті, у поведінкових реакціях, проблем у міжособистісному спілкуванні та взаємодії з іншими. Дезадаптована особистість перебуває у стані тривожності, відчуває себе некомфортно і пригнічено, їй важко продуктивно працювати і контактувати з оточенням. Все це може призвести до суїцидальних намірів і дій.

Отже, щоб виявити потенційних суїцидентів серед студентської молоді ТНЕУ були проведені дослідження особистісної адаптивності. Тестувалися студенти Юридичного факультету, першого, другого, третього і четвертого курсів, за спеціальністю правознавство і соціальна робота. Загалом було протестовано 361 студент.

Дослідження особистісної адаптивності студентів ЮФ ТНЕУ показало такі результати (див. Таблицю 1, 2, 3, 4).

Таблиця 3.1.

І курс						
Група			ПР-11	ПР-12	СР-11	СР-12
Кількість тестованих			30	28	12	11
Рівні адаптованості	адаптованість	максимальний	-	1	-	-
		дуже високий	10	8	-	-
		високий	9	6	2	2
		середній	4	5	5	1
		низький	5	5	1	1
	неадаптованість	неочевидна чи псевдоадаптованість	-	2	-	6
		очевидна	-	-	3	-
	дезадаптованість	ситуативна	1	-	1	1
		стійка очевидна	1	-	-	-
		критична	-	1	-	-
		супер критична	-	-	-	-

Таблиця 3.2.

II курс							
Група		ПР-21	ПР-22	ПР-23	СР-21	СР-22	
Кількість тестованих		25	22	20	7	13	
Рівні адаптованості	адаптованість	максимальний	5	-	6	-	-
		дуже високий	6	6	7	2	6
		високий	7	6	3	-	3
		середній	4	1	2	1	-
		низький	1	2	1	3	3
	неадаптованість	неочевидна чи псевдоадаптованість	1	4	1	-	1
		очевидна	-	-	-	1	-
	дезадаптованість	ситуативна	1	1	-	-	-
		стійка очевидна	-	-	-	-	-
		критична	-	-	-	-	-
		супер критична	-	1	-	-	-

Таблиця 3.3.

III курс						
Група		ПР-31	ПР-32	СР-31	СР-32	
Кількість тестованих		18	18	14	11	
Рівні адаптованості	адаптованість	максимальний	-	1	-	-
		дуже високий	7	4	4	3
		високий	4	5	5	5
		середній	3	2	2	1
		низький	2	1	2	2
	неадаптованість	неочевидна чи псевдоадаптованість	1	2	-	-
		очевидна	-	2	-	-

	дезадапто-ваність	ситуативна	1	-	-	-
		стійка очевидна	-	1	1	-
		критична	-	-	-	-
		супер критична	-	-	-	-

Таблиця 3.4.

IV курс								
Група		ПР-41	ПР-42	ПР-43	ПР-44	ПР-45	СР-41	
Кількість тестованих		21	20	23	24	24	20	
Рівні адаптованості	адаптованість	максимальний	2	1	-	-	3	-
		дуже високий	11	5	9	10	8	2
		високий	4	6	8	6	6	7
		середній	2	2	3	3	3	7
		низький	1	3	2	4	1	2
	неадаптованість	неочевидна або псевдоадаптованість	-	-	1	-	1	2
		очевидна	1	2	-	1	1	-
	дезадаптованість	ситуативна	-	1	-	-	-	-
		стійка очевидна	-	-	-	-	-	-
		критична	-	-	-	-	1	-
		супер критична	-	-	-	-	-	-

Результати дослідження особистісної адаптивності студентів показали, що серед 361 досліджуваного у 12-ьох виявлено дезадаптованість різних ступенів, навіть супер критичний. Звичайно цим студентам складно пристосуватися до змін, пов'язаних із студентським життям, складно вирішувати проблемні

ситуації навчально-освітнього та дозвільного характеру. Вони потребують кваліфікованої допомоги фахівця-психолога.

Подальше дослідження дезадаптованих студентів має на меті визначення тип їх акцентуації за допомогою методики К. Леонгарда-Г. Шмішека.

Акцентуація – це стійке вираження окремих рис характеру особистості, їх зв'язків, які межують із психопатіями. Існує 4 типи акцентуації характеру: демонстративний, педантичний, «застрягаючий» і збудливий, та 6 типів акцентуації темпераменту: гіпертимний, емотивний, тривожно-боязливий, циклотимічний, дистимічний і афективно-екзальтований.

Демонстративний тип характеризується наявністю демонстративної, «несправжньої» поведінки, здатністю легко встановлювати контакти з іншими. Людина з демонстративним типом акцентуації схильна до фантазування та брехливості. Вона потребує лідерства, визнання, уваги та похвали. Присутній егоцентризм, бажання поваги, співчуття, здивування по відношенню до себе. Самооцінка необ'єктивна. Людина демонструє високий рівень пристосування, емоційну лабільність, схильність до інтриг.

Застрягаючий тип характеризується помірною активністю, занудством, небалакучістю. Людина часто страждає від вигаданої несправедливості по відношенню до себе. Це впливає на появу настороженості, недовіри до людей, підозрливості, мстивості. Довго не забуває образи. Часто виступає ініціатором конфліктів. Намагається завжди досягнути бажаного, проявляючи наполегливість і енергійність. Основною рисою є схильність до афектів, інертність у висловленнях, мисленні, моториці.

Для людей з педантичним типом акцентуації характерними рисами є інертність психічних процесів, ригідність, довготривалі переживання. В конфліктні ситуації вступають рідко, займають пасивну позицію. Дуже люблять порядок. Пунктуальні, акуратні, добросовісні, дріб'язкові, велику увагу приділяють чистоті. Не прагнуть лідерства.

Збудливий тип характеризується високою імпульсивністю, інстинктивністю, грубістю, занудством, гнівливистістю, схильністю до хамства.

Людина часто змінює місце роботи, погано вживається в колективі, живе сьогоднішнім днем. Висока імпульсивність і збудливість важко проходять і можуть бути небезпечними для оточуючих.

Люди гіпертимного типу вирізняються високим рівнем активності, самостійності, енергійності. Майже завжди мають гарний настрій, хороше самопочуття, високий життєвий тонус, хороший апетит, здоровий сон. Такі люди мають високу самооцінку, веселі, ініціативні, прекрасні співбесідники. Для них характерні спалахи гніву. Важко переносять умови жорсткої дисципліни, монотонну роботу, примусову самотність.

Дистимічний тип характеризується наявністю в людей поганого настрою, повільністю, слабкістю волевих зусиль. Для них характерні песимістичні думки про майбутнє, занижена самооцінка, низький рівень контактності з іншими, мовчазність, зосередженість на невдачах. Ведуть замкнутий спосіб життя.

Люди тривожного типу здебільшого мають поганий настрій, невпевнені в собі, лякливі, образливі, сором'язливі. Непереносять насмішки і несправедливі звинувачення, не вміють постояти за себе. Рідко конфліктують, потребують підтримки і захисту. Вони також дружелюбні і самокритичні.

Афективно-екзальтований тип. Яскравою рисою людей даного типу є захват, вміння радіти, відчувати щастя, насолоджуватися життям. Такі люди часто сперечаються, але не доводять справу до відкритого конфлікту. В конфліктних ситуаціях можуть займати як активну, так і пасивну позицію. Прив'язані до рідних і близьких, альтруїстичні, справжні, відверті. Можуть панікувати, легко переходять від стану захвату до стану глибокої печалі.

Емотивний тип характеризується високою емоційністю, тривожністю, боязливістю, глибиною переживань. Найбільш виражені риси – гуманність, добродушність, співпереживання. Всі життєві ситуації сприймають серйозно. Рідко конфліктують, образи носять в собі. Бережливо ставляться до природи, люблять тварини і рослини.

Для людей циклотимного типу властиві часті зміни настрою, залежність

від зовнішніх обставин. Радісні події надихають, а сумні – пригнічують. Настрій впливає на самооцінку. В підлітковому віці виділяють два варіанти циклотимічної акцентуації: типічні і лабільні циклоїди.

Люди з дистимічним і тривожним типом акцентуації найбільш схильні до суїцидальної поведінки.

З метою визначення переважання певного типу акцентуації, котрий впливає на поведінку, ставлення особистості до оточуючих, самого себе, до власних проблем, були протестовані 12 студентів, котрі показали дезадаптованість різних рівнів.

Дослідження типу акцентуації дезадаптованих студентів показало такі результати: (див. Таблицю 5)

Таблиця 3.5.

Студент	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<i>Педантичний</i>				+						+		
<i>Демонстративний</i>		+	+									
<i>Застрагаючий</i>								+				
<i>Емотивний</i>											+	
<i>Дистимічний</i>						+						
<i>Тривожний</i>												+
<i>Афективно-екзальтований</i>									+			
<i>Гіпертимний</i>	+						+					
<i>Збудливий</i>					+							
<i>Циклотимний</i>												

Виявлено два студенти, котрі мають дистимічний і тривожний тип акцентуації і саме вони найбільш схильні до суїцидальної поведінки і здійснення самого деструктивного акту.

Висновки до третього розділу

Студенти належать до вікової категорії “юність”. Основними причинами самогубства у цей період є взаємодоповнення соціальних (зовнішніх) факторів і психологічних (внутрішніх) чинників. До зовнішніх слушно віднести складність процесу адаптації до нових умов, відсутність опіки батьків, комунікативні труднощі, формування взаємостосунків із протилежною статтю, різке падіння самооцінки під час навчання, проблеми скупченості мешканців гуртожитку, неможливість побути наодинці з собою, своїми проблемами, ранні шлюби, дистанція між ідеальними очікуваннями та реальними наслідками особистих учинків; відсутність навичок рефлексії і саморефлексії; неприйняття значущим оточенням результатів особистісного самовираження студента. Психологічні причини суїцидальної поведінки такі: філософська інтоксикація, криза втрати сенсу буття, депресія, дезадаптованість, низька самооцінка, відчуття самотності, безнадійності, дистрес тощо.

Наявність та функціонування психологічної служби ТНЕУ, спеціалізованим формуванням якої є Центр психологічної допомоги для осіб з суїцидальними схильностями, – важливий показник високого рівня розвитку вищої освіти в країні. Це пов'язано з тим, що названий Центр реалізує клієнтський та розвивальний підходи до роботи з клієнтами. Крім того його працівники вдаються до проектного моделювання певного набору чи системи інноваційних психодидактичних змін у конкретній освітній організації та їх наступному модельному зреалізування, котре психоекспериментальними засобами оптимізує психодуховне здоров'я, соціальну та особистісну самореалізацію учасників навчально-виховного процесу.

Були проведені емпіричні дослідження діагностично-профілактичної роботи спрямованої на виявлення та попередження суїцидальної поведінки серед студентів ВНЗ. Результати дослідження показали, що в 12-ьох студентів дезадаптованість і у 2-ох дистимічний і тривожний тип акцентуації, що сприяє можливій появі асоціальної і суїцидальної поведінки. Адже у студентів із

дистимічним і тривожним типом акцентуації переважає поганий настрій, вони часто перебувають у стані пригніченості і суму, невпевнені, невольові, думки песимістичні, занижена самооцінка, замкнутість, сором'язливість. Такі студенти потребують захисту і підтримки, а в нашому випадку кваліфікованої допомоги фахівця-психолога. Саме спеціаліст Центру займається вивченням проблеми студента, який має суїцидальні думки, спільно із клієнтом мислить, проектує і взаємодіє, залучаючи до певного способу життєактивності, змінюючи світогляд і світобачення, звільняючи в такий спосіб нові приховані сили, що активізують духовний розвиток, психологічне виздоровлення і появу внутрішньої свободи. Центр психологічної допомоги для осіб з суїцидальними схильностями (намірами) працює, щоб знизити прояви суїцидальної поведінки студентів, допомагати їм в адаптації до нових складних умов життя, навчити ефективним моделям поводження, надати підтримку, захист і якісну, особистісно зорієнтовану психологічну допомогу.

ВИСНОВКИ

1. Суїцид (лат. *sui* – себе і *caedere* – вбивати) — 1) навмисне позбавлення себе життя, саморуйнівна форма поведінки; 2) навмисне самоушкодження зі смертельним фіналом.

Суїцид — це смерть суб'єкта, яка з різних причин є результатом усвідомленого вчинку самого самогубця. Самогубство — це усвідомлена добровільна смерть, яка притаманна тільки представникам людського роду.

З позицій сучасних вітчизняних і зарубіжних концепцій суїцид розглядається як складна психологічна та соціальна проблема, на яку впливають як зовнішні фактори складного соціального та природного середовища, так і внутрішні чинники.

Суїцидальній поведінці передують пасивні роздуми про цінність життя, відсутність задоволення, щастя, уявлення про власну смерть, тобто антивітальні переживання та тенденції. Такі думки виникають практично в кожній людині, але не у всіх вони переходять у суїцидальні тенденції.

Самогубство є складною психологічною та соціальною проблемою, актом, на який впливають психологічні та соціальні, філософські та історичні, біологічні та географічні, геокосмічні та інші чинники. Різноманітність та різноаспектність даного явища зумовлюють його дослідження із загальнопсихологічної, патопсихологічної, психопатологічної, соціально-психологічної, психодіагностичної, психокорекційної, психолого-педагогічної, психолого-вікової позицій.

Пошук сенсу життя пронизує всю історію людства. Випадки самогубства траплялися в будь-якій країні і культурі. Своєрідність цієї проблеми така, що, стосуючись найдавніших філософських, етичних, соціальних проблем, вона збереже свою значимість і в майбутньому.

Розповіді про випадки добровільного відходу від життя були знайдені в міфології Стародавніх Греції, Китаю, Японії, Слов'янських народів. Про самогубство писали філософи, психологи, лікарі, соціологи, письменники та

інші.

2. Появу суїцидальної поведінки завжди зумовлюють одночасне поєднання декількох чинників.

Важливими причинами появи суїцидальних думок та поведінки є нейробіохімічні, соціальні і психологічні детермінанти.

Психологічні чинники суїцидальності пов'язані із особистісним психологічним станом людини: втома, депресія, страх, виснаженість, апатія та інші; із психологічною схильністю, що проявляється в особливостях характеру, темпераменту, порозі чутливості, недостатній вольовій саморегуляції тощо.

Порушення, дисбаланс між особистістю та суспільством також може призводити до відхилень у поведінці та появи суїцидальних схильностей. Гармонія між суспільним та особистісним в людині сприяє більшій адаптованості до життя. Узгодженість між людиною та суспільством є основою феномену групової згуртованості. За соціологічною теорією суїцидальності Дюркгейма можна стверджувати, що визначальним чинником суїцидальної активності особистості є характер інтегруючих зв'язків між нею та суспільством.

3. Суїцидальна поведінка являє собою динамічний процес, що включає певні етапи та фази розвитку.

Механізм розвитку суїцидальної поведінки досліджував Е. Дюркгейм і описав такі етапи розгортання суїциду:

1) Конфлікт, на виникнення якого вплинули соціальні та особистісні фактори;

2) Соціально-психологічна дезадаптація особистості;

3) Крах ціннісних установок;

4) Мотиваційна готовність;

5) Предсуїцид;

6) Суїцид;

7) Постсуїцид.

4. Метою проекту є створення в межах психологічної служби ТНЕУ

спеціалізованого формування — Центру психологічної допомоги для осіб з суїцидальними схильностями (намірами), основними завданнями якого є: діагностика студентів (особливо першокурсників), виявлення рівня їх адаптації/дезаптації, відповідальності, суїцидальної схильності з допомогою різноманітних психодіагностичних методик; профілактика появи суїцидальної поведінки серед студентів; корекційна робота із студентами, які мають суїцидальні схильності, з використанням розробленої авторською науковою школою професора Фурмана А.В. інноваційної оргтехнології соціальної мислєдіяльності; психологічна допомога студентам по телефону довіри; моніторинг зміни соціально-психологічних орієнтацій студентів, які пройшли корекційну програму.

5. Були проведені емпіричні дослідження діагностично-профілактичної роботи спрямованої на виявлення та попередження суїцидальної поведінки серед студентів ВНЗ. Результати дослідження показали, що в 12 студентів дезадаптованість і у 2 дистимічний і тривожний тип акцентуації, що сприяє можливій появі асоціальної і суїцидальної поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамов В. А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: Руководство для врачей–психиатров, психологов и социальных работников / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк : Каштан, 2006. – 268 с.
2. Аведисова А. С. Психические расстройства с точки зрения психически больных и здоровых / А. С. Аведисова, В.И. Бородин, В.О. Чахаева // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 6. – С. 215 – 256.
3. Агибалова О. В. Клинико-психологическое изучение суицидентов с пограничными психическими расстройствами / О. В. Агибалова // Современная психиатрия: теория и практика. – СПб., 2002. – С. 227–330.
4. Агишева Н. К. Внутриличностный конфликт и пути его разрешения / Н. К. Агишева // Український вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16, вип. 2. – С. 63 – 66.
5. Адлер А. Индивидуальная психология? / История зарубежной психологии. – М: МГУ, 1986. - С. 131-142.
6. Актуальные проблемы суицидологии // Сб. трудов Моск. НИИ психиатрии. – М, 1981. – Т. 92. – 264 с.
7. Актуальные проблемы суицидологии // Сб. трудов Моск. НИИ психиатрии. – М., 1978. – Т. 78. – 239 с.
8. Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения / А. Г. Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии / Под ред. Портнова А.А. – М., 1978. – 239 с.
9. Амбрумова А. Г. В. Л. Леви. Личность и суицид. Сборник трудов / А. Г. Амбрумова, В. Л. Леви // Московский научно-исследовательский институт психиатрии. 1974. – Т. 19-20. – С. 50–54.
10. Амбрумова А. Г. О самоубийцах / А. Г. Амбрумова // Аргументы и факты. – 1994. – № 12. – С. 43-48.

11. Амбрумова А. Г. Психология одиночества и суицид / А. Г. Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии / Под ред. Ковалева В. В. – М., 1981. – 264 с.
12. Амбрумова А. Г. Роль личности в проблемах суицида / А. Г. Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии / Под ред. Ковалева В.В. – М., 1981. – 264 с.
13. Арон Р. Этапы розвитку соціологічної думки. – К.: Юніверс, 2004. – 688с.
14. Балабанова Л. М. Мотивационные аспекты формирования суицидального поведения у юношей и его психокоррекция / Л. М. Балабанова, А. Д. Михайленко // Медицинская психология. – 2007. – Т. 2, №1. – С. 42 – 44.
15. Бек А.С. Методы работы с суицидальным пациентом // Журнал практической психологии и психоанализа.–2003, №1.– С. 22
16. Бердяев Н. О. О самоубийстве / Н. О. Бердяев. – М. : Изд-во МГУ, 1992. – 23 с.
17. Блох С. Этика психиатрии / С. Блох, П. Чодофф. – Киев : Сфера, 1998. – С. 185 – 200.
18. Блінова О. Є. Психологічні фактори суїцидальної поведінки у підлітковому віці / О. Є. Блінова // Актуальні проблеми суїцидології. Зб. наукових праць. Частина 1. – К., 2002. – С. 31–32.
19. Божович Л. И. Проблемы формирования личности / Л.И. Божович / Под ред. Фельдштейна Д. И. – М. : Ин-т практической психологии, Воронеж, МОДЭК, 1995. – 352 с.
20. Вагин И.О. Психология жизни и смерти. – СПб.: Питер. 2002. – 160с.
21. Вакурова В. Чисто японское самоубийство / В. Вакурова // Эхо планеты. – 2000. – № 40. – С. 36–37.
22. Василюк Ф. Е. Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций / Ф. Е. Василюк. – М. : Изд-во Моск. Ун-та, 1984.–200 с.
23. Веккер Л. М. Психика и реальность: единая теория психических процессов / Л. М. Веккер. – М. : Смысл, 1998. – 685 с.

24. Войцех В. В. Факторы риска повторных суицидальных попыток / В. В. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – № 3. – С. 14–21.
25. Войцех В. Ф. К проблеме раннего прогноза суицидального поведения / В.Ф. Войцех // Клинические Павловские чтения: Сб. раб. Вып. 5. «Кризисные состояния. Суицидальное поведение». – СПб., 2002. – С. 13–18.
26. Волков Ю. Р, Добренъков У. І, Кадария Ф. Д, Савченка І. П, Шаповалов У. А. Соціологія молоді. Під ред. проф. Ю. Р. Волкова. — Ростов-н/Д.: Фенікс, 2006. — 576 с.
27. Гірняк А. Н. Ідея несвідомого і психоаналіз З. Фрейда / Гірняк А. Н.– Ялта : Редакційно-видавничий відділ КГУ, 2008. – 47 с. – (Кафедра психології)
28. Гірняк А. Психоаналіз Зигмунда Фрейда як теорія, система і соціокультурне явище / Андрій Гірняк // Психологія і суспільство. – 2008. – № 4. – С. 33-44
29. Гоуз Б. Ведущие американские колледжи пытаются предотвратить случаи самоубийства среди студентов // Психология обучения. – 2000. – №11. – С. 24.
30. Гофман А.Б. Социология Эмиля Дюркгейма // Дюркгейм Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение. – М.: Канон, 1995. – 307-345 с.
31. Григор'єв В. Й. Філософія : [навч. посіб.] / Григор'єв В. Й. – К. : Центр навчальної літератури, 2004. – 248 с.
32. Гуменюк О. Є. Проблематика Я у психоаналітичній теорії Зигмунда Фрейда : [лекція] / Оксана Євстахіївна Гуменюк. – Тернопіль : Економічна думка, 2003. – 34 с.
33. Гурлева Т.С. Развитие автономной ответственности у подростка: аргументы „за” // Практична психологія та соціальна робота. – 2003. – №9. – С.64-68.
34. Данте Алигьери. Божественная комедия / Пер. с ит., вступ. ст. и примеч. А. А. Илюшина. — М.: Б. и., 1995. — 800 с.
35. Джалагония У. Суїцид. Чи можна зупинити біду? // Відлуння

планети. – 2007. - № 34. – З. 40-45. – від 7-13 вересня

36. Джон Миллс. Размышления о влечении к смерти [Электронный ресурс] / Джон Миллс ; [пер. с англ. Ю. Р. Вагин]. – Торонто : Школа последипломного обучения Адлера, общество современного психоанализа, 2008. – Режим доступа к стат. : http://thanatos.oedipus.ru/tanatologiya/dzhon_mills_razmyshleniya_o_vlechenii_k_smeri

37. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд / Э. Дюркгейм. – М. : Мысль, 1994. – С. 286–297.

38. Дюркгайм Е. Самогубство: соціологічне дослідження / Пер. з фр. Кононович. – К.: Основи, 1998 – 519 с.

39. Захарченко М.В., Погорілий О.І. Історія соціології від античності до початку ХХ століття. – К.:Либідь, 1993. – 336 с.

40. Калинин В. В. Факторы риска развития суицидального поведения у больных эпилепсией / В. В. Калинин, Д. А. Полянский // Журн. неврологии и психиатрии. – 2003. – № 3. – С. 18–21.

41. Камю А. Миф о Сизифе / А. Камю / Пер.с фр. О. И. Скуратович. – Мн. : ООО «Попурри», 2000. – 544.

42. Карбовніч О. Л. Варіанти аутоагресивної поведінки у хворих з посттравматичними стресовими розладами / О. Л. Карбовніч // Укр. вісн. психоневрології. – 2002. – Т. 10, № 2 (31). – С. 113–115.

43. Карсон Р. Анормальная психология. – 11-е изд. / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. – СПб. : Питер, – 2004. – 1167 с.

44. Кензин Д. В. Суицидальное поведение при депрессии в рамках расстройств настроения и личностных расстройств (анализ и психофармакологическая коррекция) / Д. В. Кензин // Рос. психiatr. журн. – 2001. – № 2. – С. 41–47.

45. Кобильченко В. В. Проблема підліткового суїциду / В. В. Кобильченко // Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика : Зб. наук. пр. / Ред. С. І. Яковенко. – К. : РВВ КІВС, 2000. – С. 17–22.

46. Козидубова В.М. Патопсихологические аспекты изучения расстройств настроения / В. М. Козидубова // Международный медицинский журнал. – 2008. – Т. 14. – № 2. – С. 8–10.

47. Козлов В. В. Интенсивные интегративные психотехнологии в социальной работе / В. В. Козлов // Психотехнологии в социальной работе: Материалы Костромской конференции / Ред. В. В. Козлов. – Кострома, 1996. – С. 20–29.

48. Концептуальні засади і методика глибинної психокорекції : підготовка психолога-практика : навч. посіб. / [Яценко Т. С., Іваненко Б. Б., Аврамченко С. М. та ін.] ; за ред. Т. С. Яценко. – К. : Вища школа, 2008. – 342 с.

49. Короленко Ц.П., Донсик Т.А. Семь путей к катастрофе. – Новосибирск, 1990. – 224 с.

50. Коханенко Л. Проблема самогубства: погляди І. Сікорського та сучасні досліді // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – №4. – С. 49-52.

51. Меннингер К. Война с самим собой / К. Меннингер; Пер. с англ. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2001. – 479 с.

52. Ненастьяев А. Н. Самоубийство как девиантное поведение [Электронный ресурс] / Ненастьяев А. Н. – Режим доступа к стат. : <http://tzone.kulichki.com/religion/tanatos/suicide.html>

53. Овчаренко В. И. Клиническая психология : словарь [Электронный ресурс] / [под общ. ред. Петровского А. В., Твороговой Н. Д., ред.-сост. Карпенко Л. А.]. – ПЕР СЭ, 2007. – Режим доступа к стат.: <http://slovari.yandex.ru/dict/psychlex6/article/PS6/ps6-0519.htm>.

54. Осипова Е.В. Социология Е.Дюркгейма. Критический анализ теоретико-методологических концепций. – М.: Наука, 1977. – 280 с.

55. Погорілий О.І. Соціологічна думка ХХ століття. Навчальний посібник. – К.: Либідь, 1996. – 224 с.

56. Проект ВМГО Асоціації молодих медиків України «Життя Є!» [Електронний ресурс] : реалізовано за підтримки Міністерства України у

справах сім'ї, молоді та спорту. – Режим доступу до стат.:
<http://www.life.ammu.org.ua/008>

57. Психоданаліз: Культурна практика и терапевтический смысл. Введение в теорию, практику и историю психоданализа : [пособ. для учит.]. – М.: ИНТЕРПРАКС, 1994. – 285 с.

58. Психологічна енциклопедія / [авт.-упоряд. Степанов О. М.]. – К. : Академвидав, 2006. – 424 с. – (Енциклопедія ерудита).

59. Психологія суїциду: Посібник / за ред. В.П. Москальця. – К.: Академвидав, 2004. – 288с. (Альма-матер)

60. Психология и соционика : [Электронный ресурс]. – Режим доступу к стат. : <http://www.socioforum.ru/topic8778.html>

61. Решетников М. М. Элементарный психоданализ: Восточно-Европейский Институт Психоданализа / Решетников М. М. – СПб. : Питер, 2003. – 354 с.

62. Русакова М.П. Суицид: болезнь или здоровье // Мир психологии. – 2000. – №1. – С. 173-181.

63. Слуцкий А.С. Занадворнов М. С. Некоторые психологические и клинические аспекты поведения суицидентов // Психологический журнал. – 1993. – № 1. – С. 77

64. Суїцид. Причини суїцидальної поведінки в ОВС. Діагностика та профілактика самогубств співробітників ОВС : [Электронный ресурс]. – Режим доступу до стат. : <http://ua.textreferat.com/referat-10618-1.html>

65. Суицидология: прошлое и настоящее. Проблемы самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах Сост. А.Н. Маховиков. – М., 2001. – 569 с.

66. Фрейд З. Недовольство культурой : [сочинения] / Зигмунд Фрейд. – М. : Мысль, 1990. – 419 с.

67. Фрейд З. Печаль и меланхолия / в кн. Психология эмоций. Тексты. / Под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1984. – С. 203 – 212.

68. Фурман А.В. Психодіагностика особистісної адаптованості: Наукове видання. – 3-є, доп. – Тернопіль: Економічна думка, 2013. – 64с.
69. Хензелер Х. Вклад психоанализа в проблему суицида [Электронный ресурс] // Энциклопедия глубинной психологии : (пер. с нем.) / Хайнц Хензелер. – М., – 2001. – Т.2. – С. 88-102. – Режим доступа к журн.: <http://www.tiphoanaliz.narod.ru/raznoe/henzeler.html>
70. Шавровська Н., Гончаренко О, Мельникова І. Суїцид як соціально-психологічний феномен / Н. Шавровська, О. Гончаренко // Психолог. – 2002. – жовтень. – С. 46–57
71. Шестопалова Л.М. Евантазія та самогубство // Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика: Зб. наук. пр./ за заг. ред. С. І. Яковенка. – К.: РВВ КІВС, 2000 – 298 с.
72. Шинкаренко О. В. Про використання психотерапевтичних матафор під час роботи з потенційними суїцидентами // Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика: Зб. наук. пр./ за заг. ред. С. І. Яковенка. – К.: РВВ КІВС, 2000 – 298 с.
73. Шнэйдман Э. Душа самоубийцы. – М.: Смысл, 2001. – 254 с.
74. Юм Д. О самоубийстве / Юм. Д. Малые произведения – М.: Канон, 1996. – С. 180 – 193.

ДОДАТКИ

Додаток А

Діагностична методика особистісної адаптованості А.В. Фурмана (тест-опитувальник «Наскільки адаптований ти до життя?»)

Прізвище, ім'я

Вік Навчальна група Інститут

Цікаві предмети

Улюблені заняття

Дата заповнення

Інструкція: Любий друже! Прочитай уважно запитання, що подані зліва і постав напроти нього знак «+» справа залежно від того, яке місце в твоєму житті сьогодні посідають люди, організації, події, заняття. Опитувальник допоможе визначити рівень твоєї адаптованості до життя, ступінь гармонійності у взаєминах з оточенням.

№ п/п	Спробуй реально поглянути на свої взаємини з навколишнім світом та оцінити за п'ятибальною шкалою своє ставлення до:	Дуже позитивне	Позитивне	Нейтральне, невизначене	Негативне	Украй негативне
	I. Навчання					
1.	Студентів по групі					
2.	Викладачів					
3.	Директора					
4.	Змісту навчальних дисциплін					
5.	Академії та її вимог					
	II. Сім'я					

6.	Матері					
7.	Батька					
8.	Брата, сестри					
9.	Бабусі, дідуся, родичів					
	ІІІ. Вулиця					
10.	Найближчих друзів					
11.	Знайомих, товаришів					
12.	Батьків твоїх друзів					
13.	Сусідів					
	ІV. Власне Я					
14.	Своєї поведінки					
15.	Внутрішнього Я; Я-образу чи Я- Концепції					
Бали						
Усього балів						
Висновок психолога:						

Додаток Б

Опитувальник Леонгарда-Шмішека для виявлення акцентуацій характеру

Для дослідження акцентуації особистості застосовується опитувальник Шмішека (Schmieschek Fragebogen), який являється реалізацією типологічного підходу до вивчення особистості. Теоретичною основою опитувальника являється концепція "акцентуованих особистостей" К. Леонгарда, який вважає, що властивості особистостей рис можуть бути розділені на основні і додаткові. Основні риси складають стержень, "ядро" особистості. У випадку яскравих виражень основні риси стають акцентуацією характеру. Відповідно, особистості, у яких основні риси яскраво виражені, названі Леонгардом "акцентуованими". Опитувальник опублікований Г. Шмішеком в 1970 році і містить 10 шкал, відповідно до десяти виділяють Леонгардом типи акцентуованих особистостей і складається з 88 питань, на який вимагати відповіді "та" або "ні". З його допомогою виявляються наступні десять типів акцентуації: гіпертимний, збудливий, емотивний, дистимічний (депресивність), невротичність (тривожно-боязкий), інтроєктивний (афективно-екзальтований), циклотимічний (афективно-лабільний) тип, застрягаючий (параноїдальний), педантичний (ригідний) і демонстративний типи.

Інструкція: Вам пропонується відповісти на 88 питання, що стосуються різних сторін вашої особистості. Поряд з номером питання поставте знак + (так), якщо згодні, або – (ні), якщо не згодні. Відповідайте швидко, довго не замислюйтеся.

1. Чи є Ваш настрій в загальному веселим і безтурботним?
2. Чи схильні Ви до образ?
3. Чи Вам доводилося швидко заплакати?
4. Чи завжди вважаєте себе першим в тій справі, яку робите, Ви не заспокоїтесь, поки не переконаєтесь в цьому?
5. Чи вважаєте Ви себе сміливішим, ніж в дитячому віці?

6. Чи може Ваш настрій змінюватися від глибокої радості до глибокого суму?
7. Чи знаходитеся Ви в компанії у центрі уваги?
8. Чи бувають дні, коли Ви без достатніх на те причин буваєте у похмурому та роздратованому настрої ні з ким не хочете розмовляти?
9. Чи серйозна Ви людина?
10. Чи можете Ви сильно захопитися?
11. Чи заповзятливі Ви?
12. Чи швидко забуваєте, якщо Вас хтось образив?
13. Чи м'якосердна Ви людина?
14. Чи перевіряєте Ви після того, як кинули лист у поштову скриньку, чи не залишився він висіти у прорізі?
15. Чи завжди Ви намагаєтесь бути відповідальними у роботі?
16. Чи відчували в дитинстві страх перед грозою чи собаками?
17. Чи вважаєте інших людей недостатньо вимогливими до себе?
18. Чи сильно залежить Ваш настрій від життєвих подій та переживань?
19. Чи Ви щирі зі своїми знайомими?
20. Чи часто у Вас буває сумний настрій?
21. Чи був у Вас раніше істеричний випадок або виснаження нервової системи?
22. Чи схильні до станів сильної внутрішньої тривожності або запального пориву?
23. Чи важко Вам довший час просидіти на стільчику?
24. Чи боретесь за свої інтереси, якщо хтось поступав з Вами несправедливо?
25. Чи змогли б Ви вбити людину?
26. Вам заважає косо повішена гардина, чи нерівно застелена скатертина, настільки, що хочеться негайно усунути цей недолік?
27. Чи відчували Ви в дитинстві страх, коли залишалися в квартирі одні?
28. Чи часто у Вас без причини змінюється настрій?
29. Чи завжди Ви старанно ставитеся до своєї діяльності?
30. Чи швидко Ви можете розгніватись?

31. Чи можете Ви бути відчайдушно веселим?
32. Чи можете Ви інколи повністю проникнутися почуттям радості?
33. Чи підходите Ви до проведення розважальних заходів?
34. Чи висловлюєте Ви зазвичай свій відвертий погляд на те чи інше питання?
35. Чи впливає на Вас вигляд крові?
36. Чи охоче Ви займаєтесь діяльністю, яка пов'язана з великою відповідальністю?
37. Чи схильні Ви заступитися за людину, з якою поступили несправедливо?
38. Чи важко Вам входити у темний підвал?
39. Чи виконуєте Ви клопітку брудну роботу так само повільно та ретельно, як улюблену справу?
40. Чи Ви є комунікабельною людиною?
41. Чи охоче Ви декламувати вірші в школі?
42. Чи втікали Ви в дитинстві з дому?
43. Чи важко Ви сприймаєте життя?
44. Чи були такі конфлікти та неприємності, які так вимотували нерви, що Ви не виходили на роботу?
45. Чи можна сказати, що при невдачах Ви не втрачаєте почуття гумору?
46. Чи зробите перший крок до примирення, якщо Вас хтось образив?
47. Чи любите Ви тварин?
48. Чи підете з роботи чи з дому, якщо у Вас там щось негаразд?
49. Чи турбують Вас невизначені думки, що з Вами чи з Вашими родичами станеться якесь нещастя?
50. Чи вважаєте Ви, що настрій залежить від погоди?
51. Чи затрудить Вас виступити на сцені перед великою кількістю людей?
52. Чи можете вийти з себе та дати волю рукам, якщо Вас хтось навмисне грубо розсердить?
53. Чи багато Ви спілкуєтесь?
54. Якщо Ви будете чимось розчаровані, то прийдете у відчай?
55. Чи подобається Вам робота організаторського характеру?

56. Чи наполегливо Ви прагнете своєї цілі, якщо навіть на шляху зустрічається багато перешкод?
57. Чи може Вас так захопити кінофільм, що на очі виступлять сльози?
58. Чи важко Вам буде заснути, якщо цілий день Ви роздумували над своїм майбутнім чи якоюсь проблемою?
59. Чи доводилось Вам у шкільні роки користуватися підказками чи списувати у товаришів домашнє завдання?
60. Чи важко Вам у ночі піти на кладовище?
61. Чи слідкуєте Ви, щоб кожна річ у домі лежала на своєму місці?
62. Чи доводилось Вам лягати спати у гарному настрої, а просипатися у пригніченому та декілька годин залишатися в ньому?
63. Чи можете Ви з легкістю пристосуватися до нової ситуації?
64. Чи є у Вас схильність до головної болі?
65. Чи часто Ви смієтесь?
66. Чи можете Ви бути привітними з людьми, не відкриваючи істинного відношення до них?
67. Чи можна Вас назвати жвавою та спритною людиною?
68. Чи сильно Ви страждаєте від несправедливості?
69. Чи можна Вас назвати палким любителем природи?
70. Чи є у Вас звичка перевіряти перед сном чи перед тим як піти з дому, чи виключений газ та світло, чи закриті двері?
71. Чи лякливі Ви?
72. Чи буває так, що Ви відчуваєте себе на сьомому небі, хоча об'єктивних причин для цього нема?
73. Чи охоче Ви приймали участь в юності в гуртках художньої самодіяльності, в театральному гуртку?
74. Чи тягне Вас інколи дивитися в далечінь?
75. Чи дивитесь Ви на майбутнє песимістично?
76. Чи може Ваш настрій, змінюватися від великої радості до глибокого суму, за короткий час?

11. Чи легко піднімається Ваш настрій у дружній компанії?
78. Чи переносите Ви злість довший час?
79. Чи сильно Ви переживаєте, якщо горе спіткало іншу людину?
80. Чи була у Вас в школі звичка переписувати листок паперу в зошиті, якщо Ви поставили на нього кляксу?
81. Чи можна сказати, що Ви більше недовірливі <та обережні, ніж довірливі?
82. Чи часто Ви бачите страшні сни?
83. Чи виникала у Вас думка проти волі вистрибнути з вікна, кинутися під поїзд, що наближається?
84. Чи стаєте Ви радісними у веселому оточенні?
85. Чи легко Ви можете відволікатися від обтяжливих питань та не думати про них?
86. Чи важко Вам стримати себе, якщо Ви розлючені?
87. Ви переважно мовчите (Так), чи Ви балакучий (Ні)?
88. Чи могли б Ви, якщо б довелося приймати участь в театральній виставі, з повним проникненням та перевтіленням ввійти в роль, забувши про себе?

Обробка результатів і їх інтерпритація:

Процедура підрахування тестових балів.

Використовуючи ключ, підраховується сума „сирих“ балів в кожній шкалі. Співвідношення „сирого“ бала до коефіцієнт, дає показник типу акцентуації. Показник вважається вираженням, а риса акцентуації проставленої, якщо він перевищує 19 балів, хоча за деякими авторами - 12 балів.

Максимальна сума балів після перемноження - 2.4. сума балів в діапазоні від 14 до 19 говорить тільки про тенденції до того чи іншого типу акцентуації, тобто тільки при сумі, " які перевищують 19 балів, можна з чіткою впевненістю говорити про акцентованної особистості визначеного типу.

№ шкали	Тип акцентуації	Коефіцієнт	№1	№2
1.	Гіпертимна	3		
2.	Тривожна	3		
3.	Дистимічна	3		

4.	Педантична	2		
5.	Збудлива	3		
6.	Емотивна	3		
7.	Застрягаюча	2		
8.	Демонстративна	2		
9.	Циклотишчна	3		
10.	Екзальтивна	6		

Ключ:

При співпадинні відповідей на запитання з ключем йому присвоюється до відповіді 1 бал.

1. Гіпертимна (гіпертимний тип): „+”: 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77.
2. Тривожна (тривожно-боязливий тип); „+”: 16,27, 38, 49, 60, 71, 82.
„-” : 5.
3. Дистимічна (дистимічний тип): „+”: 9, 21,43,75, 87.
4. Педантична (педантичний тип)
83.
„-”: 36.
5. Збудлива (збудливий тип): „+”: 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86.
6. Емотивна (емотивний тип): „+”:3, 13,35,47,57,69,79.
7. Застрягаюча (застрягаючий тип)
81.
„-”: 25.
„+-”: 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78,
„-”.12,46,59.
8. Демонстративна (демонстративний тип): „+”: 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73,
85,88.
„-” : 51

9. Циклотимічна (циклотимічний тип): „+“: 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84.

10. Екзальтивна (екзальтивний тип): „+“: 10,32,54,76.

Додаток В

Методика «Депресія» Е. Бекка

Інструкція.

В этом опроснике содержатся группы утверждений. Внимательно прочитайте каждую группу утверждений. Затем определите в каждой группе одно утверждение, которое лучше всего соответствует тому, как Вы себя чувствовали НА ЭТОЙ НЕДЕЛЕ И СЕГОДНЯ. Поставьте галочку около выбранного утверждения. Если несколько утверждений из одной группы кажутся Вам одинаково хорошо подходящими, то поставьте галочки около каждого из них. Прежде, чем сделать свой выбор, убедитесь, что Вы прочли Все утверждения в каждой группе.

Стимульний матеріал.

1

0 Я не чувствую себя расстроенным, печальным.

1 Я расстроен.

2 Я все время расстроен и не могу от этого отключиться.

3 Я настолько расстроен и несчастлив, что не могу это выдержать.

2

0 Я не тревожусь о своем будущем.

1 Я чувствую, что озадачен будущим.

2 Я чувствую, что меня ничего не ждет в будущем.

3 Мое будущее безнадежно, и ничто не может измениться к лучшему.

3

0 Я не чувствую себя неудачником.

1 Я чувствую, что терпел больше неудач, чем другие люди.

2 Когда я оглядываюсь на свою жизнь, я вижу в ней много неудач.

3 Я чувствую, что как личность я – полный неудачник.

4

0 Я получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.

1 Я не получаю столько же удовлетворения от жизни, как раньше.

2 Я больше не получаю удовлетворения ни от чего.

3 Я полностью не удовлетворен жизнью и мне все надоело.

5

0 Я не чувствую себя в чем-нибудь виноватым.

1 Достаточно часто я чувствую себя виноватым.

2 Большую часть времени я чувствую себя виноватым.

3 Я постоянно испытываю чувство вины.

6

0 Я не чувствую, что могу быть наказанным за что-либо.

1 Я чувствую, что могу быть наказан.

2 Я ожидаю, что могу быть наказан.

3 Я чувствую себя уже наказанным.

7

0 Я не разочаровался в себе.

1 Я разочаровался в себе.

2 Я себе противен.

3 Я себя ненавижу.

8

0 Я знаю, что я не хуже других.

1 Я критикую себя за ошибки и слабости.

2 Я все время обвиняю себя за свои поступки.

3 Я виню себя во всем плохом, что происходит.

9

0 Я никогда не думал покончить с собой.

1 Ко мне приходят мысли покончить с собой, но я не буду их осуществлять.

2 Я хотел бы покончить с собой.

3 Я бы убил себя, если бы представился случай.

10

0 Я плачу не больше, чем обычно.

1 Сейчас я плачу чаще, чем раньше.

2 Теперь я все время плачу.

3 Раньше я мог плакать, а сейчас не могу, даже если мне хочется.

11

0 Сейчас я раздражителен не более, чем обычно.

1 Я более легко раздражаюсь, чем раньше.

2 Теперь я постоянно чувствую, что раздражен.

3 Я стал равнодушен к вещам, которые меня раньше раздражали.

12

0 Я не утратил интереса к другим людям.

1 Я меньше интересуюсь другими людьми, чем раньше.

2 Я почти потерял интерес к другим людям.

3 Я полностью утратил интерес к другим людям.

13

0 Я откладываю принятие решения иногда, как и раньше.

1 Я чаще, чем раньше, откладываю принятие решения.

2 Мне труднее принимать решения, чем раньше.

3 Я больше не могу принимать решения.

14

0 Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.

1 Меня тревожит, что я выгляжу старым и непривлекательным.

2 Я знаю, что в моей внешности произошли существенные изменения, делающие меня непривлекательным.

3 Я знаю, что выгляжу безобразно.

15

0 Я могу работать так же хорошо, как и раньше.

1 Мне необходимо сделать дополнительное усилие, чтобы начать делать что-нибудь.

2 Я с трудом заставляю себя делать что-либо.

3 Я совсем не могу выполнять никакую работу.

16

0 Я сплю так же хорошо, как и раньше.

1 Сейчас я сплю хуже, чем раньше.

2 Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, и мне трудно заснуть опять.

3 Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и больше не могу заснуть.

17

0 Я устаю не больше, чем обычно.

1 Теперь я устаю быстрее, чем раньше.

2 Я устаю почти от всего, что я делаю.

3 Я не могу ничего делать из-за усталости.

18

0 Мой аппетит не хуже, чем обычно.

1 Мой аппетит стал хуже, чем раньше.

2 Мой аппетит теперь значительно хуже.

3 У меня вообще нет аппетита.

19

0 В последнее время я не похудел или потеря веса была незначительной.

1 За последнее время я потерял более 2 кг.

2 Я потерял более 5 кг.

3 Я потерял более 7 кг.

Я намеренно стараюсь похудеть и ем меньше (отметить крестиком).

Да _____ Нет _____

20

0 Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.

1 Меня тревожат проблемы моего физического здоровья, такие, как боли,

расстройство желудка, запоры и т.д.

2 Я очень обеспокоен своим физическим состоянием, и мне трудно думать о чем-либо другом.

3 Я настолько обеспокоен своим физическим состоянием, что больше ни о чем не могу думать.

21

0 В последнее время я не замечал изменения своего интереса к близости.

1 Меня меньше занимают проблемы близости, чем раньше.

2 Сейчас я значительно меньше интересуюсь межполовыми отношениями, чем раньше.

3 Я полностью утратил либидо интерес.

Обработка результатов.

Показатель по каждой категории рассчитывается следующим образом: каждый пункт шкалы оценивается от 0 до 3 в соответствии с нарастанием тяжести симптома.

Суммарный балл составляет от 0 до 62 и снижается в соответствии с улучшением состояния.

Интерпретация (ключ) теста Бека.

Результаты теста интерпретируются следующим образом:

0-9— отсутствие депрессивных симптомов

10-15 легкая депрессия (субдепрессия)

16-19 умеренная депрессия

20-29 выраженная депрессия (средней тяжести)

30-63 тяжёлая депрессия

Также в методике выделяются две субшкалы:

Пункты 1-13 - когнитивно-аффективная субшкала (С-А)

Пункты 14-21 - субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)