

Л. А. Кириєнко,
О. В. Осадча

ПСИХОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

У статті розкрито комплекс причин формування суїцидальної поведінки. Наведено фактори суїцидального ризику (соціально-демографічні, індивідуально-психологічні, медичні, природні). Розглянуто загальний механізм суїцидального процесу (передсуїцид, суїцид, постсуїцид). Представлено найбільш цілісну його модель, що враховує основні виміри (соціум, особистість, біологічні особливості): суїцидальний процес розгортається у часі на фоні біологічних схильностей під впливом соціальних і особистісних стресорів в умовах захисних факторів здебільшого соціального порядку.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, суїцид (самогубство), причини самогубств, фактори суїцидального ризику, етапи формування суїцидальної поведінки.

В статье раскрыт комплекс причин формирования суицидального поведения. Приведены факторы суицидального риска (социально-демографические, индивидуально-психологические, медицинские, природные). Рассмотрен общий механизм суицидального процесса (предсуицид, суицид, постсуицид). Представлена наиболее целостная его модель, которая учитывает основные измерения (социум, личность, биологические особенности): суицидальный процесс разворачивается во времени на фоне биологических склонностей под влиянием социальных и личностных стрессоров в условиях защитных факторов преимущественно социального порядка.

Ключевые слова: суицидальное поведение, суицид (самоубийство), причины самоубийств, факторы суицидального риска, этапы формирования суицидального поведения.

Paper reveals several complex reasons of the formation of suicidal behavior. Suicide risk factors (socio-demographic, individual-psychological, medical, natural) are considered. General mechanism of suicidal process (presuicide, suicide, postsuicide) is examined. The most integrity model is presented, which includes the basic criterions (society, personality, biological features): suicidal process evolves over time against the background of biological inclinations influenced by social and personal stressors in the conditions of protective factors, mainly the social order.

Keywords: suicidal behavior, suicide (self-killing), causes of suicides, suicide risk factors, stages of formation of suicidal behavior.

Дослідження феномену суїцидальної поведінки неможливе без з'ясування причин і механізмів її формування, оскільки лише завдяки розумінню сутнісної природи явища, його детермінант та внутрішньовизначальних процесів утворення можливе знаходження оптимальних шляхів вирішення проблеми та побудови ефективної системи профілактичних заходів.

Причини самогубств надзвичайно різноманітні, неоднозначні та неоднорідні. По суті, це все те, що їх викликає та обумовлює. Аналіз фактів свідчить, що на практиці самогубство рідко зумовлене однією причиною, найчастіше їх декілька, які у своїй сукупності утворюють певний системокомплекс (крім головної існують

також і другорядні). Важливо зазначити, що зв'язок “причина → самогубство” не є неминуче фатальним: певні причини за схожих обставин не обов'язково викликають деструктивні тенденції (і тим більше не у всіх суб'єктів). Зрозуміло й те, що одні й ті ж причини за неоднакових умов і обставин призводять до різних наслідків.

Крім того, важливо причину відрізнити від умови та приводу. Якщо причина – це те, що викликає певний наслідок, то *умови* є сукупністю факторів, які хоча й не породжують конкретних наслідків, проте виступають необхідною передумовою їх формування та розвитку, тобто супроводжують або сприяють причині. А *привід* – це поверхневий прояв причини; він також не породжує наслідок, а тільки служить зовнішнім поштовхом для запуску відповідного механізму, що призводить до цього наслідку. Причому приводом для здійснення суїциду може бути навіть малозначна подія.

Причин самогубства доволі багато. До числа *найбільш поширених причин* суїцидів відносять [1]:

- проблеми в особистому житті (нещасливе кохання; смерть близької людини; проблеми зі здоров'ям (тяжке психічне чи соматичне захворювання), тяжка депресія, спотворюючий дефект; довготривалі психотравмуючі ситуації у сфері міжособистісних відносин; публічне розголошення особистої інформації, компрометування, нанесення шкоди репутації; нерозуміння оточенням, самотність; проблеми на роботі, втрата роботи, крах кар'єри; матеріально-фінансові проблеми; невдалий соціальний досвід (соціальна ізоляція, невдачі у бізнесі));

- втома від життя, втрата сенсу та інтересу до життя;

- доведення до самогубства (цілеспрямоване цькування, наклеп, погрози, приниження; фізичні знущання, згвалтування, побої);

- вимушене самогубство (під загрозою болісної смерті або розправи з близькими родичами, за вироком суду (в деяких країнах: зокрема Китаї, Ірані, Іраку, Саудівській Аравії, США та ін.));

- побоювання покарання (страх осуду з боку рідних або суспільства);

- ідеологічні (політичні), неприйняття цінностей соціуму в цілому;

- військові самогубства (з метою нанесення шкоди супротивнику і/або уникнення полону);

- ритуальні самогубства (харакірі/сепуку, саті);

- релігійний фанатизм, бажання розпочати життя заново (для тих, хто вірить у реінкарнацію);

- наслідуване самогубство (після смертей відомих особистостей або за аналогією літературних персонажів – ефект Вертера¹ тощо.

Високий ризик суїциду відмічається у осіб із **депресивним станом**, адже у такому разі самогубство сприймається як порятунок від розпачу, безнадії, болісної незадоволеності собою, болю (особливо постійного), невиліковного або ізолюючого від суспільства захворювання (злоякісні пухлини, СНІД), безрадісної старості, похмурого і безнадійного майбутнього тощо.

Доволі часто самогубства пов'язують також із **втратою сенсу життя**. За сучасних умов, коли відбувається глобальна переоцінка усіх цінностей і руйнування традицій, дедалі виразніше виявляється хиткість, нестійкість

¹ **Ефект (синдром) Вертера** – масова хвиля наслідуваних суїцидів, які відбуваються після самогубства, широко висвітленого у ЗМІ. Цю закономірність виявлено у 1974–1975 роках американським соціологом Девідом Філіпсом, який досліджував хвилю самогубств, що прокотилася по всій Європі наприкінці XVIII століття і була спровокована поширенням роману Гете “Страждання юного Вертера” (звідси і пішла назва феномена).

людського буття, що породжує у людини відчуття малозначущості власного існування, відчуття внутрішньої порожнечі та безглуздості, зневіру, втрату сенсу, а відтак може призводити до важких наслідків, зокрема до самогубства.

Зведення рахунків із життям може бути і наслідком *розладу мислення* при психозі (хворі на шизофренію чують голоси, які наказують їм померти чи стверджують, що вони недостойні жити). Під впливом *токсичних або наркотичних речовин* людина може вистрибнути з вікна, будучи впевненою у своїй здатності ходити по повітрю або літати (хоча, враховуючи визначення суїциду², два останні приклади по суті не можуть бути віднесені до випадків самогубства).

Залежно від почуттів, що стоять за суїцидальними діями, виділяють чотири основні причини самогубства:

- 1) *ізоляція* (почуття, що ніхто не розуміє, нікому не цікавий);
- 2) *почуття власної "незначущості"* (уражене почуття власної гідності, низька самооцінка, переживання некомпетентності, сором);
- 3) *безпорадність* (неможливість контролювати життя, відчуття, що нічого від тебе не залежить);
- 4) *безнадія* (коли майбутнє не передвіщає нічого доброго).

На визначальну роль *соціальних чинників* у скоєнні самогубств вказують більшість науковців: зазвичай погіршення соціальних умов (низький рівень і якість життя населення, соціальна нерівність і напруженість, дестабілізація суспільства, безробіття, інфляція, висока смертність, криміналізація тощо) підвищує ризик розвитку суїцидальної поведінки. Своєю чергою збільшення кількості самогубств є індикатором неблагополуччя суспільства.

Одночасно слід зауважити, що безпосередні причини, які штовхають людину на позбавлення себе життя, зазвичай, тісно пов'язані з її *найближчим оточенням* (сім'єю, близькими, друзями). Проте варто пам'ятати, що головною ланкою у вирішенні цього питання є сама людина, тільки від неї залежить, чи здасться вона під впливом тривалих травмуючих обставин, чи знайде сили та можливість їх подолати.

Детальний аналіз спеціальної літератури показав, що практично всіма дослідниками самогубство розглядається як наслідок *соціально-психологічної дезадаптації* особистості за наявності мікросоціального конфлікту. До того ж, суїцид становить лише один із варіантів поведінки людини в екстремальній ситуації, причому суїцидогенність ситуації не міститься в ній самій, а визначається індивідуальними особливостями суб'єкта, його життєвим досвідом, інтелектом, характером і стійкістю міжособистісних зв'язків. Соціально-психологічна дезадаптація як невідповідність організму та середовища може проявлятися різною мірою й у різних формах поведінкових і психоемоційних порушень. Наприклад, А. Амбрумова розрізняє лімітуючу (непатологічну) і трансформуючу (патологічну) дезадаптацію. Кожна з цих форм може бути парціальною (частковою) і тотальною (загальною) [2].

Узагальнення наведеного вище свідчить про наявність двох великих груп причин: зовнішніх (соціальних) і внутрішніх (особистісних).

1. *Зовнішні (екзогенні)*, пов'язані з результатами взаємодії людини з навколишнім соціумом, до яких належать:

² У змістовому розумінні суїцид (самогубство) означає *свідоме навмисне позбавлення себе життя*, тобто наявність усвідомлюваного наміру та конкретних дій (бездіяльності), що безпосередньо призводять до смерті.

- стресори особисто-сімейного характеру (нещасливе кохання, розчарування, сварка, зрада, розлучення, хвороба і смерть близьких тощо);
 - конфлікти суспільного характеру (з начальником, товаришами по роботі, організаційно-структурні та адаптаційні труднощі та ін.);
 - невдачі, пов'язані з кар'єрою чи навчанням, втрата роботи чи соціального статусу;
 - стреси, пов'язані з антисоціальною поведінкою (адміністративна або кримінальна відповідальність, побоювання покарання, переслідування або ганьби), зловживання алкоголем і наркотиками;
 - стресори тривалих екстремальних умов функціонування (шкідливі умови роботи, професійні захворювання, втрата працездатності, інвалідність);
 - матеріально-побутові та інші труднощі життєвих ситуацій та ін.
2. *Внутрішні (ендогенні)*, пов'язані із самою особистістю людини:
- біологічні схильності (психофізіологічні дані, темперамент, нейробіологічні механізми, генетичні фактори);
 - поганий фізичний стан (хронічні, соматичні захворювання, каліцтва);
 - фізичні недоліки (дефекти мовлення, особливості зовнішності, що суб'єктивно сприймаються як вади);
 - дисбаланс психічного стану, внутрішня суперечливість і конфліктність;
 - високий ступінь інтровертованості, низькі комунікативні здібності, що призводять до дезадаптації, та ін. [3].

Таким чином, з'ясування справжніх причин самогубства, точність їх визначення, а також врахування множинності аспектів і умов, що призводять до прояву деструктивних форм поведінки, становлять першочергове завдання системи профілактичної роботи відповідних служб, покликаних запобігти таким негативним наслідкам, і потребують їх подальшого ретельного вивчення.

Фактори суїцидального ризику. Змістовний аналіз наукової літератури показав, що певною мірою усі відомі фактори суїцидального ризику можна розділити на: соціально-демографічні, індивідуально-психологічні, медичні, природні [4, с. 372–424; 5].

1. Соціально-демографічні фактори.

Вік. Суїцидальні акти зустрічаються практично у будь-якій віковій групі. Найчастіше суїциди здійснює молодь у віці *від 16 до 24 років*, що пов'язано з високими вимогами до адаптаційних механізмів особистості, які пред'являються саме в цьому віці. Другий пік суїцидальної активності припадає на вік *35–40 років*, для якого характерна зміна ієрархії цінностей, наявність проблем у професійній кар'єрі, що часто поєднуються з депресією. Для третього піку, що припадає на *45–50 років*, характерні депресивні стани, зумовлені погіршенням соматичного здоров'я, гормональною перебудовою, побоюванням власної непривабливості та неповноцінності, можливими подружніми зрадами чи розлученням. Четвертий пік суїцидального ризику припадає на людей похилого віку (*понад 60 років*): домінуючими причинами суїциду у цей період виступають страх самотності, почуття безпорадності перед старістю, гостре переживання смерті близької людини.

Стать. Жінки частіше здійснюють спроби самогубства, обираючи при цьому менш болісні та хворобливі способи, ніж чоловіки; однак у чоловіків суїцид частіше має завершений характер (співвідношення суїцидальних спроб у жінок і чоловіків становить 2–3:1).

Освіта і професія. Найчастіше суїциди вчиняють безробітні, а також особи з вищою освітою та високим професійним статусом. Найбільший суїцидальний ризик у лікарів, музикантів, юристів (у тому числі міліціонерів). Рівень па-

расуїцидів вищий серед осіб із середньою освітою та невисоким соціальним статусом.

Місце проживання. Зазвичай, кількість самогубств серед міських жителів помітно вища, ніж у сільській місцевості: виявлено прямо пропорційну залежність між щільністю населення і частотою самогубств.

Сімейний стан і особливості внутрішньосімейних відносин значно впливають на суїцидальний ризик. Міцні сімейні та соціальні зв'язки знижують імовірність суїциду. Одружені рідше скоюють самогубства, ніж неодружені, вдови та розлучені. Вищий рівень суїцидального ризику у бездітних, а також у тих, хто живе окремо від родичів. Ризик скоєння самогубства зростає у осіб, які виховувалися у сім'ях із несприятливим соціально-психологічним кліматом (зокрема це стосується дисгармонійних, ультимативних, консервативних, ізольованих сімей).

Соціально-економічні фактори. Статистично підтверджено, що у періоди воєн і революцій кількість самогубств значно зменшується, а під час економічних криз – збільшується. Привертає увагу і той факт, що частота самогубств прямо пропорційна ступеню економічного розвитку країни. Водночас зазначається, що самогубства трапляються як серед бідних, так і серед багатих, при цьому останні більш гостро реагують на фінансові втрати, пов'язані з кризою [6].

2. Індивідуально-психологічні фактори.

Логічно передбачити, що особистісні та характерологічні особливості часто відіграють провідну роль у формуванні суїцидальної поведінки. Проте пошуки достовірно значущих зв'язків між окремими рисами особистості та готовністю до самогубства не дали результатів. Вирішальними щодо підвищення суїцидального ризику, ймовірно, є не конкретні індивідуальні характеристики, а ступінь цілісності структури особистості, “збалансованості” її окремих рис, а також зміст морально-етичних установок і уявлень. Доведено, що підвищений ризик суїциду характерний для дисгармонійних особистостей.

Водночас, психологи виділяють ряд *особистісних стилів суїцидентів*:

- *імпульсивний* (раптове прийняття драматичних рішень при виникненні проблем і стресових ситуацій, труднощі у висловленні емоційних переживань);
- *компульсивний* (установка в усьому досягати досконалості та успіху часто буває надміру ригідна і при співвіднесенні цілей та бажань з реальною життєвою ситуацією може призвести до суїциду);
- *ризикуючий* (балансування на межі небезпеки (“гра зі смертю”) приваблює і викликає приємне збудження);
- *регресивний* (зниження через різні причини ефективності механізмів психологічної адаптації, емоційна сфера характеризується недостатньою зрілістю, інфантильністю або примітивністю);
- *залежний* (безпорадність, безнадійність, пасивність, постійний пошук і необхідність сторонньої підтримки);
- *амбівалентний* (наявність одночасного впливу двох спонукань: до життя і смерті);
- *втікаючий* (втеча від кризової ситуації шляхом самогубства, прагнення уникнути психотравмуючої ситуації);
- *заперечливий* (заперечуються незворотні наслідки самогубства, що знижує контроль над вольовими спонуканнями і збільшує суїцидальний ризик);
- *гнівний* (складність виразити гнів стосовно значимих осіб, що викликає незадоволеність собою);
- *звинувачуючий* (переконаність у тому, що в проблемах, які виникають, неодмінно є чиясь або власна провина);

- *байдужий* (зниження рівня емоційних переживань);
- *занедбаний* (переживання порожнечі, смутку або глибокої скорботи);
- *творчий* (сприйняття самогубства як нового і прийняттого способу виходу зі складної ситуації).

Також науковцями виявлені певні *прогностичні психолого-психіатричні чинники суїцидальної поведінки*, до яких належать [7]:

- підвищена напруженість потреб, прагнення емоційної близькості, низька здатність до формування психологічних захисних механізмів, невміння послабити фрустрацію;

- імпульсивність, експлозивність (вибуховість) та емоційна нестійкість, підвищена сугестивність, безкомпромісність і відсутність життєвого досвіду;

- гіпореактивний емоційний фон у період конфліктів, ускладнення щодо зміни ціннісних орієнтацій;

- почуття провини і низька самооцінка.

Заслужує на увагу і такий перспективний підхід, як спроба узагальнити *психологічний портрет суїцидента*, для якого характерні:

- спрямованість на загальнолюдські соціально схвалювані цінності;

- висока значимість праці та професійного статусу;

- низький рівень самооцінки, невпевненість, відчуття власної малоцінності та слабкості при високій потребі у самореалізації;

- симбіотичність (потреба у позитивно забарвлених, “теплих” емоційних зв’язках, щирих стосунках, у розумінні та підтримці, емпатійність, сенситивність);

- високий рівень тривожності;

- труднощі вольових зусиль, низький больовий поріг;

- несаможиттєвість, залежність, пасивність, тенденція уникати вирішення проблем;

- аутоагресія як постійна форма прояву особистісних установок, тенденція до самозвинувачення, схильність до звуженого мислення;

- песимізм, світосприйняття сповнене безнадії, зневіри у краще майбутнє, схильність в усьому вбачати найгірше;

- зниження рівня оптимізму в ситуаціях ускладнення, фрустрації, стресу.

Жодна із зазначених ознак сама по собі не є абсолютним доказом суїцидальної поведінки. У той же час такі сигнали слід вважати найбільш загрозливими та небезпечними при їх поєднанні та повторенні, а це, відповідно, вимагає їх ретельної перевірки та аналізу з урахуванням контексту та особливостей ситуації, що склалася.

3. Медичні фактори.

Психічне здоров'я. В теорії та науковій практиці суїциденти представлені такими діагностичними категоріями: 1) психічно здоровими; 2) особами з граничними психічними розладами; 3) психічно хворими.

Психічна патологія може проявлятися у депресії, алкоголізмі, залежності від інших психоактивних речовин, розладі особистості, шизофренії тощо.

У психічно хворих виділяють такі варіанти суїцидальної поведінки: а) *ситуаційний*, коли суїцидальні тенденції виникають внаслідок взаємодії психогенних і особистісних факторів, а психічне захворювання виступає в ролі патопластичного³ фактору; б) *психотичний*, коли суїцидальні прояви зумовлені психопатологічними проявами хвороби і реакцією на них пацієнта; ситуаційні

³ Психологічна форма перебігу психічної хвороби, що відрізняється від патогенетичної (біологічної) впливом зовнішніх обставин.

фактори мають другорядний характер і виступають у ролі каталізатора; в) *змішаний*, коли і ситуаційний, і психопатологічний механізми рівною мірою беруть участь у формуванні аутоагресивної поведінки.

Соматичне здоров'я. Визначальна ознака високого ризику скоєння суїциду – наявність важких хронічних прогресуючих захворювань та їх наслідків (зокрема ВІЛ-інфекції; онкологічних, серцево-судинних і захворювань органів кровотворення; захворювань органів дихання (астма, туберкульоз); вроджених і набутих каліцтв; втрати фізіологічних функцій (здатності рухатися, зору, слуху, статевої функції, безпліддя); станів після важких операцій і трансплантації донорських органів та тканин).

4. Природні фактори. У більшості досліджень акцентується увага на збільшенні частоти самогубств весною. Здійснювалися спроби встановити залежність частоти самогубств від дня тижня (частіше в понеділок і поступове зниження до кінця тижня) і від часу доби (частіше увечері, на початку ночі та рано вранці), хоча ці дані достатньо суперечливі. Автори, які вивчали залежність між частотою суїцидальних актів та географічною широтою, фазою місяця, зміною інтенсивності земного магнетизму, кількістю плям на сонці тощо, не виявили впливу таких факторів на суїцидальну поведінку.

Отже, сукупність наведених факторів (соціально-демографічних, індивідуально-психологічних, медичних і природних) є стрижневою основою для розуміння механізму суїцидальної поведінки і кожен із них має бути врахований. Особливо пильно слід ставитися до прояву негативних факторів та їх поєднання, оскільки вони зумовлюють деструктивні тенденції та підвищують імовірність здійснення самогубства.

Етапи формування суїцидальної поведінки. У результаті досліджень встановлено, що суїцидальна поведінка, наскільки б швидко вона не розгорталася, завжди має постійні компоненти своєї динаміки. Так, самогубству передують передсуїцид. Він включає дві фази: переддиспозиційну і власне суїцидальну.

Переддиспозиційна фаза характеризується виключно високою активністю, пошуком шляхів для виходу з критичної ситуації. Ця фаза також має свою внутрішню динаміку.

Спочатку зусилля та увага людини тривалий час сконцентровані на вирішенні ситуації, що склалася. Однак будь-які заходи не дають бажаного результату, що призводить до зниження самооцінки, з'являється *відчуття безсилля*, зростає емоційна напруженість, що може проявлятися у різких коливаннях настрою (спалахи агресії стосовно себе чи оточення чергуються зі станом емоційної пригніченості, пошуком співчуття та порозуміння). Починають виникати думки про відсутність реальних, прийнятних можливостей для вирішення актуальної ситуації, труднощі суб'єктивно сприймаються як "нездоланні". На такому фоні виникає "*звуження свідомості*" (так зване "тунельне бачення проблеми"), увага концентрується лише на негативних аспектах ситуації. Внаслідок цього людина не здатна об'єктивно сприймати наявний перебіг подій, побачити реальні шляхи вирішення проблеми.

Довготривалі, але невдалі спроби реально вирішити або змінити психотравмуючу ситуацію призводять до стану *емоційного пригнічення*, фізичного та психічного виснаження, усі ресурси вичерпуються. Психологічна, емоційна напруженість обтяжується зростанням тривоги щодо можливого негативного розвитку подій. Сприйняття перспектив має песимістичне забарвлення (наприклад,

“Нічого хорошого у житті вже не відбудеться”). Загострюється відчуття безпорадності перед труднощами, опускаються руки.

Перебіг часу здається зміненим, відбувається його болісне уповільнення, у людини виникає відчуття того, що страждання ніколи не закінчатся. Виникає чітке *усвідомлення нестерпності ситуації*, з'являються думки на кшталт:

“Я більше не можу (не буду) цього терпіти”, “Не хочу цього чути та бачити”.

Характерні особливості поведінки людини у переддиспозиційний період. На початку періоду у людини виникає гостра потреба до встановлення неформального контакту, теплих дружніх взаємин, потреба у співчутті, емоційній підтримці (“пошук опори”), бажання поділитися своїми переживаннями. Тому, зазвичай, спочатку вона проявляє активність у пошуках допомоги серед близького оточення (у сім'ї, друзів, колективі тощо). Згодом зовнішні прояви активності у встановленні контактів помітно знижуються, хоча потреба допомоги залишається високою. Суб'єктивно власне життя сприймається людиною ретроспективно, відмічається певна відстороненість щодо подій, які відбуваються. Інколи все попереднє життя сприймається як нескінченна низка провалів і невдач.

Суїцидальна фаза передсуїциду починається після подальшого поглиблення дезадаптації суїцидента, якщо до цього часу він не знайшов варіантів виходу з кризи і не отримав належної допомоги та підтримки.

Ця фаза характеризується тим, що у людини з'являється відчуття внутрішньої порожнечі та безглуздості існування (наприклад, “Жити не варто”, “Втомився(-лася) від такого життя”). Починають виникати *недиференційовані думки* про смерть, людина розмірковує про відсутність цінності життя. При цьому виразних уявлень про власну смерть немає, але існує чітке заперечення сенсу життя. Виникають нестійкі (спочатку досить дифузні) суїцидальні думки (наприклад, “Хочу втекти туди, де мене всі залишать у спокої”, “Хочу заснути та не прокинутися”).

Згодом починають формуватися *пасивні суїцидальні думки*, які відображають внутрішню готовність людини до суїциду. Цей етап характеризується фантазуванням на тему своєї можливої смерті, однак не на тему позбавлення себе життя. Виникають уявлення з приводу того, “Як буде добре, коли мене не буде”, “Добре було б померти”. Згодом з'являються стійкі суїцидальні думки (на кшталт “Я із собою зроблю що-небудь”, “Хочу вмерти, щоб цього не бачити”).

Слід зазначити, що суїцидальна фаза передсуїциду триває аж до замаху на своє життя. Сам суїцид – теж динамічний процес, що складається з трьох етапів.

І. Етап суїцидальних тенденцій. Суїцидальні тенденції є прямими або непрямими ознаками, що свідчать про зниження цінності власного життя, втрати його сенсу або небажання жити. Вони виявляються в думках, намірах, почуттях або погрозах.

Поступово пасивні суїцидальні думки набувають руйнівного спрямування, що призводить до пошуку конкретних шляхів їх реалізації. З'являються *суїцидальні задуми*: відбувається розробка плану самогубства, обирається місце і час дії, детально обмірковуються шляхи, спосіб здійснення суїциду, вишукуються способи впливу на оточення (написання передсмертної записки, відправлення SMS-повідомлень, листів, телефонні дзвінки значущим особам).

Далі відбувається формування *суїцидальних намірів* (прийняття рішення про самогубство, безпосереднє самоспонування до суїцидальних дій).

Небезпечність суїцидальних тенденцій полягає в тому, що вони можуть призвести до завершеного суїциду.

II. Етап суїцидальних дій починається, коли тенденції переходять

у конкретні вчинки, наслідком чого виступає самогубство чи спроба його скоєння (як результат переконання людини про неможливість існування у ситуації, що виникла). Фактично мова йде про *підготовку до суїциду*. Намір покінчити із собою розвивається протягом тривалого часу (підготовка до суїциду може займати від декількох днів до декількох років). Суїцидент довго аналізує причини і можливі наслідки самогубства, розглядає різні способи та оцінює їх ефективність, планує найбільш надійний сценарій. Зазвичай прийняттю рішення про здійснення самогубства сприяє ще якась додаткова психотравма або інколи навіть незначна подія (поштовх), яка ще більше переконує людину у трагічності її існування, неминучості особистої катастрофи. Як правило, ситуація доходить до межі, подальші події часто відбуваються за принципом “останньої краплі”.

Безпосередньо перед актом самогубства у суїцидента може проявитися так звана *термінальна поведінка* – людина “впорядковує справи” (складає заповіт, віддає борги, просить вибачення, робить прощальні подарунки друзям, закриває рахунок у банку, проводить у квартирі генеральне прибирання тощо).

Характерними особливостями поведінки людини у суїцидальному періоді є замкнутість, намагання побути на самоті, або повна відчуженість, ізоляція, втрата зацікавленості до навколишнього світу, неадекватні дії та висловлювання. Також мають місце й інші форми поведінки, такі як: обачливість, почуття безсилля; розлад сну та апетиту, підвищена втомлюваність, зниження працездатності; рішучість, холоднокровність, агресивність.

Якщо самогубство незавершене, то до загальної схеми розвитку суїцидальної поведінки додається ще один етап – постсуїцид.

III. Етап постсуїцидальної кризи триває від моменту здійснення суїцидальної спроби до повного зникнення суїцидальних тенденцій, іноді характеризується циклічністю прояву. Цей етап охоплює стан психічної кризи суїцидента, ознаки якого (соматичні, психічні чи психопатологічні) та їх вираженість можуть бути різними. У людини деякий час спостерігається збереження суїцидальних думок та намірів, проявляється пасивна “згода на смерть”. Важливо пам’ятати, що у тих людей, які вже здійснили суїцидальні спроби, ризик їх повторення суттєво зростає.

Підсумовуючи викладене вище, необхідно зазначити, що суїцидальна поведінка – це завжди динамічний процес, що складається з певних часових періодів суїцидальної активності з характерними формами її проявів. Загальний механізм формування суїцидальної поведінки передбачає послідовну зміну передсуїциду (з його переддиспозиційною та суїцидальною фазами) суїцидом (що складається з етапів суїцидальних тенденцій та суїцидальних дій), а у разі незавершеного самогубства – має місце ще один етап: постсуїцид. Додаючи до цієї схеми фактори соціальної ситуації та індивідуально-психологічних особливостей особистості, отримуємо найбільш цілісну модель, що враховує три основні виміри: *соціум* (включаючи сім’ю), *індивідуума та особистість* (індивідуальні особливості, схильність до певних форм поведінки, когнітивні стилі, стресостійкість) і *біологічні схильності* (психофізичні дані, темперамент, нейробіологічні механізми і генетичні фактори). Отже, суїцидальний процес розгортається у часі на фоні біологічних схильностей під впливом соціальних і особистісних стресорів в умовах захисних факторів здебільшого соціального порядку (рис. 1) [8].

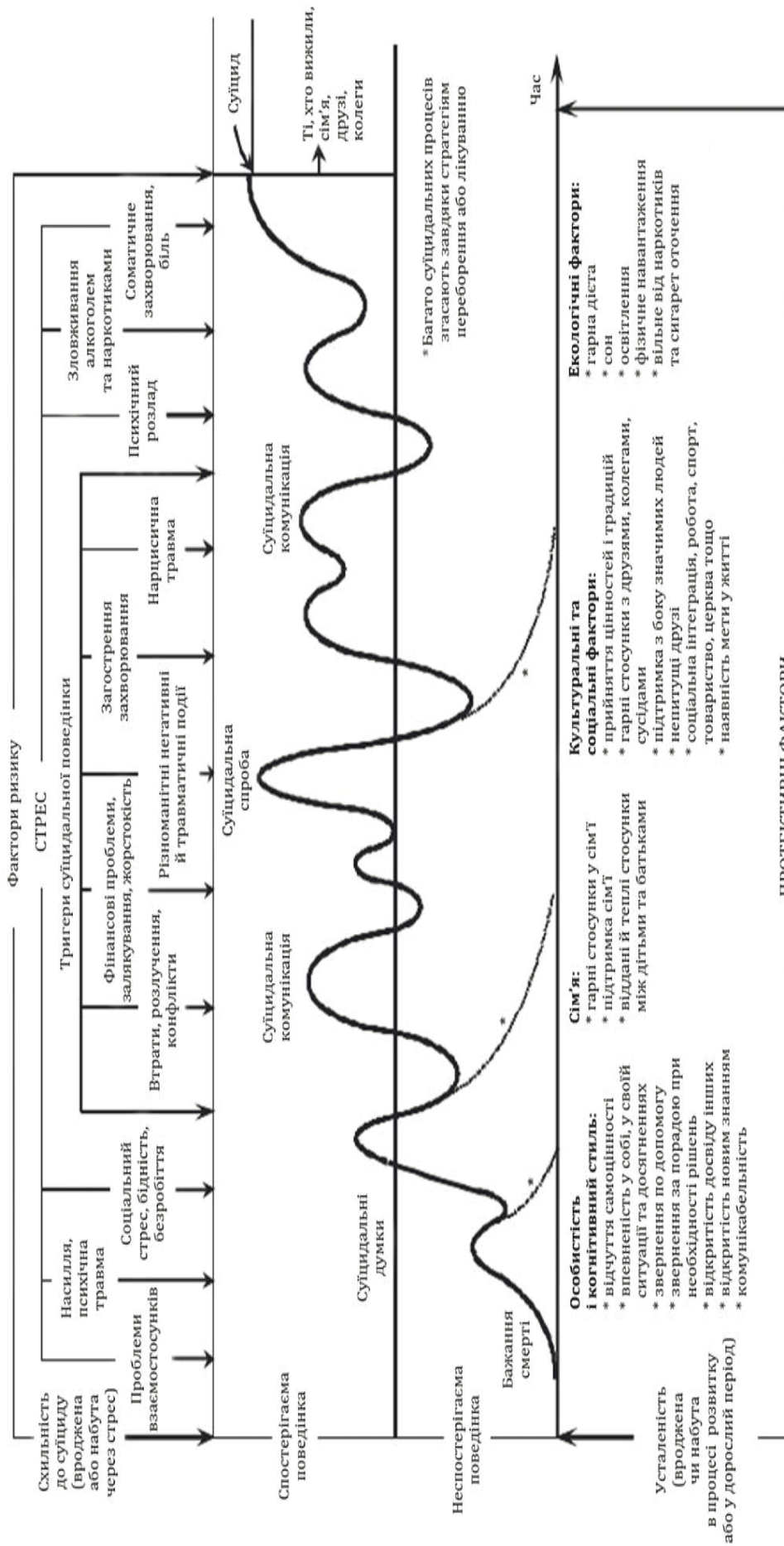


Рис. 1. Біопсихосоціальна модель стрес-уразливості та динаміка суїцидального процесу (за Данутою Вассерман).

Тригер – деяка причина (умова) виникнення події.
Протективні фактори (від лат. *protecto*, *protectum* – “захистити”) – фактори, що виконують захисну, оберігаючу функцію.

Нарцисична травма – психологічний “удар” по самолюбству (самоідентичності), що викликає зниження самооцінки та почуття ураженості, приниження, ганьби та гніву.

Зважаючи на те, що проблема суїцидів на сьогодні зберігає винятково важливу актуальність і ще надто далека від свого вирішення, а відтак вимагає постійної систематизації, аналізу та узагальнення усього комплексу відповідних знань – доцільним вбачається подальше продовження її дослідження. Перспективні напрями у цьому аспекті становлять: розробка інтегральних психодіагностичних комплексів (у тому числі автоматизованих), а також ефективних корекційних програм із зазначенням стратегічних і тактичних підходів, системи методів і прийомів, різноманітних технік і засобів психологічного впливу в межах превенції суїцидальних тенденцій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Суицидология : учебное пособие / И.Л. Шелехов, Т.В. Каштанова, А.Н. Корнетов, Е. С. Толстолес. – Томск : Сибирский гос. мед. ун-т, 2011. – 203 с.
2. Амбрумова А.Г. Социально-психологическая адаптация личности и профилактика суицидов / А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко, Л.Л. Бергельсон // Вопросы психологии. – 1981. – № 4. – С. 91–102.
3. Човдырова Г.С. Суициды и их профилактика среди сотрудников органов внутренних дел : методические рекомендации / Г.С. Човдырова. – М. : ВНИИ МВД России. – 31 с.
4. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / И.Г. Малкина-Пых. – М. : Эксмо, 2005. – (Справочник практического психолога). – С. 372–424.
5. Міняйло В.Ю. Психологічне консультування : робота з кризовими і проблемними ситуаціями / В.Ю. Міняйло. – 2-е вид., стер. – М. : Сенс, 2005. – 182 с.
6. Профилактика самоубийств в органах и подразделениях внутренних дел : методическое пособие / М.И. Марьин, Ю.Г. Касперович, В.Ю. Рыбников, В.Ф. Войцех, Н.И. Мягких ; под общ. ред. В. М. Бурыкина. – М. : ИМЦ ГУК МВД России, 2004. – 200 с.
7. Короленко Ц.П. Семь путей к катастрофе : деструктивное поведение в современном мире / Ц.П. Короленко, Т.А. Донских. – Новосибирск : Наука, 1990. – 222 с.
8. Напрасная смерть : причины и профилактика самоубийств / под ред. Д. Вассерман ; пер. Е. Ройне ; науч. ред. рус. изд-я А. Н. Моховиков. – М. : Смысл, 2005. – 310 с.

Отримано 05.08.2014