

Волинський національний університет імені Лесі Українки  
Факультет психології та соціології  
Кафедра практичної та клінічної психології

**ПСИХОЛОГІЯ ЕКСТРЕМАЛЬНОСТІ  
ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ПСИХІЧНОЇ  
ТРАВМИ Й СУЇЦИДАЛЬНИХ НАМІРІВ**

*Навчально-методичний посібник*

Луцьк  
Вежа-Друк  
2021

УДК 159.97:179.7(075.8)

П 86

*Рекомендовано до друку науково-методичною радою  
Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки  
(протокол № 2 від 17 жовтня 2018 року)*

**Рецензенти:**

**О. Г. Ставицька**, кандидат психологічних наук, доцент кафедри загальної психології та психодіагностики РДГУ;

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

**Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів** : навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник, О. М. Хлівна, Т. І. Дучимінська. – Луцьк : Вежа-Друк, 2021. – 236 с.

У навчально-методичному посібнику розглядаються актуальні питання змісту психології екстремальності, кризової психології, психопрофілактики психічної травми й суїцидальних намірів, дається характеристика найбільш поширених методів психодіагностики, що можуть використовуватись у практичній діяльності практичних психологів. Посібник знайомить із особливостями організації роботи психолога в складних життєвих ситуаціях та кризових ситуаціях, формами та змістом роботи практичного психолога.

Розраховано на студентів факультету психології, практичних та клінічних психологів, осіб зацікавлених у застосуванні психологічних методів у лікувально-профілактичній діяльності.

**УДК 159.97:179.7(075.8)**

© Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П., Мельник А. П.,  
Хлівна О. М., Дучимінська Т. І., 2021

© Подолець О. В., 2021

## ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА .....	5
-----------------	---

### **РОЗДІЛ 1. ПОНЯТІЙНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ**

#### **ПЕРЕЖИВАННЯ КРИЗОВИХ СТАНІВ**

<b>ТА ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ ОСОБИСТОСТІ .....</b>	<b>7</b>
--	----------

1.1. Кризова психологія у системі психологічних знань .....	7
---	---

1.2. Психологічна проблема та життєва ситуація особистості .....	12
--	----

1.3. Екстремальна ситуація та психічна травма .....	15
---	----

1.4. Психологічний зміст переживання .....	17
--	----

### **РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЇ**

<b>СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ .....</b>	<b>20</b>
-------------------------------------	-----------

2.1. Соціально-психологічні фактори мотивації суїцидальної поведінки .....	20
---	----

2.2. Патопсихологія аутоагресивної поведінки .....	23
--	----

2.3. Внутрішні і зовнішні форми суїцидальної поведінки .....	29
--	----

2.4. Особливості переживання людьми самогубства близьких .....	31
--	----

### **РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ**

<b>СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ ...</b>	<b>44</b>
---	-----------

3.1. Психологічна характеристика суїцидальності неповнолітніх ...	44
---	----

3.2. Суїцидальна поведінка у студентському віці:	
--	--

причини, характеристика .....	54
-------------------------------	----

3.3. Самогубство в похилому віці:	
-----------------------------------	--

соціально-психологічні чинники .....	59
--------------------------------------	----

3.4. Психологічні особливості самогубств серед співробітників	
---	--

органів внутрішніх справ .....	64
--------------------------------	----

3.5. Теоретичні аспекти психології суїцидальної поведінки	
---	--

військовослужбовців .....	74
---------------------------	----

3.6. Психологічні особливості суїцидальної	
--	--

поведінки засуджених .....	97
----------------------------	----

### **РОЗДІЛ 4. ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ**

#### **ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ КЛІЄНТАМ,**

<b>ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ У КРИЗОВИХ СТАНАХ .....</b>	<b>103</b>
---	------------

4.1. Психологічна допомога клієнтам у кризових станах .....	103
---	-----

4.2. Особливості роботи психолога з клієнтами	
---	--

з розладами поведінки .....	109
-----------------------------	-----

4.3. Особливості роботи психолога з клієнтами, які переживають втрату .....	136
4.4. Особливості роботи психолога з невиліковно хворими клієнтами .....	139
4.5. Психологічна допомога при насиллі в сім'ї .....	141
4.6. Особливості роботи психолога з клієнтами, що зазнали сексуального насилля .....	150
4.7. Особливості роботи психолога з клієнтами з алкогольною залежністю .....	159
4.8. Психологічна допомога сім'ям учасників АТО .....	164
4.9. Надання психологічної допомоги при суїцидальних намірах ...	169
<b>РОЗДІЛ 5. ПСИХОДІАГНОСТИЧНИЙ ПРАКТИКУМ .....</b>	<b>174</b>
5.1. Особистісна та соціальна ідентичність (Урбанович, 1998, 2001) .....	174
5.2. Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків .....	179
5.3. Особистісний профіль кризи (ТАРАС, 2003) .....	184
5.4. Шкала оцінки впливу травматичної події (IMPACT OF EVENT SCALE-R-1ES-R) .....	187
5.5. Методика BASIC RH-36 (українська версія) .....	190
5.6. Методика «СОП» (Склонность к отклоняющемуся поведению) .....	192
5.7. Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса й Раге .....	206
5.8. Тест Люшера .....	209
5.9. Методичні рекомендації для керівного складу та психологів військових підрозділів .....	211
5.10. Програма кризової допомоги як моделі розв'язання проблем .....	218
<b>СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>	<b>225</b>

## ПЕРЕДМОВА

Запропоноване видання є відповіддю на запит практичних психологів, студентів психологічних факультетів і роботодавців щодо ключових аспектів організації системи психологічної допомоги населенню в неймовірно складних стресогенних, часто критичних ситуаціях сучасного суспільного життя.

Наш задум передбачав підбір матеріалів як теоретичного, так і практичного спрямування з урахуванням змісту викладання суміжних психологічних дисциплін. *Метою* навчально-методичного посібника є розкриття понятійного апарату кризової психології, її основних методологічних та технологічних позицій.

Так, у *першому розділі* основна увага зосереджена на аналізі понятійних характеристик переживань людиною таких особистісних подій, як «життєва ситуація», «кризовий стан», «кризова ситуація», «екстремальна ситуація», «психічна травма» тощо. Згідно з даними визначеннями, особистість, яка пережила такий психотравматичний досвід, не може залишатися колишньою, тому, відповідно, одне із завдань психолога – спонукати її до переосмислення життя.

Широкий спектр актуальних питань психології суїцидальної поведінки запропоновано у *другому* та *третьому* розділах посібника. Психологічні особливості суїцидальної поведінки та схильність до неї у різних категорій населення показують складність суїцидного феномену та суїцидоподібних вчинків, а також глибину переживання людьми самогубства близьких. У зв'язку з високою поширеністю суїцидів, особливо їх «помолодшанням», описуємо причини та психопрофілактику дитячого та підліткового суїцидів, що на сьогоднішній день є важливою проблемою і трагедією для всієї України. Привертаємо вашу увагу до результатів досліджень суїцидальної поведінки у студентському віці (§3.2), у похилому віці (§3.3), серед співробітників органів внутрішніх справ (§3.4) тощо. Сам собою напрашується умовивід про гостру необхідність для всіх нас повсякчас проявляти емпатичний контакт, психологічну проникливість та просту уважність до ближнього.

На практичну допомогу консультанту зорієнтовані матеріали *четвертого* та *п'ятого* розділів. Знаючи всю складність психологічного консультування з власного досвіду, ми сформулювали основні професійні настанови щодо проведення консультативної бесіди з

різними категоріями клієнтів. Значимий в цій частині висновок: варто аналізувати конкретну ситуацію в деталях; при необхідності актуалізувати знання з біології людини, патопсихології, психіатрії тощо; доцільно розробляти індивідуальний алгоритм роботи з клієнтом та сім'єю. В психологічному практикумі об'єднано низку опитувальників, що дозволяють визначити особистісну та соціальну ідентичність, психологічні наслідки травматичного стресу, особистісний профіль переживаної кризи, задоволеність матеріальними, побутовими та соціальними умовами життя тощо. В цих двох розділах ви знайдете відповіді на питання про форми та зміст роботи практичного психолога в різних установах та організаціях.

Запрошуємо всіх зацікавлених відповідною психологічною інформацією до вивчення розроблених та структурованих нами навчально-методичних матеріалів з проблематики психології екстремальності, психопрофілактики психічної травми й суїцидальних намірів.

Колектив авторів бажає своїм читачам професійного самовдосконалення, особистісного благополуччя та позитивної філософії життя.

# РОЗДІЛ 1

## ПОНЯТІЙНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЕРЕЖИВАННЯ КРИЗОВИХ СТАНІВ ТА ЕКСТРЕМАЛЬНИХ СИТУАЦІЙ ОСОБИСТОСТІ

### 1.1. Кризова психологія у системі психологічних знань

Упродовж останніх років ситуація, що її переживає українське суспільство, є такою, що виходить за межі звичайного, нормального людського досвіду: масові громадянські протести і намагання їх придушити, загроза життю, спостереження за насильницькою смертю, непередбачуване переселення людей, інформаційні атаки, військові дії і бойові поранення – значною мірою вплинули на загальний стан життєдіяльності населення, завдали шкоди здоров'ю, призвели до великих людських втрат, значних матеріальних збитків тощо. Таку ситуацію науковці зазвичай класифікують як екстремальну, або надзвичайну.

Екстремальна ситуація для тих, хто її переживає, може стати кризовою, стресовою, травматичною і викликати, відповідно, кризу, стрес, психотравму, спричинити розвиток посттравматичних стресових розладів. Таке емоційне травмування значної частини населення свідчить про втрату психоемоційного балансу людських стосунків, загострення патологічних процесів у житті суспільства в цілому.

Як свідчить аналіз досвіду психологічної допомоги різним категоріям постраждалих, на долю українських психологів і психотерапевтів випало нелегке випробування. Вони зіткнулись із вищеозначеною реальністю раптово, не маючи відповідної практичної підготовки. Разом з тим, досвід зарубіжних країн, який став основою для розроблення ефективних методів надання психологічної допомоги населенню, не зміг вирішити важливих завдань, з якими стикнулись українські фахівці. У ході практичної діяльності психологів стало очевидним, що Україна вирізняється особливою ментальною, соціальною, культурною та психологічною специфікою, яку необхідно враховувати фахівцям, що працюють з даною категорією постраждалих.

Узагальнення подій останніх років в українському суспільстві черговий раз підтвердило особливий запит до психологічної науки і практики, оскільки гостро постала потреба у соціально-психологічній підтримці і супроводі цілих соціальних груп, а також у психологічній

допомозі окремим категоріям населення: дітям, дорослим, цілим родинам тощо.

Широкий спектр актуальних аспектів практичної допомоги населенню розглядає практична психологія, зокрема, підготовка фахівців – практичних психологів. Структура практичної психології багато в чому подібна до структури психології академічної. Разом з тим, існують і деякі розбіжності. Головні – в орієнтації не на вивчення, дослідження, а на активне втручання в процеси індивідуальної або групової активності.

На жаль, в літературі на сьогоднішній день не завжди чітко розмежовуються поняття кризової, стресової чи травматичної ситуації. Зробимо спробу проаналізувати ті визначення, які ми будемо використовувати у даному посібнику.

Термін «криза» (від грецьк. *krisis* – рішення, поворотний пункт, вихід) означає тяжкий перехідний стан людини, викликаний внутрішнім чи зовнішнім чинником або різкою зміною статусу персонального життя. Причиною виникнення та розвитку кризи, як правило, є *кризова ситуація*, що спричиняється значним стресовим фактором і руйнує звичні способи подолання несприятливих життєвих обставин. Внаслідок кризової ситуації у людини може розвинути *кризовий стан*, суттєвими характеристиками якого є його тривалість та інтенсивність.

Криза – це ситуація емоційного й розумового стресу, що вимагає значної зміни уявлень про світ і про себе за короткий проміжок часу.

Найчастіше подібний перегляд уявлень спричиняє зміни в структурі особистості. Ці зміни можуть носити як позитивний, так і негативний характер. Згідно з даним визначенням, особистість, яка перебуває в кризі, не може залишатися колишньою; іншими словами, їй не вдається осмислити свій актуальний психотравмуючий досвід, оперуючи знайомими, шаблоновими категоріями або використовувати прості звичні моделі пристосування (Гордон В. Олпорт).

У китайській мові поняття «криза» визначається як «повний небезпеки шанс», як можливість росту людської особистості, яку індивід знаходить, проходячи через стан психічної кризи й випробовуючи різні перешкоди.

Життєвий шлях особистості пов'язаний із проходженням різних критичних ситуацій, які, на думку Е. Юманс, можна позначити як етапи руйнування, коли відбувається ламання, відмирання або позитивна дезінтеграція деяких наших природних способів бачення світу, пізнання себе й ставлення до навколишнього.



**Критична ситуація** – це така ситуація, у якій суб'єкт не може реалізувати основні потреби свого життя і яка ставить його перед необхідністю зміни способу буття.

Найсильнішими критичними ситуаціями особистості є такі, що пов'язані з усвідомленням власної смертності (невиліковна хвороба, участь у бойових діях і тощо) або зіткнення зі смертю іншого (переживання втрати близької людини). Однак в екзистенціально-гуманістичній парадигмі будь-які критичні ситуації можна розглядати як своєрідне зіткнення зі смертю. Причому, смерть у даному контексті розуміється як трансформуючий процес, відмова від старих, звичних способів буття і підбір, удосконалювання нових, більш адекватних умовам, що змінилися.

Критична ситуація переживається особистістю по-різному. З одного боку, вона може справити руйнівну дію, підвищуючи тривогу й депресію, почуття безпорадності й безнадійності, що може призвести до життєвої кризи. А з іншого, – додати життю значення, зробити його більш повним і змістовним. У кожному разі зіткнення із критичною ситуацією болісно переживається особистістю й змінює її відношення до життя, смерті, себе й цінностей, що формує різні життєві стратегії, які допомагають людині вийти із критичної ситуації.

Ситуації, що вимагають від людини змін у життєвому стилі, способі мислення, способі пізнання й бачення світу або відношення до себе й оточення, можна описати як критичні. Критична ситуація може стати поворотним моментом у житті особистості; вести до кризи.

Будь-яка криза містить як позитивний, так і негативний компонент. Негативна складова полягає в тому, що для особистості, яка перебуває в критичній ситуації, характерна завантаженість нерозв'язаними проблемами, наявне почуття безнадійності, безпорадності, переживання життя як «безвихідь».

Суб'єктивно криза переживається як «безвихідь». Будь-яка критична ситуація потенційно може стати для особистості кризовою (тобто такою, що веде до кризи), – це буде у повній мірі залежати від адаптивних можливостей особистості.

У вітчизняній психології сама наявність критичних ситуацій у житті людини розуміється як передумова особистісних змін – змінюється соціальна ситуація розвитку особистості, відбувається зміна ролей, змінюється коло осіб, включених у взаємодію з нею, спектр розв'язуваних проблем і спосіб життя.

Будь-яка кризова ситуація містить небезпеку. Отже, її необхідно уникати, усувати, запобігати, а до того ж і приховувати. Безумовно,

що психічні кризи можуть нести в собі загрозу. Багато реакцій, що спостерігаються у зв'язку із кризами, – прагнення до самоізоляції або бурхливої діяльності, – являє собою спробу перебороти ситуацію. Такі типи реакції можуть бути адаптивними. Причому бажання ізолювати себе не слід змішувати, наприклад, з депресією, як і прагнення бродити без утоми в кризовій ситуації не можна приймати за контрольований маніакальний стан.

Слово «криза» підкреслює момент порушення рівноваги, появи нових потреб і перебудови мотиваційної сфери особистості.

**Кризова подія.** Трактують даного поняття дають В. Слободчиков і Є. Ісаєв. Вони виділяють дві ключові ознаки: «спільний» і «інший». Звідси й визначення поняття: «Подія є жива спільність, сплетення й взаємозв'язок двох і більше життів, їхня внутрішня єдність зовні унікальна, внутрішньо суперечлива, жива спільність двох людей».

У термінах «подія» і «криза» ми виділяємо наступні істотні ознаки: небезпечний перехідний стан (термін «криза»), і сумісність подій за часом (термін «подія»). Отже, стан спільної за часом небезпеки – сутність змісту поняття «кризова подія».

У визначеному понятті «кризова подія» системоутворюючим є елемент «небажане явище». Дана характеристика ставить кризове явище в залежність від особистісної оцінки й особистісного сприйняття. Небажаність кризової події визначається тим, що вона є небезпечною («спільна небезпека» – другий системоутворюючий елемент даного поняття) для життєдіяльності людини. Це може бути загроза її здоров'ю, матеріальному благополуччю, соціальному статусу, внутрішньо-особистісній рівновазі.

Дві характеристики поняття «кризова подія» – «спільна небезпека» і «небажаність» – розкривають систему ознак, що входять до змісту даного поняття (рис. 1.1).

При аналізі й визначенні сутності кризової події можна виділити п'ять підходів, послідовно п'ять різних варіантів розгляду даної категорії:

- життєвий, на рівні здорового глузду;
- психологічний;
- соціологічний;
- філософський;
- технічний.

У зв'язку з тим, що для нас першорядне значення мають перші два підходи, розглянемо їх більш докладніше.



**Рис. 1.1.** Основні ознаки поняття «Кризова подія»

На життєвому рівні кризову подію характеризують у наступних термінах здорового глузду: подією кризового характеру для «наївної» людини, людини з вулиці, буде всяке ускладнення обставин її життєдіяльності; це ускладнення носить надзвичайний характер, воно є несподіваним, а тому стихійним і непередбачуваним. Дана подія несе загрозу, небезпеку для фізичного й психічного здоров'я особистості.

Таким чином, здоровий глузд виділяє параметри надзвичайності, стихійності, небезпеки, що й використовується для характеристики кризової події.

Психологічний аналіз звертає увагу на наступні параметри кризової події:

- 1) несприятливі умови для життєдіяльності;
- 2) подія має загрозовий характер;
- 3) різке зростання внутрішньоособистісної напруженості;
- 4) виснаження адапційних ресурсів і «прорив» адапційного бар'єра;
- 5) зміна динамічних стереотипів поведінки;
- 6) кризовий стан особистості.

Як бачимо, надзвичайні ситуації, великомасштабні аварії й катастрофи, військові дії та ряд інших явищ неминуче обумовлюють виникнення й широке поширення кризових станів особистості. Це дало підставу розвитку в межах психологічної науки нового наукового напрямку – кризової психології.

**Кризова психологія** – це галузь професійної діяльності, яка має на меті визначення психологічних особливостей життєвої ситуації та індивідуальності людини або групи, внесення позитивних змін у процес взаємодії між ними і профілактику небажаних форм поведінки для найбільш повного розкриття сутнісних сил людини.

Отже, якщо у випадку наукової (або академічної) психології мова йде про дослідження явищ психічного життя людини, то у випадку практичної психології (якою і є кризова психологія) – про діагностично-корекційну та профілактичну роботу з окремим індивідом або групою для збереження їхнього психічного здоров'я та запобігання небажаних явищ у поведінці й розвитку. Досягнення цього відбувається за допомогою специфічних психологічних методів, методик і технологій.

## **1.2. Психологічна проблема та життєва ситуація особистості**

До базових категорій кризової психології можна віднести психологічну проблему та життєву ситуацію особистості. У процесі життєдіяльності людина зіштовхується з багатьма життєвими проблемами. Кожна з них, як правило, має психологічну складову (психологічна проблема), без розв'язання якої неможливе розв'язання проблеми в цілому.

**Психологічна проблема** – це стан невизначеності, що виникає в процесі життєдіяльності індивіда між його намірами, уявленнями, мотивами й цілями поведінки та об'єктивними й суб'єктивними умовами її реалізації як протиріччя між очікуваними та реальними результатами дій людини.

У одних ситуаціях психологічні проблеми не відіграють вирішальної ролі, в інших вони є центральними. Одні психологічні проблеми вирішуються легко й не потребують сторонньої допомоги, інші пов'язані з багатьма ускладненнями та вимагають втручання оточуючих людей. З-поміж останніх є проблеми, що можуть бути розв'язані тільки за допомогою спеціалістів.

Психологічна проблематика особистості є багатоаспектною, як багатоаспектною є її життєва проблематика. Тому досить важко вирізнити типологію психологічних проблем людини. Психологічні проблеми розрізняються за рівнем їх усвідомлення суб'єктом або оточуючими його людьми (В. Крайнюк). З огляду значення для індивіда, його подальшої долі, психологічні проблеми можуть бути більш значущі, актуальні й менш значимі. Залежно від вітальності проблеми, вона переживається з більшою або меншою гостротою.

Відносно життєвої ситуації та життєвого шляху особистості психологічні проблеми можуть бути кризовими, критичними, значущими та малозначущими. Психологічні проблеми можна також класифікувати за основними сферами активності людини: сімейні, професійні, особисті, пов'язані із 8 здоров'ям, навчанням, правовими відносинами, дозвіллям, політичною діяльністю та ін.

Психологічна проблема – результат взаємодії індивіда з навколишнім світом. Тому при аналізі проблеми логічно розглядати не тільки індивідуальність особистості, але й життєві обставини, у яких їй доводиться діяти.

Низка досліджень останніх років (зокрема Л. Бурлачука) показує необхідність психологічного аналізу ситуації діяльності індивіда в процесі психодіагностики рис його особистості. Адже ієрархічна структура особистості має широкі можливості пристосування до умов навколишнього середовища; тому в одній ситуації холерик може поводити себе як сангвінік, в іншій – як холерик. Отже, ми вийшли на другу базову категорію кризової психології – категорію життєвої ситуації особистості.

***Життєва ситуація особистості*** – це сукупність обставин життєдіяльності, які прямо або опосередковано впливають на поведінку людини, її стан і внутрішній світ, обумовлюючи зміст та напрями індивідуального розвитку, тим самим сприяючи виникненню та розв'язанню проблем.

Кожна з життєвих ситуацій особистості більшою чи меншою мірою обумовлює перспективу подальшого життя, вносить певні корективи в плани та цілі, що ставить перед собою кожна людина (О. Бондаренко, М. Корольчук, В. Крайнюк, Є. Потапчук, С. Яковенко та ін.).

Змістом діяльності кризової психології є надання психологічної допомоги особистості, яка знаходиться в кризовому стані.

Кризові стани особистості характеризуються високим рівнем нервово-психічної напруги аж до перенапруги й психічного виснаження. Важливими ознаками кризових станів особистості є високий рівень тривоги, депресії, почуття безпорадності, апатії, суму, гніву, фізичного стомлення, зниження самооцінки, сенситивність, а також наявність психологічної фрустрації як нездоланної перешкоди або життєвої ситуації.

Психологічно кризовий стан особистості характеризується інтенсивними негативними емоціями: почуттям невизначеності, занепокоєнням, тривогою аж до дезорганізації, фіксацією на психотравмуючій

ситуації, переживаннями власної безпорадності, неспроможності, самотності, безнадійності, песимістичною оцінкою власної особистості, актуальної ситуації й життєвої перспективи, вираженими утрудненнями в плануванні майбутнього.

Кризовий стан треба розглядати як нормальну реакцію людини на аномальну (психотравмуючу) подію. Це пов'язане з тим, що людина в процесі подолання кризи може набути нового досвіду, розширити діапазон своїх адаптивних резервів. З іншого боку, у тому випадку, якщо людина схильна реагувати на кризу дезадаптивними реакціями, криза може поглибитися й викликати хворобливий стан, що вимагає спеціалізованої медичної допомоги (психіатра, психотерапевта, суїцидолога). Розвиток клінічної симптоматики в цьому випадку може прийняти катастрофічний характер і призвести до важких порушень психіки (психічних захворювань), смерті або суїциду.

Звичайно, будь-яка загрозна ситуація викликає зміни в почуттях, поведінці й думках людини. Якщо ці трансформації підконтрольні людині й вона у силі самотійно впоратися з ними, то втручання психолога не потрібно. Якщо ж негативні зміни набувають тривалого характеру і виявляються поза зоною самотійного контролю, то виникає необхідність у професійній психологічній і психотерапевтичній допомозі.

При наданні психологічної допомоги (так званої «кризової інтервенції») психолог повинен керуватися наступними принципами:

1. Емпатичний контакт. Це найважливіша умова кризової допомоги. Співпереживання й розуміння психологічного стану іншої людини – це найпростіше й саме складне. Із встановлення емпатичного контакту починається кризове втручання.

2. Невідкладність. Кризове втручання характеризується невідкладністю, граничною терміновістю.

3. Високий рівень активності психолога. Психолог повинен проявляти максимальну активність у встановленні контакту з людиною, що переживає кризу, і в зборі інформації, щоб якомога швидше оцінити ситуацію й намітити план дій.

4. Обмеження цілей. Найближча мета кризової інтервенції – запобігання катастрофічним наслідкам. Основна мета – навчити користуватися адаптивними способами подолання кризи й відновлення психічної рівноваги.

5. Підтримка. При роботі з подолання кризи психолог у першу чергу забезпечує клієнтові підтримку.

6. Сфокусованість на основній проблемі. Кризове втручання повинне бути досить структурованим, щоб допомогти зосередитися на основній проблемі, що призвела до кризи.

7. Повага. Людина, що переживає кризу, сприймається психологом як знаюча, цілком компетентна, незалежна, прагнуча набути впевненості в собі, здатна зробити самостійний вибір.

Кризова допомога повинна бути реалістичною й цілеспрямованою, тому її загальна стратегія може бути побудована за типом навчання стратегії розв'язання проблем.

### **1.3. Екстремальна ситуація та психічна травма**

На жаль, поняття «екстремальна ситуація» та «психічна травма» не має чіткого визначення у вітчизняній літературі. Своє найбільше поширення дані поняття одержали в межах теорії посттравматичного стресового розладу.

Дефініція *«екстремальна ситуація»* подається як несприятливі для життєдіяльності умови, що вимагають мобілізації прихованих можливостей організму; об'єктивно складні умови діяльності, які сприймаються й оцінюються як напружені чи небезпечні; несприятливий, складний стан умов життєдіяльності людини, що набув для окремої особи або групи осіб особливої значущості; нестандартні, нештатні, загрожуючі, аварійні або катастрофічні події; життєві ситуації, що вимагають мобілізації адаптивних здібностей людини, недостатній розвиток яких може призвести до посттравматичного стресу, адаптаційного розладу особистості або ж до дезадаптивних, деструктивних форм кризового реагування (алкоголізм, суїцид, наркоманія тощо).

*Психічна травма* – переживання, потрясіння. Головним змістом психічної травми є втрата особистістю віри в те, що життя організоване відповідно до порядку й піддається контролю.

У даному підході активно розглядається вплив психічної травми на сприйняття часу, тобто як міняється бачення минулого, сьогодення й майбутнього (динамічний аспект у дослідженні життєвого шляху) під впливом травми. У якийсь момент життя людина переживає психічну травму, що викликає найсильніші почуття. Травматичний стрес за інтенсивністю пережитих почуттів пропорційний з усім попереднім життям. Через це травматичний досвід здається найбільш істотною подією життя, ніби «водорозділом», що ділить все життя на події, що відбулися до й після події, яка травмує. Отримана травма міняє бачення не тільки сьогодення, минулого, але й майбутнього.

Людина, яка одержала психічну травму, відчуває себе не такою, якою вона була колись, а значно дорослішою, досвідченішою, ніж її однолітки. Людина, яка пережила подію, що травмує, але відреагувала на неї, ніби залишається в минулому. Подія, що травмує, притягає до себе людину й не відпускає її. З цієї причини досить велика ймовірність для таких людей повторення травматичної ситуації в майбутньому. Вони прагнуть пережити подію, що травмує, знову, щоб відреагувати на неї (наприклад, значний відсоток ветеранів війни в Афганістані прагнуть будь-якими шляхами знову потрапити в «гарячі точки»).

З людьми, які пережили психічну травму, частіше відбуваються нещасні випадки, вони частіше, ніж інші роблять самогубства, захоплюються алкоголем і наркотиками.

Найближчі наслідки травматичних подій проявляються у вигляді психічних станів (страх, жах, безпорадність й ін.), які відбивають об'єктивний зміст подій і відповідають характеру даної людини. Виниклі стани впливають на взаємодію людини з новими обставинами, визначаючи, чи займе вона активну позицію й буде боротися з ними або ж, навпаки, розгубиться, не знайде виходу з важкої ситуації. Тривалість станів коливається від декількох хвилин до декількох років, і це залежить від сили зовнішнього впливу й характеру людини.

Існує тісний зв'язок між характером і станами. У цьому – віддалений ефект події. Віддалені психічні наслідки можуть виникати й без чітко виражених психічних станів. Певні біографічні факти не викликають найближчого психологічного ефекту, але мають віддалені наслідки. Психологічна роль такої події полягає в тому, що вона визначає багато наступних подій, кладе початок новому способу життя.

Термін «*стрес*» у найбільш широкому значенні [від англ. Stress – напруга] використовується для позначення станів людини, які характеризуються сильним напруженням і виникають у відповідь на різноманітні екстремальні впливи (стресори).

Психічні прояви загального адаптаційного синдрому, тобто, різні афективні переживання, які, як правило, супроводжують стрес і призводять до небажаних порушень в організмі людини, отримали назву «*емоційний стрес*». Дане поняття часто вживають на рівні з поняттям «*психологічний стрес*», хоча у походженні останнього значнішу роль відіграє фактор соціальності. Стосовно поняття «*психотравма*», то, на думку Н. Тарабріної та співавторів згідно сучасних досліджень про стрес, останній стає психотравмою, коли наслідком дії стресора стає



порушення у психічній сфері людини аналогічно до порушень у соматичних процесах.

У людини, яка пережила емоційний травматичний стрес, інакше починає функціонувати пам'ять – механізм травматичної пам'яті, необхідний для виживання індивіда, стає причиною посттравматичних стресових станів. Після припинення дії стресора яскраві емоційні образні спогади не просто зберігаються у довготривалій пам'яті, але й знову і знову з'являються в пам'яті оперативній, сприяючи розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

#### **1.4. Психологічний зміст переживання**

Основною одиницею внутрішнього життя особистості є переживання.

Переживання у формі психічних станів, у яких злиті емоційні, вольові й інтелектуальні компоненти, відображають події й обставини життя в їхньому відношенні до самого суб'єкта.

Пережите зберігається в пам'яті особистості й служить матеріалом для осмислення в процесі вироблення життєвих планів і цілей, життєвої філософії, що визначає поведінку людини.

Ще Л. Виготський звертався до сфери емоцій і переживань. Наприкінці життя він почав велике теоретичне дослідження, присвячене вченню Б. Спінози про пристрасті. Він писав про те, що в системі знань узагальнюється, усвідомлюється світ внутрішніх переживань – людина виходить із «рабства афектів» і знаходить внутрішню волю.

С. Рубінштейну належить твердження про те, що емоції народжуються в дії, і тому в кожній дії укладені хоча б зачатки емоційності.

Як об'єкт свого дослідження Ф. Василюк обрав процеси, за допомогою яких людина переборює життєві критичні ситуації. Основною метою дослідження стало встановлення закономірностей, яким підкоряються процеси переживання. Переживання розглядається Ф. Василюком не як відблиск у свідомості суб'єкта тих або інших його станів, не як особлива форма споглядання, а як особлива форма діяльності, спрямована на відновлення душевної рівноваги, втраченої свідомості існування.

З інших теоретичних позицій розглядала категорію «переживання» Л. Божович, виділивши в ній компоненти відношення, орієнтування й спонукання. Переживання дійсно відбиває стан задоволеності суб'єкта в його відносинах з навколишнім середовищем. І, таким чином, виконує в житті суб'єкта вкрай важливу функцію: «інформує»

його про те, у якому відношенні із середовищем він перебуває, і, відповідно до цього, орієнтує його поведінку, спонукаючи суб'єкта діяти у напрямку, що зменшує або повністю ліквідує виниклий розлад. Підхід Л. Божович може служити як пояснювальний механізм розуміння психологічної природи переживання.

Процес переживання стану втрати, смерті близької людини отримав назву «скорбота» та описується у сучасній психологічній літературі як феномен, що складається із трьох стадій:

- перша стадія містить у собі шок і відмову вірити в те, що кохана людина вмерла, супроводжується плачем і найсильнішим дистресом;
- друга стадія характеризується хворобливою тугою за померлим і думками про нього;
- третя стадія характеризується зменшенням суму й поверненням до нормальної діяльності (див табл. 1.1).

*Таблиця 1.1*

### Основні стадії скорботи

№	Часові етапи	Прояви
1	<b>Стадія 1</b> Починається відразу після смерті близької людини та зазвичай триває від одного до трьох днів.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ шок;</li> <li>➤ невір'я,</li> <li>➤ заперечення;</li> <li>➤ заціпеніння;</li> <li>➤ ридання;</li> <li>➤ сум'яття</li> </ul>
2	<b>Стадія 2</b> Піки спостерігаються між другим і четвертим тижнями після смерті; зазвичай триває протягом року	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ хвороблива туга;</li> <li>➤ заглибленість у переживання;</li> <li>➤ спогади;</li> <li>➤ яскравий образ померлого в душі;</li> <li>➤ відчуття, що померлий живий;</li> <li>➤ сум, слізливість, безсоння;</li> <li>➤ анорексія;</li> <li>➤ втрата інтересу до життя;</li> <li>➤ дратівливість і занепокоєння.</li> </ul>
3	<b>Стадія 3</b> Зазвичай настає протягом року після смерті близької людини	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ зменшення кількості епізодів суму;</li> <li>➤ здатність згадувати про минуле із задоволенням;</li> <li>➤ поновлення повсякденної активності.</li> </ul>

***Завдання та запитання для самоконтролю:***

- 1. Яку ситуацію називають критичною?*
- 2. Назвіть основні ознаки кризової події.*
- 3. Що є психічною травмою?*
- 4. В чому полягає психологічний зміст переживанн?*
- 5. Розкрийте сутність поняття «психологічна проблема».*
- 6. Що є змістом діяльності кризової психології?*
- 7. Які принципи є основними при наданні екстреної психологічної допомоги?*
- 8. Розкрийте сутність понять «екстремальна ситуація» та «психічна травма».*

## РОЗДІЛ 2

### ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКА

#### **2.1. Соціально-психологічні фактори мотивації суїцидальної поведінки**

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

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

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

Проте між ситуацією власне самогубства й тими вчинками, які відзначає Е. Дюркгейм (крім свідомого жертвування своїм життям

здля порятунку інших), відмінність велика, істотна. В них – суттєво відмінна мотивація, а саме: зміст мотивації вчинку визначає основний зміст, спрямованість вчинкової ситуації. Отож, якщо власна смерть не є свідомо визначеним мотивом, який спрямовує вчинок суб'єкта, то такий вчинок не є суїцидом, навіть якщо він закінчився смертю суб'єкта і суб'єкт знав про те, що його вчинок, поведінка – небезпечні, загрозливі для життя.

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

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

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

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

психіки особистості, звідки й виявляється у небезпечній для здоров'я і життя, ризикованій поведінці, окремих вчинках.

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

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

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

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

Ризикованій грі та ризикованій безпечності сприяють алкоголь, наркотики та інші психоделічні речовини. Наприклад, суб'єкти загинули тому, що перший у стані алкогольного сп'яніння перелазив з балкона на балкон на 9-му поверсі, другий гнав авто гірською дорогою, третій стрибнув з високого моста «ластівкою» у недостатньо глибоку річку, четвертий грався з гранатою. Все це – нещасні випадки, хоча за кожним з них може стояти і замаскований під нещасний

випадок суїцид і неусвідомлюване прагнення до самогубства. Проте якщо немає достатніх підстав для суїцидальних версій, то й немає жодних психологічних підстав для зближення таких вчинків із самогубством.

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

## **2.2. Патопсихологія аутоагресивної поведінки**

В усьому світі в останні десятиліття спостерігається тенденція до збільшення числа самогубств. При цьому, проблема суїцидальної поведінки є досить складною і не може мати в усіх випадках пояснення з точки зору одного з відомих в наукових колах підходів. У вирішенні проблеми співвідношення самогубства і психічних захворювань людини визначились три тенденції.

Прихильники психопатологічного напрямку в суїцидології утотожують самогубство з психічним розладом, «божевіллям», заперечують можливість суїцидальної поведінки у психічно здорових осіб і вважають, що взагалі нема психічно здорових або навіть «невротичних осіб», які «роблять замах на своє життя» (Esquirol, 1838), «доводять до кінця свій намір по знищенню самих себе» (P. Bohanni, 1960, K. Achte, 1966). На думку деяких вчених, суїцидальна поведінка вважається самостійним психопатологічним синдромом, проявом психічного захворювання, який вимагає спеціального лікування, оскільки застосування в психіатричній практиці нейролептиків і антидепресантів суттєво не вплинуло на рівень самогубств (Favazza A., 1992). В зв'язку з тим, що, мовляв, будь-яка особа, що здійснює акт самогубства, страждає специфічним психічним розладом, доцільним є впровадження спеціального терміну – «криза самогубства» (E. Stengel, 1964).

Відповідно до другої тенденції, такі явища, як самогубство і психічні захворювання, є незалежними, оскільки не проявляють ніякого взаємозв'язку. Підтвердженням цієї точки зору є дані про відсутність прямого зв'язку між поширенням психічних захворювань в різних країнах і рейтингом самогубств.

Третя група авторів притримуються точки зору про те, що хоч значна кількість самогубств здійснюється під впливом психічних розладів, однак, не всі випадки пов'язані з «розумовими розладами».

Справжнє значення суїцидальних дій, на думку Е. Крепеліна (1893), в кожному індивідуальному випадку може стати зрозумілим лише з урахуванням всього комплексу впливаючих чинників – біологічних, психологічних, соціальних, клініко-психопатологічних.

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

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

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

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

Це також патологічно неадекватні емоційні стани: негативно забарвлені, депресивні, коли суб'єкту вельми кепсько, він почувається великим грішником, злочинцем, яким насправді не є, і прагне «справедливо» покарати себе. Позитивно забарвлені, так звані маніакальні стани, коли на фоні надмірного запального збудження все сприймається суб'єктом з абсолютно безтурботною величезною радістю, що унеможлиблює адекватну орієнтацію у життєвих ситуаціях і



відповідну адекватну поведінку. Такі психічні розлади – у компетенції великої психіатрії.

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

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

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

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

Умови, що стимулюють суїцид, спричиняють насамперед афектацію, невротизацію, психопатизацію та інші невротичні розлади, які

перебувають у сфері компетенції так званої малої психіатрії. Свідомість особистості, її когнітивна сфера (відчуття, сприймання, уява, мислення) при таких розладах залишаються в межах норми. Вона адекватно відображає навколишню реальність. Змінюється лише афективне, емоційне ставлення до цієї реальності і до самої себе та поведінка, зокрема, самоорганізація, самоконтроль, вольова регуляція. Серед таких розладів значне місце посідають неврастенії. Неврастенія загалом являє собою хворобливу вразливість, важкі, болісні для неврастеніка емоційні реакції на життєві колізії. Неврастенік зазнає прикрих відчуттів, душевного болю від всілякого відносно відчутного враження. Будь-які зусилля є для нього обтяжливими, важкими психологічно, жахаючими. Е. Дюркгейм порівняв нервову систему неврастеніка з тендітною мембраною, яка болісно здригається від найменшого дотику. Якщо неврастенічній особі не вдається якимось способом більш-менш надійно захиститися від чинників, що завдають їй болю, вона вчинить суїци.

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

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

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

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

**2. Самогубство меланхоліків.** Виникає в осіб, які перебувають в стані великого занепаду духу, глибокої скорботи, гіпертрофованих

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

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

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

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

Отже, психопатологічне самогубство відрізняється від учиненого психічно нормальною людиною тим, що воно є результатом глибоких деформацій у психіці душевно хворого, які знищують здатність його

психіки до адекватного відображення життєвої ситуації, в якій він перебуває, і себе в ній, а відтак – до адекватної адаптативної поведінки.

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

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

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

Перший тип цієї класифікації характеризується як засіб демонстрації свого дистресу іншим без дійсного бажання вмерти. На цей тип ніби-то припадає приблизно 30 % усіх суїцидальних актів. Третім у цій класифікації стоїть тип суїцидальної поведінки, якому притаманний дійсний намір вбити себе. Дослідники, які створили цю класифікацію (Н. Фарбероу, Р. Літман), вважають, що на останній тип, який є самогубством у повному розумінні цього слова, припадає лише 3–5 % суїцидальних спроб. Дійсна смерть не є засобом досягнення якоїсь мети. Засобом є імітація заповідання собі смерті, хоча значна частина таких «імітаторів» сама перебуває в омані свого власного обману. Їх свідомість майже переконана, що чинить правдиве самогубство, а їх несвідоме, якому відкрита правда, не дає насправді його вчинити. Узагальненою метою демонстративно-шантажних форм, демонстрацій свого дистресу без дійсного бажання вмерти є прагнення вплинути на

оточуючих, привернути таким способом до себе, своїх проблем, конфліктів їх пильну співчутливу увагу, налякати, застерегти, тобто, це – своєрідна маніпуляція. Слід зауважити, що кваліфікувати суїцидальну поведінку як демонстративно-шантажну можна лише тоді, якщо вона не призвела до летального фіналу і суб'єкт свідчить про свої справжні наміри.

Від демонстративно-шантажних форм слід відрізнити суїциди, які не завершилися смертю внаслідок невправних самовбивчих дій або нерішучості суб'єкта, хоча він справді прагнув померти. Такі незавершені суїциди дають рецидиви, здійснюються повторно аж до летального завершення, що і є неспростовним свідченням щирості намірів їх суб'єктів.

Суїцидентів, які так діють, поділяють за особливостями їх прагнення до смерті:

- 1) воно тривале і стале;
- 2) короткочасне, але рецидивне, таке, що час від часу повторюється;
- 3) миттєве, імпульсивне, рецидивне.

В зарубіжних і у вітчизняних публікаціях, присвячених проблематиці суїциду, трапляються спроби визначити на основі якихось специфічних особливостей, котрі здаються авторам таких публікацій суттєвими, нові види і типи самогубств. Це, з одного боку, позитивне явище. З іншого, виникає термінологічна плутанина, коли різними термінами позначаються ті самі за суттєвим змістом феномени, а схожими – різні.

Так, *виокремлюють*: непрямий, напівнавмисний, напівпереднавмисний суїциди, суїцидальний еквівалент, незавершений суїцид, парасуїцид (Н. Крайтман), можливий суїцид, суїцидну гру, провокацію агресії на себе (К. Норрінгер); серйозні та несерйозні суїциди (А. Розен); субсуїцидні феномени (К. Меннінгер) і т.ін.

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

### **2.3. Внутрішні і зовнішні форми суїцидальної поведінки**

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

*Суїцидальні думки* – це міркування суб'єкта про відсутність цінності і смислу життя, обґрунтування доцільності, необхідності власної

смерті, мисленнєве зважування на основі активного функціонування уяви шляхів, засобів самогубства.

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

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

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

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

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

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

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

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

гинуть дві третини жінок і одна третина чоловіків. Самогубці-фінни переважно топляться, сінгапурці – стрибають з висоти.

#### **2.4. Особливості переживання людьми самогубства близьких**

На сьогодні справді дуже багато сказано про самогубство і зовсім мало про те, що відбувається з людьми, які пережили суїцид своїх близьких. Однак у разі завершеного суїциду саме близькі й родичі суїцидента найбільше потребують кваліфікованої допомоги в подоланні важкої травмуючої ситуації, яка виникла у них. Дуже важливим виявляється запитання про їхнє самопочуття, що переживають ці люди, про способи самодопомоги, які вони вибирають. Поки що існує зовсім небагато праць, які висвітлюють ті чи інші питання зазначеної проблеми. Одна з найбільш відомих і повних – це книга Крістофера Лукаса і Генрі Сейдена «Мовчазне горе: Життя в тіні самогубства». Автори детально аналізують емоційні реакції, які виникають у людей у відповідь на самогубство близьких, показують послідовність їх розвитку, описують шляхи надання психологічної допомоги цим людям.

Переживання самогубства близької людини розглядається вищезгаданими та іншими (напр., Н. Тарабріною) авторами і з позицій теорії посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Відповідно, психологічна допомога будується на основі технологій попередження і терапії ПТСР. Ці люди переживають подвійний дистрес: перший – смерть близької людини, другий – усвідомлення того, що ця смерть настала через самогубство. Чи не найбільшим із переживань стає усвідомлення того, що людина, яку вони любили, вирішила їх покинути; покинути не звичайним способом, а померти.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Реакції на самогубство рідної людини у своєму розвитку проходять ряд етапів, які *К. Лукас і Г. Сейден* назвали «хвилями емоцій», оскільки почуття, подібно до нестримних океанських хвиль, захоплюють душі тих, хто залишився жити з невимовно важким тягарем втрати. Ці «хвилі емоцій» були виділені авторами на основі власного досвіду, а також у результаті психотерапевтичної роботи з пацієнтами.

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

- Я не знав, куди мені кидатися.
- Я не розуміла, що зі мною відбувається.
- Я не могла в це повірити. Я відмовлялася усвідомлювати це.
- Дякувати Богу, це здійснив не я!
- Звичайно, це не вихід... але йому було важко. Тепер він заспокоївся.

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

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

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

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

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



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

– Ти даєш дитині життя, потім вона знищує його.

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

– Я повинна була передбачити, що це може статися.

– Що заважало мені ставитися до нього краще.

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

– Що ж ми зробили не так?

Почуття провини дуже болюче ще й тому, що родичі самогубців розуміють: неможливо дізнатися у померлого, чи пробачив він їм їхню провину. Вони не можуть дізнатися, чи насправді їхня поведінка була останньою краплею.

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

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

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

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

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

– Я боялася виходити на вулицю.

– Я боявся залишатися вдома один.

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

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

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

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

**Четверта хвиля емоцій.** Протягом півроку після суїциду майже кожен близький самогубця відчуває такі симптоми: напади плачу, безсоння, страх самотності, головні болі, виразки, серцеві напади, втомлюваність. Інші вказують на досить серйозні психологічні проблеми: відчуття порожнечі, неможливість встановлювати стосунки з новими людьми, фобії, тривоги з приводу найпростіших, щоденних подій. Однією з найсумніших сторін цих реакцій є те, що більшість не пов'язують їх із самогубством людини, яку вони любили. Вони часто не повідомляють лікаря про цю подію. І ще частіше зовсім не звертаються по допомогу. Останнє зумовлено як нерозумінням ними свого стану, нездатністю близьких підтримати їх, так і недостатністю знань про джерела допомоги.

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

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

*Близькі суїцидента страждають з трьох причин:* 1) вони відчувають скорботу за померлим; 2) переживають психічну травму – як жертви так званого посттравматичного стресового розладу; 3) тому, що про самогубство не прийнято говорити, і мовчання, яке його оточує, заважає зціленню, котре настає при звичайному траурі; це мовчання заважає звичайній «роботі горя».

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

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

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

Контракти з емоціями бувають різні:

«*Прощання*»: переважна більшість не має можливості попроситися з людиною, яка здійснила самогубство, тому витрачаються роки,

щоб попроситися з померлим, цим залишаючись у нього в полоні. Переваги: якщо людина все ще прощається, то померлий ще не пішов – тому можна відкласти переживання повної втрати, гніву, провини чи сорому. Наслідки: труднощі в освоєнні нових справ у житті, почуття ізоляції. Думаю, що останні три роки я прощався з нею, але так і не зробив цього до кінця. Я ще й тепер намагаюся утримати її серед живих. Інколи помічаю, що розмовляю з нею. Мені нелегко приймати рішення через моє ставлення до всього: «А яке це тепер має значення?». Пошук «*козла відпущення*»: цей «контракт» є формою боротьби зі злістю, яка накопичується стосовно людини, котра померла. Близькі самогубці знаходять одного чи декількох людей, які, на їхню думку, відповідальні за смерть того, кого вони любили. Зосередившись на «*козлі відпущення*», близькі спрямовують свій гнів не на суїцидента і не на самих себе, а на того, хто «міг би зупинити його» чи «був причиною його смерті». Наслідки: гнів на оточуючих ускладнює спілкування з ними, призводить до ізоляції, значних психічних і соматичних страждань, хвороб.

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

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

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

Прояви ролі жертви можуть бути досить різноманітними, наприклад, символічна смерть разом з померлим, або *самообмеження*. Цей спосіб вибирається для боротьби зі своїм гнівом чи провинною і полягає в обмеженні свого досвіду чи переживань. Людина забороняє собі відкрито висловлювати почуття, чинити згідно зі своїми бажаннями. Вона не дозволяє собі, щоб у її житті траплялося хоч щось хороше. Обмеження стосуються і сексуальності.

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

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

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

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

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

**Самогубство:** це найстрашніший «контракт» («Ти помер – помру і я»). Самогубство близької людини краде у тих, хто її любив, почуття свого достоїнства, цінності та унікальності. Підсилений такими переживаннями потенціал ворожості часто спрямовується на найбільш доступну ціль – на самого себе. За різними статистичними даними частота суїцидів серед близьких самогубців на 80–300 % вища, ніж у середньому серед населення.

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

– Батьки не дозволяли нам обговорювати цю тему, її уникали будь-якою ціною. Мені не дозволили піти на похорон, тому мені

майже не вдалося погорювати. Я даремно стільки років “сиділа” на своїх почуттях, не даючи можливості їм вийти назовні.

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

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

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

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

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

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

- одиничний вплив, що несе загрозу і потребує екстраординарних зусиль для подолання наслідків;
- ізольоване, досить рідкісне травматичне переживання;
- несподівана подія;
- подія залишає непоправний слід у психіці індивіда; сліди в пам’яті мають більш яскравий і конкретний характер, ніж при пролонгованій травматичній події;
- з більшою мірою ймовірності призводять до виникнення типових ПТСР;

- з більшою мірою ймовірності проявляється класичне повторення переживання травмуючого досвіду;
- швидке відновлення нормального функціонування рідкісне й малоймовірне.

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

*А. Індивід перебуває під дією травмуючої події; зокрема, мають виконуватися обидва наведені нижче пункти:* 1) індивід був учасником чи свідком подій, які включають смерть, загрозу серйозних ушкоджень чи фізичної (психічної) цілісності інших людей (або власної); 2) реакція індивіда включає інтенсивний страх, безпорадність чи жах.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5) почуття відокремленості від інших людей;

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

7) почуття відсутності перспективи в майбутньому.

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

- 1) труднощі, пов'язані з засинанням і сном;
- 2) дратівливість або спалахи гніву;
- 3) труднощі з концентрацією уваги;
- 4) підозрілість, стан постійного очікування загрози;
- 5) гіпертрофована реакція переляку.

*E. Тривалість порушень зберігається більше одного місяця.*

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

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

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

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

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

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

*Г. Крамер* зі співавторами виявили, що серед пацієнтів із ПТСР у 56 % досліджуваних з суїцидальною поведінкою діагностується і ПТСР, і депресія. У пацієнтів з ПТСР і депресією спостерігається висока частота суїцидальних думок, а у пацієнтів з ПТСР, але без депресії, спостерігається збільшення частоти суїцидальних спроб. Ці висновки опосередковано підтверджують дані про те, що «супроводжуючі розлади», такі як розлади настрою, панічні чи тривожні

розлади (включаючи ПТСР), пов'язані з високою здатністю до формування сприйняття суїцидальних ідей. Інші провідні симптоми в групі ПТСР містять низку клінічних параметрів, пов'язаних зі схильністю до суїцидальної поведінки: хворобливий зміст кошмарів, скорочення чи нехтування соціальними контактами, песимізм стосовно майбутнього і зростаюча агресивність. Перераховані симптоми, пов'язані з показниками самогубств, були визначені як «чинники сприяння».

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

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

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



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

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

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

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

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

Порівняно зі звичайною психотерапією, **ПТСР-терапія** допускає вищий рівень інтенсивності дій терапевта: втручання, заохочування тощо; крім того, необхідною умовою ПТСР-терапії є бесіда про те, що сталося. Робота з потерпілим закінчується тоді, коли він може повернутися на місце, де сталася травмуюча подія, тобто може подолати негативні відчуття.

У дітей, які не зазнали дії травмуючих факторів, але перебувають у хворому оточенні, може розвинути вторинний ПТСР (*індукований*

*ПТСР*). Частіше ПТСР розвивається у дівчаток, ніж у хлопчиків, і в інтелектуально слабших дітей. ПТСР-синдром частіше розвивається у дітей з тих сімей, де дорослі прагнули їх «захистити» від травмуючих подій і не говорили про те, що сталося («контракт мовчання»).

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

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

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

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

- дитині в доступній формі потрібно чітко і просто розказати про самогубство;
- дати можливість дитині зрозуміти, що будь-які почуття, які вона переживає зараз, природні; їх переживають й інші члени родини (виявляйте свої почуття і дозволяйте дитині виявляти їх);
- запевнити дитину, що вона не винна в тому, що сталося;
- необхідно дозволити дітям розділити сімейну скорботу;
- потрібно уникати напівправди і вигадок;
- варто повідомити учителя в школі про горе, яке переживає дитина, щоб той підтримав її;

- потрібно заохочувати дітей, щоб вони проводили більше часу з друзями і швидше поверталися до своїх звичних занять;
- треба говорити з дитиною про того, хто помер, згадувати приємні моменти, проведені разом;
- дати дитині зрозуміти, що самогубство – це не найбільш достойний спосіб розв’язання проблеми;
- якщо не вистачає слів, невербальне співчуття буває більш важливим.

### ***Завдання та запитання для самоконтролю:***

1. *Соціально-психологічні фактори мотивації суїцидальної поведінки.*
2. *Патопсихологія аутоагресивної поведінки.*
3. *Назвіть внутрішні та зовнішні форми суїцидальної поведінки.*
4. *Дайте визначення понять: «суїцидальні думки», «суїцидальні задуми», «суїцидальні наміри», «суїцидальна спроба».*
5. *Психологічні особливості переживання людьми самогубства близьких.*

## РОЗДІЛ 3

### ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

#### 3.1. Психологічна характеристика суїцидальності неповнолітніх

Серйозна увага до проблеми самогубства неповнолітніх виникла на рубежі XIX–XX ст. Розроблялися не лише психопатологічні, а й психологічні, моральні, педагогічні аспекти цієї проблеми. Так, видатний російський фізіолог, лікар, психолог В. Бехтерев стверджував на основі проведених ним досліджень, що більшість дитячих самогубств пов'язана не з психічними захворюваннями, а з недоліками морального виховання. Відомий український психіатр І. Сікорський пов'язував суїциди учнів насамперед з морально-етичними чинниками. В. Федоров звинувачував цивілізацію в тому, що вона допустила моральне падіння людини, одним із жахливих проявів чого є дитячі самогубства.

Протягом XX ст. пошук чинників, а відтак – ефективних засобів профілактики самогубств дітей і підлітків проводився досить активно у багатьох країнах. Водночас показники суїцидів неповнолітніх зростали. Наприклад, рейтинги самогубств підлітків, дітей у більшості європейських країн, Австралії, США, Канаді з 1950 по 2000 рік зросли втричі. Незалежна психіатрична асоціація Росії наводить моторошну цифру: 10,5 тисяч дітей у цій країні пішли з життя шляхом самогубства протягом 2006–2008 років. Російські суїцидологи стверджують, якщо врахувати незареєстровані суїциди неповнолітніх, ця цифра зросте щонайменше втричі.

#### Суперечливі позиції в суїцидології неповнолітніх

Міфи	Об'єктивні факти
Ті діти, підлітки, які говорять про самогубство, рідко роблять реальні суїцидальні спроби.	Більшість неповнолітніх суїцидентів висловлювали свої наміри друзям, родичам.
Неповнолітні суїциденти – психічно хворі.	Більшість дітей, підлітків, які роблять суїцидальні спроби або вчиняють завершене самогубство, не діагностуються як психічно хворі.
Пряме запитання, чи хоче підліток вбити себе, провокує його на самогубство.	Якщо прямо запитати про суїцидальні наміри і одержати ствердну відповідь з мотивацією, є шанс надати підліткові допомогу.

<p>Дитячі суїциди переважно трапляються без попередження.</p> <p>Якщо дитина зробила суїцидальну спробу, але залишилася жити, вона більше не робитиме таких спроб.</p> <p>Самознищення в дитячому та підлітковому віці – це переважно нещасні випадки. Насправді вони прагнули не померти, а лише повернути таким радикальним способом, як самознищення, увагу до своїх проблем.</p> <p>Кожен неповнолітній, який чинить самогубство, має депресивні розлади.</p>	<p>Більшість дітей демонструють своє бажання піти з життя, лише дорослі не завжди це помічають.</p> <p>Майже половина дітей з тих, що здійснили незавершений суїцид, повторюють суїцидальні спроби, серед них приблизно 10 % – протягом першого року життя після незавершеного самогубства.</p> <p>Більшість діє настільки рішуче, що важко сумніватись у серйозності їх намірів дійсно померти.</p> <p>Хоча депресія часто притаманна неповнолітнім суїцидентам, але не завжди серед таких неповнолітніх трапляються тривожні, емоційно нестабільні, емоційно незрілі імпульсивні особи.</p>
---	---

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

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

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

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

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

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

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

довелось зіткнутись і які справили на нього сильне приваблююче-заворожуюче враження.

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

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

- 1) сім'я, зруйнована розлученням;
- 2) асоціальна, злочинна;
- 3) обтяжена суїцидами своїх членів;
- 4) з патологічною взаємозалежністю батьків та дітей;
- 5) з психопатологіями кровних родичів (Т. Мішина, Т. Самохіна);
- б) формально гармонійна сім'я, що маскує свої конфлікти, чим створюється підґрунтя для формування в дітей низької самооцінки, а відтак – несформованим вмінням чинити опір у кризових ситуаціях.

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

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

Існує три групи причин дитячих і підліткових суїцидів. Перша й, напевно, найважливіша в таких випадках – це характерологічні особливості. Друга – це сам підлітковий вік. Існує навіть термін

«підліткові та юнацькі самогубства». І третя причина – це складні, психотравмуючі ситуації.

Частіше за все самовбивцями стають діти та підлітки з різними акцентуаціями характеру. Це може бути астенічний тип – дитина зі слабкою нервовою системою, замкнена, слабовільна. Другий варіант – циклоїдна акцентуація, коли на зміну хорошему настрою приходять депресивний. І третя, найбільш поширена, акцентуація у підлітків – це істероїдний тип, який частіше проявляється у дівчаток. У таких випадках дитина самогубством хоче щось довести, чогось домогтися, приміром, співчуття, жалості і тощо. Як правило, такі діти не завжди налаштовані піти із життя назавжди. Вони часто пишуть передсмертні записки, ставлять ультиматуми, попереджають. Часто їхні задумані спроби завершуються, на жаль, фатально.

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

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

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

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



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

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

У суїцидологічних публікаціях називаються *різні зовнішні фактори*, які викликають у неповнолітніх переживання, сприятливі для формування суїцидальності. *Серед таких факторів основними є:*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

На думку психологів, «смертельні» ігри орієнтовані на самотніх підлітків, із проблемами у житті та браком уваги. Цілком щасливі та успішні діти кураторів суїцидальних спільнот не цікавлять, оскільки їх не просто схилити до самогубства. На думку фахівців, саме підлітки, які стикаються на своєму шляху з цілком «дорослими» проблемами, такими, як нерозуміння, невизначеність майбутнього, нерозділена

любов, яка у цьому віці здається єдиною, не маючи підтримки і розуміння з боку найближчого родинного оточення, будучи пригніченими цими речами, приходять до думки про те, що не таке вже життя й чудове, як хотілося б... І тут «емпатійні» адміністратори смертельних груп вже наготові з цілими альбомами сумної монотонної музики, уявною підтримкою і розумінням та великою кількістю картинок з пригнічуючи ми пейзажами і словами про безвихідь.

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

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

Коли адміністратор групи впевнений у тому, що дитина готова до самогубства, створюється аудіо з музикою, в якому дитина виступає в головній ролі. У ролик у обговорюються усі її проблеми, які вона озвучила «провіднику». Єдиний вихід із усіх проблем, який озвучується у цьому «творі», вчинити самогубство. Перед цим підліток слухає аудіо запис і робить останній крок. Фінальне завдання – покінчити життя самогубством та зафіксувати момент смерті на камеру в режимі online. Як правило, в подальшому такі відеозаписи продаються в мережі Інтернет та Darknet.

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

Установлено, що в багатьох випадках дитина вбачає в самогубстві радикальний засіб уникнення конфлікту, неприємної ситуації або ж покарання близьких, люблячих людей, які чимось образили її, «допекли» їй. Суїцидальний афект у таких ситуаціях виникає раптово і

триває недовго. Проте афективного стану може вистачити, щоб дитина зробила непоправне, скориставшись тим, що є під рукою – шнурком, висотою, зброєю, отрутою. Самі діти при цьому здебільшого не усвідомлюють виразно, що чинять непоправне. В глибині свідомості їх жевріє уявлення, що, задовольнившись стражданнями тих, кому вони хотіли їх завдати своєю смертю, вони встануть, і всі помиряться тощо. Приводи таких суїцидів переважно зовсім нікчемні, сміховинні. Ще раз зазначимо, що таке може вчинити емоційно неврівноважена, збудлива, егоцентрична, примхлива, нетерпляча дитина.

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

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

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

При замаскованій депресії у підлітків не спостерігаються ознаки туги, плачу, розлади сну та апетиту. Виразно виявляються: гіперактив-

ність, агресивність, різке зниження успішності, деліквентність, психосоматичні порушення, асоціальна поведінка, порівняно інтенсивне вживання тютюну, алкоголю, наркотиків, втечі з дому.

Згідно з даними, які навела С. Трусова, 72,8 % українських неповнолітніх віком 10–17 років ніколи не втрачали бажання жити, у них жодного разу не виникали потяги до смерті; 21,4 % казали, що інколи це траплялось; у 5,8 % час від часу бажання жити зникає. Отже, група суїцидального ризику становить загалом 27,2 %. Неповнолітні з цієї групи ризику менше читають книжок, грають у комп'ютерні ігри, відвідують гуртки за інтересами, але більше перебувають на вулиці та займаються улюбленими справами вдома. У них значно більше проблемних стосунків з батьком (відповідно – 10,4 % проти 2,9 %), матір'ю (9,1 %–3,9 %), братами і сестрами (21,5 %–12,6 %), ровесниками (9,8 %–4,5 %). Вони здебільшого незадоволені мірою реалізації матеріальних і духовних потреб у своїй родині. 52,2 % з них не хочуть жити так, як живуть їх батьки матеріально, 35,8 % – духовно, 62,7 % – займатися тією ж справою, що й батько, 67,2 % – мати. Серед них більше тих, хто гірше, ніж інші одягається, і тих, кому батьки не дають грошей.

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

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

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

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

### **3.2. Суїцидальна поведінка у студентському віці: причини, характеристика**

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

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

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

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

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

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

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

Ця криза гостріше проявляється, як правило, у приїжджих (частіше – у вихідців із села) і зумовлюється не тільки незвичною

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

#### *Криза другого–третього курсів (криза середини навчання)*

Ця кризу також можна назвати екзистенціальною, бо саме в цей період відбувається переоцінка цінностей. Вона найбільш небезпечна за своїми результатами, тому що за певних негативних умов може відбуватися втрата сенсу життя, а як вже згадувалося, саме цей чинник може призводити до самогубства. Слід зазначити, що у багатьох студентів, які свого часу успішно адаптувалися до навчання у вищому закладі освіти, середина навчання не проходить гладко. І хоча ця криза (як і всі інші кризи студентського періоду життя) теж трапляється не в усіх, все ж є досить поширеною. Час, коли вона виникає, як і її типові прояви, є дещо «розмитими» (у деякого вона починається відразу після закінчення адаптаційних процесів, в інших – тільки на четвертому курсі). Проте найбільш поширеною «симптоматикою» цієї кризи є розчарування у навчанні загалом, в обраному фахові й у власних перспективах та можливостях. У цей період відбувається справжня втрата сенсу – насамперед сенсу навчання. Запитання, які ставить собі студент, звучать так: «Для чого я вчуся? Навіщо мені вчитися далі?» Втрата сенсу навчання супроводжується уявленням про відсутність

перспектив, негативними відчуттями, пов'язаними із щоденним відвідуванням університету, інколи це супроводжується виключно критичним ставленням до викладачів. Підвищується втомлюваність; академічна успішність нерідко знижується (при цьому, що цікаво, подібну кризу часто переживають студенти з високою академічною успішністю). Гострота цих переживань досить сильно варіює залежно від індивідуальності та загальної життєвої ситуації, але типовим є те, що колишній життєвий задум студента (скажімо, той, який він мав на першому курсі) руйнується або ставиться під серйозний сумнів – і це за повної відсутності будь-яких зовнішніх загроз для цього задуму. У чому ж причина виникнення цієї кризи? І в кого вона насамперед виникає? Як і багато інших криз, ця криза пов'язана з крахом певних ілюзій. При вступі до вищого навчального закладу абітурієнт мріє про здобуття омріяної професії, про цікавість процесу навчання, захоплене спілкування у студентському середовищі, знайомство з новими друзями, зростання своїх можливостей (зокрема у формуванні власних професійних якостей та умінь). Проте іноді об'єктивна реальність виявляється іншою. І це не означає, що формування професійних умінь не відбувається чи спілкування в студентському середовищі є нецікавим. Річ у тому, що молода людина не відчуває зростання власних можливостей або ж це відчуття виявляється значно меншим від очікуваного відповідно до затрачених зусиль. Водночас постають більш чіткими, помітними ті непривабливі риси ймовірного майбутнього, які раніше не помічалися. Студент третього курсу більш реалістично оцінює можливості власного працевлаштування – і виявляється, що цих можливостей зовсім небагато і вони не є надто привабливими. Те саме стосується влаштування особистого життя. Водночас виникає і загострюється тривога в зв'язку з необхідністю професійної й особисто-сімейної самореалізації. Профілактика подібних криз (а саме запобігання занадто гострим проявам такої кризи) пов'язана з формуванням умінь самостійно ставити цілі і приймати рішення. При цьому значну роль відіграє минулий досвід взаємодії з реальністю, коли отримати ті чи інші блага можна було лише в результаті боротьби і праці. Саме такий досвід дає змогу цінувати навіть незначні досягнення, більш спокійно переживати розчарування; він також дає звичку систематичного докладання зусиль навіть за умов незначних результатів.

### *Криза відрахування*

Ця криза буває спровокована ситуацією невдалого перескладання академзаборгованості і відрахуванням із вищого навчального закладу.



Цікавою особливістю названої кризи є те, що про неї частіше розповідають психологу батьки відрахованого студента, а не сам студент. Н. Хазратова наводить такий приклад: мати студентки, відрахованої після першої сесії, так розповідає про переживання своєї доньки: «Вона нічого мені не розповіла про те, що її відрахували. Приходила пізно і в якомусь дивному стані. Питаю її, в чому справа, а вона відмовчується або каже, що працювала в бібліотеці, а потім заходила до знайомих. Напередодні я прокинулася близько другої години ночі. Бачу, що у ванній кімнаті горить світло. Відчиняю двері: вона там. І накурено у ванній страшно. Вона дивиться на мене і раптом так тихо каже: «Мамо, допоможи мені». Тут і розповіла мені все. А я уже боюсь, чи там тільки відрахування, чи немає чогось гіршого». Сама подія відрахування з вузу є тільки чинником, який запускає механізм особистісної кризи, але не є її причиною. Причина, на думку дослідниці, криється більш глибоко – її витoki у базовому протистоянні особистості та навчального закладу як джерела обмежень та регламентації. Більшість студентів після проходження адаптації до умов навчання у вузі всерйоз сприймають «правила гри», що існують у вузі. Але не всім вдається підпорядкувати власне «Я» соціальній регламентації. Найчастіше така проблема (у різних формах) проявляється у тих студентів, які відчувають за собою підтримку батьків і вже мають досвід ухилення з їх допомогою від встановлених правил. Саме тому психологічну допомогу доводиться надавати батькам, а не студентам. Найскладнішою у цій ситуації є необхідність трансформації надзвичайно поширеного стереотипу про виправданість будь-якого методу допомоги своїй дитині. Як правило, вміння батьків обійти закони (щоб забезпечити своїй дитині перебування в університеті й отримання диплома) заважає студенту адаптуватися до умов навчання. Ще гострішою є ситуація, коли сім'я неповна і мати вбачає сенс свого життя в соціальному облаштуванні своєї дитини. Втім потрібно враховувати і вік батьків студентів, який часто не сприяє суттєвим особистісним змінам; крім того, ця проблема не може бути вирішена тільки за рахунок психологічних методів. При цьому слід зазначити основне – надзвичайно важливою є роль спілкування в допомозі дітям, які перебувають у стресовій ситуації – від цього може залежати їх життя.

#### *Криза п'ятого курсу (криза випускника)*

Звернення з приводу вищеназваної кризи здебільшого відбуваються уже після закінчення вищого навчального закладу (як правило,

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

щоб розмите і невизначене відчуття тривоги та побоювання об'єкти- вувалося в конкретному страхові: страхові не отримати диплом; страхові не влаштуватися на роботу; страхові опинитися без житла (страхові злиднів). Щоб ефективно боротися з відчуттям страху, необхідно спочатку об'єктивувати його («заземлити» його на щось); інакше страх має тенденцію ставати безконтрольним і підпорядко- вувати несвідоме (саме несвідоме, за визначенням З. Фрейда, штовхає людину на самогубство). *Локалізація страху*, – коли страх є об'єкти- вованим (пов'язаним, скажімо, з працевлаштуванням), з'являється можливість працювати з ним на раціональному рівні; – систематична десенсибілізація.

Дослідниця Н. Хазратова зазначає, що протягом консультивання студент подумки поступово, крок за кроком, під дією певного чинника занурюється в свій внутрішній світ, у ситуацію, яка є потенційно загрозливою, травмуючою. Так, наприклад, якщо в ситуації невдалого пошуку роботи найстрашнішим для випускника є момент відмови від запропонованих ним послуг, то вищеназвана техніка виглядатиме так:

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

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

3) кульмінаційним є уявлення того моменту, який видається найбільш неприємним і лякаючим: моменту відмови.

Його треба уявити найбільш детально і спробувати ще і ще раз пережити свої негативні емоції, не «блокуючи» їх, а, навпаки, спри- ймаючи їх як належне. Уявне програвання подібних неприємних ситу- ацій певною мірою зменшує їхню значущість, послаблює зв'язок негативної зовнішньої оцінки з самооцінкою.

### **3.3. Самогубство в похилому віці: соціально-психологічні чин- ники**

*Похилий вік* є завершальним періодом людського буття, умовний початок якого пов'язаний із відходом людини від безпосередньої участі у виробничому житті суспільства. Ознаки похилого віку виявля- ються в поступовому зменшенні функціональних можливостей люд- ського організму, що проявляється у послабленні здоров'я, втраті

фізичних сил, психологічному заглибленні в собі, пов'язаному з оцінкою та осмисленням прожитого життя, а також у соціально-психологічних проблемах, які полягають у зменшенні соціальних контактів та міжособистісних стосунків. Якщо у вітчизняній психології перші 25–30 років життя людини детально вивчені, розбиті на чисельні стадії та етапи, в межах яких виокремлені характерні для них проблеми і кризи, то такий же тривалий період пізнього життя є недиференційованим, а в багатьох аспектах – непізнаним.

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

Точку зору Л. Анциферової поділяє і підтримує К. Муздибаєв, зазначаючи, що чим більше насиченою є часова перспектива подіями, планами і надіями, тим інтенсивніше, змістовніше життя та соціальні контакти людини. І, навпаки, чим менше надій, планів на майбутнє і реальних подій на часовому горизонті, тим бідніше і беззмістовніше життя. Порівняння часової перспективи кількох вікових груп свідчить, що діти 10–12 років не заглядають далеко в майбутнє, у них найкоротша часова перспектива. Юнаки 14–17 років вже істотно її подовжують, але рекордної довжини досягає часовий горизонт у віці 18–24 років. Що ж стосується людей похилого віку, часова перспектива у них значно зменшена. Більшість з них живе теперішнім і минулим.

Вивчаючи фази життєвого шляху, Б. Ананьєв вказував, що їх особливості визначаються не лише соціальними чинниками, а й ставленням до життя. З цих позицій він проаналізував так званий

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

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

Поширені в наш час стереотипи «старості» стосуються лише кінцевих етапів постпенсійного віку. На початкових етапах, які можуть тривати десятиліттями, люди зберігають працездатність, бажання контактувати і давати користь суспільству. У цих людей, крім великого професійного досвіду, є й позитивний соціально-психологічний досвід життя, закріплений у формі особистих характеристик. Вони відрізняються реалістичним підходом до подій, здатністю долати життєві труднощі без непотрібної агресії і тривоги, розв'язувати конфлікти, протидіяти стресовим та екстремальним ситуаціям. Вони можуть багато чому навчити менш досвідчених. Період пізнього життя за всіма правилами має стати «періодом респектабельності». Але для цього людям похилого віку треба докласти великих зусиль, щоб змінити громадську думку. А тому активне протистояння соціальним стереотипам старості, які орієнтують людину на інертність, буденність, є найважливішим завданням особистості похилого віку. Неможливість вийти із таких обставин спричинює стан тривоги, аутизації, що, зрештою може викликати суїцидальний вчинок.

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

Аналогічні висновки зробили й інші науковці. Так, Л. Анциферова на основі узагальнення результатів відомих праць, що стосується психології пізнього періоду життя, виокремила також два особистісних типи, які відрізняються один від одного рівнем активності, стратегіями подолання труднощів, ставлення до світу, до інших і до себе, задоволеністю життям. Представники першого типу мужньо, без особливих емоційних розладів переживають вихід на пенсію. Для них заняття іншою цікавою справою, налагодження дружніх зв'язків, збереження здатності контролювати своє оточення є умовами задоволеності життям і збільшують його тривалість. Для представників другого типу характерним є розвиток у постпенсійному періоді пасивного ставлення до життя, вони відчужуються від оточення, звужується коло їхніх інтересів і знижуються показники тестів інтелекту. Вони втрачають повагу до себе і переживають важке почуття непотрібності. Ця ситуація – типовий приклад втрати особистісної ідентичності і нездатності людини побудувати нову систему ідентифікації. Як правило, кількість представників другого типу збільшують особи, які не змогли реалізувати найголовніші завдання попередніх вікових етапів. І внаслідок цього, за словами Е. Еріксона, їхня старість супроводжується розчаруванням і відчуттям даремності прожитого,

відчаєм. У таких осіб значно швидше настає послаблення процесів приймання і ускладнення комунікативної та рухової активності, що поєднується із негативними змінами у сфері інтелекту, пам'яті та інших психічних функцій. Натомість у першій групі відомі факти високої творчої активності і продуктивності науковців, представників мистецтва та інших професій не лише в похилому, а й у старечому віці.

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

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

- 1) вихід на пенсію;
- 2) смерть одного з подружжя, які прожили разом довге життя;
- 3) переселення в геріатричний будинок, особливо якщо воно відбувається без особистої згоди і бажання людини.

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

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

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

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

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

Отже, найбільш оптимальними шляхами протидії життєвим труднощам у похилому віці, поширеними на особистісному рівні, є активність особистості, здатність реалізувати свої здібності й можливості навіть у постпенсійний період; вміння вбачати у своїй часовій орієнтації майбутнє, не позбавлене життєвого сенсу тощо. Стосовно суспільного рівня цих шляхів, то насамперед необхідно створити такі соціальні умови, які б забезпечували можливість активного і повноцінного життя старшого покоління. Йдеться передусім про сприяння держави щодо продовження періоду продуктивної і працездатної старості. Звичайно, це завдання не може бути реалізоване негайно, оскільки за сучасних умов безробіття стосується й багатьох молодих і зрілих осіб. Однак вирішувати цю проблему потрібно, оскільки майбутнє твориться теперішнім.

### **3.4. Психологічні особливості самогубств серед співробітників органів внутрішніх справ**

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

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

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

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



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

Упродовж останніх років спостерігається стабільне зменшення кількості працівників, які загинули при виконанні службових обов'язків (з 15 випадків у 2009 р. до 12 – у 2014 р.). Однак ця статистика засвідчує, що у цьому ж 2014 р. система МВС України втратила внаслідок самогубств більше працівників міліції (18), ніж їх загинуло безпосередньо під час охорони громадського порядку та боротьби зі злочинністю.

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

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

самогубства, то суїциденти, зареєстровані в системі МВС як особи, які страждають психічними захворюваннями, найчастіше мали синдромальні легкі порушення невротичного регістру, роль яких у здійсненні суїцидального акту виглядає часом досить гіпотетичною.

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

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

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

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

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

Слід зазначити, що найпоширенішим способом є самогубство через повішення (61 %), у 32 % для реалізації аутоагресивної цілі

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

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

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

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

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

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

Водночас є ряд специфічних для системи ОВС особливостей: наявність медичного і психологічного відбору до органів внутрішніх справ, що дає змогу відсіяти велику частину осіб з нервово-психічною патологією; переважно чоловічий склад професійних колективів, що приводить до зміни співвідношення між завершеними самогубствами і

спробами самогубств на користь перших, обумовлює вибір самих летальних способів самогубств (повішення, вогнепальні поранення).

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

- можливість екстремальних (пов'язаних із загрозою для життя, здоров'я, іншими тяжкими наслідками) ситуацій, які є штатними для діяльності співробітників; необхідність використання заходів примушення (фізичного і психічного) діяти в конфліктних ситуаціях і пов'язані з цим негативні емоції;

- висока відповідальність і напруженість роботи, пов'язана із здійсненням владних повноважень, носінням зброї;

- ненормований робочий день.

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

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

Близько 60 % самогубств вчинені співробітниками після вживання алкоголю, що істотно перевищує аналогічний показник серед цивільного населення України. Прямого зв'язку між концентрацією алкоголю в крові і тягарем суїцидальних дій не виявлено. Тому розвиток суїцидальних намірів при сп'янінні залежить не тільки від чинника інтоксикації, а й від індивідуальних особистих особливостей співробітників органів внутрішніх справ і ситуативних моментів. Тягар наслідків багато в чому залежав від випадкових обставин, наприклад, від наявності в даний момент швидких і дієвих засобів для здійснення самогубства.

Аналіз результатів службових перевірок показує, що в основі соціально-психологічної дезадаптації співробітників, які вчинили самогубство, майже в половині всіх випадків було зловживання алкоголем, що також є відмінною рисою формування суїцидальної поведінки співробітників від цивільного населення. Можливо, цим

частково пояснюється високий рівень самогубств серед співробітників у період свят, під час яких збільшується кількість спиртних напоїв, що вживаються. В цих випадках спиртні напої вживали саме для того, щоб полегшити реалізацію суїцидальних намірів, що вже є. При цьому алкоголь був непрямим причиною самогубства. Аналогічна роль сп'яніння і тоді, коли алкоголь різко знижував критичні функції і самоконтроль, унаслідок чого вчинялася суїцидальна дія.

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

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

Ще однією особливістю самогубств, вчинених співробітниками органів внутрішніх справ, є безпосереднє або опосередковане ототожнення себе з людиною, що раніше вчинила самогубство. Про поширеність такої поведінки свідчить те, що в підрозділах, де вже траплялося самогубство, ризик нового самогубства, за вибірковими даними, досить високий. Проведений аналіз матеріалів службових перевірок дозволяє дати коротку характеристику типових конфліктних ситуацій, що спонукали співробітників ухвалити рішення про самогубство. 50–60 % всіх випадків самогубств і замахів пов'язані з особистісно-сімейними конфліктами, у тому числі 16 % самогубств учинені з мотивів ревності або невдалої любові, в кожному другому випадку стосунки між подружжям були порушені через зловживання спиртними напоями, а також недостатню матеріальну забезпеченість. У 24 % випадків конфлікти були обумовлені відсутністю допомоги у вихованні дітей і веденні домашнього господарства через постійну зайнятість на службі.

У ряді випадків їм сприяли професійні конфлікти, в основі яких були порушені взаємостосунки з керівниками, близько 8 % самогубств ставали наслідком кримінальних, адміністративно-правових конфліктів, через страх можливого покарання за вчинене співробітниками правопорушення, у зв'язку з відчуттям сорому, розкаяння, переживань

з приводу заподіяної шкоди. Причинами самогубств у решті випадків були: наявність якого-небудь захворювання, розлади на сексуальному, релігійному або іншому ґрунті, різні морально-етичні переживання, матеріальна, комунально-побутова скрута і т.п. Серед безпосередніх мотивів (подій), що призвели до самогубств, переважали ревності, подружня зрада (реальна або підозрювана).

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

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

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

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

Більш ніж у 61 % випадків у матеріалах службових перевірок є вказівки на те, що самогубства вчинені за умови, коли керівники

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

Трапляються випадки порушення вимог про обов'язковий лікарський огляд осіб, що приймаються на службу до органів внутрішніх справ і вивчення кандидата за місцем проживання. Близько 8 % осіб, що вчинили суїцидальні акти, були прийняті на службу без проходження ними ВЛК або всупереч її рішення. Четверта частина суїцидентів не проходили психодіагностичного обстеження під час прийняття на службу.

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

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

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

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

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

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

Психогігієна передбачає проведення комплексу заходів щодо збереження і зміцнення психічного здоров'я, забезпечення якнайкращих умов для психічної діяльності людини. Під час проведення психогігієнічних заходів необхідно враховувати вплив на психіку людини (здорової і хворої) умов зовнішнього середовища: соціальних, виробничих (службових) і побутових чинників.

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

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

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

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



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

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

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

3. Здійснення роботи зі згуртування службового колективу.

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

Особливо мають насторожувати суїцидальні думки, натяки, вислови (в пресуїцидальному періоді – 20 % випадків самогубств співробітників). Поява ж постійних ідей самогубства, суїцидальних висловів і спроб (13 %), прямі або символічні «прощання» (9 %), збуджена поведінка або “зловісний” спокій, нерідко не властива раніше зібраність – показник гострої суїцидальної кризи, загрозливої життю. Зафіксувати наявність таких висловів іноді вельми скрутно, про них, як правило, знають найближчі люди, на очах яких розвивається конфлікт в пресуїцидальний період і які не завжди повідомляють про них на роботі або до медичних установ.

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

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

Якщо розглядати показники суїцидальної активності на 1000 співробітників ОВС порівняно з суїцидальною активністю в загально-республіканській популяції загалом і порівняно з чоловічою частиною населення зокрема (самогубства в системі МВС відбуваються в 100 % випадків чоловіками), то, хоча показники загально-республіканської вибірки і мають більш високі значення, статистично значимих відмін-

ностей від показників суїцидальної активності співробітників ОВС не відзначається ( $p > 0,1$ ).

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

### **3.5. Теоретичні аспекти психології суїцидальної поведінки військовослужбовців**

У зв'язку з тимчасовою окупацією території АР Крим та проведення антитерористичної операції на сході України, з 2014 року на вирішення військових конфліктів залучено численну кількість військовослужбовців збройних сил України та військових за призовом під час мобілізації. Військовий колектив на сьогоднішній день потребує психологічного супроводу, що неодноразово підкреслюється і стає частиною загальнодержавних програм.

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

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

Міжособистісні психологічні відносини (дружба і неприязнь, симпатія – антипатія) складаються у військовому колективі, в основному, стихійно, вони не сформовані організаційно і менш помітні, ніж

службові. Ці обставини часто є причиною недооцінювання їх важливості. Насправді міжособистісні психологічні відносини відіграють вагомую роль в житті колективу і вимагають дуже пильної уваги та постійного вивчення. Проблему міжособистісних взаємин у військовому середовищі вивчали Е. Афонін, С. Дудін, М. Дяченко, Е. Кузьмін, В. Кирилін, Р. Кричевський, В. Перевалов та інші.

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

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

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

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

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

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

Загальна невизначеність обумовлює зниження вольової організованості та дисципліни, перевагу пасивної стратегії в поведінці. Вона може стимулювати перегляд «Я-концепції», підсилювати такі особистісні якості, як конформізм, нерішучість, підозрілість. За цими ж факторами може пов'язуватися більша, ніж раніше, піддатливість до таких масових станів, як психічне зараження, фрустрація. Якщо наведені ознаки переживань набувають поширення, то слабнуть бойові та дисциплінарні якості особового складу Збройних сил, знижується рівень керівництва військовими підрозділами та – як частковий наслідок – поширюються нестатутні відносини.

Таким чином, ситуаційні особливості життєдіяльності військовослужбовців, пов'язані з різними проявами відхиленої поведінки, являють собою своєрідні проєкції наявних у державі моральних,

політичних і правових відносин. Однак ідеалізувати цей висновок буде помилково, як і переоцінювати риси характеру у виникненні різних форм девіацій. Як зауважує С. Дудін, провідна роль у виникненні відхилення у поведінці військовослужбовців, безперечно, належить постійно діючим мікросоціальним факторам, які загалом характеризують специфіку життєдіяльності в системі Збройних сил. Тому адаптація до цих умов відповідно до нормативної поведінки набуває певного психофізіологічного значення. Актуалізація потреб, обумовлена факторами мікросередовища, вимагає їх задоволення, що в наявних умовах здійснюється, як правило, за рахунок відступу від статутних норм. При цьому велике значення в проявах відхиленої поведінки надається типу акцентуації, також попередньому та наявному впливу макросередовища.

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

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

Позитивний аспект нестатутних відносин полягає в їх покликанні компенсувати, доповнити, концептуалізувати стосунки, визначені статутами, оскільки останніми не може враховуватися специфіка різноманітних ситуацій, індивідуальні, вікові, статеві, психологічні та

інші відмінності військовослужбовців, рівень їх культури, в тому числі культури спілкування, виховання, освіти. Саме сфера нестатутних відносин є соціально-психологічним простором, де виникають нові норми професійно-службового спілкування та є можливість для реалізації потреб в інтерпретаційній активності, спотворенні. Певною мірою нестатутні відносини можна розглядати відповідно до відомого у соціальній психології поділу відносин на формальні та неформальні. Проте їх не варто зводити до неформальних та неофіційних. Навпаки, вони швидше є формальними, або офіційними, але з відтінком своєрідності, специфічності чи негативності, протилежності, альтернативності, заперечення, протиставлення.

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

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

Особистісно-психологічні фактори, або детермінанти, визначають залежність проявів поведінки від рис особистості військовослужбовця,

характерологічних властивостей, здібностей, мотивів, установок, ціннісних орієнтацій.

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

Виникає певний конфлікт цінностей, мотивів, установок солдатів строкової служби, з одного боку, та офіцерів, прапорщиків, сержантів – з іншого. Не отримуючи підтвердження своїх сподівань щодо бажання новобранців служити в армії, кадрові військові сприймають це як особисту образу, виклик їх професійному і життєвому вибору, що й призводить часто до ворожнечі, агресивності, неприйняття. Кожна з сторін такого міжособистісного конфлікту вважає себе безвинною, бо керується певними нормами, і це лише поглиблює суперечність.

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

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

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

Психолого-педагогічні детермінанти, що своєрідно «сприяють» нестатутним відносинам, пов'язані, насамперед, із незадовільною психологічною підготовкою командирів (як вихователів, керівників) і призовників до служби в армії (у школах, ПТУ, технікумах, ВНЗ). Доволі часто нетактовність, нездатність врахувати індивідуально-психологічні, вікові особливості молоді провокує прояви порушень статутів і навіть такі серйозні правопорушення, як втеча, дезертирство зі зброєю, а також низку суїцидальних спроб і вбивств.

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

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

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

У *ситуації допризовного періоду* важливу роль у формуванні ставлення до військової служби та до необхідності виконання військового обов'язку відіграє позиція батьків і найближчого оточення. Часто



батьки прагнуть зробити все можливе, аби їхня дитина unikнула служби в армії. Мотиви тут можуть бути найрізноманітнішими, але головні з них породжуються страхом або розрахунком. Одні батьки хвилюються, що їхня дитина не подолає труднощів військової служби, стане жертвою «дідівщини». Інші з кар'єристських міркувань не бажають, щоб їхня дитина марнувала роки на службу, припиняла навчання. Деякі побоюються, що армія зіпсує їх дитину, нівелює, огрубить її особистість. Трапляються випадки, коли батьки прагнуть вберегти дітей від армії з релігійних міркувань або у зв'язку з необхідністю мати помічника чи захисника, опору (якщо батьки хворі, немолоді). До того ж, у багатьох сім'ях ще пам'ятають про останню війну і дуже свіжі хвилювання, пов'язані з війною у Афганістані.

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

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

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

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

Важливість включення допризовної ситуації в аналіз детермінант відхиленої поведінки полягає в тому, що в армію приходять молоді люди з негативною установкою щодо служби, з «Я-концепцією», свідомо спрямованою на конфронтацію або на пристосовництво,

прислужництво, байдужість, безініціативність, пасивне виконання, відбуття терміну. Суттєвим є також те, що багато призовників мають низьку фізичну підготовку, слабке здоров'я, недостатній інтелектуальний рівень, соціопатичні схильності. Аналіз ситуації допризовного періоду дає змогу зробити висновок про необхідність проведення психологічного відбору призовників у військових комісаріатах.

Після призову і відправлення в частину ситуація змінюється. Первинне включення в армійське середовище, яке формально позначається як курс молодого бійця (тривалість 14–30 днів), потребує від призовника адаптаційних змін організму на всіх структурних рівнях його біологічної та психологічної організації. Фактори, які впливають на військовослужбовця за таких незвичайних умов, за наявності слабких місць у структурі особистості, стають стресовими або психогенними і можуть призводити до виникнення психосоматичних захворювань, що не виявлялися за умов цивільного життя.

Функціональна стратегія організму за таких умов підпорядковується головній меті – «виживанню». *Пристосування до армійських умов характеризується формуванням* військово-професійної адаптації, найважливіші аспекти якої – адаптація до життя в умовах малої військової групи, до регламентованого способу життя, до вимог військової спеціальності та до нових умов харчування.

Призовнику належить за короткий термін оволодіти новими нормами армійського життя і нормами діяльності та спілкування, що суттєво відрізняються від норм цивільного життя. Якщо за умов цивільного життя молода людина може самостійно визначати просторово-часові параметри своєї активності, то в армійському житті такі можливості, як правило, обмежені «особистим часом», який змістовно також регламентований. Якщо в цивільному житті людина за власним бажанням може змінити коло спілкування, розірвати відносини керівництва-наставництва з вчителем, батьками, то в армії командирів не обирають, як і колектив, до якого потрапляє новобранець. За умов армійської служби істотно змінюється співвідношення формальних і неформальних, офіційних і неофіційних відносин на користь перших, знижується кількість «невиробничих» розмов на «вільну» тему. Психологічно незвичними є також одноманітність зовнішнього вигляду, форм звертання, колективне життя, харчування, справляння фізіологічних потреб. Важко звикнути до нового режиму сну, норм та якості харчування, до армійського лексикону, особливо призовникам з інтелігентних верств населення.

На цьому етапі психологічною підтримкою є спогади про домівку, інтенсивне листування з близькими, і особливо з друзями, доброзичливе ставлення до новобранців військовослужбовцями попередніх призовів, молодших командирів, офіцерів.

У ситуації професійного несення військової служби соціально-психологічними чинниками відхиленої поведінки є, як вважає В. Кирилін, ті, що пов'язані з недостатньою підготовкою новоприбулих до несення військової служби; відсутність необхідних умов для нормальної життєдіяльності; із залученням рядових до роботи, не пов'язаної зі службою; з неефективним керівництвом, низькою культурою стосунків у системі керівництва-підлеглості, порушеннями вимог техніки безпеки, статутних вимог щодо зберігання зброї та боєприпасів, харчових продуктів, інших матеріальних цінностей; з недоліками в організації дозвілля, відсутністю можливості для творчих, розвиваючих видів діяльності; з використанням безглузвих форм тренувальної, виховної, загартовувальної діяльності; зі зловживанням наказових форм без пояснення суті і значення того чи іншого наказу.

Іноді військовослужбовець припускається думки про непридатність до служби. Професійно-психологічна непридатність особливо відчувається солдатами в екстремальних умовах, де вимоги командирів і товаришів різко зростають. Типові прояви такої непридатності – нездатність засвоїти положення статуту, невміння застосовувати ці положення у поведінці. Такого бійця частіше використовують на підсобних роботах, вважають другим «сортом», кепкують як з невдахи. Це може спричинити до самовільного залишення частини, іноді навіть зі зброєю для захисту від переслідувачів або вчинення злочину.

Важливим фактором, що визначає відхилену поведінку, є процеси, пов'язані з груповою динамікою, тобто з впливом мікросередовища (малої військової групи) на військово-професійну адаптацію. Військовослужбовець потрапляє в групу, де функціонує сформована система відносин: кожен має свій вольовий статус, відповідно до якого займає певний рівень у її ієрархічній структурі, де «ступінь свободи» у виборі поведінки залежить від цього статусу. Цей соціально-психологічний феномен, який одержав назву «порядок клювання», існує в усіх формальних та неформальних малих групах, у тому числі військових. Характер соціального прояву цього феномену залежить від рівня розвитку групи, що певною мірою визначається соціальними та етнічними нормами, прийнятими в суспільстві, ставленням до них та ступенем їх прийняття.

За умови емоційної напруженості, гострого чи хронічного стресу звичайний тип поведінки або реагування на зовнішні впливи може змінюватися залежно від внутрішніх умов психічної активності. Як правило, за екстремальних чи суб'єктивно екстремальних умов діапазон індивідуальних психологічних і психофізіологічних відмінностей значно розширюється за рахунок сильних і слабких стеничних і астеничних рис особистості. Результатом цих внутрішніх особистісних процесів нерідко стає девіантна поведінка військовослужбовців.

Першим диференційним фактором, внутрішньою умовою відхилення поведінки слід визнати рівень стресостійкості особистості, адаптації солдата до нових, незвичних і часто дискомфортних умов життєдіяльності. Реакція на стрес зумовлюється особливостями взаємодії симпатичної та парасимпатичної систем. За цим показником складається діапазон індивідуальних відмінностей, на полюсах якого концентруються групи стресостійких і стресонестійких індивідів; відповідно до цього можна визначити деякі характерні типи нормативної та девіантної поведінки. Слід зазначити, що кожна якість залежно від типу особистості і ситуації матиме свої позитивні і негативні прояви, що характеризуватимуть нормативний і девіантний типи поведінки.

Детальніше розглянемо переважаючі форми поведінки щодо стресостійкості. Оскільки вона, як правило, корелює з сильною нервовою системою, то військовослужбовці цього типу відзначатимуться витривалістю, працездатністю, концентрацією уваги, стійкістю до перешкод, емоційною стійкістю. Якщо ці якості поєднуються з низькою тривожністю, такий військовослужбовець буде надійним у бойовій обстановці і добре адаптуватиметься до умов солдатської служби. Однак життєві прояви цих якостей визначатимуться ступенем нормативності поведінки. Навпаки, при девіантній поведінці, обумовленій засвоєними раніше асоціальними установками або сформованою в армії реакцією протесту на особистісно несприятливу ситуацію, військовослужбовці можуть демонструвати всі ці якості в соціально небажаному напрямку, відзначатися агресивністю, озлобністю, впертістю, нестійкістю, непокорюю до статутних вимог. Якщо у людей цього типу ще й розвинене прагнення до домінування, влади, управління людьми, то вони, як правило, займають керівні або лідерські позиції, а в крайніх випадках можуть ставати ватажками асоціальних груп, бути організаторами змов, озброєних нападів тощо.

Тепер щодо поведінки стресонестійких індивідів. Передусім це люди зі слабкою нервовою системою, чутливі до зовнішніх впливів, не

витривалі, їм властиві низька працездатність, стійкість до перешкод і ступінь концентрації уваги, а також погіршення результатів діяльності в емоційно напружених і відповідальних ситуаціях. Якщо слабкий тип нервової системи поєднується в індивіда з високою тривожністю і емоційною нестійкістю, то, як правило, початок служби в армії пов'язаний зі станом фрустрації, важкою адаптацією до нових умов життєдіяльності.

При нормативній поведінці у цього особистісного типу можуть загостритися такі характерологічні риси, як нерішучість, боязкість, внутрішня емоційна напруженість від очікування виконання важких завдань. С. Маслюк вважає, що при девіантній поведінці може розвинутися депресивний стан, страх майбутньої служби, який погіршує якість мислення, уваги, швидкість сенсомоторних дій. Тому такі військово-службовці потрапляють до розряду «тупих», «недбалих», «незграбних», «нездар». Ці ярлики надалі визначають низький соціально-психологічний статус солдатів у військовому підрозділі і спонукають або шукати захисту в окремих осіб чи груп, або замикатися в собі.

Важливим є друге джерело девіантної поведінки військовослужбовців – *акцентуації характеру*. Їх прийнято розглядати як крайні варіанти норми, що займають проміжне становище між станом психічного здоров'я та типовими психопатологіями. Відомо, що акцентуаційні риси характеру не тільки визначають психічний стан особистості, а й обумовлюють специфіку соціальної адаптації, що дуже важливо для системи Збройних сил. І хоча акцентуації характеру не є психопатологією, на думку Е. Афоніна, слід мати на увазі, що загострення негативних рис за певних умов здатне знизити адаптивні можливості особистості, бути ґрунтом внутрішньо- і міжособистісних конфліктів, природа яких залежить від типу акцентуації, причому декомпенсація з адаптивною недостатністю відбувається відносно типово, даючи змогу передбачити форму психічного порушення.

У випадку експлозивного типу акцентуації характеру військовослужбовця навіть при помірних проявах цієї акцентуації дуже важко забезпечити його нормальну службу в Збройних силах. Через нестійкість настрою, підвищену схильність до навіювань і зниження вольової активності, що сприяють легкому виникненню у них потягу до алкоголю, наркотиків потрібен постійний індивідуальний контроль командирів і психологів.

У випадку гіпертимного типу акцентуації доцільно спрямувати увагу такого військовослужбовця на цікаве для нього заняття, суспільну роботу, де він зможе реалізувати свою енергію.

Особам, яким властивий епілептоїдний тип характеру, в армії можна рекомендувати такий вид діяльності, який потребує посидючості, акуратності, ретельності у виконанні, але не призначати їх на командні посади.

Істероїдів доцільно призначати па посади, що відповідають їхнім творчим здібностям, залучати до гуртків художньої самодіяльності, доручати проведення вечорів та концертів.

Шизоїди, як правило, важко пристосовуються до умов військової служби, але підкоряються порядку і військовій дисципліні. Однак можлива зовсім несподівана для оточення бурхлива реакція емансипації, яка виникає, коли хто-небудь зазіхне на внутрішній світ їх інтересів. Правопорушення шизоїди здійснюють, звичайно, наодинці. При цьому кримінальні акти відзначаються оригінальністю, вигадливістю і ретельністю підготовки. Невідповідність вироблених шизоїдом «схем» і «принципів» до норм реального життя нерідко наштовхує його на думку про недоцільність існування. За статистичними даними, приблизно 30 % тих, що заподіяли собі смерть або намагалися це зробити, виявляли шизоїдні риси характеру.

Особливості акцентуації циклоїдного типу вимагають до таких військовослужбовців підвищеної уваги і терплячості, особливо в періоди субдепресії. В цей період різкі зауваження, що принижують самолюбство молодого людини, невдачі на службі здатні призвести до афективних реакцій, а подекуди – і до суїцидів.

Для осіб лабільного типу деліквентна (асоціальна) поведінка не характерна, але в період дистимії вони бувають нестримані, втрачають почуття міри. Суїцидальні думки виникають часто і швидко реалізуються, але спроби самогубства мають переважно демонстративний характер.

Психастеніки, страждаючи від власної нерішучості у спілкуванні з іншими, часто вдаються до алкоголю чи наркотиків як засобів, що допомагають подолати ці труднощі. Під час військової служби психастеніків доцільно призначати в малу групу з позитивним соціально-психологічним кліматом, заохочувати їх до корисної діяльності, але постійно контролювати, не допускаючи непередуманих дій.

Особи астено-невротичного типу під час служби в армії добре справляються з роботою за фахом, якщо вона не пов'язана з великою розумовою та фізичною напругою. Бажано уникати сильних емоційних навантажень.

Для осіб нестійкого типу суїцидна поведінка не є типовою, але вони інколи можуть вчинити самогубство «за компанію», під впливом

сильної особистості. В пошуках задоволення часто вдаються до алкоголю чи наркотиків. Алкоголізм і залежність від наркотиків формуються дуже швидко. При суворому контролі, постійному нагляді, жорстких вимогах такі особи справляються із службовими обов'язками і підкоряються дисципліні.

В осіб сенситивного типу акцентуації суїцидні дії позбавлені демонстративності і часто бувають цілковитою несподіванкою для оточення. За умов військової служби вони старанно виконують доручену їм справу, дисципліновані. Покарання, грубі зауваження, глузування переносять надзвичайно болісно.

Для конформних осіб великою психічною травмою є ситуація, коли звичний для них підрозділ їх чомусь виганяє. Одним із можливих наслідків цього може бути розвиток зтяжненого реактивного стану. Як правило, конформні особи успішно справляються з суворо регламентованою роботою, яка не вимагає прояву особистої ініціативи. Слід звернути увагу на те, щоб представники цього типу не потрапили під вплив недисциплінованих осіб.

Узагальнений аналіз ситуацій, в яких опиняється військовослужбовець, дає змогу виділити перелік найважливіших несприятливих факторів, що загалом характеризують складність і специфічність умов військово-професійної діяльності:

- суворе регламентування всіх видів взаємовідносин;
- наявна потенційна загроза для здоров'я, життя;
- інтенсивне фізичне навантаження;
- обмеження в харчуванні;
- алкогольна депривація (за наявності установок);
- обмеження матеріально-економічного характеру;
- сексуальна депривація;
- ізоляція від спілкування з рідними, близькими, друзями;
- переважно одностатеве спілкування;
- обмеженість у виборі партнера для спілкування;
- примусове спілкування;
- необхідність безумовної підлеглості старшим;
- залежність від старших;
- необхідність дотримання і формальних, і неформальних норм поведінки;
- обмеженість у виборі та прийнятті рішень;
- перебування у середовищі, бідному на інтелектуальні стимули;
- відсутність звичних подразників;

- вимушена відкритість у всіх сферах життєдіяльності (перебування під постійним наглядом, неможливість бути наодинці, постійне «втручання» в особистий простір);
- стимулювання агресивних, «чоловічих» принципів у поведінці;
- тенденція до пригнічення (нівелювання) ініціативи, індивідуальності, обмеження у самовираженні;
- середовище, яке не виключає суттєвого впливу соціопатичних особистостей.

В умовах депривації військовослужбовці потребують звичних соціальних зручностей, нормальних взаємовідносин у підрозділі, можливості усамітнення, звичних подразників, жіночого товариства, реалізації потреб біологічного характеру. Актуалізація цих потреб, з одного боку, і перешкоди для їх задоволення, з іншого, викликають у військовослужбовців стан хронічної фрустрації, що може призвести до розладу захиснокомпенсаторних механізмів. Порушення нервово-психічного балансу особистості, яке виникає внаслідок цього, може відбуватися через невротизацію, соматизацію або девіацію поведінки.

Військова служба має подвійне соціальне значення. З одного боку, вона вкладається в державну функцію захисту національного суверенітету, а з іншого, – певною мірою іноді виступає засобом самореалізації особистості.

Отже, якщо розглядати військову службу як певний етап цілісного життя людини, то одним із головних психологічних чинників ризику в соціальній самореалізації особистості завжди присутній момент невизначеності, або «недобудованості» особистісних психологічних та соціально-психологічних структур. Це дезорганізовує людину, а в крайніх проявах ставить її на межу не тільки нездійсненності життєвих планів, а й нереалізованості особистого життя загалом. Особливої гостроти ця проблема набуває під час загальної суспільної кризи і, зокрема, в її найкритичніший момент нестабільності. Одним з показників особистісної нереалізованості є прийнятий суїцид, обумовлений безпосередньо психологічними та соціально-психологічними факторами – втратою «змістовно-життєвих» цілей, розчаруванням, небажанням продовжувати життя.

Як засвідчують дослідження, суїцидальна спрямованість особистості військовослужбовця обумовлена дією соціально-психологічних факторів. Тобто військовим психологам, крім індивідуально-психологічних якостей особистості, потрібно враховувати і вплив соціально-психологічних факторів на суїцидальну орієнтацію:



– суїцидальна спрямованість військовослужбовців, насамперед, детермінована індивідуально-психологічними властивостями особистості, що підтверджують виділені кореляційні залежності між такими особливостями особистості, як депресія, знижений настрій, ригідність, невпевненість у собі, тривожність, гіпотонія (схильність до почуття вини), напруженість (фрустрованість);

– формування суїцидальної поведінки обумовлене дією сукупності соціально-психологічних факторів: неблагополуччя сімейної ситуації військовослужбовців; соціальна дезадаптація до військового колективу, проблеми з командиром; конфліктність у взаєминах з оточенням, страх соціальних контактів;

– важливу роль у формуванні суїцидального настрою відіграють страхи військовослужбовців, які детермінують виникнення страху військової служби, страху вирішення конфліктів, що призводить до фрустрації та депресивного стану, які є передумовою виникнення суїцидальних дій;

– не доведено, що окрема дія такого фактору, як суїцидальна спроба у родичів, попередня суїцидальна спроба військовослужбовців відіграють значну роль у вчиненні суїциду.

Розроблені кандидатом психологічних наук Т. Буленко методика вивчення військовослужбовців та програма роботи з військовим колективом спрямовані на попередження суїцидальної поведінки і можуть бути застосовані в практиці роботи у військових колективах.

#### *Методичні рекомендації з вивчення суїцидальних настроїв та взаємин у військовому колективі*

В основі соціально-психологічного механізму військових самогубств лежить наявність конфлікту з військовим колективом, надмірна неорганізованість чи, навпаки, заорганізована служба, особистісні недоліки і слабкості в подоланні труднощів, антилюдський стиль спілкування і поведінки деяких службовців, неувага командирів і начальників.

*Аналіз суїцидальних вчинків дає змогу зробити загальні висновки, врахування яких є необхідним у практичній діяльності кожного командира:*

1. *Всі суїциденти – військовослужбовці строкової служби, переважно молоді воїни.*

2. *За видом самогубство вчинялося через:*

- повішання,
- самостріл у караулі,
- викидання з вікна

### *3. За причинами:*

- на ґрунті службових неприємностей і тяготіння військовою службою – 70 %;
- сімейні негаразди 20 %;
- боязнь за вчинені злочини – 10 %

### *4. За особистісними характеристиками:*

- низька комунікабельність;
- замкнутість;
- скритність;
- відсутність друзів;
- тривожна навіюваність;
- схильність до негативної оцінки подій;
- схильність до різкої зміни настрою;
- запальність та роздратованість.

### **Мотиви суїцидальних вчинків:**

#### *1. Конфлікти, пов'язані зі сферою службової діяльності військовослужбовців, у тому числі:*

- конфлікти, пов'язані з труднощами військової служби;
- конфлікти між військовослужбовцями різних періодів служби;
- конфлікти між начальниками структурних підрозділів і підлеглими;
- конфлікти з військовослужбовцями інших національностей.

#### *2. Особистісно-сімейні конфлікти, в тому числі:*

- нерозділене кохання, зрада (дівчини, дружини);
- розлучення;
- хвороба, смерть рідних;
- статева неспроможність.

#### *3. Конфлікти, пов'язані з антисоціальною поведінкою суїцидента, в тому числі:*

- боязнь кримінальної відповідальності
- боязнь ганьби за свої негативні вчинки.

#### *4. Стан здоров'я, в тому числі:*

- психічні захворювання;
- соматичні захворювання;
- фізичні недоліки.

#### *5. Матеріально-побутові та інші мотиви.*

Важливо пам'ятати, що при всіх життєвих ситуаціях військовослужбовці по-різному реагують на них. Науковий підхід до аналізу

причин, мотивів самогубств потребує глибокого проникнення в суть явищ, що відбуваються, знання справжнього становища справ серед підлеглих.

### *Ознаки суїцидальної поведінки*

1. **Занурення в себе:** прагнення бути наодинці з собою – природне, притаманне для кожній людині. Але слід бути уважним, коли замкненість, відокремлення стають глибокими та довготривалими, коли людина занурюється в себе, уникає вчорашніх друзів і товаришів.

2. **Вередливість:** кожна людина час від часу вередує, хандрить. Цей стан може бути викликаний погодніми умовами, самопочуттям, втомлюваністю, службовими та сімейними неприємностями. Але коли настрої щоденно коливаються між піднесенням і пониженням, то це явна причина для тривоги. Існують різноманітні свідчення, що подібні емоційні коливання є провісниками смерті.

3. **Депресія:** глибокий емоційний спад, який у кожної людини проявляється по-різному. Деякі військовослужбовці стають замкнутими, занурюються в себе, але при цьому маскують свої почуття настільки добре, що люди довго не помічають перемін в їхній поведінці. Єдиний спосіб у таких випадках – пряма відверта розмова з людиною.

4. **Агресивність:** багатьом актам самогубства передують спалахи роздратування, гніву, жорстокості до інших. Нерідко такі явища є закликком суїцидента звернути на нього увагу, допомогти йому. Однак цей заклик зазвичай дає протилежний результат – неприязнь людей, їх відчуження від суїцидента. Замість уваги людина відчуває осуд зі сторони своїх товаришів.

5. **Зловживання алкоголем та наркотиками:** сприяють розвитку суїцидальних думок і намірів.

6. **Сексуальна активність:** інколи недоречна сексуальна поведінка відображає відчайдушне прагнення особистості полегшити таким способом пригнічуючу його депресію. Він шукає сексуального задоволення. Коли воно довго не досягається, суїцидальні думки можуть посилюватися.

7. **Порушення апетиту:** Відсутність чи, навпаки, надмірне підвищення апетиту тісно пов'язані з саморуйнівними думками і повинні завжди розглядатись як загрозлива для життя хвороба. Офіцери мають помічати втрату маси тіла чи, навпаки, її стрімкий зріст у підлеглих.

8. **Роздавання подарунків:** деякі люди, які планують вчинення суїциду, попередньо роздають близьким, друзям, товаришам по службі свої речі. Спеціалісти із суїциду стверджують, що така акція – прямий

провісник майбутнього нещастя. В кожному такому випадку рекомендується серйозна та відверта бесіда з суїцидентом для в'яснення його намірів.

**9. Психологічна травма:** кожна людина має свій індивідуальний емоційний поріг. До нього може призвести велике емоційне потрясіння чи ряд дрібних травмуючих переживань, які постійно накопичуються. Розлука з рідними, з будинком, зі звичним розкладом життя, виникнення значних фізичних та моральних навантажень, притаманних службі, незнайома обстановка та атмосфера можуть здатись молодому воїну трагедією його життя. Якщо до цього додати розлучення батьків, смерть близьких, особистісні негаразди, то у нього можуть виникнути думки і настрої, що спонукають до суїциду.

**10. Зміни в поведінці:** раптові, неочікувані зміни в поведінці військовослужбовців мають стати предметом уважного спостереження. Коли стримана, небагатослівна, замкнута людина (інтроверт) неочікувано для інших починає багато жартувати, сміятися, говорити (веде себе як екстраверт), варто придивитися до неї. Така зміна, імовірно, свідчить про глибокі переживання, самотність, які людина намагається приховати під маскою радощів і безтурботності. Іншим тривожним симптомом є зниження енергетичного рівня, підсилення пасивності, байдужість до служби, спілкування, життя.

**11. Загроза:** будь-яке вимовлене бажання піти з життя має сприйматися серйозно. Найчастіше воно виражене словами: «Ви будете винні у моїй смерті», «Ви ще пожалієте, коли мене не стане», «Я не хочу жити серед вас». Ці заяви можна інтерпретувати як пряме попередження про самогубство, до якого готуються. В такому разі не можна допускати байдужості, агресивності до суїцидента, які тільки підштовхнуть його до виконання погроз. Навпаки, необхідно проявити витримку, спокій, запропонувати йому допомогу, консультацію у спеціалістів, психолога.

## РЕКОМЕНДАЦІЇ ОФІЦЕРСЬКОМУ СКЛАДУ

Офіцерському та командному складу слід:

- уважно ставитися до появи у військовослужбовців зазначених вище ознак, особливо якщо вони проявляються неодноразово;
- не вважати свою участь даремною, марною. Кожен офіцер здатен надати допомогу суїциденту;
- вступати в контакт із підлеглим. Спокійно і відверто з'ясувати його стан, настрій, наміри;

– утримуватися від осуду, агресивності, жорстокості до потенційного суїцидента, та водночас від надмірного співчуття, жалості до нього.

Офіцери відповідають за життя і безпеку своїх підлеглих, не тільки за фізичну безпеку, а й за здоровий моральний психічний стан.

Якщо є сумніви, необхідно попросити допомоги у фахівців.

Зневаження ознаками суїциду знецінює участь і дії з попередження суїцидальних випадків.

Слід пам'ятати, що суїцид – травмуюча подія для всього військового колективу. Найбільш ефективний засіб, який запобігає суїциду – людське взаєморозуміння. Виховання такого розуміння, співчуття, милосердя у особистого складу – найважливіша потреба часу.

Заслуговують на увагу науковців особливості перебування військовослужбовців у зоні АТО. На думку начальника НДЦ гуманітарних проблем ЗС України Назима Агаєва, серед українських військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, спостерігається дуже високий рівень психологічних проблем. Аналіз досвіду бойових дій, що відбуваються на території нашої країни, свідчать про значний ріст психогенних втрат серед особового складу ЗС України, у порівнянні з війнами інших періодів та в інших державах. За словами експерта, якщо середньостатистичний показник психогенних втрат складає 10–25 %, то в даний час серед українських військових вони досягають практично 80 % і приблизно у 30–40 % випадків це можуть бути незворотні втрати, коли психологічні проблеми переходять у психіатричні. Н. Агаєв відмітив, що максимальний термін для психологічного виснаження військовослужбовців при постійному перебуванні в зоні бойових дій складає 35–45 діб, а українські військовослужбовці перебували там по 4–5 місяців, а іноді і більше року. Тривале перебування військових в умовах специфічного бойового стресу накладає свій негативний відбиток, що, як стверджують науковці, призводить як до розвитку ПТСР, так і до розладів адаптації (РА). На думку В. Лебедева, в залежності від особливостей домінуючої клінічної симптоматики, можна умовно виділити два основних клінічних варіанти розладів адаптації: афективний і поведінковий. Афективний варіант РА містить три підваріанти: депресивний, тривожний і змішаний.

*Депресивний підваріант* характеризується зниженим фоном настрою до субдепресивного або депресивного рівня легкого ступеня, з елементами депресивної оцінки себе, оточуючого середовища і перспективи.

Періодично виникають відчуття пригніченості, смутку, підвищена плаксивість. Пригнічений стан супроводжується емоційною нестійкістю, фіксацією на негативних подіях свого життя. На цьому фоні часто виникають відчуття безвихідного становища щодо життєвої ситуації, самотності, безпорадності, залежності від оточуючих людей і обставин.

Зниження самооцінки поєднується з невпевненістю щодо свого професіоналізму, адекватності своїх потреб і вимог, зменшенням мотивації до трудової діяльності. Думки хворих значну частку часу (але не постійно) фіксовані на негативних подіях власного життя, своєму тяжкому стані. Виникає певне звуження кола постійних інтересів і захоплень, міжособистісні стосунки можуть набувати відтінку пасивності і байдужості. Періодично особи із ПТСР можуть скаржитись на труднощі з концентрацією уваги, на ускладнення при прийнятті рішень і визначенні своєї відповідальності, зниження рівня мотивації. В клінічній картині також мають місце в'ялість, симптоми дратівливої слабкості, апатії, безініціативності й пасивності.

*Тривожний підваріант* – характеризується розладом адаптації з перевагою порушень інших емоцій, таких як: відчуття психічного і фізичного дискомфорту; немотивована напруженість; нав'язливі уявлення, побоювання та хвилювання, що спрямовані у майбутнє; загальна стурбованість та нервозність; неможливість розслабитись; відчуття внутрішнього тремтіння або «дискомфорт» і «тиск» у грудях. Може відмічатись епізодично виникаюче відчуття безпредметної тривоги, неспокоїного очікування будь-якого лиха або неприємностей, побоювання за себе та своїх рідних. Виникнення тривожних думок інколи провокують розлади сну, труднощі із засинанням, порушення його глибини й тривалості.

*Змішаний підваріант, або тривожно-депресивний* – це поєднання симптомів психічної і соматичної тривоги у вигляді тривожних думок, побоювань, спрямованих у майбутнє, хвилювання або нерішучість щодо прийняття рішень тощо. Поряд з цим може спостерігатися більша питома вага соматовегетативних порушень, ніж при тривожному варіанті РА.

Варіанту РА з *порушеннями поведінки* відповідає наявність в клінічній картині симптомів дезадаптивної або дизсоціальної поведінки, порушень повсякденного функціонування, соціальної дезадаптації тощо, при цьому вказані прояви чітко пов'язані із часом психотравмуючої події.

Подібний варіант розладу характеризується надмірною збудливістю та дратівливістю, нервозністю та короткочасними ситуаційно обумовленими реакціями образи, гніву, навіть агресивності, які супроводжуються непродуктивною метушливістю і конфліктною поведінкою. Також характерними симптомами є нетерпимість до всього, що відбувається навколо, тенденція до обвинувачення оточуючих у своїх негараздах. В клінічній картині можуть бути присутні соматовегетативні симптоми, але їх вираженість ніколи не сягає значного рівня. Треба зазначити, що ці порушення поведінки не є постійними, глибоко вкоріненими стереотипами. Тобто, вони були непритаманні особам до факту психотравмуючого впливу, проявляються парціально, не торкаючись усіх сфер життя одразу.

На підставі закономірностей динаміки клінічної симптоматики розладів адаптації Ю. Александровський виділяє наступні типи їх перебігу: **прогресуючий, рецидивуючий, регресивний.**

Перший тип характеризується прогресуючим ускладненням клінічної симптоматики з подальшою трансформацією в інші нозологічні форми. Тобто клінічна картина змінюється як за своїм змістом, так і за інтенсивністю проявів її симптомів. При цьому типі перебігу РА спостерігається зростання інтенсивності і спектру проявів, в першу чергу, афективних порушень. Ускладнення структури клінічної картини виражається у вигляді змін настрою від субдепресивного рівня до депресивного помірного ступеня тяжкості. Це супроводжується зростанням емоційної нестійкості, фіксацією на психотравмуючих спогадах, формуванням дезадаптації в сферах професійних, міжособистісних і соціальних стосунків. Найчастішим негативним наслідком прогресуючого типу перебігу РА з переважанням в клінічній картині афективних порушень є трансформація в депресивні епізоди різного ступеня тяжкості. Динаміка тривожних проявів, таких, як загальна стурбованість і нервозність, невмотивована напруженість, відчуття психічного і фізичного дискомфорту, нав'язливі уявлення, побоювання і хвилювання, які спрямовані не лише у минуле, але й у майбутнє, відчуття безпредметної тривоги або страху за себе і своїх рідних, у вигляді зростання їх частоти та інтенсивності протягом 6 місяців і більше дозволяє говорити про трансформацію розладів адаптації в тривожні або тривожно-депресивні розлади. *Прогресуючий тип* перебігу РА з домінуванням в клінічній картині поведінкових розладів характеризується зростанням інтенсивності реакцій ворожості, агресивності й жорстокості, ознак соціальної відгородженості, формуван-

ням дезадаптивної і дизсоціальної поведінки, яка ускладнює професійне, міжособистісне і соціальне функціонування. Можливою несприятливою динамікою даних порушень є їх трансформація або в хронічні зміни особистості, або, за наявності попередньої психологічної уразливості у вигляді відповідної акцентуації характеру, в специфічні або змішані розлади особистості.

Домінуючою характеристикою *рецидивуючого типу* перебігу РА є хвилеподібні коливання основної клінічної симптоматики. Ремісії, які характеризуються практично повною відсутністю ознак розладу, є різними за своєю тривалістю, як і тривалість рецидивів. Клінічна симптоматика у вигляді афективних і поведінкових порушень, що складають зміст рецидиву, майже ніколи за своєю інтенсивністю не перевищує первинні прояви розладу. Проте, деякі мінімальні ознаки дезадаптивної поведінки можуть зберігатися навіть під час так званої ремісії. Крім того, виникнення частих рецидивів є фактором ризику переходу рецидивуючого типу перебігу РА в прогресуючий, з подальшою трансформацією в інші нозологічні форми (здебільшого це стосується «продовженої депресивної реакції»). Однак найчастішим варіантом динаміки цього типу перебігу РА є одужання хворого.

Особливістю *регресивного типу* перебігу РА є виражена редукція основної клінічної симптоматики. При цьому типі перебігу РА спостерігається помітне зменшення інтенсивності і частоти проявів, в першу чергу, афективних порушень: зниженого настрою, депресивної самооцінки, оцінки оточуючого середовища і власних перспектив. Майже зникають відчуття смутку, пригніченості і печалі, що, у свою чергу, супроводжується підвищенням емоційної стабільності й впевненості в собі, а також мотивації до трудової діяльності. Спостерігається редукція відчуття загальної стурбованості і нервозності, немотивованої напруженості, психічного і фізичного дискомфорту. Зменшуються нав'язливі уявлення, побоювання і хвилювання, що спрямовані, в першу чергу, в майбутнє, зникає відчуття тривоги. При регресивному типі перебігу РА спостерігається зменшення поведінкових порушень, що супроводжується поліпшенням якості міжособистісного, професійного і соціального функціонування до повного одужання і повернення до попереднього соціального статусу.

Слід зауважити, що у період бою дія стресу виконує певну позитивну функцію для бійця, однак після демобілізації вона стає негативним, руйнівним фактором в силу постстресових реакцій. Відсутність своєчасної медико-психологічної допомоги часто викликає суїцидальні наміри в учасників бойових дій.



### 3.6. Психологічні особливості суїцидальної поведінки засуджених

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

Перебуваючи в місцях позбавлення волі, людина відчуває на собі дію одночасно кількох стрес-чинників, що, як відомо, призводять до втрати особистісних резервів і здатності до пристосування.

*В умовах пенітенціарних закладів до таких стрес-чинників належать (Я. Кондратьєв, В. Васильєв):*

- 1) ізоляція від суспільства і розміщення в замкнутому середовищі;
- 2) наявність певного режиму (дію цього стрес-чинника одні науковці вважають позитивною, оскільки режим привчає до дисципліни, дотримання елементарних правил поведінки, а отже є хорошим засобом ресоціалізації; інші науковці – негативно, оскільки він нівелює особистість як таку, позбавляє її індивідуальності тощо);
- 3) різке обмеження потреб;
- 4) зміна звичного стереопиту життя;
- 5) постійне спілкування з обмеженим колом осіб;
- 6) примусове включення до одностатевих соціальних груп і т.ін.

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

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

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

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

4. *Період появи і розвитку інтересів* (виробляється стратегія і тактика поведінки людини в нових умовах). Цей і наступний період характеризується відносним спокоєм, без проявів гострих деструктивних форм поведінки.

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

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

Психологічною проблематикою суїцидальної поведінки засуджених займається чимало науковців. Так, О. Ковальов, М. Тимонін та Е. Суслов за результатами проведеного дослідження виокремили риси соціально-психологічного портрету засуджених, схильних до суїциду. Їхні властивості: демонстративна поведінка, неадекватні вчинки і висловлювання, метою яких є викликання співчуття від оточуючих. Афективність у діях суїцидентів пояснюється домінуванням слабого типу нервової системи. Неможливість адекватно реагувати і сприймати навколишній світ розвиває у суїцидентів негативне ставлення до всього, що відбувається. В зв'язку з цим у засуджених-суїцидентів спостерігається розвинутий негативізм, відсутність віри у свої можли-

вості та соціальну підтримку. У суїцидентів також відсутня віра в майбутнє та часова перспектива. Як уже зазначалося раніше, часова перспектива – це поняття, в яке індивід вміщує свої життєві цілі та плани. Вона серйозно впливає на його повсякденну поведінку. А тому відсутність позитивного образу майбутнього призводить до відсутності життєвих планів і обмеження часової перспективи теперішніми та минулим, що в свою чергу обумовлює дезорієнтацію та деформацію особистості.

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

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

*Соціально-психологічний аналіз колективу засуджених дає можливість виокремити в ньому таку структуру неформальних груп (В. Васильєв, М. Єнікеєв, Я. Кондратьєва та ін.):*

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

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

3) співробітники з адміністрацією (головний мотив поведінки осіб цієї групи – якнайшвидше досягнення свободи. Вони користуються поблажливістю адміністрації, яка, проте, тим не позбавляє їх помсти іншими засудженими);

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

У цьому контексті важливо розглянути ті соціально-психологічні мотиви, приводи і причини, що детермінують суїцидальну поведінку. М. Мелентьев та А. Тищенко підкреслюють з цього приводу, що чітко диференціювати ту чи іншу причину суїцидального вчинку неможливо. Дуже часто у ході дослідження виникає комплекс причин.

Натомість із наукової точки зору цілком виправданим є виокремлення однієї причини як домінуючої в генезисі формування суїцидальних тенденцій особистості. Враховуючи сказане, автори звертають увагу на такі причини:

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

2) факт винесення вироку і визнання особи винною;

3) глибоке каяття і переживання за вчинене;

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

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

б) неадекватна сексуальна поведінка;

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

8) негативне ставлення до засудженого відповідно до виду його правопорушення (репутація є тим важливим критерієм, який визначає статус засудженого у соціальній ієрархії неформального середовища.

Саме тому в середовищі засуджених з більшою значущістю, ніж в інших соціальних групах, певні види правопорушень користуються повагою і наділені потенціалом автоматично підвищувати статус засудженого, а інші знижують його, або, що набагато гірше, викликають обурення та гнів, роблять засудженого об'єктом зневаги та образ);

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

10) види взаємовідносин серед засуджених.

Проблема самогубства серед засуджених має ще один аспект вияву. Йдеться про психологічні та соціально-психологічні зміни особистості тих засуджених, що відбувають довічне покарання або отримували раніше найвищу міру покарання. Саме ці зміни обумовлювали їхню суїцидальну поведінку (відомо, що людина легше переносить важку, але швидкоплинну муку, ніж довгу і відносно легшу). Соціально-психологічний стан таких засуджених характеризується глибокою депресією, апатією, втратою почуття реальності, фізичною і розумовою деградацією, байдужістю до оточення, небажанням спілкуватися. Найбільшого ураження в них зазнає сфера ціннісних орієнтацій та потреб. Як зазначають В. Морогін і Г. Залевський, в умовах довічного ув'язнення одні потреби і цінності взагалі втрачають сенс, інші – набувають гіпертрофованого значення. Результати проведеного ними дослідження засвідчують, що такими потребами і цінностями для засуджених є насамперед здоров'я, честь і особиста свобода.

За критерієм достовірності суїцидальної поведінки та наявності виражених психологічних характеристик усіх засуджених-суїцидентів можна поділити на: істинних, афективних, демонстративних, прихованих і неправдивих (О. Ковальов, М. Тимонін, Е. Суслов).

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

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

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

*Приховані суїциденти*: засуджені, поведінка яких не супроводжується яскравою суїцидальною спрямованістю; вони мають стійкі суїцидальні цілі та плани, реалізації яких залежить від збігу сприятливих обставин.

До числа *неправдивих суїцидентів* належать засуджені, що перебувають у пенітенціарних закладах на спеціальному обліку через висловлювання про готовність здійснити самогубство. Такі засуджені ніколи не здійснювали спроб суїциду і самоушкоджень. Практика свідчить, що серед засуджених найбільший відсоток становлять істинні та афективні суїциденти.

### ***Завдання та запитання для самоконтролю:***

- 1. Причини суїцидальної поведінки у студентському віці.*
- 2. Суїцидальна мотивація.*
- 3. Неусвідомлюване самогубство.*
- 4. Ризикована гра і ризикована безпечність.*
- 5. Психопатологічне і афективно-невропатичне самогубство.*
- 6. Демонстративно-шантажна форма суїцидальної поведінки.*
- 7. Внутрішні і зовнішні форми суїцидальної поведінки.*
- 8. Способи самогубства.*
- 9. Психологічні особливості суїциду неповнолітніх.*
- 10. Психологічні характеристики самогубств серед співробітників органів внутрішніх справ.*
- 11. Самогубство серед осіб похилого віку.*
- 12. Особливості суїцидальної поведінки військовослужбовців.*
- 13. Психологічний аналіз суїцидальної поведінки засуджених.*

## РОЗДІЛ 4

# ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ КЛІЄНТАМ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ У КРИЗОВИХ СТАНАХ

### 4.1. Психологічна допомога клієнтам у кризових станах

#### *Клієнти із психосоматичними розладами*

Існує чимало спроб пояснити походження психосоматичних розладів. Майже всі вони так чи інакше пов'язані з психоаналітичним розумінням особистості, оскільки власне основи психосоматичної медицини в третьому десятилітті минулого століття формувалися під впливом психоаналізу. І сьогодні вплив психоаналізу на розуміння й лікування психосоматичних порушень великий. Тривалий час підкреслювалося значення особливостей особистості у виникненні психосоматичних порушень (наприклад, Dunbar описав «коронарну», «алергічну», «гіпертонічну», «ревматоїдну» та інші особистості). Пізніше вважали, що виникнення конкретних психосоматичних порушень передбачено стійкістю певних емоційних станів (один із основоположників психосоматичної медицини Weit-Isaker говорить, що злість, жорстокість зумовлюють виникнення хвороб серця; безсилля й залежність призводять до хвороб травного тракту, а сексуальна наруга – до порушення системи дихання і т. ін.).

Сьогодні учені схиляються до концепції багатofакторного патогенезу психосоматичних порушень і пояснюють їх не особистісною структурою, а специфічними психологічними, генетичними і соціальними факторами. Підкреслюється значення генетично заданих властивостей людини (у тому числі й психічних), підвищеної вразливості окремих органів (зумовлених родовими, соматичними захворюваннями і фізичними ушкодженнями в дитинстві та юності), взаємин у сім'ї, способів реагування особистості в критичних ситуаціях.

Іноді психосоматичні скарги людини здаються безпідставними і призводять до непорозумінь лікарів загальної практики, котрі в усьому схильні звинувачувати нерви. Однак найчастіше за цими скаргами приховані не вигадані, а реальні конфлікти, точніше кажучи, специфічна стійкість несприятливих стосунків. Як правило, люди намагаються припинити негативні взаємини. Психосоматичний клієнт поводиться інакше. Він роками може терпіти стосунки, які не лише не дають задоволення, а й виснажують, руйнують його особистість. Психосоматичним клієнтам не властиві мазохістські риси. Якби такі

стосунки давали мазохістське задоволення, не виникали б психосоматичні симптоми. Толерантність до неблагополучних взаємин і природу психосоматичних симптомів можна пояснити стримуванням ворожості, агресивності, злості. Якщо, як правило, озлобленість спонукає людей до припинення стосунків, то психосоматична особистість вгамовує злість і породжує стосунки. Зовні така людина навіть не виглядає страждальною. Незрозуміло, чому проходить пригнічення злості, але відомо, що психосоматичні клієнти дуже чутливі до будь-яких проявів озлобленості в собі та інших.

### *Завдання консультанта*

Найважливіше завдання консультанта в бесіді з психосоматичним клієнтом – допомогти йому виявити хоч частково приховану озлобленість. Але як це зробити? Деякі консультанти починають із запитання: «Ви нервові?», «Чи ви чутливі?». Можливі відповіді на ці запитання дають мало відомостей. Однак можна запитати і про конкретні проблеми. Запитати й намагатися проникнути в доступність концепції клієнта: «Схоже, що у вашому житті щось викликає заклопотаність?» або «Що відбувається у вашому житті, що в ньому змінилося, що стало іншим, ніж було раніше?». Питання мають бути спрямовані на повсякденне життя клієнта, на зміни в його роботі, сім'ї, у стосунках із близькими і друзями. Інколи на такі питання консультант чує відповідь, яка нічого не означає: «Все добре». Це тільки відмовка, оскільки в житті кожної людини щось трапляється.

Однак консультант не повинен заперечувати, а продовжувати запитувати клієнта про різні аспекти його життя: чим він займається на роботі, з ким працює, який його особистий внесок до загальної роботи, як він проводить вільний час, які взаємини в сім'ї? Не слід настирливо вимагати розповіді про конфлікти, негативні почуття, оскільки зі словника клієнта зникли відповідні поняття.

Консультант повинен не лише допомогти клієнтові усвідомити свою озлобленість, а й довести, наскільки вона негативно впливає на поведінку. Одні психосоматичні клієнти приємні, з усім погоджуються, і важко повірити в їхню ворожість. Інші не здатні відчувати та й не відчують ворожості навколо себе. Під час виникнення найменшої суперечки вони пасують. Якщо не можуть вийти із ситуації, то говорять собі, що ті, хто сперечається, жартують. Інші схильні виражати свою злість, але змінюють її справжній об'єкт.

Бесіда з психосоматичним клієнтом про озлобленість, як правило, важка і не завжди успішна, хоча вона дає змогу показати клієнтові, яка



його життєва ситуація, як він придумує свою ворожість і як це пов'язано з його соматичними симптомами. Консультант повинен не лише допомогти клієнтові розпізнати в собі злобу, а й спонукати його до реакції у процесі консультування. Тому не дивно, що у випадку успішної роботи, зі справжнім об'єктом ворожості клієнта тимчасово стає консультант.

Ще одна суттєва причина складності консультування психосоматичної особистості – в «емоційній малограмотності», нездатності вербалізувати свої внутрішні переживання, недостатності символічного мислення. Комплекс подібних властивостей поруч із симптомами маскованої депресії був також знайдений в осіб, які перенесли пост-травматичний стрес, і навіть у здорових.

Риси алекситимічної особистості є серйозною перешкодою в консультуванні й психотерапії. Найчастіше консультант спостерігає відмову цих клієнтів пов'язувати свої соматичні скарги з конфліктами в емоційній сфері, хоча часто психологічний контекст скарг очевидний.

Дуже складно допомогти людині психологічними методами, коли вона свої емоційні проблеми розуміє як соматичні. Такий клієнт говорить про різноманітні болі, багато мовчить, не виявляє ніякої мотивації до співробітництва, явно зорієнтований на лікування медиками, постійно змушує консультанта проявляти ініціативу. Монотонний, емоційно безбарвний стиль клієнта викликає в консультанта злість, тому що він відчуває себе загнаним у кут. Спроба активно залучати клієнта до емоційних стосунків збільшує в того неспокій через невміння вербалізувати почуття. Відповідний сплеск фізіологічних реакцій дає змогу клієнтові ще більше жалітися на соматичне недомагання.

Якщо клієнт – чітко виражений алекситимік, слід застосувати процедури консультування, які спрямовують не на конфронтацію, а на підтримку. Клієнта також слід підготувати до вербалізації своїх переживань. Для цього можна використати приклади емоційних слів і фантазій, аналіз різних емоційних ситуацій. Хоч така підготовка не завжди ефективна, вона деякою мірою допомагає усвідомити емоційні проблеми і вербалізувати їх.

### ***Клієнти із депресією***

Насамперед депресія проявляється у зміні настрою. Людина стає сумною й похмурою, її пригнічують думки про своє невдале життя, пече гостре почуття провини. Вона втрачає смак до життя й здатність

протидіяти труднощам, втрачає цікавість до речей, котрі раніше були привабливими. Сповільнюється і рухова активність, і процес мислення. Якщо депресія незначна, індивід ще може продовжувати працювати, виконувати повсякденні завдання, однак – усе це перестає давати йому задоволення. Людина стає байдужою до всього, годинами може сидіти біля телевізора і дивитися будь-що або просто лежати. Усе навколо вона бачить у «темному світлі».

Понижений настрій – один із найнеприємніших станів особистості, які часто виникають у різних життєвих ситуаціях і один із найважливіших симптомів більшості порушень психіки, а інколи домінуючий симптом (депресивний невроз, психози).

У консультуванні ми, як правило, маємо справу з так званою «реактивною депресією», котра виникає як реакція на події, що травмують життя (соматичні захворювання, конфлікти, інтимні проблеми, різні втрати, в тому числі смерть близької людини і т. ін.).

#### *Завдання консультанта*

Найяскравіша риса депресивної особистості – прагнення до самознищення. Під час депресії людина почуває себе втраченою для життя, стає дуже чутливою до всього, і це також зменшує самооцінку. Наприклад, суперечка з людиною, яка щось для неї значить, не більше, ніж епізод життя, здається кінцем світу; невдача під час іспиту сприймається як доказ абсолютної бездарності. Слід наголосити, що в стані депресії індивід вважає своє сприйняття світу єдино правильним, а періоди життя без депресії здаються йому ілюзією.

Людина у стані депресії зайнята лише собою, власними проблемами, своїм здоров'ям. Вона часто схильна говорити про симптоми, пов'язані з депресією, але не про саму депресію. Тому виражається стурбованість фізичним здоров'ям, безсонням, раннім пробудженням від сну, втратою апетиту, загальною втомою. Інколи скарги на порушення різних систем організму «маскують» депресію (випадки так званої «маскованої депресії»).

Консультантові слід пам'ятати, що депресія спотворює розуміння минулого. Людині здається, що в її минулому не було нічого доброго, ніякої ясності. Вона не пам'ятає моментів щастя, як здорова людина – моментів болю. Такий погляд на минуле впливає і на нинішню самооцінку. Більшість із них забувають випадки, коли в минулому їх супроводжував успіх, і не здатні вирізнити такі моменти в сьогоденні. До речі, депресія викриває судження і тих людей, у яких усе йде успішно. Консультантові слід звертати на це увагу клієнтів.

Під час виникнення депресії індивід, як правило, шукає контактів з іншими людьми, очікуючи від них допомоги. Проте почасти їхній пригнічений настрій зумовлює невдачі в міжособистісних стосунках.

Як наслідок, депресія підсилюється, оскільки індивідові здається, що оточення хоче його відштовхнути. У цьому він знаходить підтвердження нелюбові до себе. Так поступово припиняється пошук зв'язків з іншими людьми, проходить відчуження від них і примирення.

Охоплений депресією індивід відчуває безсилля й безнадійність, страждає мовчки, часто сердячись на себе і на інших.

Одним із наслідків депресивного стану – залежність від думки інших людей, особливо близьких. Людина перестає бути байдужою до того, що думають про неї інші. Залежність і чутливість до критики породжує невпевненість, а вона, у свою чергу, ще збільшує залежність.

Коли депресивний клієнт звертається за допомогою, уся його поведінка програється в ситуації консультування. Клієнт добивається, щоб консультант узяв на себе відповідальність за його життя. Враховуючи, що в початковій стадії з депресованими клієнтами консультант повинен бути активнішим, зовсім не обов'язково брати на себе всю відповідальність за консультативний процес. Консультант справді не відповідає за вирішення проблем депресивного клієнта: ні за зміни в його житті, ні за рішення, які він приймає. У клієнта, котрий, нарешті, зрозуміє, що консультант не може і не збирається все робити за нього, наче маг чи турботливі батьки, виникає фрустрація, оскільки насправді він хоче більше, ніж допомоги. Депресивному клієнтові недостатньо, щоб консультант просто допоміг його самовизнанню. Йому хотілося б в особі консультанта мати мало що не замітника коханої людини. Коли, зрештою, бажання не задовольняються, клієнт, почасти, своє невдоволення виражає злістю.

#### *Завдання консультанта*

Загалом людина в стані депресії майже завжди відчуває деяку озлобленість, якою б пригніченою й нещасною вона не була. Наприклад, вона сердиться на померлого чоловіка (чи дружину) за те, що той помер і залишив її саму, постійно жаліється на погане ставлення до неї друзів і близьких. Тут виникає і деяке протиріччя – поява ворожості підсилює дискомфорт, тому що підвищеною є потреба в людях. Коли людина не наслідкується відверто висловити озлобленість, ворожість зростає й набирає форму самозвинувачення. Так утворюється зачароване коло, де поєднуються депресія й залежність, самовикриття й озлобленість. Недарма депресію інколи називають «перевернутою злобою» (Kennedy, 1977).

Тому переконувати клієнта, що все буде добре і не треба звертати увагу на дрібниці, тобто весь час підбадьорювати клієнта, радше, шкідливо, ніж корисно. Така поведінка консультанта лише озлоблює й загострює депресію.

Передусім консультантові слід з'ясувати, з якою депресією він має справу з проявами психотичного захворювання, із невротичною депресією чи просто з нормальною реакцією на сумні події. Депресію не слід плутати з іншими порушеннями. Інколи консультант приймає симптоми депресії за перевтому, фізичне чи психічне виснаження і рекомендує клієнтові більше відпочивати, спати, вживати вітаміни, поїхати в санаторій тощо. Однак у випадку депресії це мало допомагає.

*Завдання консультанта в роботі з депресивними клієнтами* двояке – підтримати клієнта і допомогти йому в психологічному поясненні труднощів. Сам факт, що консультант готовий «боротись» із депресією, зміцнює надію клієнта і нейтралізує відчай. Підтримка й розуміння зменшують страждання й переживання вини, допомагають відновити самоповагу. Коли клієнт бачить хоча б одну людину, яка розуміє й цінує його, то може змінити настанову у ставленні до оточення в позитивному напрямку. Для відновлення в клієнта віри у власні можливості потрібно звертати увагу на сфери, в яких він компетентний, і на його минулі досягнення. Важливо мобілізувати агресивні збудження клієнта, щоб він міг успішно боротися з життєвими випробуваннями.

Консультант повинен не чекати (це ще більше фруструє депресивного клієнта і поглиблює депресію), а активно розмовляти з клієнтом про його переживання й зовнішні обставини. Депресивний клієнт вимагає більшої активності, ніж інші, хто звертається. Краще, ніж звичайно, треба будувати консультативну бесіду, особливо на початковій стадії консультування. Потрібна тактика, зумовлена пасивністю клієнта, його небажанням самотійно аналізувати проблеми. Якщо консультант буде сидіти мовчки, він лише наголошуватиме нездатність клієнта до адекватного спілкування. Тому на початку консультування спеціаліст відчуває несе основну відповідальність за бесіду.

Інколи депресивний клієнт настільки пасивний, що дуже важко йому говорити про свої проблеми, тому з ним приходиться супровідник. Хоч у консультуванні слід ухилятися від розмов за спиною клієнта, в такому випадку отримання інформації від особи, що супроводжує клієнта, є виправданим.

Консультант повинен часто зустрічатися з депресивним клієнтом, особливо якщо в нього гостра депресія. Частота зустрічей може бути 2–3 рази в тиждень із поступовим їхнім зменшенням залежно від стану клієнта.

У процесі консультування потрібно переборювати залежність клієнта і спонукати його до більш активної ролі з кожною наступною зустріччю.

У випадках депресії, як правило, медики використовують лікування антидепресантами. Призначення ліків і дозування – це справа лікарів, проте консультант повинен знати, чи прийматиме його клієнт ліки і яка сила їхньої дії. Не слід давати поради клієнтові з вибору ліків чи доз, проте питання, які виникають, обов'язково слід обговорити з лікарем, який призначив ліки.

Консультант повинен знати про біологічні й психологічні схильності деяких людей до депресивних реакцій у кризових життєвих ситуаціях. У таких клієнтів стан депресії за неблагополучних обставин може повторюватися. Депресія, особливо та, що виникла внаслідок зовнішніх причин, зникає під час зміни життєвих умов.

## **4.2. Особливості роботи психолога з клієнтами з розладами поведінки**

### *Клієнти, що плачуть*

Які особливості консультування клієнтів, що плачуть? Що робити: заспокоювати чи не реагувати на плач клієнта? Що являє собою плач клієнта під час консультації?

Консультантові слід знати, чому взагалі клієнт плаче під час консультування. Основна причина, звичайно, тягар проблем клієнта, його пригніченість, однак ця причина не єдина.

Більшість людей, особливо жінки, плачуть від злості. Тут заспокоювання нічого не допоможе. Тим, хто плаче від злості, просто треба дозволити виразити свої почуття. Інколи плачуть у стані фрустрації, а інколи від радості.

Сльози, як правило, заважають спілкуванню. Не є винятком і консультативні зустрічі. Чимало клієнтів, особливо жінок, хвилюються, розповідаючи про невирішені труднощі свого життя, трагедії, і не можуть говорити без сліз. Сльози є спогадами про складні ситуації й повернення до них.

### *Завдання консультанта*

1. Більшість консультантів намагаються утримати клієнтів від плачу і спрямовують на це частину своїх зусиль. І тут виникає

небезпека, що, намагаючись обминути переживання і не спровокувати сльози, можна пропустити важливі аспекти життя клієнта.

2. Інколи консультант почуває себе винуватим через сльози клієнта, вважає, що довів його до сліз, боїться бути звинуваченим у нечутливості, інакше кажучи, здатний брати на себе відповідальність за сльози.

Проте насправді не консультант доводить клієнтів до сліз, не він – причина життєвих труднощів і особистих проблем клієнтів. Клієнти плачуть через свої особисті справи, і консультант тут ні до чого. Клієнт почасті і починає, і перестає плакати без впливу консультанта. Коли помітно, що клієнт зараз почне плакати, треба зберегти спокій, почекати, поки він опанує себе. Часом, щоб узяти себе в руки, клієнт змінює тему бесіди на якийсь час, чого не слід заперечувати. Якщо ж клієнт усе ж таки розплакався, то треба дозволити йому плакати. У будь-якому випадку консультант повинен дати клієнтові змогу виплакати.

3. Коли клієнт виплачеться, саме час починати розмову. Дозволити плакати – значно пристойніше, ніж відчувати обов'язок заспокоювати.

4. Не слід також намагатися надто співпереживати плачу, як матері, якій дуже хочеться втішити дитину. Таке бажання, як правило, має певний еротичний відтінок; не даремно сльози часто служать засобом маніпуляції в міжособистісних, особливо в інтимних ситуаціях.

5. Через неможливість достатньо зрозуміти клієнтів консультант інколи стає об'єктом їхніх маніпуляцій. Деякі консультанти свої зусилля з утримання клієнтів від плачу пояснюють тим, що розхвильований клієнт не здатний нормально говорити.

### ***Клієнти, що переживають провину***

#### *Почуття провини*

Почуття провини допомагає зрозуміти різницю між тим, які ми є, і тим, які повинні бути. У чому ж суть цього почуття? Які дії консультанта при цьому?

1. Як правило, усім людям знайомі такі природні переживання людини, як тривога, самотність, свобода й відповідальність. Вони виникають за порушення індивідом значимих для нього норм моралі, зокрема, коли виникає почуття невиконаного обов'язку.

2. Переживання провини відбувається в ситуаціях, у яких людина не відмовляється від потрібної особистої відповідальності.

3. Розрізняють справжню, невротичну й екзистенціальну провини. Справжня провинна виникає як наслідок усвідомлення гріхів. У такому випадку можлива й потрібна заслужена розплата. Невротична провинна виникає через усвідомлення провинностей чи порушення заборон. Для невротичного почуття провини характерні перебільшення й нещирість.

4. При неврозах почуття провини ніби допомагає індивідові виправдатися перед собою та іншими. Він зовсім не намагається позбутися цього почуття і навіть енергійно чинить опір будь-яким намаганням зменшити його. Іноді в переживаннях провини проявляється навіть своєрідна демонстративність. Індивід спеціально принижує себе, тим самим вимагаючи схвалення своїх вчинків, тому боляче й вороже сприймає будь-яку сторонню критику, сердиться, коли хтось серйозно починає звертати увагу на його провинну.

5. Однією з найважливіших причин виникнення невротичної провини є побоювання осуду, боязнь бути «демаскованим». Страх відмежовує велику різницю між «фасадом» збудженнями. Невротик з останніх сил захищає створений ним «фасад», тому що ця «фортеця» захищає від тривоги. За образом сильної людини невротична особистість намагається приховати свої слабкості, незахищеність, неспокій, нездатність боротися за себе. Ненавидячи ці властивості, невротик боїться їхнього викриття іншими людьми. Уникаючи відповідальності за своє життя і не бажаючи добиватися реалізації своїх намірів, він намагається «паразитувати» на оточення способом домінування чи з допомогою прихильності, любові чи покірності.

У такого індивідуума почуття провини й тривоги виникає одразу, як тільки звертається увага на його вимоги до оточення. Ці почуття надають невротичній особистості впевненості, що вона не буде осудженою, цим маскується справжня проблема.

Таким чином, почуття вини є не лише наслідком демаскування, а й способом психологічного захисту від страху. За фасадом провини збільшується почуття безпеки, а індивід провокує оточення на запевнення в його невинності. Крім того, почуття вини дає підстави вважати себе моральним і добросовісним. Тенденція до самообслуговування також охороняє від потреби змінюватися. Ще одна важлива функція невротичного почуття провини полягає в тому, що вона зменшує небезпеку звинувачення з боку інших, інколи безпечніше наперед узяти вину на себе.

Екзистенційна вина (недостатня самореалізація; обмеження зв'язків із близькими людьми; утрата зв'язку з Абсолютом) є позитивною

силою в житті людини. Переживаючи екзистенційну вину, людина звільняється від згубного впливу невротичної вини.

Екзистенційної вини неможливо уникнути, тому важливо її усвідомити. Вона допомагає виховувати людяність і співчуття у стосунках з іншими, спонукає творчо реалізувати свої можливості.

#### *Завдання консультанта*

1. У психологічному консультуванні важливо вирішити, коли «гріховність» допомагає клієнтові усвідомити особисту відповідальність за власні вчинки і змінити поведінку в позитивному напрямку, коли, навпаки, заважає успішному вирішенню життєвих проблем.

2. Отже, не завжди консультант повинен поспіхом звільнити клієнта від почуття вини. Інколи слід допомогти пережити неминучу гріховність, що самою природою призначена людині.

3. У випадку справжньої провини важливо обговорити з клієнтом питання про її спокутування. Звільнення від невротичної провини передбачає усвідомлення її «сумнівності». Лише таким шляхом можливе очищення. У всіх випадках консультантові потрібне глибоке знання різних аспектів переживання вини.

#### *Клієнти з істеричною поведінкою*

##### *Істерична особистість.*

*Завдання істериків характеризується так:*

1. Істеричні особистості формуються в ранньому віці. Прикладом може бути дитина, яка добивається уваги батьків і постійно бачить у цьому невдачу.

Коли батьки ігнорують потреби дитини в увазі та любові, дитина починає драматизувати свої потреби. Чим більше «глухі» батьки, тим голосніше кричить дитина, бажаючи бути почутою. Для досягнення своєї мети вона використовує широкий спектр форм поведінки – від сліз до хвороби. Такі форми поведінки дорослих вважають істеричними.

Вони відрізняються переважанням потреби подобатися оточенню і прагненням подолати страх через те, що не вдається привернути до себе увагу. Це виявляється в невпинній активності, драматизації, брехливості, а іноді – відкрито сексуально провокувальній поведінці, у незримій і нереалістичній залежності від інших.

2. Істерики, намагаючись бути привабливими, задіюють безкінечно багато енергії й уявляють себе в найдраматичнішому світлі. Завдяки цьому вони стають цікавішими, ніж інші, клієнтами.

3. Вони «підкупляють» консультанта показною готовністю начебто говорити про свої переживання. Однак ці переживання, як правило,



бувають художньо перебільшеними. Суть не в тому, що саме істерики говорять, а в їхній манері говорити.

4. Істерична особистість виявляється дуже цікавою й привабливою лише на перший погляд. На консультанта-початківця, як правило, мають вплив її швидкість реакції, манера мови, внутрішнє тепло. Робота з такими клієнтами не така легка, як спочатку здається. Проте істерики не такі вже емоційно багаті особистості, а їхні наміри у ставленні до консультування, на жаль, неоднозначні.

5. Істерична особистість, коли їй не вдається сподобатись оточенню, готова використати всі можливі маски й ролі, котрі, на її думку, допустимі. Так утрачається особистісна ідентичність, внутрішній стрижень, що створює відчуття «справжнього я», відбувається підміна реального життя інсценуваннями.

6. Істеричні клієнти в консультуванні намагаються скористатися своїми привабливими якостями, особливо з консультантом протилежної статі. Як правило, вони допомагають наданням контакту еротичного, сексуального забарвлення.

Однак така поведінка істеричної клієнтки (жінки) дещо специфічна, якщо консультант (чоловік) виявляє хоч незначний інтерес еротичного характеру, вона зразу ж відступає, пояснюючи, що зовсім інше мала на увазі. Істерична особистість насправді усвідомлює дії своєї поведінки, тому оточення часто почувається обдуреним. Між іншим, це традиційний стереотип поведінки істеричної особистості в житті. Така постійна відмова взяти на себе відповідальність за провокувальний флірт унеможлиблює нормальні стосунки з особами протилежної статі. Істерична особистість лише справляє враження теплоти й легкості у спілкуванні. Насправді вона постійно відчуває проблеми в любовних стосунках й інтимних звичках.

7. Еротичний відтінок поведінки істеричної особистості зовсім не означає, що клієнтка жадає близькості – вона не знає, що робити з реальною інтимністю. Нереальні сигнали служать їй лише заміниками справжньої фізичної близькості. Істерична особистість постійно шукає любові, однак не вміє створювати справжні стосунки.

8. Ще одну особливість істеричної поведінки спостережено в консультуванні – уявлення себе в ролі безсильної й залежної істоти, яка жадає турботи й уваги з боку сильної фігури. Консультант у таких випадках намагається перетворити себе в замітника батька. Істеричній клієнтці по суті потрібний не коханий, а добрий батько. Ось чому вона шокована, побачивши відповідну реакцію на свою провокаційну поведінку. Уявлення себе в ролі дитини дуже характерне для істерика.

9. Слід відзначити, що у ставленні до осіб своєї статі істерична особистість часто антагоністична й схильна до суперництва: вона вбачає в інших жінках конкуренток у боротьбі за увагу оточення.

#### *Завдання консультанта*

Істерична особистість використовує різні форми психологічного захисту, котрі консультантові слід знати.

Істеричні особистості схильні до фантазування – лише в уявному світі вони отримують багато любові й уваги. Символічне задоволення потреб більш прийнятне, оскільки майже не провокує приховане у підсвідомості. В істериків часто дійсність переплутана з фантазією – вони вірять у свої вигадки.

Для більшості істеричних клієнтів, особливо жінок, характерна тривала історія лікування в різних лікарів. Як відомо, при істеричному неврозі часто виникає феномен конверсії, за описом Freud. У цьому випадку внутрішній психологічний конфлікт виражається тілесним симптомом, який стає його символом. Тому істеричні особистості безперервно лікуються від різноманітних соматичних порушень. Як правило, конверсивні симптоми набувають форми втрати відчуттів: анестезія кінцівок, сліпота, глухота і т. ін. Більшість істеричних клієнтів під час консультування дуже емоційно розказують свій анамнез.

Говорячи про невротичні симптоми, важливо наголосити на вторинній вигоді для клієнта, яку він не усвідомлює або усвідомлює лише частково. Істеричні симптоми служать трьома основними цілями:

- а) «карають» осіб, до яких клієнт відчуває ворожість;
- б) допомагають клієнтові уникнути неприємних, здатних налякати, потенційно принизливих ситуацій;
- в) допомагають викликати симпатію оточення чи звернути на себе увагу.

Тому часто виникає очевидність протиріччя між бажанням, висловленим клієнтом, і тим, про що говорять його симптоми. Це протиріччя викликає у консультанта підозру, що клієнт нещирий і симулює. Розібратися в ситуації консультантові допомагає його інтуїція, котру не слід ігнорувати. Покладаючись на інтуїцію, можна не лише ідентифікувати істеричних клієнтів, а й уникнути різноманітних пасток, прихованих у роботі з ними.

Поведінка істеричної особистості може спровокувати у консультанта контратаку. Тому консультант, працюючи з такими клієнтами, повинен постійно контролювати свої почуття. Істерики найчастіше звертаються з проблемами, пов'язаними із сімейними стосунками і

сексуальним життям. Проблеми криються в необмеженні жертвувати собою стосовно будь-якого характеру.

Незважаючи на зовнішню сексапільність, більшість істеричних особистостей не здатні до нормальної сексуальної реалізації. Жінка, як правило, скаржиться на фригідність, яка є реакцією на страх перед своєю сексуальністю. У чоловіків-істериків причинами можуть бути імпотенція й схильність до гомосексуалізму.

### **Обсесивні клієнти**

#### *Ознаки обсесивності*

Обсесивною особистістю називають людину з обсесивними або компульсивними рисами:

а) когнітивна ригідність – основа погляду на життя негнучкими формами, соціальними настановами або явно догматичний стиль мислення;

б) схильність до напруженої активної діяльності без розслаблення й відпочинку;

в) невпевненість у прийнятих рішеннях, відкладання рішень через боязнь помилитися;

г) постійна стурбованість, що без неї робота не може бути належно виконана;

д) викривлення дійсності, що проявляється в надмірній стурбованості з приводу непередбачуваних подій, на прикладі можливої хвороби. Obsесивна особистість вирізняється надмірною схильністю до контролю над оточенням. Вона остерігається зовнішнього світу і власних потреб.

**Obsесія** – постійне повторення небажаної нав'язливої думки, від якої неможливо позбутися зусиллям волі. Компульсія – нав'язливе спонукання виконувати яку-небудь дію чи серію дій. Серія нав'язливих дій має, як правило, ритуальний характер. Здійснення цих дій дає змогу індивідові уникнути нападів тривоги. Встановлено *три основні вияви обсесивно-компульсивного синдрому*:

1. Настирливість, не зумовлена ніякими раціональними потребами.

2. Нав'язливість через її чужість викликає дискомфорт або соматичні порушення.

3. Індивід розуміє патологічність нав'язливих думок і вчинків, проте не може протистояти.

Obsесивній особистості властиві відповідальні соціально цінні риси: старанність, надійність, самоконтроль, чесність. Freud, описуючи особистість, схильну до обсесивних симптомів, указує на обов'язкову

комбінацію трьох рис: педантичність, скупість, упертість, типові особливості стилю obsесивно-компульсивної особистості (за McNitl (1970)).

Людина obsесивного типу, відзначає Salrman (1968), «відчуває потребу контролювати себе і своє оточення, щоб угамувати почуття безсилля». Вірогідність власної некомпетенції, недостатньої поінформованості, нездатності зменшити ризик викликає сильну тривогу.

Нездатність до самоконтролю, а конкретніше до контролю своїх агресивних бажань, породжує несправжню слухняність чи, як переконує Storr (1980), схильність до тиранії у ставленні до інших. Надмірна слухняність призводить до знищення індивідуальності. У першому варіанті захисної реакції obsесивна особистість виявляє тенденцію до конформізму. Вона обирає залежність від людини, яка може підказати, як жити. Першість віддається безпеці, а не задоволенню життям. Такий клієнт, як правило, підкоряється консультанту і легко погоджується зі всіма його пропозиціями. Він постійно висловлює вдячність консультантові за допомогу і переживає через те, що може спричинити йому незручності.

Іншим варіантом невдалого самоконтролю, як згадувалося, є схильність до домінування, придирилива критичність. Людина важко вживається, особливо в сім'ї. Неможливість повністю контролювати інших людей збуджує злість, котра в міжособистісних стосунках проявляється як ірраціональна тиранія. У консультуванні obsесивна особистість цього типу як самозахист використовує напад, наприклад, пояснює консультантові, що він повинен говорити, коментує його дії, робить зауваження з приводу його поведінки під час конкретної зустрічі або взагалі може прочитати «коротку лекцію» про консультування. Консультант відчуває пряму загрозу своїй професійній компетентності і, як правило, сердиться. Однак досвідчений консультант розуміє психологічну реальність, приховану за такими діями. Клієнт не прагне образити консультанта, а намагається в такий спосіб узяти під контроль свою тривогу і захиститися від допомоги, котра може становити для нього не меншу небезпеку, ніж його проблеми.

Для obsесивного стилю характерне використання засобів деструктивного спілкування. Чимало obsесивних клієнтів у консультуванні беруть участь лише фізично, а психологічно ухиляються. Клієнт дивиться кудись убік, ледве чуто говорить, розгублено слухає. Така поведінка фруструє консультанта, як і мовчання, яке клієнт також використовує для уникнення від вирішення своїх проблем. У цих

випадках консультант може дещо витончено виражати ворожість, наприклад, за допомогою питання: «Вам нічого мені сказати?» Інколи консультант ставить питання: «Про що ви думаєте, коли мовчите?». Це може наблизити до емоційної сфери obsесивного клієнта, котру безкінечно важко досягнути.

Obsесивна особистість щосили намагається не говорити про свої емоційні проблеми. Вона докладає надзвичайні зусилля, щоб приховати емоційні проблеми, але так лише демонструє їх. Клієнт постійно намагається контролювати консультативну бесіду, щоб уникнути емоційного контакту з консультантом. Тому бесіда стає хвилеподібною – як тільки консультант намагається проникнути до глибини, клієнт намагається викрутитися й звести його наміри нанівець. Якщо консультант відчуває, що перед його носом зачинилися двері, значить він наблизився до найсуттєвіших проблем клієнта. Намагання ухилитися від проникнення до свого внутрішнього світу виявляється в нахилі до інтелектуалізації. Пояснення й консультації obsесивний клієнт сприймає головою, а не серцем. Він багатослівний не для точного вираження своїх почуттів, а для відмежування від них. Розповідь такого клієнта переобтяжена деталями, він намагається нічого не пропустити у своїй розповіді, але все-таки не розкриває своєї особистості. Бесіди з obsесивними клієнтами, як правило, важкі й довготривалі.

Важливий підсвідомий внутрішній конфлікт obsесивної особистості – це боротьба між слухняністю й неслухняністю, між бажаннями й прагненням опиратись авторитетам.

#### *Завдання консультанта*

1. Консультантові слід розібратися в особливостях obsесивної особистості, щоб уникнути помилок у роботі з obsесивними клієнтами й розуміти власні реакції під час зустрічі з ними.

2. Для встановлення витісненого obsесивним клієнтом матеріалу інколи доцільне дослідження його слів. Допомогає також використання малюнкових тестів замість завдання розповісти про проблеми словами.

Obsесивні клієнти люблять приходити до консультанта з описом переліку своїх проблем чи зі списком запитань, котрі потрібно обговорити під час консультування.

3. Очевидно, це відображає бажання контролювати ситуацію консультування й ухилитися від прямого емоційного контакту з консультантом. Коли клієнтові не дозволяється користуватися наперед

підготовленими текстами чи дотримуватися встановленого ним порядку запитань-відповідей, він розгублюється. Така поведінка консультанта є для нього сюрпризом, а obsесивна особистість не сприймає сюрпризів: спонтанність провокує в неї тривогу. Підготовка до зустрічі з консультантом спрямована на запобігання несподіванок, що можуть вивести з рівноваги. Консультант може запитати клієнта: «Чому ви приділяєте таку увагу підготовці до нашої зустрічі?». Відповідь клієнта може відкрити шлях у його внутрішній світ. І, звичайно, працюючи з obsесивними клієнтами, консультант сам не повинен користуватися допоміжними засобами (записами і т. ін.).

4. У роботі з obsесивними клієнтами перед консультантом стоїть подвійне завдання (Storr, 1980). По-перше, він повинен допомогти клієнтові висловити бажання, від яких той захищається. По-друге, сам консультант має бути людиною, здатною до експериментування, щоб клієнт міг потренуватися в зав'язуванні вільних від субординацій стосунків.

5. Якщо реакція консультанта на obsесивну особистість адекватна, психологічним захистом клієнта є зло. Таку відповідну реакцію слід розглядати не як результат своєї помилки, а як ознаку прогресу в роботі. Консультантові не слід згладжувати стосунки з клієнтом, котрий сердиться. Навпаки, потрібно дозволити йому висловити свої приховані почуття. Не слід заохочувати бажання клієнта негайно перестати злитися. Реальне консультування може розпочатися лише тоді, коли ми будемо крок за кроком пов'язувати злість клієнта з причинами, які її викликали, і відшукаємо суть специфічного стилю його стосунків з іншими людьми. У цьому криється шанс хоч трохи звільнити obsесивного клієнта від тягаря невисловлених емоцій.

### ***Клієнти з параноїчними розладами***

#### ***Характеристика параноїчної особистості***

Характерна для параноїчної особистості схильність до підозрливості й егоцентричності характеризують основні параноїчні синдроми – *манію переслідування* й *манію величності*, що зумовлює нездатність до встановлення зв'язків з іншими людьми і соціальну відстороненість, а також відображає дифузність особистісної ідентичності, коли людині важко відрізнити, що належить до власної особистості, а що – ні.

Сутність маній переслідування полягає в підозрі оточення в злих намірах. Тому параноїк утрачає багато часу на виявлення «ворогів», котрі слідкують за ним, підслуховують його розмови і т. ін. Таким

«ворогом» може стати як окрема людина, так і група людей. Із цією манією пов'язана й інша ревнивість, що дуже часто трапляється. Підозра одного з подружжя у зраді – дуже вагома підстава для параноїчних страхів.

**Манія величності** виявляється в приписуванні собі талантів і здібностей, попередньо не помічених. Параноїки такого типу, як правило, грають роль винахідників, роботи яких покликані вирішувати глобальні проблеми світу, або творців месіанських теорій, котрі здатні врятувати світ. Іноді параноя проявляється в еротоманії, коли людина думає, що вона закохана і намагається звабити особу протилежної статі.

Параноїк хоч і дуже жадає близькості з іншими людьми, проте боїться бути обманутим. Це і слугує головною причиною підозрливості. Отож, параноїк, боячись бути відштовхнутим, сам усіх відштовхує, що зумовлено його ворожістю.

#### *Завдання консультанта*

1. Консультант, зустрівшись із параноїчним клієнтом, повинен бути готовим до його недовір'я, ворожості. Такі клієнти постійно «перевіряють», наскільки можна довіряти консультантові. Недовір'я й ворожість дещо неприємні, а їх подолання є найважливішою умовою в роботі з параноїчними клієнтами. Насамперед консультант повинен мати на увазі, що параноїки так поводяться зі всіма людьми. Відповідне розуміння допомагає консультантові зберегти самовладання, не використовувати надмірного захисту і не намагатися «перемогти» клієнта. Працюючи з параноїчними клієнтами, слід дотримуватися первинної дистанції, тому що надто швидке чи надміру глибоке «втручання» провокуватиме неприязнь.

2. Недосвідчений консультант може почати сперечатися з параноїком із приводу обґрунтованості його маній, намагаючись використати логічні аргументи. Дискусія недоцільна, оскільки для параноїчного клієнта недоступна мова логіки. У спілкуванні він користується паранояльними метафорами. Значно важливішим є сам факт існування манії й упевненість клієнта у своїй правоті. У будь-якому випадку консультант повинен пам'ятати, що він має справу не з манією, котру слід знищити, а з людиною, котра «породила» цю манію.

#### *Клієнти з шизоїдними розладами*

##### *Шизоїдна особистість*

Уперше термін «шизофренія» як назву хвороби людини використав відомий психіатр Euden Bleulerb (1911 р.), який окреслив кон-

тури шизоїдної особистості за основними симптомами шизофренії. Найважливіші з них він описав відомою формулою «чотирьох А» (цит. за: Kennedy, 1977):

1. *Афективність*. У хворого шизофренією порушується емоційна сфера, його емоційне життя стає дуже бідним. Почасти емоційні реакції, неадекватні (наприклад сміх у розповіді про смерть близької людини), тобто емоційне переживання не відповідає змісту думок.

2. *Асоціативність*. Шизофренікам властива втрата логічної послідовності думок. На основі асоціацій, які вільно виникають, у них відбувається перестрибування від однієї думки до іншої. Спосіб мислення здається дивним і хаотичним, відповіді на запитання абсолютно неадекватні. Іноді асоціативні порушення можуть бути дуже тонкими і важкопомітними.

3. *Аутизм*. Мислення шизоїда надто суб'єктивне й егоцентричне. Він здається заглибленим у мрії й фантазії, які поступово підмінюють реальність. Почасти словам надається особливий зміст, і консультантові важко зрозуміти, про що говорить клієнт. Такий індивідуальний словник свідчить про аутичність мислення.

4. *Амбівалентність*. Хоч більшість людей відчувають у тих чи інших ситуаціях, шизоїдна особистість амбівалентна майже у всьому. Вона переповнена суперечливими почуттями, поглядами у ставленні до інших людей і до своїх життєвих умов. Шизоїдні клієнти відчувають багато труднощів у стосунках з іншими людьми. Вони недовірливі, тому у них дуже мало або взагалі немає друзів. Інколи шизоїдні особистості зав'язують дружні стосунки з такими, як і вони, однак такі стосунки не тривалі.

Шизоїдні клієнти бояться близькості, інтимності, тому що реакції інших людей викликають у них амбівалентні почуття. Від близькості вони захищаються, уникаючи будь-яких емоційних проявів у міжособистісних стосунках. Оскільки почуття важливі в житті людей, шизоїдна особистість балансує на грані переживання беззмістовності життя. Уникання близьких стосунків такі клієнти пояснюють тим, що такі стосунки їх виснажують, а також є обтяжуючими для оточення. «Збереження» себе у спілкуванні приводить до обережності і не дозволяє поводитися спонтанно. Виникнення настанови на уникання близьких міжособистісних зв'язків пояснюється (Storr, 1980) специфічною поведінкою батьків у дитинстві. Догляд за малюком відбирає у батьків багато фізичної й психічної енергії, і шизоїдні батьки, яким чужий світ дитини, її потреби, відчувають себе виснаженими. Як



наслідок, дитина не отримує потрібної їй любові та розуміння. У неї формується впевненість, що любов можлива лише в уяві. Пізніше, у зрілому віці, емоційні стосунки сприймає не як взаємозбагачені, а як виснажливі, і найбільш безпечним виявляється ухилення від них.

Намагаючись поповнити дефіцит контактів із зовнішнім світом, шизоїдна особистість створює багатий уявний світ. Недоступність реальних стосунків і справжньої любові шизоїди компенсують в уяві, наділяючи себе величністю. Плоди уяви шизоїдна особистість намагається повернути до реальності. У міжособистісних стосунках це виражається позою вищості.

Шизоїдні індивіди можуть відчувати залежність від інших, враховуючи, що не здатні потурбуватися про себе чи влаштувати своє життя. Почуття безсилля – одна з причин регресії таких клієнтів до примітивних форм пристосування до оточення. З іншого боку, шизоїдній особистості боляче почувати себе залежною, тому що це вражає її гордість.

Особливості шизоїдної особистості ускладнюють встановлення й підтримування з нею контакту. Консультант часто відчуває, як зазначила Storr (1980), що шизоїдів відрізняється «довжина хвиль». У стосунках із такими клієнтами дуже важлива зацікавленість і бажання допомогти, а не діагностичний підхід. За тяжкими порушеннями маскується унікальна людина, і навіть невелика частина простої людяності консультанта може дати непогані результати і полегшити страждання шизоїдного клієнта.

#### *Завдання консультанта*

Шизоїдна особистість є однією з найскладніших у роботі консультанта чи психолога, а найгірший її прояв – **шизофренія** – із найглибших і найсерйозніших порушень психіки.

Шизоїдні особистості потрапляють на психологічне консультування чи психотерапію з різних причин. Частіше причиною звернення є недовіра, що оточення здатне їх зрозуміти й допомогти, тому вони шукають допомоги у спеціалістів, від котрих очікують розуміння своїх проблем. Як правило, шизоїди жаліються на незмогу встановити й підтримувати стосунки, особливо з особами протилежної статі, на нездатність сконцентруватися й закінчити розпочату роботу, на погані настрої. Консультантові слід розуміти ступінь ізоляції шизоїдного клієнта. Перший контакт повинен бути інтелектуальним. Шизоїдного клієнта легко налякати безпосереднім проникненням у його емоційне життя. Консультант також повинен мати на увазі протиріччя між

бажанням клієнта бути з людьми й страхом перед оточенням. Поспішність в установленні близького контакту з клієнтом може спровокувати його втечу з консультації. Однак, якщо консультант буде дуже нейтральним і надмірно віддалиться від клієнта, той може відчувати себе знехтуваним. Не слід забувати, що оптимальна дистанція у взаєминах – кращий вибір у роботі з шизоїдним клієнтом.

Консультант повинен пам'ятати, що в консультуванні шизоїдний клієнт поводить себе, як і в інших життєвих ситуаціях, наприклад у сім'ї. Ці клієнти часто намагаються, щоб люди, які їх оточують, відчували себе винними.

Коли клієнти говорять, що консультант ще більше заплутав їхні проблеми, це не проста констатація факту, а ймовірно психологічна маніпуляція. У консультанта проковується почуття провини в надії, що він розіллється, і тоді клієнт отримує підтвердження неефективності його роботи.

### *Клієнти з асоціальною поведінкою*

#### *Асоціальність*

**Асоціальність** – один із найскладніших і важкопрогнозованих особистісних розладів, що виявляються через порушення поведінки. Соціопати погано соціалізовані, вони живуть заради задоволення своїх інстинктивних потреб, не звертаючи уваги на норми моралі, вимоги суспільства, тому схильні постійно порушувати правила й закони співіснування, незважаючи на можливі покарання.

Асоціальна особистість нетерпляча, зорієнтована на моментальне задоволення, керується безпосередніми потребами і не в змозі терпіти затримку в задоволенні потреб. Вона може вкрати тому, що в певний момент не має при собі грошей чи просто не хоче займати себе отриманням бажаного законно. Від асоціальних дій не утримує і загроза кари. Через відсутність симпатії агресивним реакціям буває властива жорстокість, навіть садизм.

Асоціальну особистість не слід плутати з особою, яка поводить себе асоціально через внутрішні невротичні конфлікти. Невротик переживає вину через свою поведінку, що абсолютно не властиво асоціальній особистості. Асоціальна особистість має схильність уникати відповідальності за небажану поведінку за рахунок раціоналізації і перекладати вину на інших (проекція). Тривале спілкування з такою людиною завжди викликає невдоволення.

Ознаки асоціальної поведінки можуть проявитися задовго до юнацтва, проте саме в юності асоціальність особливо помітна і про-

являється в агресивності, безладній сексуальній поведінці й механічному погляді на секс, у схильності до вживання алкоголю й наркотиків.

Асоціальна особистість дивиться на інших людей, як на джерело небезпеки чи насолоди, не звертаючи уваги на їх безпеку, задоволення, зручності. Вона переживає власні потреби як невідкладні й невмолимі, відкладання реалізації яких чи заміна чимось іншим немислима. Задоволення потреб веде до розпусти, стану перенасичення, але не до переживання щастя з властивим йому почуттям підвищення самоповаги.

Асоціальна особистість не здатна встановлювати тісні міжособистісні взаємини. Дружба вимагає від людей якостей, які їй не властиві. Асоціальні індивіди можуть лише брати від інших, але нічим не хочуть жертвувати, і це породжує сімейні негаразди. Вони орієнтуються виключно на себе і не сприймають інших людей як таких, що мають права й почуття. Інші люди для них лише засіб для досягнення власних цілей.

#### *Завдання консультанта*

1. Консультант повинен знати, що асоціальна особистість – це не просто інша людина. Вона кардинально відрізняється від інших – ставленням до себе та людей, метою життя.

2. Асоціальна особистість нерідко паразитує на оточення, використовуючи свою зовнішню привабливість. Унаслідок наведених причин консультанту важко виявляти симпатію до таких клієнтів, а їхня нездатність встановити близькі й осмислені стосунки заважають отриманню користі від консультування й психотерапії. Однак, беручи до уваги безмежну дріб'язковість почуттів асоціальної особистості, консультант не повинен поспішно звинувачувати себе, коли не вдасться налагодити з клієнтом емоційний контакт. Асоціальні особистості рідко потрапляють до консультанта за власним бажанням. Частіше їх направляє школа чи інші заклади, організації, тому консультантові слід з'ясувати причини приходу клієнта на консультування.

3. Установлювати контакт з асоціальними клієнтами дуже важко, тому що вони переносять свій повсякденний стиль життя й спілкування в консультуванні. Із самого початку консультування такі клієнти мають схильність обдурювати консультантів, особливо недосвідчених, своїм зовнішнім виглядом і обманною доброзичливістю, умінням підлеститися. Консультант, бажаючи допомогти, може перестаратися й стати об'єктом маніпуляції клієнта. У цьому розумінні асоціальна особистість становить для консультанта певну небезпеку.

4. Працюючи з асоціальними клієнтами, консультантові важко в будь-який момент ідентифікувати свої почуття і покладатися на них, тому що це єдиний спосіб уникнути маніпуляцій клієнта і виконувати роботу, не звертаючи уваги на великі труднощі.

***Особливості психоконсультування клієнтів  
з неадекватною поведінкою***

***Клієнти з тривожною поведінкою***

Тривожність попереджує людину про небезпеку, загрозу і в цьому випадку має не меншу цінність, ніж біль. S. Freud визначає тривожність як сигнал Ego, що попереджає індивідуум про наявність внутрішнього конфлікту.

Конфлікт, як правило, відбувається між неприйнятими підсвідомими імпульсами і психічними силами, спрямованими на стримування цих імпульсів.

**Тривожність** – це сигнал не лише попереджувачий, й захищаючий від конфліктів, тому що задіює механізми психологічного захисту.

Тривожність уподібнюється зі страхом (S. Freud навіть ототожнює це становище, використовуючи єдине поняття «Anqst»), так в обох випадках виявляється реакція на небезпеку.

Тривожність інтропсихічна, тобто зумовлена внутрішньо і пов'язується із зовнішніми об'єктами лише тією мірою, в якій вони стимулюють внутрішні конфлікти.

Звичайно, тривожність, на відміну від страху, є реакцією на уявну, невідому загрозу. До основи тривожності завжди покладено внутрішні конфлікти особистості. Для тривожності також характерна пролонгованість, тобто їй властиво розтягуватись у часі, постійно повторюватись або ставати неперервною.

Під фізіологічним кутом зору тривожність є реактивним станом. Вона викриває фізіологічні зміни, готуючи організм до боротьби – відступу або опору. Під час тривожності збуджується серцево-судинна система (збільшується ритм серця, підвищується тиск), а діяльність травного тракту пригнічується (зменшується активність секретій й перистальтики). Кров із травного тракту «переходить» до м'язової системи, тобто організм готується до активної діяльності. *Тривожність виявляється на трьох рівнях:*

1. Нейроендокринологічному (продукція адреналіну – епінефрін).
2. Психічному (невизначені побоювання).
3. Соматичному або моторно-вісцеральному (фізіологічні реакції різних систем організму на збільшення продукції епінефріна):

- а) дерматологічні реакції (шкіряні роз'ятрювання);
- б) реакція серцево-судинної системи (тахікардія, збільшення систолічного тиску);
- в) реакція травного тракту (приглушення діяльності слинних залоз – сухість у роті, неприємний присмак, анорексія, пронос, запор і т. ін.);
- г) реакція дихальної системи (гіпервентиляція);
- г) генітально-уринальні реакції (збільшене сечоспускання, порушення в менструальному циклі, біль в області таза, фригідність, імпотенція);
- д) вазомоторні реакції (потовиділення, почервоніння);
- є) реакції скелетно-м'язової системи (головні болі, болі в потилиці, артальгії).

Широкий спектр фізіологічних реакцій, пов'язаних із тривожністю, пояснює, чому її тривалий перебіг викликає психосоматичні розлади, а саме стан тривожності почасти «маскується» скаргами соматичного характеру. Такі клієнти, як правило, спочатку потрапляють не до психолога, а до лікаря (психотерапевта).

Кожен із нас, особливо у стресових ситуаціях, переживає тривожність. Однак для більшості людей це тимчасовий стан, який вони переборюють. У консультуванні ми маємо справу з клієнтами, для яких тривожність є важким станом, що часто супроводжується неприємними фізичними відчуттями. Психологічно такий клієнт відчуває, що з ним «відбувається щось не те», але ж не може конкретизувати свої недомагання і не знає, коли і де з ним знову трапиться така трагедія. Людина постійно відчуває тривожність, живе ніби під темним небом і не може перебороти напругу ні зусиллями своєї волі, ні за допомогою рідних. У такому стані клієнти, як правило, потрапляють до психолога-консультанта. Іноді цей стан полегшується сам по собі, іноді дуже часто загострюється й обтяжується. Невизначена тривожність особливо пригнічується несприятливими життєвими обставинами, коли існує постійна загроза соціальному становищу або фінансовому благополуччю і т. ін. Соціальна сфера, життєві умови не так безпосередньо породжують внутрішні конфлікти, як постійно сприяють їхньому виявленню повною силою.

#### *Завдання консультанта*

Робота консультанта з клієнтом, який звернувся у зв'язку з постійною тривожністю, втомлюваністю, є складною, тому що клієнтові важко пояснити, які проблеми приховані за таким виснажливим переживанням. Консультант повинен вміти побачити різні «сторони»

тривожності, оскільки тривожність часто не проявляється безпосередньо, а «перетворюється».

Одна з найчастіших «маскувань» тривожності – перейменування. «Я збуджений; я в напрузі; у мене слабкість; я боюсь; мені смутно; я постійно просинаюся вночі; я не відчуваю» себе самим собою – клієнти говорять десятки слів і виразів для визначення стану тривожності.

Дуже часто тривожність виражається соматичними симптомами. Більшість клієнтів пов'язують їх зі спеціальними ситуаціями, що спонукають тривожність. Проте неправильно називати такі симптоми «функціонувальними», «на нервовому ґрунті» тощо, оскільки клієнт відчуває себе ніби винним у ситуації, скаржиться на щось фіктивне, у зв'язку з цим звертаються до заперечення і до інших явищ психологічного захисту. Іноді соматичні скарги є простим способом заявити про свою тривожність. Наприклад, коли клієнт скаржиться на головний біль у присутності дружини, консультант повинен з'ясувати проблему: «Здається, Ви хочете мені сказати, що в присутності дружини через якісь обставини нервуєтесь і Ваша тривожність виявляється головним болем. Якщо нам удається дізнатися, що викликає у Вас тривожність, ми зможемо побороти цей головний біль». Подібна тактика значно краща, ніж пряме підтвердження: «У Вас головний біль на нервовому ґрунті». Соматичні симптоми не обов'язково виникають внаслідок тривожності – часто вони просто заміщають тривожність.

Іноколи тривожність маскується відповідними діями. Увесь спектр нав'язливих дій – від стукання пальцями по столу, крутіння гудзиків, надокучливого моргання очима, чухання й переїдання, надмірне пияцтво або куріння, нав'язлива потреба купувати речі – може означати тривожність, пов'язану з конфліктною життєвою ситуацією.

Тривожність також почасти приховується за іншими емоціями. Дратівливість, агресивність може бути реакцією на тривожну ситуацію. Деякі клієнти самі пояснюють, що коли вони починають відчувати напругу, то стають саркастичними, в'їдливими, важкими у спілкуванні. Інші клієнти стверджують, що в таких ситуаціях, навпаки, стають холодними, стриманими, неговіркими. Інший тип реакцій часто виявляє внутрішній конфлікт між безсиллям й агресивністю, і цей конфлікт паралізує активність. Якщо ми стикаємося з такими клієнтами, їхнє завдання викликає дратівливість і злість, але ж одночасно дає змогу отримати ключ до розуміння проблем, що доводиться вирішувати, бо навколо клієнтів люди відчувають потрібні відчуття, розмовляючи з ними.

Багатослів'я – також спосіб маскуванню тривожності. Так клієнт намагається приховати власну тривожність і «озброїти» консультанта. Словесний потік не потрібно зупиняти, а лише звернути увагу на приховану за ним тривожність. Неперервна розмова – це своєрідна форма самозахисту, яку не варто одразу ламати.

Консультант крізь призму власних почуттів повинен проаналізувати мотиви багатослів'я, маючи на увазі, що в повсякденному житті клієнт так само набридає навколишнім марними розмовами, прагнучи приховати свою тривожність.

Деякі клієнти, щоб приховати свою тривожність і стримати активність консультанта, постійно перебивають його, що помітно фруструє консультанта. Однак більшість клієнтів не здатні його «переривати», і консультант легко опановує ситуацію. Важко в тих випадках, коли насправді клієнт небагатослівний і не хоче заповнити фразами паузи, але ж зразу перебиває консультанта, коли той починає говорити. Навіть якщо консультант хоче заперечити, такий клієнт не зупиняється, ніби не чує його слів. Консультантові тоді не слід вступати в суперечку, а різко зупинити клієнта і вказати на недопустимість такої поведінки. Бажання перебивати консультанта може бути зумовлено не повністю усвідомленим страхом перед будь-яким запитанням чи висловлюванням. Іноді варто прямо запитати, чи розуміє клієнт, що робить. Пряме запитання допоможе клієнтові зрозуміти спосіб своєї поведінки в стані тривожності. Така категорія клієнтів захищається від тривожності парадоксальним шляхом. Вони з демонстративною відкритістю розповідають про свої справи і запитують, що робити. Таке підкреслене вихваляння тривожності, як правило, є проявом ворожості, і консультант повинен звернути на це увагу клієнта.

Тривожність може мотивувати опір власне процесу консультування. По суті відбувається опір усвідомленню внутрішніх конфліктів, а отже, і підвищення тривожності. Опираючись, клієнт намагається контролювати свою відкритість, вимовляти лише «цензурні» думки й почуття, бути якомога більше безособистісним, не виявляти своїх почуттів стосовно консультанта. Консультант, навпаки, має звертати увагу клієнта на те, як він запобігає тривожності: «Ви змінили тему бесіди?», «Ви намагаєтесь переключити увагу на мене?», «Ви хочете, щоб я Вам указав тему висловлення?», «Ми знову повертаємося назад – Ви намагаєтесь нав'язати мені керівництво бесідою» тощо.

Іноді тривожність примушує клієнта не лише опиратися, а й демонструвати ворожість до консультанта, найчастіше в закритій

формі. Клієнт із презирством і сарказмом критикує тупих консультантів, яких відвідував раніше, розповідає історії про помилки психологів і психіатрів. Більш звужена форма наступу на консультанта виражається у спробі подружитися з ним, щоб консультант бачив клієнта не як клієнта, а як друга. Тривожний клієнт – це та людина, яка намагається знайти загальні інтереси з консультантом і виступає в ролі його партнера з хобі. Для цього клієнти приносять, скажімо, поштові марки або інші колекційні предмети, намагаючись зробити обмін, запрошують консультанта на чашку кави або обід, жінки поведуться так само, але з характерною для них специфікою – намагаються показати свою жіночу привабливість, демонструють материнську або сестринську поведінку, виявляють занепокоєння зовнішнім виглядом і здоров'ям консультанта, що створює ілюзію дружніх стосунків. Така поведінка клієнтів спрямована на «знищення» консультанта як професіонала; збуджувальними мотивами є страх і тривожність, заперечення серйозності своїх проблем. Якщо консультант піддається вищенаведеному впливу і справді стає «другом» клієнта, виникає багато серйозних труднощів у консультативному контакті, консультування загалом на цьому закінчується.

Консультуючи тривожних клієнтів, важливо знати не лише способи, якими вони маскують свою тривожність, а й засоби, з допомогою яких намагаються позбавитися від неприємного впливу тривожності. Цими засобами служать механізми психологічного захисту, які вперше описав S. Freud. Механізми функціонують автоматично, на підсвідомому рівні. Клієнт, використовуючи захисні механізми для зменшення тривожності, не виявляє патології, доки не стає утрираним і не починає викривляти розуміння реальності й обмежувати гнучкість поведінки. Описано багато механізмів психологічного захисту. Охарактеризуємо коротко основні з них:

1. **Витіснення.** Це процес мимовільного усунення до підсвідомості небажаних думок, потреб або почуттів. Freud докладно описав захисний механізм мотивованого забування, який відіграє суттєву роль у формуванні симптомів. Коли дія цього механізму для зменшення тривожності виявляється недостатньою, підключаються інші захисні механізми, які дозволяють витісненому матеріалу пізнаватись у викривленому вигляді. Найбільш відомі дві комбінації захисних механізмів:

а) витіснення + зміщення. Ця комбінація сприяє виникненню фобічних реакцій. Наприклад, нав'язливий страх матері, що маленька



дочка захворіє важкою хворобою, є захистом проти ворожості до дитини, разом із механізмом витіснення й зміщення;

б) витіснення + конверсія (соматична символізація). Ця комбінація виконує основу істеричних реакцій.

2. **Регресія.** За допомогою цього механізму виконується неосмислене сходження на більш ранній рівень пристосування, що дозволяє задовольнити бажання. Регресія може бути частковою, повною або символічною. Більшість емоційних проблем мають регресивні риси. У нормі регресія проявляється в іграх, реакціях на неприємні факти (наприклад, коли народжується друга дитина, то перший малюк перестає користуватися туалетом, починає просити соску і т. ін.), у ситуаціях збільшеної відповідальності, коли хтось захворів (хворий потребує більшої уваги й опіки). У патологічних формах регресія проявляється у психічних хворобах, особливо під час шизофренії.

3. **Проекція.** Це механізм ставлення до іншої особи або об'єкта мислення, почуттів, мотивів і бажань, що на свідомому рівні індивідуум у себе відштовхує. Нечіткі форми проекції проявляються у повсякденному житті. Багато хто зовсім не критично ставиться до своїх недоліків, із легкістю помічають їх лише в інших, схильні звинувачувати навколишніх в особистих бідах.

Проекція буває і шкідливою, тому що призводить до помилкової інтерпретації реальності. Цей механізм часто спрацьовує в незрілих і вразливих особистостях. У випадках патології проекція призводить до галюцинацій і марення, коли втрачається здатність відрізнити фантазії від реальності.

4. **Інтроекція.** Це символічна інтернаціоналізація (включення в себе) людини чи об'єкта. Дія механізму протилежна проекції. Інтроекція виконує дуже важливу роль у ранньому розвитку особистості, оскільки на її основі засвоюються батьківські цінності й ідеали. Механізм актуалізується під час трауру, втрати близької людини. За допомогою інтроекції згладжуються грані між об'єктами кохання і своєю особистістю. Інколи замість злості й агресії стосовно інших людей нищівні збудження перетворюються в самокритику, самооцінку, оскільки відбулася інтроекція звинуваченого. Таке часто трапляється під час депресій.

5. **Раціоналізація.** Це захисний механізм, правдоподібний до мислення, відчуттів, поведінки, які насправді небажані. Раціоналізація – найпоширеніший механізм психологічного захисту, тому що наше завдання відповідає багатьом факторам, і коли ми пояснюємо її най-

більш бажаними для себе мотивами, то раціоналізуємо. Підсвідомий механізм раціоналізації не потрібно плутати з навмисною брехнею, обманом або нещирістю. Раціоналізація допомагає зберегти самоповагу, уникнути відповідальності й провини. У різній раціоналізації є хоча б мінімальна кількість правди, але в ній більше самообману, тому вона й небезпечна.

**6. Інтелектуалізація.** Цей захисний механізм передбачає перебільшене використання інтелектуальних ресурсів для усунення емоційних переживань і почуттів. Інтелектуалізація тісно пов'язана з раціоналізацією і замінює переживання почуттів роздумами про них (наприклад замість справжнього кохання – розмови про кохання).

**7. Компенсація.** Це несвідома спроба подолання реальних і уявних недоліків. Компенсаційне завдання універсальне, оскільки досягнення статусу є важливою потребою майже всіх людей. Компенсація може бути соціально бажаною (сліпий стає знаменитим музикантом) і небажаного (компенсація низького зросту – прагнення до влади й агресивності; компенсація інвалідності – грубістю і конфліктністю). Ще вирізняють пряму компенсацію (прагнення до успіху в безперспективній галузі) і непряму компенсацію (прагнення утвердитися в іншій сфері).

**8. Реактивне формування.** Захисний механізм замінює непридатне для усвідомлення гіпертрофованими, протилежними тенденціями. Захист має двосторонній характер. Спочатку витісняється неприємне бажання, а потім підсилюється його антитеза. Наприклад, перебільшена опіка може маскувати почуття відторгнення, перебільшена й ввічлива поведінка може приховувати ворожість тощо.

**9. Заперечення.** Це механізм відхилення думок, почуттів, бажань, потреб чи дійсності, котрий не сприяє на свідомому рівні. Поведінка така, ніби проблеми не існує. Примітивний механізм заперечення більшою мірою характерний для дітей (якщо голова під ковдрою, то реальність перестане існувати). Дорослі часто використовують заперечення у випадках кризових ситуацій (невиліковна хвороба, наближення смерті, втрата близької людини).

**10. Зміщення.** Це механізм спрямування емоцій від одного об'єкта до більш бажаної заміни. Наприклад, зміщення агресивних почуттів від роботодавця на членів сім'ї чи інші об'єкти. Зміщення виявляється при фобічних реакціях, коли неспокій від прихованого конфлікту переноситься на зовнішній об'єкт. У психологічному консультуванні, як правило, трапляються випадки використання непридатних захисних механізмів для подолання неспокою.

Дуже важливо дати можливість клієнту виговоритися й виразити свій неспокій, тому що стурбований клієнт мало що чує, він не сприймає доводів консультанта. Невимовлений неспокій безмежний.

Коли він «одягається» в оболонку слова, то фіксується в межах слів і стає об'єктом, якого може побачити і клієнт, і консультант. Відбувається значне зменшення дезорганізуючої сили неспокою. Отже, із неспокійним клієнтом потрібно обговорити його стан. Не можна забувати, що ми маємо, по суті, справу з прихованими у підсвідомості почуттями, тому не варто тиснути на клієнта, щоб він швидше назвав причини свого неспокою. Консультант повинен виявити розуміння й терплячість. Не слід також піддаватися спокусі розмірковувати про стреси й напруження, властиві нашому часу. Це, як правило, не стосується страждань конкретного клієнта. Людині, яку роздирають внутрішні конфлікти, не слід відмовляти в допомозі через нібито екзистенціальну природу його неспокою. Екзистенціальний неспокій існує, однак більшість клієнтів звертаються не через нього.

### ***Клієнти зі страхом і фобіями***

Уже згадувалося, що схожим до неспокійного стану є страх. Однак неспокій, на відміну від страху, не має певного об'єкта, страх же пов'язаний із конкретним предметом оточення (обличчям, предметом, подією). Страх має біологічну значимість, оскільки оберігає від багатьох небезпек. Без почуття страху ми були б легкоковразливі.

У психологічному консультуванні існує два типи страхів – нормальний, як природна реакція, і патологічний, який називається фобією. Щоб консультант міг ефективно надавати допомогу, він повинен розуміти психологічний зміст і психодинаміку різних страхів.

Найчастіше клієнт звертається з приводу конкретних страхів, пов'язаних із якимись важливими подіями (страх перед іспитом, чи хірургічною операцією і тощо). У таких випадках слід спочатку допомогти клієнтові зрозуміти зміст події, що викликає почуття страху, розібратися, якою мірою його реакція на цю подію є правдоподібною та адекватною.

Janis вивчив страх у хворих хірургічного відділення і вирізнув три типи емоційних реакцій.

1. Пацієнти першої групи переживали особливо сильний страх перед операцією. Вони відверто говорили про свою стурбованість, намагались якось відкласти операцію, не могли заснути без заспокійливих ліків і постійно шукали співчуття та підтримки серед персоналу лікарні. Для цих пацієнтів і після операції був характерний більший неспокій, ніж для решти.

2. Пацієнти другої групи відчували перед операцією помірний страх. Інколи вони висловлювали стурбованість окремими аспектами операції (наприклад способом обезболювання) і просили сказати правдиву інформацію про те, що з ними будуть робити. Хоч ці пацієнти й почувалися вразливими, проте предмет їхньої стурбованості був реальним, а не уявною небезпекою. Після операції в них спостерігалися лише незначні емоційні порушення. Вони добре співпрацювали з персоналом лікарні.

3. Пацієнти третьої групи майже не відчували ніякого страху перед операцією, позитивно сприймали те, що має статися, їхні очікування виглядали надміру оптимістичними. Після операції, відчуваючи болі, ці пацієнти постійно скаржилися на своє погане самопочуття, ставали злими й агресивними і свою злість спрямовували на персонал лікарні. Janis зробив висновок, що страх середнього ступеня корисний, тому що готує людину до зіткнення з реальними небезпеками і майбутніми обмеженнями. Дуже важливою виявилася для пацієнтів попередня інформація про подію, якої вони боялися. Пацієнти третьої групи здавалися безстрашними, не цікавилися, що може статися з ними, тому сприйняття після операційних ускладнень було несподіваним.

Матеріали цього дослідження суттєві для консультування пацієнтів зі страхом. Насамперед запрошується висновок про те, що не слід допомагати клієнтові повністю звільнитися від страху, а також не варто приховувати інформацію, яка, на перший погляд, здається страшною. Інформація, відповідно викладена, лише підготовлює до вказаних подій.

Отже, певна міра страху може виявитися цілющою. Психолог-консультант повинен допомогти клієнтові конструктивно скористатися страхом.

Великі труднощі для психолога має консультування клієнтів із фобіями. Основою патологічних страхів є глибоко прихована тривога. Суть механізму формування фобії полягає в зміщенні тривоги від первинної ситуації чи об'єкта, що викликали занепокоєння, на іншу ситуацію чи об'єкт. Людина починає боятися речей, які є лише заміниками об'єктів первинного занепокоєння. Таке зміщення виникає внаслідок невирішених внутрішніх конфліктів.

Отже, під фобіями розуміємо заміну переживань неспокою страхом, при цьому «обирається» специфічний і конкретний об'єкт або ситуація замість невизначеного напрямку тривоги. Відчувати страх також неприємно, однак ця неприємність більш приємна, бо знаєш,

чого боїшся, що може реально нашкодити і як уникнути небезпеки, тобто страх, на відміну від тривоги, контролюється.

Консультант не повинен проявляти поспішності в інтерпретації внутрішніх конфліктів клієнта на основі його конкретної фобії. В інтерпретації дуже ненадійно опиратися на символічний зміст фобії. За однією й тією ж фобією в різних людей можуть приховуватися різні конфлікти. Суть фобії великою мірою залежить від індивідуальної історії життя клієнта, тому можна помилитися, піддавшись спокусі поверхового пояснення.

«Мова» фобій заплутана, складна. Стержнем невротичної поведінки з перевагою фобій є посилене уникання тривоги, намагання обійти спонукаючий її конфлікт. Тому клієнт почасти спокійно говорить про свій страх, але заперечує існування будь-яких внутрішніх конфліктів, пов'язаних із цим страхом. Консультант повинен бути готовий до такої поведінки. Способи уникнення обговорення конфлікту можуть проявитися найрізноманітнішим способом. Як правило, клієнти дуже обережні в стосунках із консультантами. Вони схильні опиратися намагання консультанта говорити про речі, що провокують тривогу.

Опір знову ж таки може набувати різних форм. Клієнт забуває деталі передісторій своїх проблем, що розкривають суть психологічного конфлікту. Наприклад, виникнення фобій якимось пов'язано зі змінами життя клієнта, системи стосунків його особистості, але клієнт про це навіть не згадує, хоч така інформація дуже важлива для розуміння природи фобій.

Опираючись, клієнт також може намагатися відійти від теми бесіди і, отже, ухилитися від тематики, що провокує тривогу.

Консультант повинен враховувати ці типові риси поведінки клієнтів із фобіями, оскільки інколи доводиться поступатися перед клієнтами, і не торкатися неприємних тем, щоб не завдавати їм страждань. Однак така тактика не дозволяє надіятися на успіх у корекції фобій.

Ще один спосіб утечі від тривоги клієнтів із фобічними реакціями – самолікування. Вони купують книжки на медичну тематику, шукають інформацію у спеціальних журналах, намагаються випробувати всі можливі методи лікування, однак уникають безпосереднього звернення до своїх внутрішніх конфліктів. Консультантові важливо розібратися, яку вторинну вигоду має клієнт зі своєї «боязливої» поведінки в сімейних стосунках, на роботі чи у будь-яких інших сферах. Шанси розуміти клієнта збільшуються, якщо застосовується спроба дивитися на його проблеми чи симптоми в широкому контексті.

Ще одна особливість консультування клієнтів із фобіями виявляється в тому, що страхи можуть передатися консультантові. Якщо таке трапилося, то це означає, що перемогла використана клієнтом техніка ухилення, і цим випадком не слід займатись. Ефективна корекція страхів вимагає від консультанта посиленого самоконтролю.

### ***Вороже налаштовані й агресивні клієнти***

Немало проблем у консультуванні створюють негативно налаштовані чи відкрито ворожі (що трапляється рідше) клієнти. Консультанти по-різному реагують на таких клієнтів: одні відповідають дратівливо і з ворожістю; інші намагаються виявити люб'язність і дружбу, налаштовуючи клієнта на свою користь і пояснюючи відсутність підстав для озлоблення; треті ігнорують стан клієнта, поводяться так, ніби нічого не сталося. Можливо, у деяких випадках корисно розсердитися на клієнта, однак ще важливіше зрозуміти причину його стану.

Клієнтові слід сказати, що він вороже налаштований і злий. Інколи поняття «озлобленість» і «ворожість» є надто сильними для характеристики, тому свої висловлювання слід формулювати не лише категорично. Наприклад: «Ви, здається, чимось невдоволені?», «Ви розчаровані?», «Не хочете щось сказати?», «Це звучить так, ніби ви сердиті» тощо. Якщо консультант лише підозрює клієнта у ворожості, він може уточнити: «Що сталося?», «Я неправильно щось сказав чи зробив?». У будь-якому випадку, зіткнувшись із ворожістю клієнта, не варто поводитися так, ніби розколовся світ навпіл. Зрозуміло, не можна з насмішкою чи презирством дивитися на клієнта – його ворожість слід завжди трактувати серйозно, тому що вона заважає психологічній взаємодії.

Причини незадоволення клієнта можуть бути простими – не подобається вигляд чи слова консультанта, консультант надто молодий і т. п. Причини, як правило, існують. Щоб розібратися в підставі озлобленості клієнта й ефективно реагувати на неї, консультант повинен зрозуміти основні риси цього стану.

Насамперед злість є чимось патологічним чи незвичайним. Кожен зрідка сердиться, або, точніше кажучи, здатен розізлитися. Немає такої життєвої ситуації, де не могло б проявитися почуття злості, зла думка чи дія. Деякі справи, що відбуваються в житті, хоч і невеликою мірою, але мотивовані злістю. Ворожість має свій зміст – вона є засобом самозахисту, крім того, вона значно дієвіша, ніж страх. Інакше кажучи, злість є не лише сигналом, що попереджає про небезпеку, як тривога й страх, а й почуттям, що зумовлює самозахист, вона породжує агресивність.

### *Завдання консультанта*

Консультантові важливо знати походження озлобленості, причини якої приховані в життєвих обставинах клієнта. Злість «історична», тобто має своє минуле, у кожної людини неповторна.

Упродовж життя, особливо в дитячі роки, формується індивідуальний «стиль ворожості», тобто через що ми сердимось, як накопичується й вимощується злість. Одні клієнти сердяться, якщо консультант говорить наказовим тоном: інші – коли ясно й точно не вказує, що робити; треті – коли ставить багато особистих запитань, тому що це видається для них зайвою цікавістю. Такі обставини в одних клієнтів стимулюють ворожість, в інших – ні. В основному ці відмінності зумовлені особливостями життєвого досвіду. Консультантові нелегко достатньою мірою прослідкувати історію озлобленості клієнта, проте важливіше зрозуміти, що злість, в основному, «принесена» у консультування і не пов'язана з тим, що говорить і робить консультант.

Інколи в конкретний момент консультант безпосередньо «заміняє собою» якусь людину чи ситуацію з минулого життя. Коли клієнт, особливо на початку консультації, ворожий, підозрілий, злий, консультант повинен знати, що джерело цих почуттів – в особистості клієнта. Почасти консультант схильний звинувачувати себе, оскільки йому здається, що клієнти завжди поважають хорошого консультанта і ніколи не повинні сердитися на нього. Це неправильно – злість є унікальним почуттям. І не варто впадати в ілюзії з приводу відсутності ворожості при консультуванні. Однак ілюзія може виникнути й виникає. Потрібно твердо знати про інше – консультант, стосовно якого клієнт не може вільно висловити своє невдоволення чи злість, – поганий консультант.

У консультуванні слід мати на увазі, що інколи клієнт приховує тривогу. У таких випадках потрібно допомогти клієнтові розібратись у його справжніх почуттях і трансформувати ворожість.

Хоч консультантові нелегко лишатися спокійним, відчувши озлобленість клієнта і вислуховуючи неприємні речі про себе, однак не слід забувати, що відповідати ворожістю – значить провокувати ще більшу ворожість. Консультант зобов'язаний усвідомити свої почуття в таких ситуаціях, ідентифікувати своє невдоволення, щоб ефективніше допомогти клієнтові перебороти його озлобленість. Коли на ворожість клієнта ми не відповідаємо ворожістю, то врешті-решт збільшується взаємне розуміння, зростає співробітництво в досягненні спільної мети.

Існує велика різниця між озлобленістю клієнта, що виникла в процесі консультування, і прямими образами консультанта. Як правило, агресія стосовно консультанта виражається не прямо. До образу консультанта ні в якому разі не повинен лишатися толерантним, оскільки вони шкодять і самому клієнтові.

Одним із варіантів такої поведінки є дорікання колегам консультанта, з якими клієнт зустрічався раніше. Інколи претензії бувають справедливі, оскільки не всі психологи досконалі й ввічливі у своїй поведінці. Проте в більшості випадків повідомляється або цілковита неправда, або дуже викривлена інформація. Так клієнт примушує консультанта погодитися з ним або провокує дискусію. У цих випадках не слід розкривати своїх позицій, просто дати клієнту змогу повніше поділитися своїми переживаннями. Існує міф про неконтрольовану ворожість психічно хворих клієнтів. Насправді реальну небезпеку становлять небагато таких хворих. Однак під час виникнення небезпечної ситуації консультантові не потрібно демонструвати героїзм. Лишаючись спокійним, не погрожуючи, слід попередити клієнта, що агресивні дії недопустимі й за потреби будуть вжиті дисциплінарні заходи. У словах консультанта не повинна звучати ворожість. Як правило, клієнти погоджуються з обмеженнями, тому що й самі занепокоєні наслідками своєї поведінки. Частіше в консультуванні трапляється прихована ворожість. Справитися з нею складніше. Отже, якщо в бесіді з клієнтом відчуваємо щось недобре, то слід йому допомогти відверто висловитися, розкрити свої переживання, тому що будь-які сильні емоції, що лишилися невисловленими, особливо негативні, дезорганізують логічне мислення й поведінку, сприяють виникненню психосоматичних симптомів і ускладнюють процес консультування.

### **4.3. Особливості роботи психолога з клієнтами, які переживають втрату**

Для того, хто помер, смерть – абсолютний кінець його земного життя. Однак у душах близьких і друзів людина ще продовжує, існувати, як правило деякий час. Примирення з утратою – болісний процес, але абсолютно природний, і його не слід форсувати.

У житті втрати більше чи менше відчутні, але у всіх випадках людина відчуває душевний біль, переживає горе. Втрати, як і інші події нашого життя, не лише болісні, вони пред'являють і можливості особистісного росту. Консультант може сприяти реалізації цієї втрати, її зв'язку з іншими емоціями, ролі у становленні людини.



Ніхто не повинен переконувати в протилежному, намагатися чимось зацікавити, займати розвагами. Смерть близької людини – це тяжка рана, і особа, яка зазнала втрати близької людини, має право сумувати.

Інтенсивність і протяжність почуття горя в різних людей неоднакові. Усе залежить від характеру стосунків з утраченою людиною, від виваженості вини, від подовженості траурного періоду в конкретній культурі.

Душевні муки як найяскравіший компонент трауру є, передусім, процесом, ніж станом. Перед людиною заново постає питання про ідентичність, відповідь на яке приходить не як миттєвий акт, а з часом у контексті людських стосунків як чергування стадії заперечення, озлобленості, компромісу, депресії, адаптації. Вважають, що нормальна реакція горя може продовжуватися майже рік.

Зразу після смерті близької людини з'являється гострий душевний біль.

На першому етапі емоційного шоку супутня спроба відкидати реальність ситуації. Шокова реакція інколи проявляється в несподіваному зникненні почуттів, «охолодженні», ніби почуття провалюються десь у глибину. Це буває навіть тоді, коли смерть близької людини не була раптовою, а очікувалася тривалий час. Відкидається сам факт смерті – «Він не помер», «Цього не може бути», «Я не вірю цьому». Про померлого нерідко говорять у теперішньому часі, його беруть до уваги під час планування майбутнього.

У горі обов'язково настає озлобленість. Той, хто втратив близьку людину, намагається звинувачувати когось у тому, що сталося. Вдова може звинувачувати чоловіка за те, що він залишив її, або Бога, який не почув молитов. Звинувачують лікарів та інших людей, які здатні реально чи лише в уяві захистити того, хто страждає, і могли б не допустити до такої ситуації. Ідеться про справжню злість. Якщо вона залишається всередині людини, то «підживлює» депресію. Тому консультант повинен не дискутувати з клієнтом і не коригувати його злість, а допомогти їй вилитися назовні. Лише в такому випадку зменшиться вірогідність її розрядки на випадкових об'єктах.

Після першої реакції на смерть близької людини – шоку, заперечення, злості – відбувається усвідомлення втрати й примирення з нею.

У статті «Горе і меланхолія» (1977) S. Freud назвав процес адаптації до нещастя «роботою горя». Сучасні дослідники «роботу суму» характеризують як когнітивний процес, якій включає зміну думок про

померлого, гіркоту втрати, спробу відійти від утраченої особи, пошук свого місця в нових обставинах. Цей процес не є якоюсь неадекватною реакцією, від якої треба вберегти людину, із гуманістичних позицій він прийнятний і потрібний. Мається на увазі дуже велике психологічне навантаження, яке примушує страждати. Консультант здатний полегшити стан людини, однак його втручання не завжди доречне. Почуття суму не слід призупиняти, воно має продовжуватися стільки, скільки потрібно.

Типовий прояв горя – сум за померлим. Людина, яка зазнала втрати, хоче повернути втрачене. Як правило, це ірраціональне бажання недостатньо усвідомлюється, що робить його ще глибшим. Консультантові слід розібратися в символічній природі суму. Пошук померлого не безпідставний – він відверто спрямований на відтворення втраченої людини. Не слід пробиватися символічним зусиллям до того, хто сумує, оскільки так він намагається пережити втрату.

У траурі дуже суттєві ритуали. Вони потрібні тому, хто сумує, як повітря й вода. Психологічно дуже важливо мати публічний і санкціонований спосіб вираження складних і глибоких почуттів. Ритуали потрібні живим, а не померлим, і вони не можуть бути спрощені до втрати свого призначення.

#### *Завдання консультанта*

Консультування людей, які зазнали втрати близьких, – це нелегке випробовування духовних сил і професійної компетенції психолога.

Консультант не повинен заглушати процесу горя. Якщо він зруйнував психологічний захист клієнта, то не зможе надати ефективну допомогу.

Слід відзначити, що «робота суму» не для всіх людей є ефективною стратегією подолання втрати. Багато залежить від стилю реакції. Людині, схильній заглушити болючі спогади іншим видом діяльності, «робота суму» мало допомагає.

Із закінченням «роботи горя» проходить адаптація до реальності нещастя, і душевний біль зменшується. Того, хто зазнав втрати, починають цікавити нові люди й події.

У період утрати страждання полегшуються присутністю рідних, друзів і причому суттєва не їхня дійова допомога, а легка доступність упродовж кількох тижнів.

Роль слухача у деяких випадках може виконувати консультант. Клієнтові слід дати змогу виражати будь-які почуття. Інше дуже важливе завдання консультанта – допомогти близьким правильно реагувати на сум людини, яка втратила близьких.

### ***Переживання втрати під час розлучення***

Утрата близької людини трапляється не лише після її смерті. Розлучення є аналогічною ситуацією і породжує схожу динаміку переживань. Розлучення – це «смерть» стосунків, що викликає найрізноманітніші, але завжди болісні почуття.

Froiland і Hosman для опису розлучення скористалися відомою моделлю Kubler-Ross:

1. *Стадія заперечення*. Спершу реальність того, що трапилося, заперечується. Важко одразу звикнути з розлученням. На цій стадії ситуація розлучень сприймається з вираженим захистом: «Нічого такого не сталося», «Все добре», «Нарешті, прийшло звільнення» і т. ін.

2. *Стадія озлобленості*. На цій стадії від душевного болю захищаються озлобленістю до партнера. Почасти маніпулюють дітьми, намагаючись привернути їх на свій бік.

3. *Стадія переговорів*. Намагаються відновити шлюб і використовують багато маніпуляцій стосовно одне одного, в тому числі й сексуальні стосунки.

4. *Стадія адаптації*. Коли консультант зустрічається з розлученим клієнтом на одній із вищезгаданих стадій, його мета – допомогти клієнтові «перейти» у стадію пристосування до умов життя, що змінилися.

Діапазон проблем, що виникли після розлучення, надзвичайно широкий – від фінансових до догляду за дітьми. У вирішенні проблем суттєве місце займає вміння жити без дружини (чоловіка) і переборювати самотність. Роль консультанта в цих обставинах може виявитися досить значною. Він повинен допомогти відрізнити самотність від усамітнення, відкрито аналізувати ставлення до сексу.

#### **4.4. Особливості роботи психолога з невиліковно хворими клієнтами**

##### *Особливості бесіди з умираючою людиною*

Ставлення до смерті впливає на спосіб життя. Св. Августин мислив так: «Лише перед лицем смерті народжується самотність людини».

Невиліковна хвороба невмолимо наближує реальність смерті. Вона суттєво змінює людське життя, і на цьому фоні, як не парадоксально, почасти проявляються ознаки «росту особистості». Що ж відбувається під час наближення смерті? Якоюсь мірою відповідь на запитання ми одержуємо в бесідах із онкохворими:

- заново оцінюються пріоритети життя – втрачають значення дрібниці;
- виникає відчуття звільнення – не робиться те, чого не хочеться робити;
- підсилюється хвилинка відчуття життя;
- спілкування з люблячими людьми стає глибшим;
- зменшується страх бути знехтуваним, зростає бажання ризикувати.

Усі ці зміни свідчать про збільшення чуттєвості невиліковно хворої людини, що пред'являє конкретні вимоги до тих, хто поруч із ним – близьких, лікарів, психологів. У хворого виникають дуже важливі для нього запитання – «Чи скоро я помру?». Не існує єдиної правильної відповіді на це запитання. У такий момент накладається велика відповідальність у розмові з пацієнтом про смерть. Насамперед, непогано порадити йому впорядкувати життєві справи (останнє бажання, заповіт і т. ін.). Можна не говорити пацієнтові, що скоро він помре. «Кожен повинен бути готовим до найгіршого, особливо важкохворий». Деякі люди не схильні думати про завершення своїх земних справ, тому що їм здається, що вирішення цих проблем відкриває двері смерті. Із ними можна обговорити проблему страху перед смертю.

Питання про відвертість із невиліковно хворим є найважчим. Існують найрізноманітніші думки з цього приводу. Одні вважають, що пацієнтові слід сказати всю правду, інші наголошують на потребі бережливого ставлення до важкохворого і нічого не говорити йому про наближення смерті, треті вважають, що слід поводитися так, як цього бажає пацієнт. Звичайно, хворий має право знати правду про свій реальний стан, і нікому не дозволено ущемляти це право, однак не варто забувати, що «право знати» не рівнозначне «обов'язково знати». Право знання не рівносильне вибору знання. Важкохвора людина може і не бажати знати будь-що конкретне про наближення смерті, і оточуючому повинно поважати його вибір.

Послідовність реакцій невиліковно хворих людей на наближення смерті описує *модель Kubler-Ross*.

1. *Заперечення*. Відвідуючи різних лікарів, пацієнти сподіваються на заперечення діагнозу. Реальний стан речей приховується і від сім'ї, і від себе.

2. *Злість*. Вона найчастіше висловлюється запитанням: «Чому я», «Чому це сталося зі мною?», «Чому мене не почув Бог?».

3. *Компроміс*. На цій стадії намагаються ніби відстрочити присуд долі, змінюючи свою поведінку, спосіб життя.

4. *Депресія*. Зрозумівши неминучість свого становища, людина поступово втрачає цікавість до навколишнього світу, відчуває сум, гіркоту.

5. *Адаптація*. Примирення розуміється як готовність спокійно зустріти смерть.

Помираючий здатний зрозуміти свій стан і почасти хоче поговорити про свою хворобу й наближення смерті, але лише з тими, хто вислуховує його без поверхових спроб утішити. Тому консультантові як лікареві слід уміти кваліфіковано розібратись у бажаннях вмираючого й пов'язаних зі смертю фантазіях і страхах. Це дасть змогу не лише вислухати пацієнта, а й допомогти йому поділитися думками про смерть і про те, що він утратить разом із життям.

*Декілька важливих принципів, котрі слід враховувати консультантові в роботі з людьми, які помирають:*

1. Дуже часто люди помирають у самотності. До вмираючого не слід ставитися так, як до уже померлого. Його слід відвідувати й спілкуватися з ним.

2. Треба уважно вислуховувати скарги вмираючого і терпляче задовольняти його потреби.

3. На благо вмираючого мають спрямуватися всі зусилля його близьких людей.

4. Помираючи, люди переважно більше говорять, ніж вислуховують відвідувачів.

5. Мова помираючого часто буває символічною.

6. Не слід трактувати людину, яка помирає, лише як об'єкт турбот і співчуття.

7. Найбільше, чим може скористатись умираюча людина, – це наша особистість.

8. Психологам і лікарям слід зізнатися у своїх сумнівах, почутті провини.

Персоналові, що працює з умираючим і його близькими, теж потрібна суттєва допомога. Із ними слід насамперед говорити про усвідомлення прийняття смерті з почуттями й провини, й безсилля.

#### **4.5. Психологічна допомога при насиллі в сім'ї**

У загальному вигляді насилля визначається як примусовий вплив на будь-кого. Найбільш поширена класифікація видів насилля та, яка

ґрунтується на характері насильницьких дій. Вона включає фізичне, сексуальне, психологічне (емоційне) та економічне насилля.

Досвід свідчить, що більшість потерпілих від сімейного насильства (за даними дослідників США, близько 95 %) становлять жінки й дівчата. Тому часто проблема насильства в сім'ї ототожнюється з проблемою насильства над жінкою. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, проти кожної п'ятої жінки світу хоч раз у житті скоєно насильство. Отже, кожна п'ята жінка хоча б один раз у житті зазнає биття або зґвалтування.

**Насильство в сім'ї** – це будь-які умисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена сім'ї стосовно іншого, якщо ці дії порушують права й свободи члена сім'ї як людини та громадянина й наносять йому моральної шкоди, шкоди його фізичному чи психічному здоров'ю. Виокремлюють такі різновиди насильства в сім'ї:

**Фізичне насильство** – умисне нанесення одним членом сім'ї іншому побоїв, тілесних ушкоджень, що може призвести або призвело до смерті постраждалого, порушення фізичного чи психічного здоров'я, нанесення шкоди його честі й гідності. Часто фізичне насильство визначають дії, перелік яких наведено в додатках.

**Сексуальне насильство** – протиправне посягання одного члена сім'ї на статеву недоторканість іншого члена родини, а також дії сексуального характеру щодо неповнолітнього члена сім'ї. Воно включає щодо дорослих будь-який сексуальний акт або сексуальну поведінку, що нав'язується партнерці проти її волі; слід особливо звернути увагу, що стосовно неповнолітніх будь-які дії сексуального характеру визначаються як насильницькі.

**Психологічне насильство** – насильство, пов'язане з дією одного члена сім'ї на психіку іншого члена сім'ї шляхом словесних образ або погроз, переслідування, залякування, приниження, що може завдати шкоди психічному здоров'ю. Воно має такі прояви: використання лайливих слів, крику, необґрунтованої критики травмує самооцінку партнера; вияв брутальності стосовно родичів, друзів партнера, їх образи з метою принизити партнера; спричинення шкоди домашнім тваринам, особистим речам партнера, щоб залякати; обмеження свободи дій і пересувань, спілкування партнера; крайні вияви ревності. Значне місце в психологічному насильстві належить погрозам фізичного насильства, позбавлення фінансової підтримки, розлучення або фізичної невірності, погрозам самогубства тощо.

У психологічному насильстві можна виокремити вербальне та невербальне насильство, тобто таке, що може відбуватися взагалі без слів – дати жертві відчувати себе приниженою або тримати її в атмосфері страху за допомогою міміки, пози, поглядів, інтонацій.

**Економічне насильство** – умисне позбавлення одним членом сім'ї іншого члена житла, їжі, одягу та іншого майна чи коштів, на які постраждалий має передбачене законом право, що може викликати порушення фізичного чи психічного здоров'я.

#### *Насильство над жінкою*

Насильство в родині призводить до таких наслідків для жінки: спочатку, зазвичай, чоловік вимагає, щоб дружина покинула роботу. Отже, вона стає економічно залежною від нього; потім він ізолює її від друзів, рідних, забороняє спілкуватися з ними. Постійне психологічне насильство призводить до розладів сну й харчування; до проблем із концентрацією уваги (жінці важко зосередитися); до почуття безпорадності; до депресій, спроб самогубства та навіть психічних розладів (неврози, психотичні реакції тощо).

У разі фізичного насильства до цього слід додати тілесні ушкодження або каліцтво жертви, навіть смерть.

Що ж прив'язує жертву до насильника?

Причини, що не дають змогу жінці піти від свого кривдника, як правило, утворюють цілі комплекси – від економічних до соціальних і психологічних.

Жінка часто матеріально залежна від чоловіка й потребує матеріальної підтримки для виховання дітей. На фоні загальної економічної скрути та масового безробіття вона може вважати себе беззахисною й економічно прив'язаною до чоловіка. Жінку може утримувати також неможливість знайти інше помешкання для себе та своїх дітей. Часто вона не хоче позбавляти дітей батька або вважає, що самій важко буде виховувати дітей.

Зазначене вище пояснює, що консультування такої сім'ї часто відбувається з використанням технік кризового консультування. У цьому разі слід з'ясувати, наскільки вірогідною є загроза життю та здоров'ю жінки. Для цього сімейний консультант може орієнтуватися на виконання такого плану.

1. Визначити конкретні форми нападу, на які наражається жертва.
2. Вивчити тактику кривдника.
3. Оцінити небезпеку на поточний момент.
4. Розробити план забезпечення безпеки.

Н. Максимова пропонує такі елементи планування забезпечення безпеки.

Щоб оцінити ступінь небезпеки, треба з'ясувати в жінки, чи боїться вона кривдника. Часто на це пряме питання жінка не дає чіткої відповіді. Тоді можна поставити дотичні питання, наприклад, чи змінює вона свою поведінку на вимогу чоловіка, навіть якщо вона не згодна з ним? Чи обмежує вона свої дії через те, що боїться чоловіка? Як часто вона підкоряється, аби уникнути суперечки?

Треба уважно поставитися до таких обставин: жінка припинила зустрічатися з друзями або з членами сім'ї, бо її чоловік не хоче, щоб вона з ними бачилася; жінка боїться поскаржитися на кривдника, оскільки погрози чоловіка спрямовані на дітей (він погрожує позбавити її права виховувати дітей, говорить, що вкраде або вб'є їх); жінка має заляканий, знервований, хворобливий вигляд тощо.

Слід пам'ятати, що дії кривдника можуть бути небезпечними й призвести до смертельного фіналу. Треба звернути особливу увагу на повторний характер нападів, на тактику кривдника, на зміни в його поведінці, на те, який вплив усе це має на дружину, як вона сама оцінює небезпеку ситуації.

### *Насильство над дітьми*

Насильство над дітьми можна розглядати в рамках чотирьох категорій, одна з яких, хоча і не є насильством у прямому значенні цього слова, але також має шкідливий вплив на дітей. Співробітники правоохоронних органів, педагоги, соціальні працівники, психологи повинні мати базові знання про ці категорії:

- **Нехтування** – хронічна нездатність батьків забезпечити основні потреби дитини у відповідній їй віку турботі, їжі, одязі, житлі, медичному догляді, освіті, захисті та вихованні. Це ставлення – результат безвідповідальності дорослих. Воно варіюється від випадків, коли батьки залишають дитину одну вдома без догляду на декілька годин, поки вони працюють, до так званих випадків «один удома», коли дитина залишається без догляду, а батьки від'їжджають на вихідні або свята. Найгіршим варіантом є ситуація, коли батьки, хоча й присутні фізично, але не роблять того, що потрібно для забезпечення здоров'я дитини, безпеки та фізичного розвитку. Наприклад, коли дитина голодує чи утримується в холодному приміщенні, коли в неї немає відповідного до сезону одягу, можливості вчитися тощо.

- **Психологічне насильство.** Це поведінка батьків, яка наносить шкоду особистому розвитку дитини та її почуттю власної гідності.



Психологічне насильство включає словесні нападки: постійну критику, приниження, образи, висміювання, кепкування, піддражнювання та відмову вислухати. Психологічне насильство – це нездатність виявити любов та надати підтримку й керівництво, необхідне для психологічного зростання та розвитку дитини.

- **Фізичне насильство.** Це фізичне травмування дитини, причому не тільки коли наявні його відповідні ознаки (синці, поранення, переломи тощо), а й такі різновиди фізичного насильства, коли ознаки неможливо виявити одразу, оскільки вони проявляються пізніше (наприклад «синдром струшеної дитини», ураження внутрішніх органів, перекриття повітря тощо).

- **Сексуальне насильство.** До цієї категорії належать усі види сексуальних дій із дітьми, а також примушення дітей до сексу між собою. Сексуальне насильство та сексуальна експлуатація є одним із найтяжчих порушень прав дитини. За силою нанесених травм сексуальне насильство й сексуальна експлуатація прирівнюються до тортур і катування. Навіть якщо дитина із задоволенням сприймає хтиві дії дорослого, це все одно є сексуальним насильством.

Кожна з цих категорій насильства може призвести до нанесення дитині фізичної або психологічної шкоди різного ступеня, що, зі свого боку, може стати причиною серйозної фізичної травми або навіть смерті.

*Сімейне насильство над дітьми можна класифікувати за такими ознаками:*

- залежно від стратегії кривдника: явне та приховане (непряме);
- за часом: те, що відбувається зараз, і те, що трапилося в минулому;

- за тривалістю: одноразове чи багаторазове, яке триває роками. Зазвичай дитина-жертва страждає одночасно від кількох видів насильства. Так, інцест неминуче супроводжується руйнуванням сімейних стосунків і довіри в сім'ї, маніпулятивними відносинами, а часто й залякуванням із боку кривдника, що кваліфікується як психологічне насильство. Складовою частиною практично всіх видів насильства є психологічне насильство.

Часто діти добровільно погоджуються на ті або інші сексуальні дії, оскільки, наприклад, відчувають довіру й любов до кривдника, страх утратити його прихильність. На початковому етапі розвитку інцестних стосунків вони не видаються дитині насильницькими, все починається зазвичай із приємного фізичного контакту – дотиків,

погладжувань – і лише пізніше ці дії набувають усе більш сексуалізованого характеру. Маленькі діти можуть вважати, що такі стосунки є нормальними й прийнятними між люблячим дорослим та дитиною. Якщо діти й розуміють неправильність того, що відбувається, – вони не хочуть утрачати те емоційне тепло, яке отримують від гвалтівника в обмін на згоду та мовчання.

Збереження дитиною таємниці може забезпечуватися за допомогою погроз і дезінформації. Як правило, кривдник не застосовує фізичної сили, але може загрожувати побиттям або смертю самій дитини чи людині, яку дитина любить.

Сексуальне насилля над дітьми включає й окремі одноразові випадки, і постійне насильство, що повторюється протягом багатьох років.

Коли мати виявляє, що чоловік вступив у статеві стосунки з її дитиною, вона наражається на складну дилему.

- Чи повинна вона захистити дітей і віддати батька під суд, коли при цьому діти втратять батька й знатимуть, що «мама посадила тата до в'язниці»?
- Або їй слід подати на розлучення та зруйнувати сім'ю, що спричинить інші тяжкі наслідки (зниження рівня життя, переїзд, страх перед тим, що батько може помститися)?
- Або їй краще мовчати і робити вигляд, що нічого не відбувається?

Ставлення матері до того, що батько чи вітчим вступив у сексуальні стосунки з дитиною, є ключовим у виборі подальших дій сімейного консультанта.

### *Викриття факту насильства*

Найчастіше факт насильства розкривається, коли дитина сама зважується розповісти про нього. Зазвичай уперше дитина розповідає про це своєму одноліткові, рідше – родичам та іншим дорослим. Діти можуть робити двозначні заяви, наприклад, «про іншого маленького хлопчика, якого я знаю», описуючи власну ситуацію стосовно цієї придуманої дитини; роблять натяки близьким друзям, учителям, сусідам. Підлітки можуть іти з дому без очевидної на те причини, можливо, сподіваючись, що хтось запитає їх про причини й переживання, які призвели до цього. Це також є сигналом небезпеки, який повинен привернути увагу дорослих.

Батьки можуть свідомо спростовувати наявність насильства над дитиною. Це обумовлюється тим, що вони самі втягнені в ситуацію

насильства й можуть бути її прямими винуватцями. Тому інформація від батьків не може вважатися достатньою, особливо якщо вона суперечить свідченням дитини чи тим порушенням у її поведінці, які уможлиблюють припущення наявності насильства.

У дисфункційних сім'ях діти менше психологічно захищені від травматичних ситуацій. Батьки в таких родинах набагато частіше намагаються применшити або приховати травматичний досвід своєї дитини.

Психологічними наслідками фізичного насильства стає формування недовіри до дорослих та до навколишнього світу взагалі. Дитина починає боятися проявляти активність і самостійність у дослідженні довкілля. Це різко гальмує її психічний розвиток. Залежно від особливостей темпераменту дитини порушення її емоційного стану починають проявлятися у вигляді порушень поведінки:

– діти із сильним типом нервової системи демонструють агресивну поведінку, що спрямована на однолітків, ламають іграшки та намагаються ототожнити себе з агресором: «Усі справжні чоловіки повинні добре битися», «Правда за тим, хто сильніший»;

– діти зі слабким типом нервової системи відчувають сильну тривогу навіть у безпечних ситуаціях, вони скаржаться на страхи, бояться казкових персонажів та реальних людей. Діти цього типу часто плачуть, уникають спілкування з однолітками й бояться незнайомих дорослих.

#### *Порушення викликані насильством*

Порушення в пізнавальній сфері дуже часто виявляються в розладах мови. У дитини (особливо в період активного розвитку мови, у 2,5–3,5 роки) може з'явитися невротичне заїкання, що потім потребуватиме спеціальної логопедичної корекції. У шкільному віці це може виражатися в концентрації уваги, оскільки всі думки дитини зайняті травматичним досвідом. Вона пильно стежить за всім, що відбувається навколо неї, ніби їй загрожує постійна небезпека. Причому небезпека не лише зовнішня, а й внутрішня, яка полягає в тому, що небажані травматичні враження проникають до свідомості.

Одним із типових проявів реакції дитини на насильство та обмеження пересування є порушення сну. Вони проявляються у вигляді нічних жахів із пробудженням, нічного енурезу, ходіння уві сні. При всіх видах цих розладів дитина потребує консультації в лікаря-невропатолога та створення безпечної ситуації сімейного розвитку.

Розлади емоційного стану, тривожність, страхи – неодмінний наслідок ситуації насильства. У дошкільників вони можуть перетво-

рюватися на страхи перед казковими істотами або передчуття невизначеного почуття тривоги. Депресивний емоційний стан, що характеризується плачем, уповільненням психічних процесів, скаргами, безпричинно виниклий біль також може бути наслідком цих ситуацій. Діти й підлітки, котрі зазнали насильства, відчують безпорадність, вони постійно засмучені.

Діти – жертви насильства – перестають довіряти людям Тому коло спілкування звужується, діти стають замкненими й вороже настроєними. Одним із найвагоміших наслідків є неадекватне заниження самооцінки, відсутність контролю над своєю імпульсивністю, зниження здатності для самовираження, відсутність довіри до людей, депресії. Крім того, відстроченими наслідками фізичного насильства можуть бути садистські схильності.

Отже, різні види насильства, які спрямовані на дітей дошкільного віку, є небезпечними не лише для їхнього психічного, а й фізичного розвитку. Дорослі повинні запобігти виникненню травмуючих ситуацій. На жаль, у разі родинного насильства це часто неможливо.

Більшість батьків, котрі жорстоко поведуться з дітьми, самі переживали фізичне насильство, відторгнення, депривацію в дитинстві. Тому цим батькам також притаманні низька самооцінка, недостатній самоконтроль.

Особливо треба зупинитися на проблемах консультування сімей, де є сексуальне насильство. Якщо це спрямоване на дитину дошкільного віку, то може виявлятися в епізодах демонстрування дорослими своїх статевих органів або в заохоченні дитини до маніпуляції з ними. Якщо так поводиться знайомий дорослий (батько, вітчим, старший брат) і не використовує погроз та залякування дитини, то дошкільник сприймає це як варіант гри. Такі дії самі по собі, якщо не звертати на них увагу дитини й коли вони були одноразові, не спричинять значного впливу на психіку дитини. Безумовно, при виявленні сексуальних дій із боку дорослого треба запобігти повторенню, але вплив має бути спрямований саме на дорослого, а не на дитину. Небезпечним є примушення дитини неодноразово розповідати про ситуацію сексуального насильства. Ще більш небезпечна оцінка (у присутності дитини) цієї ситуації або як незворотної трагедії для дитини, а тим більше – як провини самої дитини.

Значно небезпечнішою стає ситуація, коли поєднуються елементи сексуального й фізичного насильства, дії супроводжуються погрозами

та залякуванням: «Якщо розкажеш мамі, то відріжу язика...» тощо. Дитина сприймає ці погрози як реальні та страждає не лише від самої ситуації, а й від почуття власної безпорадності, неможливості звернутися за допомогою.

Наслідки сексуального насильства, пережитого дитиною, значною мірою визначаються віком дитини. Найбільш загальними симптомами, що залежать від віку, є:

– *для дошкільників* – тривога, страхи, спутаність почуттів, почуття провини, сорому, відрази, зіпсованості, безпорадності, у поведінці відзначаються регресія, відстороненість, агресія, сексуальні ігри, мастурбація, порушення сну, утрата апетиту;

– *для дітей молодшого шкільного віку* – амбівалентні почуття стосовно дорослих, страх, почуття провини, сорому, відрази, зіпсованості, недовіра до світу, зниження здатності до концентрації уваги. У поведінці відзначається відстороненість від людей, погіршення навчання, агресивність, мовчазність або несподівана балакучість, сексуальні дії з іншими дітьми;

– *для дітей 9–13 років* – ті самі прояви, що й у молодшого дошкільника, а також депресія, почуття втрати відчуттів, у поведінці простежується ізоляція, маніпулювання іншими дітьми з метою отримання сексуального задоволення, суперечлива поведінка;

– *для підлітків 13–18 років* – відраза, сором, провини, недовіра, амбівалентні почуття стосовно дорослих, сексуальні порушення, несформованість соціальних ролей і власної ролі в сім'ї, почуття власної непотрібності, спроби суїциду, утечі з дому, агресивна поведінка, непослідовність і суперечливість поведінки.

Порушення, що виникають після насильства, заторкують усі рівні функціонування людини. Вони спричиняють стійкі особистісні зміни, які перешкоджають здатності дитини реалізувати себе в майбутньому.

Насильство над дитиною в межах сім'ї має низку притаманних лише йому наслідків. Реалії сьогодення свідчать, що кривдника, який чинить насильство з чужою дитиною, набагато легше засудити й покарати, ніж того, хто чинить насильство у власній сім'ї. Проте для дитини – жертви сімейного насильства – ситуація гірша в багато разів. У найгірших ситуаціях дитина, яка залишається безпорадною у виборі між страхом насильства, що продовжуватиметься, і страхом відторгнення від сім'ї в разі оприлюднення фактів насильства, шукає виходу в суїциді.

#### **4.6. Особливості роботи психолога з клієнтами, що зазнали сексуального насилля**

Статеві злочини бувають зазвичай наслідком порушення психо-сексуального розвитку. Відхилення у статевій (сексуально-рольовій) ідентифікації призводять до різних негативних наслідків. Відчуття відчуженості, неповноцінності та ізоляції може призвести до різних форм поведінки, починаючи зі спроб зробити щось, що допоможе бути прийнятим у суспільстві, усвідомлення марності зусиль в пошуках співчуття і закінчуючи відкритим обуренням чи бунтом, наприклад, у формі зґвалтування.

Хоча зґвалтування вважається статевим злочином, однак для самого гвалтівника це, швидше, акт агресії, а те, що потерпіла є об'єктом сексуального посягання, відіграє другорядну роль. Вона може бути дівчинкою або літньою жінкою, красивою або непривабливою, будь-якої раси й національності. У зґвалтуванні, як правило, відбувається несексуальне використання статевої сили, при цьому вираженість ворожості й агресивності є більш важливою, ніж саме статеве почуття. У несексуальному використанні статевої сили немає нічого незвичайного. Вона може використовуватися для ослаблення тривоги чи емоційної напруги.

Безпорадний стан жертв зґвалтування може бути обумовлений не лише психічними або соматичними захворюваннями, алкогольним сп'янінням, дією наркотиків. Здатність потерпілих правильно розуміти значення дій гвалтівника, чинити йому опір залежить від рівня їхнього психічного розвитку, специфічного життєвого досвіду, обізнаності про суть сексуальних стосунків, психічного стану, особливостей характеру, засвоєних стереотипів поведінки.

Можна виділити декілька найбільш відомих різновидів ситуацій, в яких скоюються зґвалтування дітей і підлітків.

*1) зґвалтування неповнолітніх дорослими*

*2) зґвалтування неповнолітніх неповнолітніми*

*Зґвалтування неповнолітніх дорослими:*

– розбещення неповнолітніх – відбувається, як правило, без грубого фізичного примусу потерпілих. Обвинувачені використовують такі прийоми і дії, як подарунки, умовляння, підвищена турботливість, обіцянки заступництва і т. ін.

Розбещення майже завжди відбувається з особами, добре відомими потерпілим, що мають у них авторитет, нерідко родичами (батько, вітчим, співмешканець матері потерпілої, тренер, сусід та ін.). Між

обвинуваченими і потерпілими в більшості випадків існує велика різниця у віці: середній вік обвинувачених – майже сорок років, потерпілими найчастіше є дівчатка молодшого шкільного віку, іноді дошкільниці. Серед потерпілих відносно часто зустрічаються дівчатка з ознаками розумової відсталості або тимчасової затримки в психічному розвитку. Багато потерпілих виховуються в морально несприятливих умовах, відчують брак теплоти і уваги з боку батьків, не мають емоційного контакту з матерями, почувають себе в сім'ї відчуженими.

Незадоволення дівчаток своїм становищем в сім'ї, недостатній для розуміння суті сексуальних стосунків рівень психічного розвитку, навіюваність, потреба в неформальному спілкуванні з дорослою людиною – усе це полегшує обвинуваченому схилення потерпілої до сексуальних контактів.

«Зваблення» неповнолітніх завжди засноване на використанні їхнього психічно безпорадного стану, неправильного розуміння дитиною суті того, що відбувається.

– напад знайомих дорослих – відрізняється від розбещення тим, що злочинець не робить, як правило, ніяких підготовчих дій. Сексуальні посягання суб'єктивно сприймаються потерпілими як раптові, що істотно ускладнює розуміння характеру і значення вчинків гвалтівника, знижує здатність потерпілої чинити опір.

Жертвами нападів добре відомих потерпілим дорослих (сусід по квартирі, вітчим, батько та ін.) найчастіше бувають дівчатка віком від 11 до 15 років. Місцем злочину, як правило, є квартира або будинок, де живуть і жертва, і гвалтівник. У більшості випадків напад здійснюється в момент, коли в квартирі нікого, крім них, немає. Цим, у першу чергу, визначається безпорадний стан жертви насилля.

Серед тих, хто здійснює подібні напади, переважають особи, які зловживають спиртними напоями, імпульсивні, розгальмовані, такі, що не замислюються про наслідки своїх учинків. Опір потерпілих зрідка буває інтенсивним, оскільки напад здійснюється в умовах, які не дозволяють їй розраховувати на допомогу. Агресор долає опір потерпілої, використовуючи погрози, нерідко фізичне насильство.

Пізніше інтимні стосунки, що виникли між гвалтівником і потерпілою, іноді підтримуються тривалий час. Перебуваючи в моральній або матеріальній залежності від злочинця, потерпілі бояться розголошувати те, що сталося. Багато хто з них виховується в неблагополучних сім'ях і не має підтримки з боку матерів або інших членів сім'ї.

### *Згвалтування неповнолітніх неповнолітніми:*

– напад неповнолітніх – як правило відбувається в безлюдних місцях, часто там, де потерпіла не чекає небезпеки (у під'їзді, кабіні ліфта), що ще більше посилює несподіваність нападу і розгубленість жертви. Як правило, нападник старший за потерпілу і фізично сильніший за неї. Хоча нападам піддаються неповнолітні будь-якого віку від 4–5 до 18 років, найчастіше жертвами раптових нападів стають дівчатка 12–14 років. У половині випадків напад закінчується на стадії спроби згвалтування. Завершенню злочину перешкоджає опір потерпілої або втручання людей.

Активність опору потерпілих була різною, хоча діяли вони в подібних умовах. Жертви, що не чинили за наявних можливостей активної протидії, відрізнялися підвищеною тривожністю, нерішучістю, невпевненістю в собі, емоційною нестійкістю, навіюваністю. У них, як правило, був відсутній досвід поведінки в складних конфліктних ситуаціях. Багато хто з них виховувався в умовах підвищеного контролю з боку батьків, що сприяло формуванню вказаних рис характеру. У багатьох випадках у неповнолітніх виявлялися ознаки дезорганізації діяльності, що виникла через страх.

– розбещення неповнолітніх неповнолітніми зрідка можна вважати згвалтуванням, оскільки опір потерпілих долається не грубим фізичним насильством, реальними погрозами життю або здоров'ю, але за допомогою умовлянь, обіцянок, клятв, шантажу. Обвинувачені не приховують своїх намірів, тому в потерпілих немає потреби розшифрувати істинне значення дій партнерів.

– групові згвалтування неповнолітніх

Напад групи на знайому неповнолітню відбувається майже завжди по заздалегідь наміченому плану. Як жертва нападу групою або її лідером найчастіше вибираються особи віком від 13 до 17 років, що мають серед однолітків репутацію доступних у сексуальному відношенні, які прагнуть до спілкування з однолітками і надмірно дорожать їхньою думкою, слабохарактерні, навіювані, невпевнені в собі. Справді, серед дівчаток-підлітків трапляються особи, для яких належність до групи однолітків складає основну внутрішню цінність. Заради її збереження і зміцнення ці дівчатка готові погодитися на стосунки, неприємні їм морально і фізично. Особливо велика залежність від групи в підлітків із неблагополучних сімей, в яких дитині не приділяють достатньої уваги. Потрапивши в середовище хуліганської групи, де культивуються аморальні форми поведінки, ці підлітки не здатні



протистояти груповому впливу. Рівень їхнього психічного розвитку недостатній для протиставлення власних поглядів прийнятим у групі моральним цінностям.

Проте навіть очевидна згода потерпілої на вступ в сексуальні контакти не може бути доказом того, що воно було цілком усвідомленим і довільним.

Приховування статевих контактів, відсутність опору, байдужість до соціальних і біологічних наслідків того, що сталося, невисокий рівень розвитку, особлива залежність від впливу групи в деяких випадках можуть свідчити про зниження здатності неповнолітніх потерпілих повною мірою усвідомлено і довільно діяти в умовах групового примусу. Не завжди доволі активний опір сексуальним домаганням чинять і потерпілі, що ставляться до них різко негативно. Їхня пасивність найчастіше пояснюється невірою у свої сили, цілком обгрунтованою, враховуючи груповий характер злочину, сприйняттям ситуації як безвихідної.

Тільки в дуже окремих випадках дівчата самі виявляють зацікавленість в сексуальних контактах з особами, що напали на них. Зазвичай це свідчить про наявність у жертви нападу специфічної сексуальної патології або пов'язано з неконтрольованою свідомістю статевим потягом, що спостерігається при деяких психічних захворюваннях.

Згвалтування майже для кожної потерпілої є причиною сильного психічного потрясіння і неминуче відображається в її поведінці і настрої. Як реакція на вимушені сексуальні контакти в багатьох потерпілих спостерігається депресія, відчуття своєї неповноцінності, відчуженість від однолітків, озлобленість проти дорослих, дратівливість, плаксивість, грубість, думки про самогубство, інколи – спроба самогубства. Тривалість реактивного стану може бути різною залежно від індивідуально-психологічних особливостей жертви згвалтування, але його ознаки досить помітні в поведінці до тих пір, поки не станеться адаптація до того, що сталося.

Переважає в потерпілої негативних переживань після скоєння сексуального посягання на неї може служити діагностичною ознакою того, що те, що сталося, суперечило її бажанням, було здійснено проти волі потерпілої.

Інакше поведуться дівчатка-підлітки, які добровільно погоджуються вступити у близькі відносини з дорослими чоловіками. Така ситуація нерідко переживається ними як подія, що ставить їх вище за однолітків, дозволяє компенсувати невдачі в навчанні, відчуженість

від батьків, труднощі в спілкуванні з подругами. У подібних випадках у поведінці дівчаток помітні кокетство, жвавість, підкреслена незалежність, спроби наслідувати поведінку дорослих жінок. Страх перед тим, що про те, що сталося, дізнаються в школі або удома, уживається з бажанням повідомити подругам свою таємницю або принаймні натякнути на її існування. Як правило, поступово утворюється коло людей, які якщо і не обізнані, то здогадуються про те, що сталося.

Байдуже ставлення до сексуальних посягань найчастіше свідчить про повне нерозуміння потерпілої значення цих дій.

Складним психологічним завданням є отримання правдивої інформації. Часто потерпіла випробовує вплив або пряму дію на людей, не зацікавлених у встановленні істини. Спостерігається нестійкість внутрішньої позиції багатьох потерпілих, зміна ними свідчень, відмова від того, що говорилося раніше. Потрібно також враховувати, що деякі дівчатка, які добровільно вступали в інтимні відносини, надалі обмовляють своїх партнерів, перебільшуючи міру агресивності їхніх дій, щоб реабілітувати себе в очах батьків і знайомих.

На зміст свідчень потерпілих може впливати властива майже усім підліткам орієнтація на оцінку їхніх дій і висловлювань дорослими.

Потерпілі, що не чинили за наявних можливостей активної протидії, відрізнялися підвищеною тривожністю, нерішучістю, невпевненістю в собі, емоційною нестійкістю, навіюваністю. У них, як правило, був відсутній досвід поведінки в складних конфліктних ситуаціях. Багато хто з них виховувався в умовах підвищеного контролю з боку батьків, що сприяло формуванню вказаних рис характеру. У багатьох випадках у неповнолітніх виявлялися ознаки дезорганізації діяльності, що виникла внаслідок страху.

У тих випадках, коли потерпіла не чинить активного опору і він легко, без застосування грубих форм фізичного насильства долається, в обвинуваченого може скластися враження, що потерпіла добровільно вступає в інтимні стосунки. Іншими словами, можлива ситуація, коли потерпіла не здатна розуміти характер і значення скоюваних з нею дій або не здатна чинити опір, але обвинувачений не здатний розуміти, що психічний стан потерпілої є причиною її пасивності.

З урахуванням сказаного можна виділити чотири психологічні причини, що викликають зниження в потерпілої здатності свідомо і довільно діяти в кримінальній ситуації:

- нерозуміння змісту ситуації;
- оцінка ситуації як безвихідної;

- вибір неправильної тактики протидії;
- дезорганізація довільного самоконтролю.

Отже, підставами для розгляду ситуації як згвалтування є суперечлива і непослідовна поведінка потерпілої під час взаємодії із гвалтівником, відсутність адекватної емоційної реакції на те, що сталося, а також нездатність дати правильну оцінку подіям, деякі загальні психологічні особливості потерпілої (низький рівень інтелектуального або особистісного розвитку, наявність в характері таких рис, як несамостійність, боязкість, емоційна нестійкість та ін.), несприятливі умови виховання, особливі стосунки залежності, які пов'язують жертву зі злочинцем, нарешті, просто вік, недостатній для орієнтації в сексуальних стосунках.

Вивчення великої кількості кримінальних справ про згвалтування неповнолітніх показало, що потерпілим, які виявилися не в змозі повною мірою розуміти характер і значення здійснюваних з ними дій або робити досить інтенсивний опір обвинуваченому, властиві деякі загальні риси.

Причинами недостатнього усвідомлення жертвою характеру і значення здійснюваних з нею дій можуть служити:

1. Психологічні особливості потерпілої: незначний запас відомостей про сексуальні стосунки; відсутність у період, що передував згвалтуванню, досвіду сексуального спілкування і підвищеного інтересу до цієї сторони життя; фіксація на проблемах спілкування з категорією осіб, до якої належить гвалтівник; низький рівень інтелектуального розвитку.

2. Умови психічного розвитку неповнолітньої: несприятлива сімейна ситуація, емоційне відкидання з боку батьків (в першу чергу матері), труднощі у встановленні контактів з однолітками та ін.

3. Складність ситуації посягання: для дітей дошкільного і молодшого шкільного віку – посягання знайомих дорослих, часто родичів або сусідів; для молодших підлітків – посягання дорослих, що мають високий для потерпілої соціальний статус (тренер, педагог).

Мають значення й інші обставини: скоєння злочину групою добре знайомих однолітків; вживання заходів до маскуванню своїх намірів, спроби привернути до себе увагу потерпілої.

На недостатньо повне усвідомлення потерпілою характеру та значення дій агресора може вказувати відсутність адекватних емоційних реакцій, пов'язаних з оцінкою того, що сталося і його наслідків (дефлорація, вагітність, розголошення «ганебної» інформації), особи гвалтівника, власної поведінки (відсутність почуття незручності, сорому).

Сприйняттю потерпілою ситуації як безвихідної можуть сприяти: високий рівень конфліктності, динамічність і невизначеність ситуації для потерпілої; наявність у неї таких психологічних властивостей особистості, як підвищена тривожність, нерішучість, невпевненість у собі, емоційна нестійкість, навіюваність, швидка психічна виснажуваність, відсутність досвіду насильницького способу вирішення конфліктів.

Ознаками оцінки потерпілою ситуації як безвихідної зазвичай служать ситуативність поведінки і суперечливість цілей окремих дій (спроби обдурити, погрожувати змінюються повною покірністю, прагненням повернути до себе увагу) при негативному ставленні потерпілої до дій зазіхача; афективні або стресові стани, які дезорганізують діяльність; перебільшене уявлення про міру соціальної небезпеки, хитрощі, жорстокість гвалтівника.

Афективно обумовлене зниження в потерпілої здатності чинити опір гвалтівникові виражається у відчутті неможливості знайти прийнятний вихід із ситуації, переживанні негативних емоцій (страх, жах, злість, почуття байдужості, безсилля, відчуття ірреальності того, що відбувається та ін.); звуженні поля сприйняття, сповільненості протікання розумових процесів, погіршенні запам'ятовування. Після пережитої ситуації нерідко різко підвищується безладна активність, з'являється прагнення до дії, імпульсивність учинків, безсоння, зосередженість на тому, що сталося.

Звернення клієнтів – жертв згвалтування – можуть бути двох типів, які відрізняються за часом від моменту того, що сталося:

- а) безпосередньо після згвалтування;
- б) через певний проміжок часу.

Працюючи з клієнтом, який став жертвою сексуального насилля, не варто розслідувати обставини того, що сталося. Потрібно перш за все заохотити співрозмовника до розповіді про його відчуття і почуття. Накопичені емоційні переживання і напруження чекають виходу, і консультант повинен представити таку можливість. Особливим предметом розмови є самозвинувачення, винуватість у тому, що не чинилося достатнього опору агресору. Слід обов'язково переконати жертву, що вона діяла правильно і відповідно до обставин, які склалися, доказом цього є те, що вона жива і неушкоджена.

Після реагування на накопичену емоційну напругу слід перейти до відновлення особистісного контролю. Це основна мета консультанта. Для цього, і це важливо знати клієнтові, має пройти визначений, іноді

тривалий час – тижні, місяці, а для деяких – навіть роки. Не слід фіксувати на деталях сексуального нападу, а після дозволу приступити до перших спроб повернення рольової ідентичності. У свідомості жінки чоловік виступає як захисник, а у випадку зґвалтування цей образ повністю втрачений або викривлений. Тривалі порушення сексуально-рольової ідентичності породжують відчуття повної незахисності, перш за все перед тими, в кого зазвичай шукають захисту.

Якщо клієнт звернувся безпосередньо після скоєного сексуального нападу, то йому слід рекомендувати звернутися в правоохоронні органи і якомога швидше пройти медичне обстеження.

Якщо клієнт розповідає про зґвалтування, яке трапилося в минулому, слід вжити заходів активного вислуховування і роботи з людиною, яка знаходиться в кризовому стані. Обов'язково треба дослідити, обговорити і визначитися з почуттями клієнта. Особливої обережності слід дотримуватися в тому, яким чином ставити запитання. Не треба намагатися «розвеселити» клієнта, намагаючись відволікти його від проблеми. Почуття, які збереглися після зґвалтування, можуть бути доволі тривалими і болісними. Тому повага та емоційна підтримка консультанта можуть виявитися цілющими.

У розмові з дитиною або підлітком, що став жертвою сексуального насилля, консультант зустрічається з такими емоційними переживаннями як страх, потайливість, замкнутість, труднощі в зосередженні уваги, різкі зміни настрою, депресивні розлади. Жертва насилля може відчувати неприємні відчуття в тілі (наприклад часті болі в горлі), порушення сну і скаржитись на нічні кошмари. Людина може вирізнятися нав'язливим прагненням до чистоти, а з захисною метою носити багато шарів одягу. У ставленні до оточення, перш за все авторитетних осіб, насамперед, до батьків, висловлюється недовірливість і підозрілість. Часто в поведінці співрозмовників консультант помічає саморуйнівальні вчинки (нанесення самопошкоджень, зловживання алкоголем чи наркотиками, суїцидальні тенденції, передозування ліками і т. ін.).

Основні лінії консультування повинні полягати перш за все у відновленні самоконтролю над поведінкою клієнта, будь-яку спробу взяти контроль у свої руки потрібно почути і підтримати. Далі консультантові слід працювати над відновленням самоповаги, яка в результаті насилля підірвана і викривлена в бік самозвинувачення і надмірних докорів сумління. Дуже важливо відновити довіру, яку в результаті того, що сталося, було грубо зраджено чи зруйновано.

Часто йдеться не лише про реконструкцію довіри до конкретних людей, але і загалом до світу. Крім того, дуже важливим є делікатне консультативне пропрацювання сфери сексуальних, інтимних стосунків, які після насилля втрачають індивідуальний і соціальний розвиток.

#### *Цілі консультивання:*

- бути союзником жертви;
- формувати її самоповагу;
- допомогти жертві організувати свою поведінку (інформація про міліцію, суд, медичні процедури);
- допомогти у визначенні основних проблем;
- сприяти мобілізації власної системи підтримки;
- допомогти усвідомити серйозність того, що сталося;
- сприяти усвідомленню потреби затратити час на одужання;
- виявити й зміцнити її сильні та життєздатні сторони.

#### *Принципи допомоги жертвам звалтування:*

##### *1. Повага:*

- довіра, яка надана Вам;
- конфіденційність;
- урахування особливостей статі і культурного середовища жертви.

##### *2. Підтвердження:*

- висловлення клієнта про те, що йому потрібно висловити свої почуття;
- того, що жертва залишилася живою і має достатньо сил як особистість;
- природності й адекватності її почуттів;
- позитивне пояснення її психологічного захисту.

##### *3. Переконання:*

- у тому, що вона не винна;
- що вона зможе подолати свої переживання, страхи й нічні кошмари, які є частиною «роботи» гострого горя;
- у тому, що нинішній стан пройде, якщо з'явиться надія;
- у тому, що для подолання вона має необхідні сили і ресурси;
- у тому, що їй самій треба визначати, що, коли і кому можна розповідати про те, що сталося.

##### *4. Надайте максимальні можливості:*

- по можливості, збережіть за нею ініціативу в процесі консультивання;
- надайте їй всю потрібну інформацію, не примушуючи брати відповідальність за те, що сталося;

- не стверджуйте, що їй потрібне лікування;
- не проявляйте інтересу до деталей події, якщо вони не потрібні в терапевтичних цілях.

#### **4.7. Особливості роботи психолога з клієнтами з алкогольною залежністю**

Алкоголізм – це одна з найважливіших соціальних проблем сучасності, одна з найскладніших медичних проблем і, зрештою, одна з найскладніших проблем психологічної допомоги.

Причини алкоголізму намагаються пояснити по-різному, і остаточного пояснення не існує. Одні науковці вважають, що алкоголізм можна діагностувати, коли вживання алкоголю порушує здоров'я і стає потрібним для підтримування нормальної активності. Інші вчені стверджують, що алкоголізм належить до особистісних порушень, які проявляються у психічній і фізичній залежності. Треті називають алкоголізм процесом вживання алкоголю, змінами психічного стану, що створює проблеми у стосунках із членами сім'ї, родичами, друзями, співробітниками, протиправні дії. В останньому випадку абсолютна кількість вживаного алкоголю не дуже важлива.

Як правило, фахівці розрізняють соціальні, біологічні й психологічні причини алкоголізму. Біологічні причини вбачають в особливостях метаболізму індивіда – деякі люди дуже чутливі до алкоголю. Інші, навпаки, вирізняються підвищеною толерантністю, вживають надмірні дози спиртних напоїв і не стають алкоголіками.

Добре відомо, що діти алкоголіків частіше страждають алкоголізмом, а це вказує на важливість генетичних факторів. Ті, хто наголошує на вагомості біологічних причин походження алкоголізму, надають перевагу лікуванню фармакологічними засобами. Однак таке лікування неефективне.

Психологічні причини алкоголізму вбачають у спробах індивіда вирішити проблеми з допомогою найдоступнішого засобу – алкоголю. Оскільки спиртні напої справді допомагають тимчасово зменшити емоційну напругу, вживання алкоголю може стати звичним засобом зняття стресів. Поступово для досягнення бажаного результату потрібні все більші дози. Зі збільшенням кількості алкоголю й частоти його вживання виникають типові розлади: мислення стає обмеженим, сповільнюються фізичні реакції, псується стосунок з людьми, постають нові проблеми, серйозніші від тих, заради яких уживався алкоголь.

Дослідження особистості алкоголіків засвідчують, що більшість із них емоційно незрілі, ні від кого не залежні й пасивні. Через низький

поріг чутливості вони постійно відчують потребу у зменшенні тривожності. До вживання алкоголю, з одного боку, спонукає і те, що він полегшує прояв почуттів, у т. ч. ворожих, сексуальних та ін. З іншого боку, після епізодів інтенсивного пияцтва почасти проявляється почуття провини, і бажання позбутися поганого настрою знов спонукає до вживання алкоголю.

### *Завдання консультанта*

1. Стратегія й тактика роботи консультанта зумовлена розумінням причин алкоголізму.

Деякі консультанти алкоголізм розуміють як шкідливу звичку, слабкість характеру. Серйозної причини для випивки ніби й немає – просто п'ють тому, що подобається, не вистачає волі, хтось розсердив, неможливо опиратися впливу друзів, або просто так вийшло.

2. Консультант при такому підході відверто говорить клієнтові, що він думає про алкоголіків узагалі й конкретно про клієнта, а також пояснює, що той повинен робити. Зрозуміло, слід перестати пити, більше часу приділяти сім'ї, роботі, знайти хобі і т. ін. Інколи настанови мають хороший безпосередній ефект – клієнт перестає пити й починає «нове життя». Проте слід пам'ятати, що алкоголікові неважко на деякий час кинути пити. Він кидає пити десятки й сотні разів із різних причин. Інколи буває збіг із «виховними» зусиллями консультанта, і перерва у питті буває дещо довгою. Якщо випивка супроводжує гостре почуття провини, зусилля клієнта можуть зменшити переживання й потреби у випивці значно зменшаться.

Отже, повчання й моралізаторство у роботі з алкоголіками – не завжди даремна трата часу.

Проте проблема лишається – через деякий час клієнт, як правило, починає пити знову.

Висування на перший план психологічних факторів зумовлено перевагами психологічної допомоги при алкоголізмі перед біологічною терапією. Однак вибір способів конкретної допомоги алкоголізму залежить від обізнаності консультанта у проблемі алкоголізму. Наприклад, консультант буває обтяжений негативними переживаннями у зв'язку з алкоголізмом рідних чи сам зловживає алкоголем, і це впливає на його настанови. Він може відчувати антипатію до алкоголіка і не бачити в ньому людини. Відсутність співчуття дає змогу встановити з клієнтом продуктивний консультативний контакт. У таких випадках слід відмовитися від роботи, тому що для успішного консультування за неадекватною поведінкою алкоголіка варто все ж побачити його особистість.



3. Консультанти, котрі вбачають проблеми пияцтва в життєвих турботах, у намаганні втекти від важкої реальності, всю свою енергію спрямовують на розкриття труднощів і проблем, яких уникають клієнти.

Більшість клієнтів охоче говорять про свої труднощі – тяжке, бездомне дитинство і юність, невдалий шлюб, проблеми на роботі і т. ін. Це почасти викликає співчуття, навіть бажання конкретно допомогти (дати грошей, щось купити, знайти житло). Доброчинність консультанта інколи має безпосередній ефект, але, як правило, не надовго.

4. Консультант повинен бути люб'язним із клієнтом, проте не м'якосердим, оскільки легко можна стати жертвою маніпуляцій клієнта, бо алкоголіки відзначаються умінням викликати співчуття, залучити на свій бік і утримувати консультанта на безпечній відстані.

Убачаючи причини алкоголізму тільки в життєвих труднощах, ми часто не враховуємо суттєвий фактор – внутрішні конфлікти, страх перед самим собою.

У чому вихід? Насамперед консультантові слід мати на увазі, що деяким алкоголікам взагалі неможливо допомогти. Важлива також думка консультанта про алкоголіків, багато з яких чутливі до критики, займають захисну позицію. Алкоголік такою ж мірою вартий поваги, як і будь-яка людська істота. У бесіді слід допомогти йому зрозуміти самого себе. Більшість алкоголіків, незважаючи на чутливість до критики, мають низький рівень самооцінки. Безмірне пияцтво часто викликає ненависть до себе і бажання до самознищення.

6. Консультанту необхідно звернути увагу на сексуальну сферу алкоголіка. Хворим алкоголізмом властиві страхи з приводу статевої потенції і взагалі повноцінності свого статевого життя. Оскільки алкоголік багато часу проводить в одностатевій компанії, у нього можуть виникнути страхи через мастурбації чи гомосексуальні бажання.

7. Розкрити суть внутрішнього світу свого клієнта нелегко і навіть ризиковано. Клієнт, усвідомивши, що його страхи, таємниці статевого життя доступні сторонній людині, може відчувати напади і починає агресивно реагувати на консультанта, а потім пити ще більше.

Хоч і парадоксально, але саме так алкоголік сприймає поверховий підхід консультанта, намагання уникнути обговорення гострих питань і відмову від проникнення до його внутрішнього світу.

Консультант, по суті, опиняється в безвихідному становищі – що б він не робив, все закінчується одним результатом – поверненням клієнта до алкоголю. Це вражає професійне самолюбство і є однією з головних причин відмови консультантів у допомозі алкоголікам.

8. У роботі з алкоголіками, на думку Вігої, консультант повинен врахувати дві важливі речі. По-перше, відмовитися від професійної зарозумілості, тобто не думати про свою силу й владу над клієнтом і не жадати його безкінечної вдячності, перестати гордитися своїми успіхами. По-друге, слід ясніше усвідомити схильність алкоголіків підтримувати і ще більше роздмухувати «авторитет» консультанта, щоб потім «підірвати» його. Якщо консультант знає про це, то для нього менш болючою є спроба клієнта зачепити його самолюбство, а, крім того, він буде спокійно реагувати на запобігання клієнта, вбачаючи в них лише спосіб опиратися консультуванню, а значить, продовження самознищення.

9. Консультант має враховувати деструктивність алкоголіка стосовно самого себе. Опираючись консультантові, алкоголік уникає саморозуміння. Оскільки самодеструктивна тенденція становить ледве не суть проблеми алкоголізму, слід усіляко виставляти її перед клієнтом. Не усвідомивши бажання до самознищення, клієнт не зрозуміє причини своєї пристрасті до алкоголю.

Дуже важливо, як говорить про це алкоголік чи сам знає, що руйнує сім'ю й життя рідних. Варто наголошувати на надуманому, хоч і не усвідомленому характері бажання вживати алкоголь, що частково виявляється в ухиленні від зусиль консультанта.

10. Консультант повинен не лише пояснити суть нинішніх дій клієнта, а й передбачити його поведінку після припинення консультування і чим усе закінчиться. Передбачення, засновані на реаліях життя клієнта, дають йому змогу визначити точку відліку – коли багато з того, про що говорив клієнт, почне збуватися, тоді він зможе спокійніше подивитися на своє минуле без зайвої озлобленості і вини.

Така тактика консультанта значно ефективніша, ніж моралізаторство.

Працюючи з алкоголіком, консультант повинен враховувати деякі принципи, а саме:

1. По-перше, консультування повинно відбуватися тоді, коли клієнт не зловживає алкоголем.

2. По-друге, контакт із клієнтом-алкоголіком дещо амбівалентний, оскільки залежність від консультанта часто підмінюється ворожим, маніпулятивним ставленням до нього. Консультантові доводиться підсилювати залежність клієнта від себе, замінюючи нею залежність від алкоголю, яку алкоголік схильний відхиляти. Він думає, що може контролювати і своє пияцтво, і життя загалом, хоча насправді все навпаки.

3. По-третє, консультант зобов'язаний розібратись у своїх реакціях контрперенесення стосовно клієнта. Під час роботи з алкоголіками почасти виникає почуття безнадійності, оскільки здається, що затрачені зусилля даремні. Консультант повинен чітко розуміти, що він не в змозі одразу й назавжди зупинити пияцтво алкоголіка. Він може лише допомогти алкоголікові прагнути до тверезості, але не здатен примусити його облишити пити. Клієнт лише власними зусиллями може повністю звільнитися від пияцтва. Розуміючи дійсність, консультант повинен визначити допустимі межі негативних впливів клієнта й умови, за дотримання яких можливе консультування. Якщо умови не будуть прийняті, консультування потрібно припинити, але все ж лишити шанс для повернення клієнта.

Напевно, найкращих результатів у допомозі алкоголікам досяг поширений у всьому світі рух «Анонімні алкоголіки» (АА), що використовує програму «12 кроків». Програма «АА» стосується самої серцевини проблем алкоголіка – страху перед собою.

Часто алкоголік власну настанову стосовно допомоги виражає словами: «Ви не зможете мені допомогти. Я п'ю щоденно, втратив роботу, мене залишила дружина і діти». Цим він хоче наголосити на власному падінні, деструктивності власної поведінки, а головне – сказати, що простий смертний йому не в змозі допомогти. Учасники «АА» на своїх зібраннях переконують алкоголіка, що в його поведінці немає нічого страшного і така вже його доля, що серед них він стане іншою людиною. Вони говорять: «Подивись на нас. Ось він почав пити в чотирнадцять років і три рази сидів у тюрмі, а цей поміняв двадцять місць роботи, і дружина не лише залишила його, а й покінчила собою».

Так, до алкоголіка повертається відчуття й надія, що, навіть якщо є «знищеною» людиною, щось можна змінити, якщо визнати себе хворим.

Члени груп «АА» не нав'язують свою допомогу, алкоголік повинен прийти сам і попросити допомогу. Для того, щоб це сталося, потрібно досягти межі падіння, котра в кожного своя, опинитися в кризі, коли стає зрозуміло, що проблема всередині, що ти став рабом алкоголю і без сторонньої допомоги не вибратися. «АА» готові допомогти в будь-якому випадку, незалежно від глибини падіння.

Дуже важливий психологічний фактор програми «АА» – вимога до новачка більше говорити про себе, особливо про те, який він поганий. Така «самопрезентація» допомагає йому виявити почуття

вини, висловити таке, що накопичувалося роками і про що він не смів говорити, в чому боявся зізнатися навіть собі. Тут суттєвою є, не стільки лише можливість висловитися, скільки відсутність спроб осудження, бо ніхто не намагається здаватися кращим. Це дає велику впевненість у підтримці своїх друзів по нещастю.

Дуже важливий пункт програми «АА» – повернення до віри в Бога, «наскільки я його розумію». Це допомагає уникнути найбільшої тривожності.

Програма «АА» дає змогу також відновити міжособистісні контакти, котрі в минулому житті алкоголіка, як правило, були беззмістовними і одноманітними.

Інколи важко пояснити, чому той, хто приєднався до «АА», перестає вживати алкоголь. Думають, що це трапляється через ідентифікацію до себе подібного. Визнаючи в інших ті ж самі проблеми, легше поводитися так само й глибше зазирнути у власну внутрішню сутність. В ефективності «АА» суттєвою обставиною є те, що член «АА» залишається тверезим, коли допомагає іншим, докладає зусиль заради інших. Зміцнюючи інших, новоприбулих учасників груп «АА», він сам набирається сил.

#### **4.8. Психологічна допомога сім'ям учасників АТО**

Психологічна допомога учасникам бойових дій повинна бути спрямована, насамперед, на допомогу у відрефлексуванні тих почуттів і переживань, які були накопичені. Учасникам зони АТО потрібно повернутись у стан до стресу. Тут головне – визволення бійців від почуття пережитого страху й провини. Якщо люди бачать смерть своїх товаришів, то почуття провини – закономірне, при цьому об'єктивні причини для нього можуть бути відсутні. Також важливо вивільнити бійця від почуття власної безпомічності, якщо він перебував в оточенні чи під обстрілом, не маючи можливості змінити ситуацію. Потрібно інформувати учасників зони АТО про закономірності нашої психіки, а саме пояснити, що подібні почуття може відчувати людина, яка, наприклад, їхала по трасі на своїй легковій машині, а в неї врізалася вантажівка. Потрібно донести до бійців думку, що є речі, які нам не підвладні, і довіру до власних сил слід повертати. При цьому чим раніше вони усвідомлять, за що несуть відповідальність, а що виходить за межі людських можливостей, – тим краще.

Перебуваючи в зоні АТО, бійці особливо потребували підтримки з тилу. При цьому варто зауважити, що вони намагалися мінімально

ділитися своїми переживаннями з родичами й близькими, тому що, пройшовши через бій, були впевнені, що їхні рідні просто не спроможні винести весь той жах, який вони носять у собі. Оберігаючи своїх близьких від переживань, учасники бойових дій таким чином дають можливість родичам залишатися підтримуючими й забезпечувати підтримку в подальшому.

Психологічна допомога бійцям АТО повинна сприяти їх успішній адаптації до нових умов життя. Люди, котрі повернулись із війни, суттєво відрізняються від решти. У них зовсім інша система моральних цінностей, інший рівень духовного розвитку, при якому загострюються інтуїтивні відчуття нещирості взаємин, фальші, корисливих намірів стосовно них. Термін «психологічна реабілітація» найбільш точно відображає процес і результати надання психологічної допомоги в процесі соціально-психологічної адаптації. Успішна психологічна реабілітація та ресоціалізація ґрунтується на трьох основних діях – спілкуванні, прийнятті бійця таким, яким він є, і допомозі фахівця.

Певних реабілітаційних заходів (насамперед, психологічної допомоги) потребують батьки й члени сімей учасників бойових дій, які самі перебували в психотравмуючій ситуації, очікуючи щоденно страшної звістки. Засобом реабілітації таких сімей може стати Центр психологічної допомоги учасникам АТО та їхнім сім'ям. Саме на членів сім'ї випаде багато випробувань, щоб наново відновити довіру та втрачену близькість свого захисника, котрий повернувся із зони бойових дій.

Серед заходів, які сприятимуть швидшому входженню бійця у звичне середовище, відновленню здатності до емоційних проявів, заслуговують на увагу правила, запропоновані співробітниками Науково-дослідного центру гуманітарних проблем ЗС України:

1. Поки боєць перебуває в зоні АТО, не розповідайте йому про свої страхи й тривоги, не плачте в трубку. Людина в зоні бойових дій живе на межі своїх можливостей. Якщо вона не матиме впевненості, що вдома все добре, то не зможе ефективно виконувати бойові завдання. Бійцю потрібно дати зрозуміти, що вдома чекають його якнайшвидшого повернення, за нього переживають, його люблять і знають, що він повернеться живий, здоровий та з перемогою.

2. Переживання в сім'ях бійців неминучі, але градус хвилювання можна знизити, обмеживши доступ до ЗМІ й захистивши себе від повідомлень «усе пропало, всіх зливають». Є зв'язок із вашим сином/чоловіком/братом – із ним усе добре. На все інше краще не звертати уваги.

3. Вільний час краще витратити не на перегляд телевізора, а на будь-яку діяльність, пов'язану з наданням допомоги нашим солдатам. Наприклад, допомогу пораненим у госпіталі. Займати свій час і думки потрібно роботою на перемогу. Не можна давати собі можливість лінуватися. Із лінії й часу на вільну філософію на політичні теми нічого доброго не вийде. Краще переходите від слів до практики. Від маленького кроку окремої людини складається загальний настрій сім'ї, вулиці, міста та країни.

4. Найскладніше в поточній ситуації матерям військових. Багато хто з них часто опиняється на межі відчаю. Для них украй важливо, щоби поруч була присутня людина, яка морально сильніша й здатна контролювати емоції. Дайте їм зрозуміти, що поруч є хтось, хто може підтримати та допомогти.

5. Приготуйтеся, що боєць, який повернувся із зони бойових дій, – це вже інша людина, яка отримала унікальний досвід. Його потрібно прийняти разом із новими поглядами, знайомствами, проблемами, страхами та, можливо, проявами агресії. Повернення до мирного життя може затягнутися, але без любові, турботи, тепла й найголовніше – прийняття сім'ї – воно стане практично неможливим.

6. Пам'ятайте: людина, котра пройшла війну, стала набагато сильнішою, мудрішою та досвідченішою. Він повернувся. Живий. Повернувся саме до вас. Усе інше – труднощі, які можна пережити, якщо ви націлені на те, щоб прожити з людиною щасливе життя.

7. Не відгороджуйтеся. В іншому випадку боєць залишається сам на сам зі своїми спогадами, які інколи є небезпечними для психічного здоров'я. Це призводить до внутрішнього конфлікту, який буде поступово посилюватися. У підсумку виходів із нього може виявитися багато й усі вони будуть деструктивні для особистості та соціуму.

8. Слухайте його. Це – важливо. Боєць повинен зрозуміти, що поруч із ним – його рідна людина, яка прийме його будь-яким. Він повинен зрозуміти, що він потрібен. Багато хлопців закриваються в собі, якщо бачать, що дружина відкидає його новий досвід і каже, що не хоче чути про вбивства й кров. Але він-то цього не може забути, а поділитися йому більше нема з ким. Відсутність цієї можливості може спровокувати серйозні проблеми з психікою. Дім повинен стати для нього місцем, де можна розслабитися та розкритися.

9. Забороніть собі ображатися. Не можна не будувати здогади «...він зі мною не говорить, тому що...». Не можна ставити себе в роль жертви. Людина була в ситуації, де все по-справжньому. У зоні

бойових дій немає тієї дипломатії, до якої ми звикли в повсякденному житті – там щось не скажи, тут посміхнися, умовності збережи, так себе не поведи. Боець налаштований категорично, він так звик. Через це можуть виникати конфлікти.

10. Щоб чоловік швидше адаптувався, його потрібно залучати в повсякденне життя. Він повинен розуміти, що він потрібен тут і не є тягарем. В іншому випадку у свідомості бійців виникає розлом: там він герой, а тут дружина робить усе сама, щоб він начебто відпочив. Ні в якому разі не можна жаліти людину – потрібно залучати її до побутових питань у міру готовності.

11. Якщо немає різко агресивних форм поведінки, не можна відгороджувати дітей від батька. Дитина – це додаткова ниточка, яка прив'язує бійця до реального життя. Діти розуміють більше, ніж вам здається. Їхня участь і співпереживання можуть стати для людини рятівними.

12. Якщо людині починають снитися кошмари – зверніться до психотерапевта або психолога. Вони допоможуть створити комфортні умови, які сприятимуть усвідомленню безпеки. Наприклад, боець повернувся додому без видимих фізичних ушкоджень. Однак коли дружина вимикала світло й вони лягали спати, йому здавалося, що поруч сепаратист, який може його задушити. Він починав захищатися. Ситуацію врятувала порада психолога, щоб залишати увімкнутим нічник. Людина прокидається від кошмару, дивиться по сторонах, бачить, що вона вдома, життя нічого не загрожує, ніяких сепаратистів немає, а поруч – кохана дружина.

13. Усвідомлення того, що поруч кохана дружина, змінює розуміння того, що поруч – бажана дружина. Нерідко учасники бойових дій кажуть, що зникає сексуальний потяг і з'являється агресивний настрій. Із цим можна впоратися, якщо підходити до чоловіка збоку, супроводжуючи це голосом. Ласкаво погладжуйте спину й плечі, ніжно обіймайте. Його потрібно поступово привчати, що вся небезпека минула та удару в спину не буде.

14. Якщо чоловік не виносить фізичних контактів у принципі, приготуйтеся до того, що потрібно поступово, день за днем, можливо – тиждень за тижнем, налагоджувати контакт. Чоловік має відтанути. Згадайте, як годували в парку білочок. Ви простягає їй руку з горіхами і чекаєте, поки вона не зрозуміє, що ситуація безпечна, а ви бажаєте їй добра – хочете погодувати її саме зі своєї руки. Із людиною – той самий механізм. Чоловікові потрібно дати зрозуміти, що він може

прийти до вас у будь-який момент. Ось ваша рука, ви поруч і будете чекати стільки, скільки потрібно, щоб він зміг протягнути свою руку у відповідь.

15. Буває, що людина, яка повернулась із зони бойових дій, довго мовчить, але в якийсь момент зривається й починає троцити все навколо. У таких ситуаціях потрібно максимально намагатися прибрати всі колючо-ріжучі предмети, щоб вони не потрапили під руку, обмежити перебування людини на кухні. Постаратися зацікавити її більшу частину часу проводити в інших приміщеннях.

16. При проявах агресії на словах намагайтеся говорити з людиною спокійно. Буде дуже складно, тому що всередині все закипить, але піддаватися на цю агресію не можна. Потрібно своєю поведінкою, інтонацією й реакцією давати зрозуміти, що ви усвідомлюєте, як йому важко, або що вам складно це зрозуміти, але від того, що на вас кричать, зрозуміліше не стає.

17. Агресія рідко виникає в колі сім'ї. Переважно це відбувається в компаніях – хтось сказав «зайве» слово, неправильно зрозумів, неправильно подивився. Якщо ви бачите, що ваш чоловік/брат/друг починає заводитися, постарайтеся заручитися підтримкою друзів, які поруч, і вивести людину із зони ризику. Якщо в компанії з'являється людина, яка може спровокувати бійця на конфлікт (це завжди помітно), то потрібно зробити все можливе, щоб уникнути такої ситуації.

18. Якщо прояви агресії супроводжуються зловживанням алкоголю – варто негайно звертатися до фахівців, тому що спиртне гарантує непередбачуваність у будь-якому стані.

19. Якщо людина приїхала із зони АТО нетвереза й не тверезіє кілька днів і це не властива їй поведінка – відразу звертайтеся до нарколога або психотерапевта. Коли в людини виникає абстинентний синдром – похмілля – це залежність. На наступній стадії похмілля не з'явиться – це означає, що організм уже не пручається, людині потрібно вкрай мала кількість алкоголю, щоб прийти в стан ейфорії. Це вже не побутовий алкоголізм, це залежність, яку потрібно лікувати терапевтично. Те саме стосується залежності від легких наркотиків, її потрібно лікувати у фахівців.

20. Багато бійців АТО скаржаться на болі в спині. Пройдіть дослідження – носіння бронезилета й переміщення на бронетехніці тривалий час може стати причиною проблем із хребтом. Якщо не знайдені якісь фізичні проблеми в ході дослідження, то травма є психосоматичною. Із нею теж потрібно звертатися до фахівців. Корисні будуть розслаблюючі масажі, фізіотерапевтичні процедури, плавання, гімнастика.



21. Якщо боєць не хоче звертатися до психолога або психотерапевта, хоча ви бачите, що йому потрібна допомога, то фахівець повинен прийти до нього. Можна змодельовати ситуацію, коли у вашому колі спілкування з'являється людина, котра встановить довірчі відносини з бійцем і допоможе йому усвідомити деякі моменти в його поведінці.

22. Проведіть лікнеп. Поясніть, що психолог – це не людина-енциклопедія. Психолог – це людина, яка працює зі здоровими людьми, які потрапили в складні ситуації.

23. Якщо людина не хоче йти до психолога, але готова йти на сповідь до духівника – ідіть до церкви. В окопах атеїстів немає.

#### **4.9. Надання психологічної допомоги при суїцидальних намірах**

Самовбивство вважається страшною, безсоромною справою. Тому деякі консультанти, працюючи з депресивними клієнтами, мимоволі нехтують такою можливістю і вважають, що клієнт не може навіть думати про це. Якщо консультант проявляє таку сліпоту, виникає більша небезпека для благополуччя і навіть життя клієнта. Проблема полягає, як правило, не в приховуванні самогубцем своїх намірів, а в тому, що його не почують, коли йтиметься про них.

*Розрізняють* спробу самогубства (парасуїцид) і реалізоване самогубство. За даними Daves (1968; цит. за: Kennedy, 1977), жінки в чотири рази частіше, ніж чоловіки намагаються покінчити життя самогубством, а чоловіки в чотири рази частіше схильні до самогубства.

Важливе питання, хто все-таки і в яких ситуаціях частіше здійснює самогубство. Уже згадувалося, що не всі люди у стані депресії намагаються здійснити самогубство, але не в депресивному стані самогубство здійснюється дуже рідко, що дає змогу охарактеризувати *такі групи потенційних самогубць*:

1. Одинокі чоловіки (розлучені і які не мають близьких друзів), старші 40 років.
2. Особи, які проживають самі.
3. Алкоголіки.
4. Люди, які пережили втрату близьких.
5. Люди похилого віку, які мають соматичні захворювання.

*Є дві умови*, що сприяють спробам самогубства. *Перша* – збільшення стресу до рівня, що важко переживається клієнтом. *Друга* – нездарність здолати стрес ні самому, ні за допомогою інших. Як

правило, рішення про самогубство не виникає раптово. Часто йому передуює серія спроб поділитися своїми намірами з іншими людьми. Найбільша ймовірність спроби самогубства випадає на вершину екзистенційної кризи.

Coleman (1972) вирізняє **три фактори**, які дуже підвищують ризик при схильності до самогубства: міжособистісні кризи, падіння рівня самооцінки, втрата смислу життя й перспективи.

Shnidman (1969) вирізняє **чотири умови**, що сприяють можливості самогубства:

1. Депресія.

2. Дезорієнтація з галюцинаціями.

3. Намагання повернути втрачений контроль над оточенням (наприклад, смертельно хвора людина може спробувати здійснити самогубство, щоб взяти під контроль час своєї смерті).

4. Залежність від інших і велике невдоволення таким становищем. Дуже важлива риса потенційного самогубця – *амбівалентність*. Вона ускладнює розкриття дійсних намірів. Тому про тих, хто намагався здійснити самогубство, інколи можна почути: «Не схоже на депресію. Учора ввечері в нього був хороший настрій».

#### *Завдання консультанта*

Консультант, зустрічаючись із клієнтом, що має суїцидальні наміри, передусім зобов'язаний проаналізувати власні настанови й почуття власного самогубства, знати їх наперед. У роботі ніколи не слід приховувати своїх справжніх почуттів. Тісний контакт із консультантом може стати міцною ниткою, що пов'язує людину, яка втратила останню надію з життям.

Інколи допускають, що обговорення з клієнтом можливості самогубства лише підсилює їх наміри. Однак, як правило, бесіда про почуття, що підштовхують до самогубства, зменшує вірогідність реалізації намірів. Тому консультант не повинен ухилятися від обговорення з депресивним клієнтом проблеми самогубства. Цим він показує клієнту, що думки про самогубство можуть бути сприйнятій зрозумілі іншою людиною.

Розглядаючи дуже серйозно будь-який намір самогубства, все ж слід не забувати про змогу маніпулятивної загрози, щоб переконати консультанта у важливості своєї проблеми і претендувати на максимум його часу. Більшість симулянтів є істеричними особами. Деякі клієнти говорять про самогубство з бажання відомстити тим, хто нібито недостатньо їх любить. Загалом елемент ворожості міститься майже в кожному самогубстві.

Зустрівшись у консультуванні з депресивним клієнтом, який висловлює суїцидні наміри, дуже важливо оцінити ризик їх реалізації. Від правильного прогнозу може залежати життя клієнта. За думкою Pretsee (1972), якщо людина вже обрала спосіб самогубства, який обов'язково гарантує смерть, і цей спосіб є легко доступним, то ризик суїциду стає дуже значним.

Ступінь очевидності самогубства консультант може з'ясувати, коли поставить клієнту другорядні запитання (Bird, 1973). Запитувати прямо – «Чи не збираєтесь ви здійснити самогубство?» – небажано, тому що таке запитання спонукає клієнта до заперечення. Ефективна також практика поступового розпитування клієнта, а саме:

*Консультант:* Як Ваші справи? *Клієнт* знизує плечима. *Консультант:* Не все добре? *Клієнт* трясє головою. *Консультант:* Сумно? *Клієнт* киває головою. *Консультант:* Усе здається безнадійним? *Клієнт:* Так. *Консультант:* Життя інколи здається безнадійним? *Клієнт:* Інколи. *Консультант:* Чи часто Ви думаєте про те, що хотіли б померти? *Клієнт:* Більшу частину часу. *Консультант:* Виникає бажання покінчити з життям? *Клієнт:* Інколи. *Консультант:* Обдумували Ви, як це зробити? *Клієнт:* Ще так далеко не зайшов.

Така поступовість опитування дає змогу точніше дізнатися, як далеко зайшов клієнт у своїх думках про смерть. Очевидно, що клієнт має явні суїцидні наміри, однак прямої загрози самогубства немає.

Засновник логотерапії V. Frankl пропонує оцінювати замість вірогідності самогубства величину життєвого потенціалу і запитувати клієнта не про причину небажання жити, а про зміст життя для нього. Чим більше знаходиться ниток, що зв'язують клієнта з життям, тим менша ймовірність самогубства. Існують певні правила консультування осіб, які мають намір самогубства (Schuts, 1982; Berman, Cohen-Sandler, 1983; цит. за Corey, 1986, Вігої, 1973; Kennedy, 1977).

*Концентровано завдання консультанта можна сформулювати так:*

1. З такими клієнтами треба частіше зустрічатися.
2. Консультант має звертати увагу суїцидного клієнта на позитивні аспекти його життя. Наприклад: «Ви згадували, що раніше багато чим цікавились. Розкажіть про свої захоплення» або «Завжди є заради чого жити. Що думаєте про це?» Такі запитання допомагають клієнту вишукати ресурси для подолання важкого стану життя.
3. Дізнавшись про намір клієнта здійснити самогубство, не слід панікувати, намагатися відвернути його якимось заняттям і застосувати моралізаторство («Від цього нічого не зміниться»), «Чи знаєте

Ви, що релігія вважає самогубство величезним гріхом?»). Така тактика лише переконує клієнта, що його ніхто не розуміє, і консультант – також.

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

5. Клієнт повинен мати змогу у будь-який час зателефонувати, щоб той міг консультувати його емоційний стан.

6. При високій ймовірності самогубства слід ужити запобіжних заходів – поінформувати близьких клієнта, обговорити питання про госпіталізацію. Консультанту не завжди легко це виконати.

Клієнт починає заперечувати свої наміри і переконує, що не треба про нього турбуватися. Проте консультанту краще покластися на свою інтуїцію і врахувати небезпечні ознаки в поведінці клієнта, оскільки заспокійливі заяви консультанта мають – у випадку загрози самогубства – зробити максимум можливого, щоб вплинути на вибір клієнта на користь життя.

7. Консультант не повинен дозволяти клієнту маніпулювати собою способом погрози самогубства.

8. Консультант зобов'язаний не забувати, що він не Бог і, не зважаючи на найкращі наміри, не завжди здатен протистояти самогубству. Найбільшу відповідальність за власні дії несе сам клієнт. Консультант не може повністю відповідати за клієнта. Він лише професійно відповідальний за попередження реалізації суїцидних намірів. Однак незаперечна аксіома – якщо клієнт дійсно хоче покінчити з життям, ніхто не здатен зупинити його. Як відзначає Kennedy (1977), Ми говоримо «так» життю клієнта, але ж повинні бути готовими до того, що деякі клієнти все-таки скажуть своєму життю «ні».

9. Консультант має дослівно, в письмовій формі, документувати свої дії, щоб у випадку нещастя міг довести собі й іншим, що діяв професійно і вжив усіх заходів для того, щоб запобігти катастрофі.

10. Консультант має знати специфіку консультування осіб, які намагалися здійснити самогубство. Консультування спрямовується на подолання спроб до самогубства, які ще лишаються після невдалої спроби. Hamilton і Moss (цит. за Kennedy, 1977) виділяють три етапи консультування: в гострій стадії, в стадії одужання і після одужання.

11. Особливо важлива робота консультанта у двох перших стадіях. Під час першого контакту після невдалого самогубства актуальними є унікальність ситуації й самопочуття «самогубця-невдахи». Людина, яка випробувала максимальну напругу душевних сил, розуміє, що не

померла, але обставини, що призвели до спроби піти з життя, лишилися. Момент «пробудження» – початок нового етапу життя цієї особи. Тому важливо, який вплив буде вписаний у чистий аркуш свідомості клієнта. Час першого контакту не повинен обмежуватися, клієнту слід дозволити висловитися.

12. Від консультанта, що зустрічається з таким клієнтом, вимагається непідробна віддача всіх своїх душевних сил. Ідеться про дещо більше, ніж обов'язки консультанта. Після спроби самогубства клієнт максимально чутливий і дуже вразливий, він гостро відчуває внутрішній стан консультанта. У першій стадії не слід починати обговорення основного конфлікту і поступово можна перейти до причин психосоматичного змісту самогубства. Саме консультування має бути спрямованим на зменшення тривоги й безнадійності. Стадія одужання починається, коли клієнт може повернутися до свого попереднього оточення. У другій стадії, як, до речі, і після повного одужання, можливе повторення суїцидних намірів.

Особливо провокативний вплив чинить оточення, безпосередньо пов'язане із травмувальним фактором. Тому на другому етапі дуже важливою є робота консультанта із сім'єю суїцидента.

Допомога сім'ї почасти вирішує проблематичні обставини. Загалом спроба самогубства – суттєва причина для змін у сімейному житті, точніше кажучи, такі зміни стають неминучими. Лише зміна умов життя по-справжньому буває цілющою для таких клієнтів.

Спроба клієнта здійснити самогубство, а тим більше здійснення самогубства, є для консультанта дуже важкою психічною травмою.

### ***Завдання та запитання для самоконтролю:***

- 1. Психологічна допомога клієнтам в кризових станах.*
- 2. Особливості роботи психолога з клієнтами з розладами поведінки.*
- 3. Особливості роботи психолога з клієнтами, які переживають втрату.*
- 4. Особливості роботи психолога з невиліковно хворими клієнтами.*
- 5. Психологічна допомога при насиллі в сім'ї.*
- 6. Особливості роботи психолога з клієнтами, що зазнали сексуального насилля.*
- 7. Особливості роботи психолога з клієнтами з алкогольною залежністю.*
- 8. Психологічна допомога сім'ям учасників АТО.*
- 9. Надання психологічної допомоги при суїцидальних намірах.*

## РОЗДІЛ 5 ПСИХОДІАГНОСТИЧНИЙ ПРАКТИКУМ

### 5.1. Особистісна та соціальна ідентичність (Урбанович, 1998, 2001)

Даний опитувальник відноситься до методик так званого «раннього виявлення», і дозволяє виявити перші ознаки, що вказують на психологічний дискомфорт і неблагополуччя. Пропонований опитувальник визначає рівень особистісної і соціальної ідентичності, виявляючи перші ознаки розладу з самим собою і зі своїм соціальним оточенням.

При цьому під *особистісною ідентичністю* розуміється самовизначення в термінах фізичних, інтелектуальних і моральних рис індивіда; під *соціальною ідентичністю* – самовизначення в термінах віднесення себе до певної соціальної групи. На основі різних психологічних досліджень можна зробити висновок: чи прагне людина до збереження позитивної ідентичності. Її наявність сприяє сприйняттю навколишнього світу як стабільнішого, надійнішого, справедливішого, збалансованого. Навпаки, втрата позитивної ідентичності дезорганізує внутрішній світ людини. Виникає дисгармонія образу свого «Я» і образу навколишнього світу, що перешкоджає адекватній поведінці у цьому світі. Особливо масового характеру ці процеси набувають в умовах радикальної соціальної трансформації. Відповіддю людської психіки на різкі зміни у соціальному світі і є криза ідентичності. Важливо завчасно визначити як наближення людини до цієї кризи, так і сам факт її переживання. Цій меті і служить дана методика, що дозволяє виявити, наскільки і в яких сферах у людини настає розлад з собою і з соціальним оточенням. Для діагноста важливий не лише підрахунок балів, але і якісний аналіз відповідей опитуваних.

Опитувальник дозволяє здійснити аналіз особистісної і соціальної ідентичності по наступних восьми позиціях:

- 1) служба;
- 2) матеріальне становище;
- 3) внутрішній світ;
- 4) здоров'я;
- 5) сім'я;
- 6) оточення;
- 7) майбутнє;
- 8) суспільство.

Кожній позиції відповідають 12 затверджень опитувальника. Ствердна відповідь на кожне питання оцінюється в один бал і в цілому підвищує показник особистісної і соціальної ідентичності, почуття самоідентифікації.

**Інструкція:** «Прочитайте приведені нижче твердження і відмітьте номери тих з них, які відповідають вашому нинішньому стану і сприйняттю себе й навколишнього соціального світу».

1. Я маю чітке уявлення про суть моєї діяльності і її цілі.
2. Я маю чітке уявлення про своє нинішнє матеріальне становище.
3. Я постійно удосконалюю себе різними способами.
4. Я цілком задоволений станом свого здоров'я.
5. На сьогодні моя сімейна ситуація мене цілком задовольняє.
6. Я щиро цікавлюся думкою і точкою зору інших людей.
7. Я знаю свої головні цілі в житті.
8. Мене цілком влаштовує мій соціальний статус в суспільстві.
9. Моя служба (робота) допомагає мені в досягненні моїх життєвих цілей.
10. Мені вдається дотримуватися рамок свого бюджету.
11. Я регулярно читаю пресу і цікавлюся новинами.
12. Я регулярно буваю на оглядах у лікаря і перевіряю стан свого здоров'я.
13. Я розумію значення сім'ї для себе.
14. Мене цікавлять чужі турботи і проблеми.
15. Я послідовно, наполегливо і енергійно прагну до досягнення своїх головних цілей в житті.
16. Моя професія досить шанована в суспільстві.
17. Я маю чітке уявлення про свої перспективи по роботі (службі).
18. Я знаю, які заходи необхідно зробити для поліпшення мого матеріального становища.
19. Я регулярно читаю літературні твори.
20. Я регулярно займаюся фізкультурою.
21. Я приділяю досить часу своїй сім'ї.
22. Моя думка цікавить інших людей.
23. Я знаю, коли приблизно здійсняться мої життєві цілі (відповідно до мого життєвого плану).
24. Мене практично все влаштовує в соціальній дійсності, що оточує мене.
25. Я працюватиму (служитиму) в даній сфері діяльності через п'ять років.

26. Для того, щоб підтримати своє матеріальне становище, я часто беру в борг.
27. Я відвідую навчальні заходи і спеціальні курси.
28. Я сплю щодня достатній час.
29. У членів моєї сім'ї є спільні захоплення.
30. Я вмію слухати інших.
31. У мене є аналіз чинників і умов, сприяючих досягненню моїх життєвих цілей.
32. Мене хвилює все, що відбувається в нашому сучасному суспільстві.
33. Я працюватиму в даній сфері діяльності через 10 років.
34. Заходи, які я роблю для поліпшення мого матеріального становища, цілком реальні.
35. Я беру участь в різноманітній спільній діяльності, сприяючій моєму особистому розвитку.
36. Моє харчування достатнє, регулярне і збалансоване.
37. Я добре знаю членів своєї сім'ї – їх потреби, думки, бажання, позиції.
38. Я вмію цінувати тих людей, з ким спілкуюся.
39. У мене є аналіз чинників і умов, що перешкоджають досягненню моїх життєвих цілей.
40. Мене хвилює, в якому напрямі розвивається наше сучасне суспільство.
41. Я досить натхненний і мотивований для цієї роботи (служби).
42. Моє матеріальне становище мене цілком влаштовує.
43. У мене є план особистого розвитку.
44. Я вживаю алкоголь помірно.
45. Я можу створити у своїй сім'ї відкриту і душевну атмосферу.
46. Я прагну розвивати людей, з якими спілкуюся.
47. Я знаю критичні пункти («вузькі місця») на шляху до досягнення моїх життєвих цілей.
48. Сьогодні мені живеться краще, ніж десять років тому.
49. В майбутньому я знайду в собі досить натхнення і мотивації, спираючись головним чином на свій особистий потенціал.
50. Я упевнений у тому, що знаю, як зробити своє матеріальне становище краще.
51. Я наполегливий в реалізації плану мого особистого розвитку.
52. Я людина некуряща.
53. Я впевнений у надійності моїх сімейних умов.



54. Я прагну розуміти людей, з якими спілкуюся.
55. Я знаю, що мені потрібно і який рівень досягнення моїх життєвих цілей.
56. Сьогодні мені живеться краще, ніж п'ять років тому.
57. Я отримую внутрішнє задоволення від своєї нинішньої роботи.
58. Мої потреби і можливості оптимізовані і урівноважені.
59. Час від часу я удосконалюю план мого особистого розвитку.
60. У моєму щоденному раціоні цілком достатньо свіжих овочів і фруктів.
61. Я здатний не лише «брати» від сім'ї, але і «давати» їй.
62. Я піклуюся про підтримку дружніх стосунків.
63. При досягненні моїх головних життєвих цілей я покладаюся головним чином на себе.
64. У мене цілком достатньо можливостей, що дозволяє впливати на розвиток в сучасному суспільстві.
65. Я знаю, що необхідно зробити, щоб моя робота (служба) найближчими роками відповідала моїм особистим потребам і моїй життєвій філософії.
66. Я здатний на радикальні кроки по поліпшенню свого матеріального становища.
67. Я знаю, як мені реалізувати мої потреби в особистому розвитку.
68. Я досить багато рухаюся впродовж дня.
69. Я можу створити надійні і сприятливі умови для своєї сім'ї.
70. На мій погляд, у мене досить друзів і приятелів.
71. Я готовий повною мірою використати наявні можливості, що дозволяють реалізувати мої життєві цілі.
72. Я приділяю досить часу і уваги роздумам про проблеми сучасного суспільства.
73. Позитивні і негативні сторони моєї нинішньої роботи (служби) цілком урівноважені і збалансовані.
74. Я можу покладатися на допомогу оточення в поліпшенні мого матеріального становища.
75. Я знаю, як управляти своїм душевним станом.
76. Я веду здоровий спосіб життя.
77. Я знаю, як розвивати своє сімейне життя.
78. Я зважаю на думку і точку зору інших людей.
79. Я готовий нейтралізувати дію чинників і умов, що перешкоджають досягненню моїх життєвих цілей.

80. Я знаю, в якому напрямі розвивається суспільство, в якому живу.

81. Моя робота (служба) мене цілком задовольняє, відповідає моїм матеріальним запитам і духовним інтересам.

82. Я маю чітке уявлення про той рівень матеріального становища, який потрібний мені і моїй сім'ї.

83. Я знаю свої внутрішні можливості.

84. У мене є особистий план свого фізичного вдосконалення.

85. Я прагну до встановлення хороших взаємовідносин зі своїми батьками і родичами.

86. У своїй життєдіяльності я потребую оточення людей.

87. Я готовий до можливого і необхідного перегляду моїх життєвих цілей (особливо в умовах їх нереальності).

88. Я розділяю цінності, на яких базується сучасне суспільство.

89. Я бачу соціальну значимість і необхідність моєї роботи (служби).

91. Я достатньо часу буваю один, наодинці з своїми думками.

92. Я наполегливий в реалізації особистого плану свого фізичного вдосконалення.

93. Я прагну до встановлення хороших взаємовідносин з батьками і родичами чоловіка (дружини).

94. Я вважаю, що оточення потребує мене.

95. Прагнення до досягнення моїх життєвих цілей є важливою складовою моєї життєдіяльності.

96. Я знайшов своє місце в сучасному суспільстві.

**Обробка результатів:** кожна ствердна відповідь оцінюється в один бал. Підрахуйте бали відповідно до ключа.

– Моя служба (робота): 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57, 65, 73, 81, 89.

– Моє матеріальне становище: 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58, 66, 74, 82, 90.

– Мій внутрішній світ: 3, 11, 19, 27, 35, 43, 51, 59, 67, 75, 83, 91.

– Моє здоров'я: 4, 12, 20, 28, 36, 44, 52, 60, 68, 76, 84, 92.

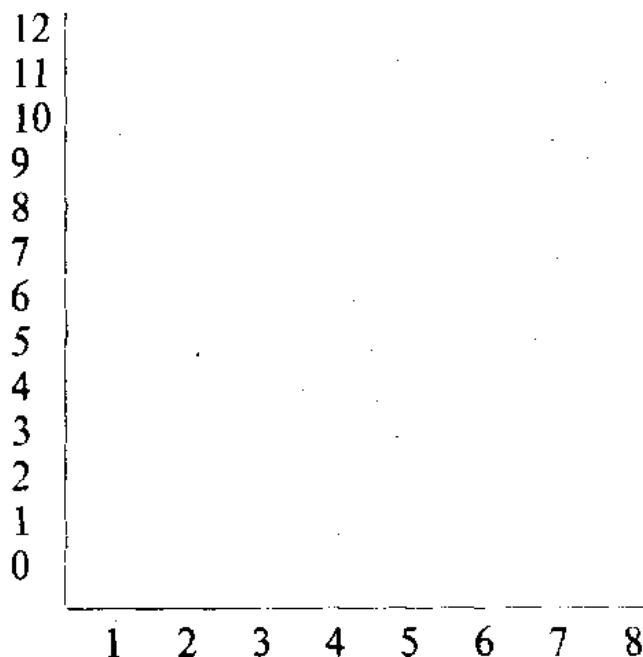
– Моя сім'я: 5, 13, 21, 29, 37, 45, 53, 61, 69, 77, 85, 93.

– Мої стосунки з оточенням: 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 62, 70, 78, 86, 94.

– Моє майбутнє: 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 63, 71, 79, 87, 95.

– Я і суспільство, в якому живу: 8, 16, 24, 32, 40, 48, 56, 64, 72, 80, 88, 96.

Визначення індивідуального профілю особової і соціальної ідентичності здійснюється по ключовій таблиці, де відображаються набрані бали за приведеними вісьми позиціями.



## **5.2. Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків**

Даний опитувальник призначений для вивчення стану людини після дії надзвичайних чинників, а саме – перебування в екстремальних умовах (Котенев, 1996).

Він виявляє наявність у учасника бойових дій таких проявів посттравматичного синдрому, як надпильність, перебільшене реагування, агресивність, порушення пам'яті і концентрації уваги, депресію, тривожність, зловживання наркотичними і лікарськими засобами, галюцинаторні переживання, проблеми з сном (труднощі з засинанням та переривчастий сон).

### **ІНСТРУКЦІЯ**

Уважно читаючи кожне твердження, виберіть той варіант відповіді, який найбільше відповідає вашому стану або думці. Оцініть кожне твердження за таким принципом: 5 – абсолютно вірно; 4 – швидше вірно; 3 – частково вірно, частково невірно; 2 – швидше невірно; 1 – абсолютно невірно.

### **ТЕКСТ ОПИТУВАЛЬНИКА**

1. Вранці я прокидаюся бадьорим та відпочилим.
2. Я добре координую свої рухи.
3. Я відчуваю втомленість.

4. Мені потрібне зусилля, щоб вникнути в те, про що говорять оточуючі.
5. Несподівано у мене виникає сильне серцебиття.
6. Я споживаю їжу машинально, не відчуваючи при цьому задоволення.
7. Світ, що оточує мене, здається нереальним.
8. Я здригаюся від раптового шуму.
9. Я настільки чітко пригадую окремі події, що при цьому як би знову переживаю їх.
10. Я абсолютно здоровий фізично.
11. Мені приносить задоволення бути присутнім серед інших людей.
12. Часто я дію так, ніби мені загрожує небезпека.
13. Мене не можна дорікати в неуважності.
14. Я часто бачу один і той же жахливий сон.
15. Безперечно, я винен перед людьми.
16. Дрібні дурниці дратують мене.
17. Я намагаюся не дивитися телевизор, якщо показують хроніку драматичних подій.
18. Мені подобається моя робота.
19. Я пережив серйозну втрату.
20. Я добре висипаюся ночами.
21. Я ніколи не бачу страшних снів.
22. Іноді мені хочеться напиться.
23. Мої близькі сильно хвилюються через мою роботу.
24. У мене буває відчуття, що час тече неначе би уповільнено.
25. Іноді я звертаюся до лікаря тільки тому, що хочу трохи відпочити.
26. Багато речей втратили для мене інтерес.
27. Без жодного приводу я можу вибухнути бурхливими емоціями.
28. Мені слід було б дотримуватися дієти.
29. Я намагаюся уникати розмов на неприємні теми.
30. Буває, що я забуваю речі.
31. Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене.
32. Мені необхідно краще контролювати емоції.
33. Минулі події іноді згадуються яскравіше ніж те, відбувається зараз.
34. Мені іноді здається, що світ навколо мене втрачає фарби.
35. Я прокидаюся від раптового страху.

36. Мені вартує великих зусиль працювати в колишньому ритмі.
37. Іноді я відчуваю озноб.
38. Мені хочеться допомагати людям, що потрапили у біду.
39. Нещодавно мені довелося зіткнутися з дуже небезпечними обставинами.
40. Я почуваю себе впевненіше, ніж багато з моїх однолітків.
41. Я засинаю важко.
42. Я переживаю почуття самотності.
43. Мені буває важко згадувати те, що відбувалося зовсім нещодавно.
44. Я відчуваю, що стаю іншою людиною.
45. Мене іноді тішать самі дрібні речі.
46. Я відчуваю прилив сил.
47. Вранці мені важко прокидатися.
48. Мої думки постійно повертаються до того, про що не хочеться думати.
49. Я переживаю почуття сорому.
50. Зазвичай я не звертаюся до лікаря, навіть якщо відчуваю, що не зовсім здоровий.
51. Мій сон настільки міцний, що гучні звуки або яскраве світло не можуть мені завадити.
52. Мені говорять, що я скрикую уві сні.
53. Я часто думаю про майбутнє.
54. Іноді я гніваюся.
55. Я боюся, що можу натворити щось усупереч своїм намірам.
56. Буває, що я забуваю те, що хотів сказати або зробити.
57. Останнім часом мій настрій погіршився.
58. Мені немає на кого покластися.
59. Хотілося б, щоб моя сім'я приділяла мені більше уваги.
60. Безперечно, я люблю ризикувати.
61. Мені подобається «чорний гумор».
62. Я у всьому покладаюся на самого себе.
63. Я постійно відчуваю потребу щось жувати, навіть не відчуваючи голоду.
64. Іноді мені здається, що я заплутався в житті.
65. Мені здається, що я не зумів зробити того, що від мене вимагалось.
66. Я відчуваю інтерес і смак до життя.
67. Мені весело і легко в компанії людей.

68. Я багато і плідно працюю.
69. Часто я забуваю, куди поклав ту або іншу річ.
70. Я намагаюся ні з ким не обговорювати свої проблеми.
71. Я ніколи не відчував страху.
72. Мені було б корисно побути насамоті.
73. Виконуючи певну справу, я часто думаю зовсім про інше.
74. Моє життя різноманітне і насичене подіями.
75. Я ніколи не здійснював вчинків, за які мені було б соромно.
76. Чужі труднощі мало кого хвилюють.
77. Я відчуваю себе набагато старшим за свої роки.
78. Мені здається, що мене чекає щасливе майбутнє.
79. У житті мені довелося випробувати таке, про що краще не згадувати.
80. Я гостро сприймаю чужий біль.
81. Мені здається, я втратив здатність радіти життю.
82. Мене турбують головні болі.
83. Легкі заробітки зазвичай пов'язані з порушенням закону.
84. Я не проти заробити зайвого.
85. Сторонні звуки відволікають мене.
86. Я намагаюся не вступати у бійку, якщо справа мене не стосується.
87. Я вірю в торжество справедливості.
88. Моє серце працює як завжди.
89. Іноді я приймаю пігулки.
90. Є речі, які я не можу собі пробачити.
91. Безперечно, мені треба час, щоб прийти в себе.
92. Алкоголь добре знімає будь-який стрес.
93. Я не схильний скаржитися на здоров'я.
94. Мені хочеться все крушити на своєму шляху.
95. Більшість людей заклопотана лише власним благополуччям.
96. Мені нелегко стримувати свій гнів.
97. Я вважаю, що правий той, хто сильніший.
98. У мене ніколи не було неприємності.
99. Мені слід було б навчитися уникати конфліктів.
100. Я придбав в житті хороших друзів.
101. Мене вважають урівноваженою людиною.
102. Нервову напругу добре знімає сауна.
103. Я відчуваю розгубленість.
104. Часто мені здається, що мене підстерігає небезпека.

105. Я працюю, не відчуваючи втоми.

106. Я відчуваю сильне внутрішнє збудження.

107. Мені важко зосередитися одночасно на декількох справах.

108. Часто я здійснюю мимовільні дії у відповідь на несподіваний звук або рух.

109. Я почуваю себе цілком упевненим в собі.

110. Мені є за що дякувати долі.

### Обробка результатів

**1. Надпильність:** 2, 32, 46, 58, 62, 70, 98, 105, 106, 109. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

**2. Перебільшене реагування:** 8, 12, 39, 102, 104, 108. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

**3. Притупленість емоцій:** 3, 4, 6, 7, 13, 24, 26, 34, 45, 64, 66, 74, 81. Підсумуйте значення (питання: 3, 4, 6, 7, 24, 26, 34, 64, 81) і відніміть значення з питань (13, 45, 66, 74), що залишилися, отриману величину розділіть на 9.

**4. Агресивність:** 60, 83, 84, 87, 94, 96, 97, 99. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

**5. Порушення пам'яті і концентрації уваги:** 30, 36, 43, 56, 69, 73, 85, 91, 107. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

**6. Депресія:** 19, 26, 34, 42, 48, 57, 64, 81, 91, 82, 72. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

**7. Загальна тривожність:** 5, 16, 31, 37, 55, 59, 76, 103. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

**8. Напади люті:** 54, 84, 86, 88, 96, 101. Підсумуйте значення (питання: 54, 84, 96) і відніміть значення з питань (86, 88, 101), що залишилися, отриману величину розділіть на 3.

**9. Зловживання наркотичними і лікарськими речовинами:** 22, 25, 50, 63, 89, 92, 102. Підсумуйте значення (питання: 22, 25, 63, 89, 92) і відніміть значення з питань (50, 102), що залишилися, отриману величину розділіть на 3.

**10. Непрошені спогади і галюцинаторні переживання:** 7, 9, 17, 19, 29, 33, 48, 71, 79. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

**11. Проблеми з сном (труднощі із засинанням і переривчастий сон):** 1, 14, 20, 21, 35, 41, 47, 51, 52. Підсумуйте значення (питання: 14, 35, 41, 47, 52) і відніміть значення з питань (1, 20, 21, 51), що залишилися, отриману величину розділіть на 4.

**12. «Провина того, хто вижив»:** 15, 38, 49, 65, 80, 90. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

**13. Оптимізм.** Ця шкала відповідає наступним питанням: 10, 11, 18, 40, 44, 53, 67, 68, 75, 77, 78, 93, 100, 110. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

### **5.3. Особистісний профіль кризи (ТАРАС, 2003)**

Пропонований опитувальник дозволяє визначити особистісний профіль переживаної кризи. Його теоретичною основою є положення про комплексний характер переживання кризи, що зачіпає різні фізіологічні і психологічні аспекти.

**Інструкція:** Прочитайте приведені нижче твердження й відмітьте номери тих з них, які відповідають вашому нинішньому стану. Якщо твердження лише частково вірно, то підкресліть ту його частину, яка відповідає вашим реакціям. Хочемо нагадати, що в приведеному списку немає поганих або хороших проявів і реакцій. Усі вони є лише неминучим наслідком переживаної кризи.

1. Я страждаю від головних болей, погіршення здоров'я або почуваю себе погано.
2. Я став розсіяним.
3. Мене не покидає почуття тривоги, яке підсилює мої судження і почуття.
4. Іноді у мене виникають думки, що немає сенсу жити як раніше.
5. Я уникаю думати або говорити про свою невдачу (нещастя).
6. Іноді моє серце б'ється прискорено.
7. Мені здається, що я втратив здатність реально оцінювати події і чітко їх сприймати.
8. Я сердитий на весь світ за те, що це сталося зі мною.
9. Я відчуваю фізичну втому, апатію, млявість почуттів.
10. Думки про те що сталося безупинно крутяться у мене в голові, і я не можу зупинити їх.
11. Іноді я не можу нормально дихати.
12. Іноді мені важко чітко формулювати свої думки.
13. Після того що сталося, я не плачу і не тужу так, як це зазвичай повинно бути.
14. Усі ті, що оточували мене здаються мені чужими, холодними і безнадійними.
15. Я зовсім не можу працювати як раніше, у мене все валиться з рук.
16. Закріпи (проноси) мене турбують частіше, ніж зазвичай.
17. Я став забудькуватим і пропускаю деякі обов'язкові заходи.



18. Іноді я плачу або близький до цього.
19. Я не отримую задоволення від приємних і радісних подій, так як раніше.
20. Мені хочеться забути і бігти світ за очі.
21. У мене є труднощі із засинанням.
22. Мені дуже важко зосередитися на чому-небудь.
23. Майже увесь час я відчуваю незрозумілу тривогу.
24. Іноді я ненавиджу себе.
25. Іноді думки про те, що сталося, позбавляють мене сну.
26. Мій пульс прискорений (уповільнений), кров'яний тиск підвищений (знижений).
27. Моє сприйняття оточуючого звуку є обмежене моєю проблемою і всім, що її стосується.
28. Мені соромно за себе і за все, що зі мною сталося.
29. Часом все здається мені безглуздом.
30. Я не в змозі виконувати свої професійні і домашні обов'язки як раніше.
31. У мене нестійкий серцевий ритм (уповільнений, прискорений).
32. Мені здається що мої рішення, прийняті нині, непродумані, скороспішні і навіть імпульсивні.
33. Іноді мене охоплює стан повної нечутливості, начебто нічого не сталося.
34. Моє «Я» так змінилося, що іноді я не впізнаю сам себе.
35. Я став приділяти значно більше часу роботі (службі), і в цьому знаходжу вихід з ситуації, що сталася.
36. У мене часто буває сухість в роті.
37. Мені складно запам'ятати інформацію, яку раніше я запам'ятовував без особливої напруги.
38. Частенько у мене виникає бажання розповісти про свої душевні переживання навіть малознайомим людям.
39. Подавлений, пригнічений настрій у мене триває довго.
40. Час від часу у мене мимоволі (у вигляді своєрідного спалаху) поживаються найбільш травматичні спогади про те, що сталося.
41. Часто у мене виникає суб'єктивне відчуття нестачі повітря і навіть відчуття зупинки дихання.
42. Я не можу належним чином зосередитися під час виконання своїх службових обов'язків.
43. Іноді у мене виникає відчуття, що усе всередині стислось в клубок.

44. У мене загострилося критичне ставлення до себе і своїх вчинків.

45. Я втомлююся навіть від виконання своїх звичайних обов'язків.

46. У мене знизився апетит, іноді з'являється нудота.

47. Іноді мені здається, що все, що діється нереально.

48. З кожним днем мені все частіше спадає думка про те, що я не зробив все можливе для того, щоб уникнути такого розвитку подій.

49. Мій настрій став вкрай нестійким.

50. Я став випивати більше, ніж потрібно.

51. У мене появилася надмірна пітливість.

52. Коли до мене звертаються, я частенько відповідаю із затримкою.

53. Мене охопив стан байдужості до оточення, ніщо не хвилює, не турбує, не цікавить.

54. Я нікого не хочу бачити і намагаюся бути насамоті.

55. Велику частину часу я продовжую розмірковувати про те що сталося, хоча це і важко.

56. Мій сон став неспокійним, й іноді уривається кошмарами.

57. Я став помічати, що частенько не можу згадати інформацію, яку завжди пам'ятав.

58. Я настільки занурений в свої почуття, що через це стає тільки гірше.

59. У мене часто буває насуплений настрій, я став дратівливим, похмурим, агресивним стосовно до рідних і близьких.

60. Я намагаюся уникати труднощів як в думках, так і в діях.

**Обробка результатів:** кожна ствердна відповідь оцінюється в один бал. Підрахуйте бали відповідно до ключа, потім суму помножте на множник (якщо він є), що відповідає даній шкалі.

1. ЗАГАЛЬНИЙ СТАН: (1).

2. ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ:

а) порушення функціонування вегетативної системи (26; 36; 51x4);

б) порушення серцевої діяльності (6; 31x6);

в) порушення дихання (11; 41x6);

г) порушення функціонування шлунково-кишкового тракту (16; 46x6);

д) проблеми зі сном (21; 56x6);

3. УСКЛАДНЕННЯ В ПІЗНАВАЛЬНО-АНАЛІТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ:

- а) ускладнення функціонування уваги (2; 22; 42x4);
- б) ускладнення функціонування сприйняття (7; 27; 47x4);
- в) ускладнення функціонування мислення (12; 32; 52x4);
- г) ускладнення функціонування пам'яті (17; 37; 57x4);

#### 4. ПОРУШЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО РЕАГУВАННЯ

- а) тривога (3; 23; 43x4);
  - б) генералізовані емоційні реакції (гнів, сором, провина) (8; 28; 48x4);
  - в) емоційна притупленість (13; 33; 53x4);
  - е) легкодухість, підвищена емоційність (18; 38; 58x4);
5. ДЕПРЕСИВНИЙ НАСТРІЙ (4; 9; 14; 19; 24; 29; 34; 39; 44; 49; 54; 59);
6. ЗМІНИ В ПОВЕДІНЦІ І ДІЯЛЬНОСТІ :
- а) спроби уникнути проблеми (5; 20; 35; 50x3);
  - б) поглиненість проблемою (10; 25; 40; 55x3);
  - в) проблеми з виконанням службових і домашніх обов'язків (15; 30; 45; 60x3);

Визначення індивідуального профілю переживання кризи робиться за таблицею ключів, де відбиваються набрані бали за 17 позиціями.

#### **5.4. Шкала оцінки впливу травматичної події (IMPACT OF EVENT SCALE-R-1ES-R)**

Перший варіант ШОВТП (Impact of Event Scale – IES) був опублікований в 1979 р. Горовіцем та співавторами (Horowitz, Wilner et. al, 1979). Опитувальник складається з 15 пунктів, ґрунтований на самоотчеті і виявляє переважання тенденції уникнення або вторгнення (нав'язливого відтворення) травматичної події. Симптоми вторгнення – термін «вторгнення intrusion – англ.») іноді переводиться як «нав'язування» – включають нічні кошмари, нав'язливі почуття, образи або думки. До другої категорії належать симптоми уникнення, що включають спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних з травматичною подією, зниження реактивності. Зміст самоотчета був прив'язаний до специфічних життєвих подій, а також до специфіки вимірюваних показників.

Далі, Д. Вейс з колегами (Weiss, Marmar, Metzler 1995) пришли до виведення, що IES може бути кориснішою, якщо вона буде здатна діагностувати не лише такі симптоми ПТСР, як вторгнення і уникнення, але і симптоми гіперзбудження, які входять в діагностичний критерій DSM, – 1V і є складовою частиною психологічної реакції на

травматичні події. Таким чином, «Шкала оцінки впливу травматичної події – переглянута» (IES – R) стала містити 22 пункти. Метою додавання нових 6 пунктів (субшкала «гіперзбудження») являється опис наступних областей: злість і дратівливість; гіпертрофована реакція переляку; труднощі з концентрацією; психофізіологічне збудження, обумовлене спогадами; безсоння. Один новий пункт вторгнення виявляє переживані наново стани, схожі з диссоціативними.

Ім'я \_\_\_\_\_  
 Освіта \_\_\_\_\_  
 Сімейний стан \_\_\_\_\_  
 Вік \_\_\_\_\_  
 Стать: \_\_\_\_\_  
 Дата «\_\_\_\_\_» 200\_\_ р.

**ІНСТРУКЦІЯ:** Нижче приведені описи переживань людей, які перенесли важкі стресові ситуації. Оцініть, в якому ступені ви переживали такі почуття з приводу подібної ситуації, колись пережитої вами. Для цього виберіть і обведіть кружечком цифру, відповідну тому, як часто ви мали подібне переживання впродовж останніх 7 днів, включаючи сьогоднішній.

	Ніколи 0	Рідко 1	Іноді 3	Часто 5
1. Будь-яке нагадування про цю подію (ситуацію) змушувало мене заново переживати її.				
2. Я не міг спокійно спати ночами.				
3. Деякі речі змушували мене увесь час думати про те, що зі мною сталося.				
4. Я відчував постійне роздратування і гнів.				
5. Я не дозволяв собі засмучуватись, коли думав про цю подію, або щось нагадувало мені про неї.				
6. Я думав про те, що сталося супроти своєї волі				
7. Мені здавалося, що все що сталося, було наче не зі мною насправді, або все що тоді відбувалося, було нереальним .				
8. Я намагався уникати всього, що могло б мені нагадати про те, що сталося.				
9. Окремі картини того що сталося несподівано виникали у моїй свідомості.				
10. Я був увесь час напружений, і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене				

*Закінчення таблиці*

11. Я намагався не думати про те, що сталося.				
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того що сталося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.				
13. Я відчував щось подібне до заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того що сталося були неначе паралізовані				
14. Я раптом помічав, що дію або почуваю себе так, нібито все ще знаходжусь в тій ситуації				
15. Мені було важко заснути				
16. Мене буквально захльостували надзвичайно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією				
17 Я намагався витіснити подію з пам'яті				
18 Мені було важко зосередити увагу на чому-небудь				
19 Коли щось нагадувало мені про те, що сталося, я переживав неприємні фізичні відчуття: потів, дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс і т. д.				
20 Мені снилися важкі сни про те, що зі мною сталося				
21 Я був постійно насторожений і увесь час очікував, що станеться щось погане				
22 Я намагався ні з ким не говорити про те, що сталося				

Ключі для обробки:

Субшкала «вторгнення» – сума балів пунктів: 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20;

Субшкала «уникнення» сума балів пунктів: 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22;

Субшкала «фізіологічна збудливість» сума балів пунктів: 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21;

**Середні значення показників методики ШОВТС (IES-R)  
(Тарабрина, 2001)**

	<b>IN</b>	<b>AV</b>	<b>AR</b>	<b>IES-R</b>
Пожежники	5,76 ±5,71	7,26 ±6,73	3,63 ±3,99	16,64 ±14,75
Студенти	10,20 ±8,22	12,17 ±8,79	7,23 ±7,46	29,61 ±21,76
Рятувальники	5,95 ±3,93	5,09 ±5,47	3,35 ±3,63	14,40 ±11,05
Співробітники МВС	7,65 ±6,31	9,26 ±6,08	5,50 ±6,18	22,41 ±17,33
Військовослужбовці	8,89 ±8,03	9,48 ±7,77	6,40 ±6,40	24,78 ±20,38

*Закінчення таблиці*

Біженці, «норма»	14,58 ±10,83	14,94 ±9,90	11,27 ±9,87	40,79 ±28,19
Біженці, ПТСР	27,43 ±6,00	27,43 ±5,91	22,57 ±8,06	77,43 ±14,25
Ліквідатори, «норма»	14,68 ±8,96	14,38 ±9,30	13,33 ±8,81	42,39 ±24,94
Ліквідатори, ПТСР	24,33 ±9,07	20,67 ±5,03	23,33 ±2,89	68,33 ±8,02

**IN** – субшкала «вторгнення»; **AV** – субшкала «уникнення»; **AR** – субшкала «фізіологічна збудливість»; **IES - R** – загальний бал.

### 5.5. Методика BASIC PH-36 (українська версія)

Crisis Intervention Center BASIC PH-36 Українська версія

Авторське право: Мулі Лагад та Мікі Дорон

№	Запитання	11	22	33	44	55	66
1	Я покладаюся на вищі сили у вирішенні проблем						
2	Я не говорю про свої емоції прямо, але я виражаю їх через, – до прикладу, плач або страждання з середини						
3	Я шукаю підтримки інших людей						
4	Я фантазую та даю свободу своїй уяві, наприклад, я уявляю себе у спокійному, безтурботному місці						
5	Я збираю інформацію, щоб бути певним/ною у тому, що я маю найкращий варіант вирішення проблеми						
6	Я їм або сплю менше, ніж звичайно, – або ж, навпаки, – я їм та сплю більше, аніж зазвичай						
7	Я вірю у мою власну сил та мою здатність долати перешкоди						
8	Я висловлюю мої почуття у власний спосіб – через підказки іншим, сарказм або навіть флірт						
9	Я веду бесіди, розмови з друзями по телефону						
10	Я згадую свої улюблені історії, байки, притчі або ж казки як спосіб пошуку рішення проблеми						
11	Я аналізую проблеми і намагаючись знайти їхнє вирішення						
12	Я постійно займаю себе фізичною працею, наприклад, прибиранням, приготуванням їжі, роботою з деревом, ремонтом машини або навіть створенням моделі літака						
13	Моє кредо: «Я зможу пережити це, незважаючи ні на що»						
14	Я звільняюся від почуттів через плач, сміх або крик і не тримаю все це всередині						

*Закінчення таблиці*

15	Я намагаюся знайти підтримку у друга або членів моєї сім'ї						
16	Я даю волю своїй уяві слухаючи музику.						
17	Я створюю план і дію згідно нього роблю все що потрібно крок за кроком						
18	Я використовую вправи для розслаблення						
19	Я прошу допомоги у молитві						
20	Я накручую себе емоційно для мотивації						
21	Я залучаюся до роботи разом з членами моєї громади або організації, до якої я належу						
22	Я думаю про час, коли було набагато краще, або ж про час, коли все зміниться на краще						
23	В першу чергу, я намагаюся зрозуміти, що відбувається						
24	Я розслабляюся, коли роблю щось – приймаю душ або ванну, йду на прогулянку або бігаю						
25	Я використовую свої духовні переконання або ж я маю свою філософію життя						
26	Я розповідаю або слухаю жарти і смішні історії						
27	Я шукаю людей, з якими можна провести час						
28	Я переглядаю спортивні канали, фільми або читаю книги						
29	Я зважую всі можливі варіанти вирішення проблем і, якщо це можливо, обираю найкраще з них						
30	Я намагаюся тримати себе зайнятим фізично, постійно роблячи щось						
31	Моє кредо: «Те, що нас не вбиває, робить людину сильнішою»						
32	Я випускаю свої емоції на зовні						
33	Я пишу листи та е-мейли до друзів з надією на відповідь						
34	Раніше, я постійно мріяв/ла, думав/ла про кращі часи						
35	У моїх думках знайти вирішення проблеми у найкращий спосіб, з тих, яких знаю						
36	Я виходжу з дому або намагаюся бути активним/ною для того, щоб позбутися надлишку енергії						

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36

## 5.6. Методика «СОП»

### ОПРОСНИК «СОП»

#### (Склонность к отклоняющемуся поведению)

(приводится по учебнику: Клейберг Ю.А. «Социальная психология девиантного поведения» М. «Сфера» – 2004)

*Автор А. Н. Орел*

Вариант М

#### Инструкция

Перед вами имеется ряд утверждений. Они касаются некоторых сторон вашей жизни, вашего характера, привычек. Прочтите первое утверждение и решите, верно ли данное утверждение по отношению к вам. Если верно, то на бланке ответов рядом с номером, соответствующим утверждению, в квадратике под обозначением «ДА» поставьте крестик или галочку. Если оно неверно, то поставьте крестик или галочку в квадратике под обозначением «НЕТ». Если вы затрудняетесь с ответом, то постарайтесь выбрать вариант ответа, который все-таки больше соответствует вашему мнению. Затем таким же образом отвечайте на все пункты опросника. Если ошибетесь, то зачеркните ошибочный ответ и поставьте тот, который считаете нужным. **Помните, что вы высказываете собственное мнение о себе в настоящий момент.** Здесь не может быть «плохих» или «хороших», «правильных» или «неправильных» ответов. Не обдумывайте ответы очень долго, важна ваша первая реакция на содержание утверждений. Отнеситесь к работе внимательно и серьезно. Небрежность, а также стремление «улучшить» или «ухудшить» ответы приводят к недостоверным результатам. В случае затруднений еще раз прочитайте эту инструкцию или обратитесь к тому, кто проводит тестирование. Не делайте никаких пометок в тексте опросника.

1. Я предпочитаю одежду неярких, приглушенных тонов.

2. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должен сделать сегодня.



3. Я охотно записался бы добровольцем для участия в каких-либо боевых действиях.

4. Бывает, что иногда я ссорюсь с родителями.

5. Тот, кто в детстве не дрался, вырастает маменькиным сынком и ничего не может добиться в жизни.

6. Я бы взялся за опасную работу, если бы за нее хорошо заплатили.

7. Иногда я ощущаю такое сильное беспокойство, что просто не могу усидеть на месте.

8. Иногда бывает, что я немного хвастаюсь.

9. Если бы мне пришлось стать военным, то я хотел бы быть летчиком-истребителем.

10. Я ценю в людях осторожность и осмотрительность.

11. Только слабые и трусливые люди выполняют все правила и законы.

12. Я предпочел бы работу, связанную с переменами и путешествиями, даже если она опасна для жизни.

13. Я всегда говорю только правду.

14. Если человек в меру и без вредных последствий употребляет возбуждающие и влияющие на психику вещества это вполне нормально.

15. Даже если я злюсь, то стараюсь не прибегать к ругательствам,

16. Я думаю, что мне бы понравилось охотиться на львов.

17. Если меня обидели, то я обязательно должен отомстить.

18. Человек должен иметь право выпивать столько, сколько он хочет.

19. Если мой приятель опаздывает к назначенному времени, то я обычно сохраняю спокойствие.

20. Мне обычно затрудняет работу требование сделать ее к определенному сроку.

21. Иногда я перехожу улицу там, где мне удобно, а не там, где положено.

22. Некоторые правила и запреты можно отбросить, если испытываешь сильное сексуальное (половое) влечение.

23. Я иногда не слушаюсь родителей.

24. Если при покупке автомобиля мне придется выбирать между скоростью и безопасностью, то я выберу безопасность.

25. Я думаю, что мне понравилось бы заниматься боксом.

26. Если бы я мог свободно выбирать профессию, то стал бы дегустатором вин.

27. Я часто испытываю потребность в острых ощущениях.
28. Иногда мне так и хочется сделать себе больно.
29. Мое отношение к жизни хорошо описывает пословица: «Семь раз отмерь, один раз отрежь».
30. Я всегда покупаю билет в транспорте.
31. Среди моих знакомых есть люди, которые пробовали одурманивающие токсические вещества.
32. Я всегда выполняю обещания, даже если мне это невыгодно.
33. Бывает, что мне так и хочется выругаться.
34. Правы люди, которые в жизни следуют пословице: «Если нельзя, но очень хочется, то можно».
35. Бывало, что я случайно попадал в драку после употребления спиртных напитков.
36. Мне редко удается заставить себя продолжать работу после ряда обидных неудач.
37. Если бы в наше время проводились бои гладиаторов, то я бы обязательно в них поучаствовал.
38. Бывает, что иногда я говорю неправду.
39. Терпеть боль назло всем бывает даже приятно.
40. Я лучше соглашусь с человеком, чем стану спорить.
41. Если бы я родился в давние времена, то стал бы благородным разбойником.
42. Если нет другого выхода, то спор можно разрешить и дракой.
43. Бывали случаи, когда мои родители, другие взрослые высказывали беспокойство по поводу того, что я немного выпил.
44. Одежда должна с первого взгляда выделять человека среди других.
45. Если в фильме нет ни одной приличной драки – это плохое кино.
46. Иногда я скучаю на уроках.
47. Если меня кто-то случайно задел в толпе, то я обязательно потребую от него извинений.
48. Если человек раздражает меня, то я готов высказать ему все, что о нем думаю.
49. Во время путешествий и поездок я люблю отклоняться от обычных маршрутов.
50. Мне бы понравилась профессия дрессировщика хищных зверей.
51. Если уж ты сел за руль мотоцикла, то стоит ехать только очень быстро.

52. Когда я читаю детектив, то мне часто хочется, чтобы преступник ушел от преследования.

53. Иногда я просто не могу удержаться от смеха, когда слышу неприличную шутку.

54. Я стараюсь избегать в разговоре выражений, которые могут смутить окружающих.

55. Я часто огорчаюсь из-за мелочей.

56. Когда мне возражают, я часто взрываюсь и отвечаю резко.

57. Мне больше нравится читать о приключениях, чем о любовных историях.

58. Чтобы получить удовольствие, стоит нарушить некоторые правила и запреты.

59. Мне нравится бывать в компаниях, где в меру выпивают и веселятся.

60. Меня раздражает, когда девушки курят.

61. Мне нравится состояние, которое наступает, когда выпьешь в меру и в хорошей компании.

62. Бывало, что у меня возникало желание выпить, хотя я понимал, что сейчас не время и не место.

63. Сигарета в трудную минуту меня успокаивает.

64. Мне легко заставить других людей бояться меня, и иногда ради забавы я это делаю.

65. Я смог бы своей рукой казнить преступника, справедливо приговоренного к высшей мере наказания.

66. Удовольствие – это главное, к чему стоит стремиться в жизни.

67. Я хотел бы поучаствовать в автомобильных гонках.

68. Когда у меня плохое настроение, ко мне лучше не подходить.

69. Иногда у меня бывает такое настроение, что я готов первым начать драку.

70. Я могу вспомнить случаи, когда я был таким злым, что хватал первую попавшуюся под руки вещь и ломал ее.

71. Я всегда требую, чтобы окружающие уважали мои права.

72. Мне понравилось бы прыгать с парашютом.

73. Вредное воздействие алкоголя и табака на человека сильно преувеличивают.

74. Я редко даю сдачи, даже если кто-то ударит меня.

75. Я не получаю удовольствия от ощущения риска.

76. Когда человек в пылу спора прибегает к «сильным» выражениям – это нормально.

77. Я часто не могу сдерживать свои чувства.
78. Бывало, что я опаздывал на уроки.
79. Мне нравятся компании, где все подшучивают друг над другом.
80. Секс должен занимать в жизни молодежи одно из главных мест.
81. Часто я не могу удержаться от спора, если кто-то не согласен со мной.
82. Иногда случалось, что я не выполнял школьное домашнее задание.
83. Я часто совершаю поступки под влиянием минутного настроения.
84. Мне кажется, что я не способен ударить человека.
85. Люди справедливо возмущаются, когда узнают, что преступник остался безнаказанным.
86. Бывает, что мне приходится скрывать от взрослых некоторые свои поступки.
87. Наивные простаки сами заслуживают того, чтобы их обманывали.
88. Иногда я бываю так раздражен, что стучу по столу кулаком.
89. Только неожиданные обстоятельства и чувство опасности позволяют мне по-настоящему проявить себя.
90. Я бы попробовал какое-нибудь одурманивающее вещество, если бы твердо знал, что это не повредит моему здоровью и не повлечет наказания.
91. Когда я стою на мосту, то меня иногда так и тянет прыгнуть вниз.
92. Всякая грязь меня пугает или вызывает сильное отвращение.
93. Когда я злюсь, то мне хочется кого-нибудь ударить.
94. Я считаю, что люди должны отказаться от всякого употребления спиртных напитков.
95. Я мог бы на спор влезть на высокую фабричную трубу.
96. Временами я не могу справиться с желанием причинить боль другим людям.
97. Я мог бы после небольших предварительных объяснений управлять вертолетом.

## **ОПРОСНИК «СОП»**

Вариант Ж

### **Инструкция**

Перед вами имеется ряд утверждений. Они касаются некоторых сторон вашей жизни, вашего характера, привычек. Прочтите первое

утверждение и решите, верно ли данное утверждение по отношению к вам. Если верно, то на бланке ответов рядом с номером, соответствующим утверждению, в квадратике под обозначением «ДА» поставьте крестик или галочку. Если оно неверно, то поставьте крестик или галочку в квадратике под обозначением «НЕТ». Если вы затрудняетесь с ответом, то постарайтесь выбрать вариант ответа, который все-таки больше соответствует вашему мнению. Затем таким же образом отвечайте на все пункты опросника. Если ошибетесь, то зачеркните ошибочный ответ и поставьте тот, который считаете нужным. **Помните, что вы высказываете собственное мнение о себе в настоящий момент.** Здесь не может быть «плохих» или «хороших», «правильных» или «неправильных» ответов. Не обдумывайте ответы очень долго, важна ваша первая реакция на содержание утверждений. Отнеситесь к работе внимательно и серьезно. Небрежность, а также стремление «улучшить» или «ухудшить» ответы приводят к недостоверным результатам. В случае затруднений еще раз прочитайте эту инструкцию или обратитесь к тому, кто проводит тестирование. Не делайте никаких пометок в тексте опросника.

1. Я стремлюсь в одежде следовать самой современной моде или даже опережать ее.

2. Бывает, что я откладываю на завтра то, что должна сделать сегодня.

3. Если бы была такая возможность, то я бы с удовольствием пошла служить в армию.

4. Бывает, что иногда я ссорюсь с родителями.

5. Чтобы добиться своего, девушка иногда может и подраться.

6. Я бы взялась за опасную для здоровья работу, если бы за нее хорошо платили.

7. Иногда я ощущаю такое сильное беспокойство, что просто не могу усидеть на месте.

8. Я иногда люблю немного посплетничать.

9. Мне нравятся профессии, связанные с риском для жизни.

10. Мне нравится, когда моя одежда и внешний вид раздражают людей старшего поколения.

11. Только глупые и трусливые люди выполняют все правила и законы.

12. Я предпочла бы работу, связанную с переменами и путешествиями, даже если она и опасна для жизни.

13. Я всегда говорю только правду.

14. Если человек в меру и без вредных последствий употребляет возбуждающие и влияющие на психику вещества – это нормально.
15. Даже если я злюсь, то стараюсь никого не ругать.
16. Я с удовольствием смотрю боевики.
17. Если меня обидели, то я обязательно должна отомстить.
18. Человек должен иметь право выпивать сколько он хочет и где он хочет.
19. Если моя подруга опаздывает к назначенному времени, то я обычно сохраняю спокойствие.
20. Мне часто бывает трудно сделать работу к точно определенному сроку.
21. Иногда я перехожу улицу там, где мне удобнее, а не там, где положено.
22. Некоторые правила и запреты можно отбросить, если чего-нибудь сильно захочешь.
23. Бывало, что я не слушалась родителей.
24. В автомобиле я больше ценю безопасность, чем скорость,
25. Я думаю, что мне бы понравилось заниматься каратэ или похожим видом спорта.
26. Мне бы понравилась работа официантки в ресторане.
27. Я часто испытываю потребность в острых ощущениях.
28. Иногда мне так и хочется сделать себе больно.
29. Мое отношение к жизни хорошо описывает пословица: «Семь раз отмерь, один раз отрежь».
30. Я всегда плачу за проезд в общественном транспорте.
31. Среди моих знакомых есть люди, которые пробовали одурманивающие токсические вещества.
32. Я всегда выполняю обещания» даже если мне это невыгодно.
33. Бывает, что мне так и хочется выругаться.
34. Правы люди, которые в жизни следуют пословице: «Если нельзя, но очень хочется, то можно».
35. Бывало, что я случайно попадала в неприятную историю после употребления спиртных напитков.
36. Я часто не могу заставить себя продолжать какое-либо занятие после обидной неудачи.
37. Многие запреты в области секса старомодны и их можно отбросить.
38. Бывает, что иногда я говорю неправду.

39. Терпеть боль назло всем бывает даже приятно.
40. Я лучше соглашусь с человеком, чем стану спорить.
41. Если бы я родилась в давние времена, то стала бы благородной разбойницей.
42. Добиваться победы в споре нужно любой ценой.
43. Бывали случаи, когда мои родители, другие люди высказывали беспокойство по поводу того, что я немного выпила.
44. Одежда должна с первого взгляда выделять человека среди других в толпе.
45. Если в фильме нет ни одной приличной драки – это плохое кино.
46. Бывает, что я скучаю на уроках.
47. Если меня кто-то случайно задел в толпе, то я обязательно потребую извинений.
48. Если человек раздражает меня, то я готова высказать ему все, что о нем думаю.
49. Во время путешествий и поездок я люблю отклоняться от обычных маршрутов.
50. Мне бы понравилась профессия дрессировщицы хищных зверей.
51. Мне нравится ощущать скорость при быстрой езде на автомобиле и мотоцикле.
52. Когда я читаю детектив, то мне часто хочется, чтобы преступник ушел от преследования.
53. Бывает, что я с интересом слушаю неприличный, но смешной анекдот.
54. Мне нравится иногда смущать и ставить в неловкое положение окружающих.
55. Я часто огорчаюсь из-за мелочей.
56. Когда мне возражают, я часто взрываюсь и отвечаю резко.
57. Мне нравится слушать или читать о кровавых преступлениях или о катастрофах.
58. Чтобы получить удовольствие, стоит нарушить некоторые правила и запреты.
59. Мне нравится бывать в компаниях, где в меру выпивают и веселятся.
60. Я считаю вполне нормальным, если девушка курит.
61. Мне нравится состояние, которое наступает, когда выпьешь в меру и в хорошей компании.

62. Бывало, что у меня возникало желание выпить, хотя я понимала, что сейчас не время и не место.
63. Сигарета в трудную минуту меня успокаивает.
64. Некоторые люди побаиваются меня.
65. Я бы хотела присутствовать при казни преступника, справедливо приговоренного к высшей мере наказания.
66. Удовольствие – это главное, к чему стоит стремиться в жизни.
67. Если бы я могла, то с удовольствием поучаствовала бы в автомобильных гонках.
68. Когда у меня плохое настроение, ко мне лучше не подходить.
69. Иногда у меня бывает такое настроение, что я готова первой начать драку.
70. Я могу вспомнить случай, когда я настолько разозлилась, что хватала первую попавшуюся под руки вещь и ломала ее.
71. Я всегда требую, чтобы окружающие уважали мои права.
72. Мне бы хотелось из любопытства прыгнуть с парашютом.
73. Вредное воздействие на человека алкоголя и табака сильно преувеличивают.
74. Счастливы те, кто умирают молодыми.
75. Я получаю удовольствие, когда немного рискую.
76. Когда человек в пылу спора прибегает к ругательствам – это допустимо.
77. Я часто не могу сдерживать свои чувства.
78. Бывало, что я опаздывала на уроки.
79. Мне нравятся компании, где все, подшучивают друг над другом.
80. Секс должен занимать в жизни молодежи одно из главных мест.
81. Часто я не могу удержаться от спора, если кто-то не согласен со мной.
82. Иногда случалось, что я не выполняла школьное домашнее задание.
83. Я часто совершаю поступки под влиянием минутного настроения.
84. Бывают случаи, когда я могу ударить человека.
85. Люди справедливо возмущаются, когда узнают, что преступник остался безнаказанным.
86. Бывает, что мне приходится скрывать от взрослых некоторые свои поступки.



87. Наивные простаки сами заслуживают того, чтобы их обманывали.

88. Иногда я бываю так раздражена, что громко кричу.

89. Только неожиданные и опасные обстоятельства позволяют мне по-настоящему проявить себя.

90. Я бы попробовала какое-нибудь одурманивающее вещество, если бы твердо знала, что это не повредит моему здоровью и не повлечет наказания.

91. Когда я стою на мосту, то меня так и тянет прыгнуть вниз.

92. Всякая грязь меня пугает или вызывает сильное отвращение.

93. Когда я злюсь, то мне хочется громко обругать виновника моих неприятностей.

94. Я считаю, что люди должны отказаться от всякого употребления спиртных напитков.

95. Я бы с удовольствием покатила на горных лыжах с крутого склона.

96. Иногда, если кто-то причиняет мне боль, то это бывает даже приятно.

97. Я бы с удовольствием занималась в бассейне прыжками с вышки.

98. Мне иногда не хочется жить.

99. Чтобы добиться успеха в жизни, девушка должна быть сильной и уметь постоять за себя.

100. По-настоящему уважают только тех людей, кто вызывает у окружающих страх.

101. Я люблю смотреть выступления боксеров.

102. Я могу ударить человека, если решу, что он серьезно оскорбил меня.

103. Я считаю, что уступить в споре – это значит показать свою слабость.

104. Мне нравится готовить, заниматься домашним хозяйством.

105. Если бы я могла прожить жизнь заново, то я бы хотела стать мужчиной, а не женщиной.

106. В детстве мне хотелось стать актрисой или певицей.

107. В детстве я была всегда равнодушна к игре в куклы.

## БЛАНК ОТВЕТОВ

Фамилия И. О. \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет	Да Нет
1	19	37	55	73	91
2	20	38	56	74	92
3	21	39	57	75	93
4	22	40	58	76	94
5	23	41	59	77	95
6	24	42	60	78	96
7	25	43	61	79	97
8	26	44	62	80	98
9	27	45	63	81	99
10	28	46	64	82	100
11	29	47	65	83	101
12	30	48	66	84	102
13	31	49	67	85	103
14	32	50	68	86	104
15	33	51	69	87	105
16	34	52	70	88	106
17	35	53	71	89	107
18	36	54	72	90	108

### Результаты

Шкалы Баллы	Шкала 1	Шкала 2	Шкала 3	Шкала 4	Шкала 5	Шкала 6	Шкала 7	Шкала 8
Первичные баллы Коррекция								
Первичные баллы с кор- рекцией								
T-баллы								

### «КЛЮЧИ» ДЛЯ ПОДСЧЕТА ПЕРВИЧНЫХ «СЫРЫХ» БАЛЛОВ

Мужской вариант

#### 1. Шкала установки на социально-желательные ответы

2 (нет), 4 (нет), 6 (нет), 13 (да), 21 (нет), 23 (нет), 30 (да), 32 (да),  
33 (нет), 38 (нет), 47 (нет), 54 (нет), 79 (нет), 83 (нет), 97 (нет)

## **2. Шкала склонности к нарушению норм и правил**

1 (нет), 10 (нет), 11 (да), 22 (да), 34 (да), 41 (да), 44 (да), 50 (да), 53 (да), 55 (нет), 59 (да), 61 (нет), 66 (нет), 80 (да), 86 (да), 91 (да), 93 (нет)

## **3. Шкала склонности к аддиктивному поведению**

14 (да), 18 (да), 22 (да), 26 (да), 27 (да), 31 (да), 34 (да), 35 (да), 43 (да), 46 (да), 59 (да), 60 (да), 62 (да), 63 (да), 64 (да), 67 (да), 61 (да), 74 (да), 91 (да), 95 (нет)

## **4. Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению**

3 (да), 6 (да), 9 (да), 12 (да), 16 (да), 24 (нет), 27 (да), 28 (да), 37 (да), 39 (да), 51 (да), 52 (да), 58 (да), 68 (да), 73 (да), 76 (нет), 90 (да), 91 (да), 92 (да), 96 (да), 98 (да)

## **5. Шкала склонности к агрессии и насилию**

3 (да), 5 (да), 15 (нет), 16 (да), 17 (да), 25 (да), 37 (да), 40 (нет), 42 (да), 45 (да), 48 (да), 49 (да), 51 (да), 65 (да), 66 (да), 70 (да), 71 (да), 72 (да), 75 (нет), 77 (да), 82 (да), 85 (нет), 89 (да), 94 (да), 97 (да)

## **6. Шкала волевого контроля эмоциональных реакций**

7 (да), 19 (да), 20 (да), 29 (нет), 36 (да), 49 (да), 56 (да), 57 (да), 69 (да), 70 (да), 71 (да), 78 (да), 84 (да), 89 (да), 94 (да)

## **7. Шкала склонности к делинквентному поведению**

18 (да), 26 (да), 31 (да), 34 (да), 35 (да), 42 (да), 43 (да), 44 (да), 48 (да), 52 (да), 55 (нет), 61 (нет), 62 (да), 63 (да), 64 (да), 67 (да), 74 (да), 86 (нет), 91 (да), 94 (да)

Женский вариант

## **1. Шкала установки на социально-желательные ответы**

2 (нет), 4 (нет), 8 (нет), 13 (да), 21 (нет), 30 (да), 32 (да), 33 (нет), 38 (нет), 54 (нет), 79 (нет), 83 (нет), 87 (нет)

## **2. Шкала склонности к нарушению норм и правил**

1 (да), 10 (нет), 11 (да), 22 (да), 34 (да), 37 (да), 41 (да), 44 (да), 50 (да), 53 (да), 55 (да), 59 (да), 61 (да), 80 (да), 86 (нет), 88 (да), 91 (да), 93 (нет)

## **3. Шкала склонности к аддиктивному поведению**

14 (да), 18 (да), 22 (да), 26 (да), 27 (да), 31 (да), 34 (да), 35 (да), 43 (да), 59 (да), 60 (да), 62 (да), 63 (да), 64 (да), 67 (да), 74 (да), 81 (да), 91 (да), 95 (нет)

## **4. Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению**

3 (да), 6 (да), 9 (да), 12 (да), 24 (нет), 27 (да), 28 (да), 39 (да), 51 (да), 52 (да), 58 (да), 68 (да), 73 (да), 75 (да), 76 (да), 90 (да), 91 (да), 92 (да), 96 (да), 97 (да), 98 (да), 99 (да)

### 5. Шкала склонности к агрессии и насилию

3 (да), 5 (да), 15 (нет), 16 (да), 17 (да), 25 (да), 40 (нет), 42 (да), 45 (да), 48 (да), 49 (да), 51 (да), 65 (да), 66 (да), 71 (да), 77 (да), 82 (да), 85 (да), 89 (да), 94 (да), 101 (да), 102 (да), 103 (да), 104 (да)

### 6. Шкала волевого контроля эмоциональных реакций

7 (да), 19 (да), 20 (да), 29 (нет), 36 (да), 49 (да), 56 (да), 57 (да), 69 (да), 70 (да), 71 (да), 78 (да), 84 (да), 89 (да), 94 (да)

### 7. Шкала склонности к делинквентному поведению

1 (да), 3 (да), 7 (да), 11 (да), 25 (да), 28 (да), 31 (да), 35 (да), 43 (да), 48 (да), 53 (да), 58 (да), 61 (да), 63 (да), 64 (да), 66 (да), 79 (да), 93 (нет), 98 (да), 99 (да), 102 (да)

### 8. Шкала принятия женской социальной роли

3 (нет), 5 (нет), 9 (нет), 16 (нет), 18 (нет), 25 (нет), 41 (нет), 45 (нет), 51 (нет), 58 (нет), 61 (нет), 68 (нет), 73 (нет), 85 (нет), 93 (да), 95 (да), 96 (нет), 105 (да), 106 (нет), 107 (да), 108 (да)

*Примечание.* Пункты 23, 46, 47, 72, 100 являются маскировочными и содержательно не интерпретируются. Некоторые пункты опросника входят одновременно в несколько шкал.

**ТАБЛИЦА ОКРУГЛЕННЫХ ЗНАЧЕНИЙ  
КОЭФФИЦИЕНТОВ КОРРЕКЦИИ**

Мужской вариант							Женский вариант				
«Сырые» баллы по шкале № 1	Коэффициенты коррекции						«Сырые» баллы по шкале № 1	Коэффициенты коррекции			
	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7		0,2	0,3	0,4	0,5
1	0	0		1			0	0	0	0	
2	0	1		1			1	0	0	0	1
3	1	1		2			2	0	1	1	1
4	1	1		2			3	1	1	1	2
5	1	2		3			4	1	1	2	2
6	1	2		3			5	1	2	2	3
7	1	2	3	4	4	5	6	1	2	2	3
8	2	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4
9	2	3	4	5	5	6	8	2	2	3	4
10	2	3	4	5	6	7	9	0	3	4	5
11	2	3	4	6	7	8	10	2	3	4	5
							11	2	3	4	6
							12	2	4	5	6

## ТАБЛИЦЫ НОРМ

Мужской вариант (n = 375)								Женский вариант (n = 374)								
«Сы- рой» балл	Т-баллы							«Сы- рой» балл	Т-баллы							
	Шкалы								Шкалы							
	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
0	35		26				30	0	36		30	27				
1	44	27	28	24	24	26	32	1	44	27	32	29	28	24		
2	50	31	30	26	27	30	34	2	50	30	34	32	30	29	30	
3	55	34	33	29	29	33	37	3	54	33	36	34	32	33	32	28
4	58	37	35	32	31	37	39	4	55	36	38	36	34	36	35	30
5	62	40	37	35	34	40	41	5	62	39	40	38	36	37	37	33
6	65	43	39	37	36	44	43	6	65	42	43	41	38	41	40	36
7	67	46	42	40	39	48	46	7	67	45	45	43	40	43	43	39
8	70	50	44	43	41	51	48	8	70	48	47	45	42	46	45	42
9	74	53	46	45	43	55	50	9	72	51	49	47	44	48	48	44
10	85	56	48	48	46	58	53	10	74	54	51	50	47	51	50	47
11	89	59	50	51	48	62	55	11	75	57	53	52	49	55	53	50

## ТАБЛИЦЫ НОРМ (продолжение)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
12		63	53	54	51	65	57	12	78	60	55	54	51	58	55	53
13		66	55	56	53	69	59	13		63	57	57	53	62	58	56
14		69	57	59	55	73	62	14		66	60	59	55	67	60	58
15		72	59	62	58	77	64	15		69	62	61	57	73	63	61
16		75	62	64	60	81	66	16		72	64	63	59	77	65	64
17		78	64	67	62	85	68	17		75	66	66	61	81	68	67
18		81	66	70	65		71	18		78	68	70	64	85	70	70
19		84	68	72	67		73	19		81	70	73	66	89	73	72
20		87	70	75	70		75	20		84	72	75	68	93	76	75
21		90	72	78	72		77	21		87	74	76	70	97	78	
22			74	81	74		79	22			77	77	72		81	
23			76	84	77		81	23			79		74		83	
			78	87	79		83	24			81		76		85	
25			80	90	81		85	25					78		86	
26			82		83		87	26					80			
27			84		85			27					82			
28					87			28					84			
29					89											

## 5.7. Методика визначення стресостійкості й соціальної адаптації Холмса й Раге

*Інструкція:* постарайтеся згадати всі події, що сталися з вами впродовж останнього року, і підрахуйте загальну кількість «зароблених» вами балів.

№	Життєві події	Бали
1	Смерть члена подружжя (дитини)	100
2	Розлучення	73
3	Роз'їзд чоловіка й жінки (без оформлення розлучення), розрив із партнером	65
4	Ув'язнення	63
5	Смерть близького члена родини	63
6	Травма або хвороба	53
7	Одруження, весілля	50
8	Звільнення з роботи	47
9	Примирення чоловіка й жінки	45
10	Вихід на пенсію	45
11	Зміна в стані здоров'я членів родини	44
12	Вагітність партнерки	40
13	Сексуальні проблеми	39
14	Поява нового члена родини, народження дитини	39
15	Реорганізація на роботі	39
16	Зміна фінансового становища	38
17	Смерть близького друга	37
18	Зміна професійної орієнтації, зміна місця роботи	36
19	Посилення конфліктності у взаєминах із членом подружжя	35
20	Позика на велику покупку (наприклад, будинок)	31
21	Закінчення строку виплати позики, збільшення боргів	30

№	Життєві події	Бали
22	Зміна посади, підвищення службової відповідальності	29
23	Залишення дому сином або дочкою	29
24	Проблеми з родичами чоловіка (дружини)	29
25	Видатне особисте досягнення, успіх	28
26	Залишення членом подружжя роботи (або початок роботи)	26
27	Початок або закінчення навчання в навчальному закладі	26
28	Зміна умов життя	25
29	Відмова від певних індивідуальних звичок, стереотипів поведінки	24
30	Проблеми з начальством, конфлікти	23
31	Зміна умов або графіку роботи	20
32	Зміна місця проживання	20
33	Зміна місця навчання	20
34	Зміна звичок, пов'язаних із проведенням дозвілля або відпустки	19
36	Зміна звичок, пов'язаних із віросповіданням	19
36	Зміна соціальної активності	18
37	Позика для покупки менших речей (машини, телевізора)	17
38	Зміна індивідуальних звичок, пов'язаних зі сном, розлади сну	16
39	Зміна кількості членів родини, що живуть разом, зміна характеру й частоти зустрічей з іншими членами родини	15
40	Зміна звичок, пов'язаних із харчуванням (кількість споживаної їжі, дієта, відсутність апетиту тощо)	15
41	Відпустка	13
42	Різдво, зустріч Нового року, день народження	12
43	Незначне порушення правопорядку (штраф за порушення правил вуличного руху)	11

## Інтерпретація результатів

Доктори Холмс і Раге (США) вивчали залежність захворювань (у тому числі інфекційних хвороб і травм) від різних стресогенних життєвих подій у більш ніж 5 тисяч пацієнтів. Вони дійшли висновку, що психічним і фізичним хворобам зазвичай передують певні серйозні зміни в житті людини. На підставі свого дослідження вони склали шкалу, у якій кожній важливій життєвій події відповідає певна кількість балів залежно від ступеня її стресогенності. Відповідно до проведених досліджень було встановлено, що 150 балів означають 50 % імовірності виникнення певного захворювання, а в разі 300 балів вона збільшується до 90 %.

Уважно прочитайте весь перелік, щоб мати загальне уявлення про те, які ситуації, події та життєві обставини, що спричиняють стрес, у ньому наведено. Потім повторно прочитайте кожен пункт, звертаючи увагу на кількість балів, якою оцінюється кожна ситуація. Далі спробуйте вивести з тих подій і ситуацій, які за останні два роки відбувалися у вашому житті, середнє арифметичне (порахуйте середню кількість балів за один рік). Якщо яка-небудь ситуація виникала у вас більш ніж один раз, то отриманий результат слід помножити на кількість разів.

Остаточна сума визначає водночас і ступінь вашої опірності стресу. Велика кількість балів – це сигнал тривоги, що попереджає вас про небезпеку. Отже, вам терміново слід вдатися до якихось заходів із метою ліквідувати стрес. Підрахована сума має ще одне значення – вона виражає (у цифрах) ступінь вашого стресового навантаження.

Для наочності наведемо порівняльну таблицю стресових характеристик.

Загальна сума балів	Ступінь опірності стресу
150–199	Висока
200–299	Гранична
300 і більше	Низька (уразливість)

Якщо, наприклад, сума балів – понад 300, це означає реальну небезпеку, тобто вам загрожує психосоматичне захворювання, оскільки ви близькі до фази нервового виснаження.



Підрахунок суми балів дасть вам можливість відтворити картину свого стресу. І тоді ви зрозумієте, що не окремі, начебто незначні, події у вашому житті спричинили стресову ситуацію, а їхній комплексний вплив.

## 5.8. Тест Люшера

**Опис методики та особливості застосування у діагностиці стресових розладів.** Методика колірних виборів Люшера – проєктивний психологічний тест, створений швейцарським психологом Максом Люшером у 1948 р. Перша редакція тесту, яка принесла автору світову популярність, опублікована в 1948 році. У 1970 році М. Люшер випустив об'ємне керівництво до свого тесту.

**Процедура проведення класичного тесту Люшера:** з 8 кольорів (червоний, жовтий, синій, зелений, сірий, коричневий, фіолетовий, чорний) досліджуваній обирає один – найбільш бажаний, потім – кращий з решти, і так до останнього вибору.

Характеристика колірних програм. Вісім колірних програм розділені на основні і додаткові кольори. Перевага або заперечення кожного кольору пов'язані із певними психологічними особливостями людини. Процедура тестування полягає в упорядкуванні кольорів людиною за ступенем їх суб'єктивної приємності. Тестування проводиться при природному освітленні, проте неприпустимий вплив на таблицю кольорів прямого сонячного світла. Інструкція містить прохання відволіктися від асоціацій, пов'язаних із модою, традиціями, загальноприйнятими смаками і спробувати вибирати кольори лише виходячи зі свого стану на даний момент.

Перший вибір у тесті Люшера характеризує бажаний стан, другий – стан теперішній. У результаті тестування отримано вісім позицій; перша і друга – явна перевага (позначаються ++); третя і четверта – перевага (позначаються х х); п'ята і шоста – байдужість до кольору (позначаються = =); сьома і восьма – антипатія до кольору (позначаються --).

На підставі аналізу більше 36 000 результатів досліджень М. Люшер дав приблизну характеристику обраних позицій:

- 1-а позиція відображає засоби досягнення мети (наприклад, вибір синього кольору говорить про намір діяти спокійно, без зайвої напруги);
- 2-а позиція показує мету, до якої прагне людина;
- 3-тя і 4-а позиції характеризують перевагу кольору і відображають відчуття людиною тієї ситуації, у якій вона знаходиться;

• 5-а і 6-а позиції характеризують байдужість до кольору, нейтральне ставлення до нього. Людина не пов'язує свій стан, настрій, мотиви з даними кольорами. Однак у певній ситуації ця позиція може містити резервне трактування кольору, наприклад, синій колір (колір спокою) відкладається тимчасово як невідповідний до даної ситуації;

• 7-а і 8-а позиції характеризують негативне ставлення до кольору, прагнення придушити будь-яку потребу, мотив, настрій, що відображаються даним кольором.

При стресових розладах на перших позиціях (++) є такі кольори як: синій (№ 1 потреба у відпочинку та гармонії з оточуючими), жовтий (№ 4 очікування змін) та коричневий (№ 6 фізична та психологічна виснаженість). [+4 +6] [+6 +4] – негативний настрій, потреба в емоційній розрядці і відпочинку.

[+0 +1] [+1 +0] – характеризують суб'єктивну нестачу сил.

[+1+6] [+6+1] – почуття занепокоєння, страх самотності, прагнення уникнути конфліктів та стресу.

[+6+4] – стан емоційної напруженості, підвищена тривожність, прагнення уникнути складнощів, позбутися гнітючого відчуття відповідальності.

На останніх позиціях (– –) розташовані такі кольори як чорний (№ 7), фіолетовий (№ 5) та червоний (№ 3).

[-7 -5] [-5 -7] – стрес, зумовлений обмеженням власної незалежності зовнішніми перешкодами.

[-5 -3] – немає можливості реалізувати потребу у збереженні власної індивідуальності і тієї «соціальної ніші», яка б створювала відчуття розуміння і безпеки. Можливі явища нервової перевтоми, кардіологічних функціональних порушень.

[-3 -5] – потреба у співчутті, відчуття власного безсилля.

[-7 -3] [-3 -7] – фрустрована потреба у незалежності.

Існують ознаки колірної вибору, за якими можна визначити тривожність. Перша ознака тривожності – заперечення основних кольорів.

Друга – перевага темних кольорів.

Третя ознака – поєднання темних і дуже яскравих основних кольорів. «Тривожними» називаються такі поєднання:

Чорний і червоний – гнів;

Чорний і жовтий – схильність до суїциду;

Жовтий і коричневий – відчай;

Червоний і коричневий – крах, відмова від досягнень і регресія.

Існують «ознаки нездужання», до яких відносяться:

Червоний колір на сьомому чи восьмому місцях;  
Сірий колір на першому місці і коричневий на четвертому або  
коричневий на третьому місці і чорний на четвертому місці.

### **Бланк реєстрації результатів колірного тесту Люшера**

ПІБ \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_

Дата тестування \_\_\_\_\_

Перший вибір \_\_\_\_\_

Другий вибір \_\_\_\_\_

Профіль із врахуванням функціональних груп (++) XX == --) і  
знаків (!!! !! !): Актуальна потреба \_\_\_\_\_

Актуальна незадоволена потреба \_\_\_\_\_

Основний тип реагування у повсякденних ситуаціях \_\_\_\_\_

Основна життєва позиція \_\_\_\_\_

Висновок (інтерпретація функціональних пар)

### **5.9. Методичні рекомендації для керівного склад та психологів військових підрозділів**

#### **Заступникам командирів частин із роботи з особистим складом, психологам частин ПЛАН-ЗАВДАННЯ**

*на проведення роботи з вивчення і складання соціально-психологічної  
характеристики осіб, схильних до суїцидальних дій*

#### **ЗРОБИТИ:**

1. Написати листа батькам (родичам) військовослужбовця, попередньо провівши бесіду з ним.
2. Заповнити карту соціально-психологічних якостей. Мати і вести лист бесід в особовій справі.
3. Консультації лікаря. Наявність у медпункті обліку військовослужбовців групи ризику.
4. Визначати ступінь тривожності (не рідше 2 рази в місяць).
5. Визначити рівень емоційного стану (тест САН, не рідше двох разів на місяць). –
6. Знати динаміку змін психологічного стану кожного військовослужбовця, схильного до суїцидальних дій.

#### **ВИВЧИТИ:**

1. Мотиви, спрямованість, ціль на майбутнє.
2. Періодичність отримання і наявність листів.

3. Статус у колективі (соціометричний опитувальник).
4. Наявність друзів (хто конкретно).
5. Хто має найбільший вплив.
6. Взаємовідносини з земляками.
7. Стан справ у сім'ї, стан здоров'я близьких родичів.
8. Його особиста оцінка взаємовідносин у колективі.
9. Взаємовідносини з безпосереднім командиром.
10. Перенесені захворювання, травми, наявність суїцидів чи психологічних відхилень у найближчих родичів.
11. Схильність до конфліктів. Переважаючий тип поведінки особистості в конфліктній ситуації.

До кінця року показати звіт про виконану роботу, а також соціально-психологічну характеристику осіб, схильних до суїцидальних дій. Форма довільна, що відображає питання плану-завдання.

### **ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ВЗАЄМИН У ПІДРОЗДІЛАХ**

Оцініть атмосферу взаємин у своєму підрозділі за п'ятибальною шкалою:

1. Дружелюбні...	5 4 3 2 1	Ворожі...
2. Товариські...	5 4 3 2 1	Кожен сам за себе...
3. Поважні...	5 4 3 2 1	Грубі...
4. Теплі...	5 4 3 2 1	Холодні...
5. Надійні...	5 4 3 2 1	Байдужі...

Визначається інтегральний бал оцінки атмосфери за шкалою (відповідно позитивний та негативний). Отримані дані зіставляються та аналізуються.

### **ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ОЦІНКИ ВЗАЄМИН МІЖ КЕРІВНИМ СКЛАДОМ І ПІДЛЕГЛИМИ**

Для курсантів (солдатів)

1. Для мене найбільш авторитетний:
  - сержант...*(вказати номер / прізвище)*;
  - офіцер ... *(вказати номер / прізвище)*.
2. У нашому підрозділі найбільшим авторитетом користуються:
  - сержант ... *(вказати номер / прізвище)*;
  - офіцер ... *(вказати номер / прізвище)*.
3. Найчастіше у підрозділах грубить та хамить:

- сержант ... (вказати номер / прізвище);
- офіцер ... (вказати номер / прізвище).
- 4. У нашому підрозділі є нервові та агресивні:
  - сержант ... (вказати номер / прізвище);
  - офіцер ... (вказати номер / прізвище).

Під час використання опитувальника опитуваним пропонується бланк, на якому номерами записані всі посадові особи підрозділу. Відповідаючи на запитання, опитуваний вказує лише номери, які позначені прізвищами. Можна запропонувати опитуваним прізвища, але при цьому знизиться рівень відвертості тих, хто відповідає.

### **ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ОЦІНКИ ВЗАЄМИН МІЖ КУРСАНТАМИ, СОЛДАТАМИ, СЕРЖАНТАМИ**

1. Найбільш надійні і вірні хлопці в нашому підрозділі – це .....
2. Я готовий виконати будь-яке завдання разом з .....
3. Якщо у мене будуть особисті переживання, то зможу ними поділитися лише з .....
4. Я був би радий, якби в нашому підрозділі не було таких, як .....
5. Я намагаюсь уникати спілкування з ....., тому що він .....

### **ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ОЦІНКИ ЗАДОВОЛЕНОСТІ МАТЕРІАЛЬНО-ПОБУТОВИМИ ТА СОЦІАЛЬНИМИ УМОВАМИ ЖИТТЯ**

1. В умовах армії службові обов'язки я виконую з бажанням.
2. Теперішня служба мене влаштовує.
3. Перебуваючи на службі, я відчуваю свою значимість і користь.
4. Побут у казармі мене задовольняє.
5. Медичне обслуговування мене задовольняє.
6. Система харчування, його якість та організація мене влаштовує.
7. Система відпочинку в умовах служби мене задовольняє.
8. Військовій справі мене вчать по-справжньому.
9. В умовах служби я маю можливість збагатитися духовно.
10. Культура взаємин в армії мене задовольняє.

Досліджувані відповідають на запитання «Так» чи «Ні». Підраховується кількість позитивних та негативних відповідей. Вираховується відсоткове відношення, результати аналізуються та узагальнюються.

## **ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ СТАНІВ ТА ДІЙ ДИСЦИПЛІНАРНОЇ ПРАКТИКИ В ПІДРОЗДІЛАХ**

*Запитання для сержантів, командирів (офіцерів):*

1. Для того, щоб забезпечити дисципліну, сержантові необхідно ....
2. Авторитет можна набути завдяки .....
3. Покарання в дисциплінарному порядку підлеглих – це .....
4. Після покарання підлеглий стає .....
5. У вихованні підлеглих обов'язково .....
6. Даючи догану, я відчуваю .....
7. Я даю догану за такі вчинки .....

*Запитання для курсантів (солдатів)*

1. Догана для мене – це .....
2. Найчастіше мене карають .....
3. Найбільш неприємне покарання – це .....
4. Найбільш образливе, коли .....
5. Виносячи мені догану, сержант .....
6. Найбільш поширене покарання в нашому підрозділі – це .....
7. Якби я був сержантом, то, караючи підлеглого, ніколи .....
8. Найбільше мені хотілося б .....

Досліджуваним видають бланки з незавершеними реченнями або зачитують їм речення. Завдання полягає в тому, щоб самостійно завершити речення. Написані закінчення речень узагальнюються та аналізуються.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА СПІЛКУВАННЯ В КОЛЕКТИВІ**

1. Напруженість, взаємні образи, конфлікти.
2. Нестатутні відносини, грубість, приниження.
3. Байдужість, відхиленість.
4. Товариська взаємодопомога, доброзичливість, підбадьорення.
5. Дружба, колективізм, згуртованість, узгодженість спільних дій.

На окремому аркуші кожен опитуваний записує порядкові номери відповідей, які він обирає.

Офіцер може за короткий час оцінити характер взаємин солдат і степінь їх сумісності за допомогою іншої методики.

Суть її полягає в тому, що солдат письмово відповідає на такі запитання:

1. З ким дружите в нашому підрозділі?

2. З ким хотіли б дружити?
3. З ким хотіли б виконувати бойове завдання?
4. З ким хотіли б разом працювати?
5. З ким хотіли б відпочивати у звільненні.

Даючи відповіді на запитання, військовий називає не більше трьох прізвищ службовців. Прізвища можуть повторюватись. Якщо опитуваний не може відповісти, то ставить прочерк. Аркуш із прізвищами підписується і здається офіцерові для оцінювання. Кожне прізвище отримує свій порядковий номер, а кількість виборів позначається стрілками.

Складається соціограма.

Методика може визначити авторитетність кожного військового і його місце в системі взаємин.

## **ОЦІНКА СТИЛЮ МІЖОСОБИСТІСНОГО СПІЛКУВАННЯ**

Військовому пропонується вибрати один із п'яти варіантів на поставлене запитання. Запитання і запропоновані відповіді оформлюються на окремому бланку, який видається кожному опитуваному.

### **I. Активність у спілкуванні порівняно з іншими військовими.**

1. Я майже не беру участі у спілкуванні.
2. Я спілкуюсь у міру необхідності.
3. Я менш активний, ніж інші.
4. Я такий же активний у спілкуванні, як й інші.
5. Я більш активний у спілкуванні, ніж інші.

### **II. Звичне коло в колективі.**

1. Ні з ким у колективі не спілкуюсь.
2. Спілкуюся лише з офіційними (посадовими) особами.
3. Спілкуюся лише з однією людиною.
4. Спілкуюся з досить вузьким колом людей.
5. Активно спілкуюся з досить великою кількістю осіб.

### **III. Потреба у спілкуванні.**

1. Зовсім не відчуваю потреби у спілкуванні.
2. Досить рідко з'являється бажання спілкуватися.
3. Хотів би спілкуватися з деякими особами
4. Хотів би спілкуватися з групою осіб.
5. Відчуваю велику потребу у спілкуванні з колективом.

## АНКЕТНИЙ ЛИСТ

1. У нашому підрозділі напружена обстановка. Служити дуже тяжко.
2. Мені хотілося б служити в будь-якому іншому підрозділі.
3. За час служби я вже зазнав фізичного насилля до себе.
4. Я зустрічався з сержантами, які дозволяють фізичні приниження.
5. Я відчував фізичні приниження від офіцера підрозділу.
6. У мене такий настрій, що просто не хочеться жити.
7. Побутові умови у нас задовільні.
8. У бані я миюся щотижня.
9. Харчування в їдальні мене повністю задовольняє.
10. Розпорядку дня в підрозділі дотримують.
11. Постільна та натільна білизна змінюється щонеділі.
12. Листи надходять регулярно.
13. Мені неприємні взаємини з такими військовослужбовцями, як (вказати прізвища, військові звання, причину).

### **Методика визначення осіб з підвищеним ризиком суїцидальної поведінки**

*Група підвищеного ризику самогубств:*

1. Молодий вік.
2. Попередні спроби вчинити самогубство.
3. Наявність психічного захворювання.
4. Зловживання алкоголем та наркотиками.
5. Сімейні драми і трагедії: смерть, розлучення, конфлікти.
6. Наявність тяжких хронічних невиліковних захворювань.
7. Істотні зміни в житті: вихід на пенсію, втрата роботи, діти починають своє доросле життя і т.д.

В основу дослідження покладена «Карта ризику суїцидальності», яка містить такі фактори:

#### *I. Дані анамнезу*

1. Вік першої суїцидальної спроби – до 18 років.
2. Раніше була спроба вчинити суїцид.
3. Суїцидальні спроби у родичів.
4. Розлучення чи смерть одного з батьків (до 18 років).



5. Нестача тепла в сім'ї в дитинстві чи юності.
6. Повна безпритульність у дитинстві.
7. Початок статевого життя – 16 років або раніше.
8. Основне місце в системі цінностей належить любовним стосункам.
9. Виробнича сфера не відіграє ролі в системі цінностей.
10. В анамнезі було розлучення.

*II. Актуальна конфліктна ситуація.*

11. Ситуація невизначеності, очікування.
12. Конфлікт у сфері любовних чи подружніх стосунків.
13. Тривалий службовий конфлікт.
14. Такий конфлікт був раніше.
15. Конфлікт обтяжений неприємностями в інших сферах життя.
16. Суб'єктивне відчуття невизначеності конфліктної ситуації.
17. Почуття образи та жалості до себе.
18. Почуття втомленості, безсилля.
19. Суїцидальні висловлювання з погрожуваннями суїцидента.

*III. Характеристика особистості.*

20. Емоційна нестійкість.
21. Імпульсивність.
22. Емоційна залежність, необхідність близьких емоційних контактів.
23. Довірливість.
24. Емоційна в'ялість.
25. Хворобливе самолюбство.
26. Самостійність, відсутність залежності у прийнятті рішень.
27. Напруження потреб (сильно виражене бажання досягнути своєї цілі, висока інтенсивність цієї потреби).
28. Наполегливість.
29. Рішучість.
30. Безкомпромісність.
31. Низька здатність до утворення компенсаторних механізмів, витіснення фруструючих факторів.

Використовуючи різні способи отримання інформації, психолог заповнює карту, керуючись такою таблицею:

Характеристика наявності фактора	1 група фактора пп. 8, 9, 11–31	2 група фактора пп. 5–7	3 група фактора пп. 1–4,10
1. Відсутній	-0,5	-0,5	-0,5
2. Слабко виражений	+0,5	+1,0	+1,5
3. Присутній	+1,0	+2,0	+3,0
4. Наявність не виявлено	0	0	0

Отримані бали сумуються, отримана сума дає прогноз:

- менше 8,8 – ризик суїцидента незначний;
- 8,8–15,4 – ризик суїцидента спроби;
- більше 15,4 – ризик суїцидента великий.

#### *Приклад схеми індивідуальної бесіди з суїцидентом*

1. Встановлення емоційного контакту. Необхідно переконати людину, що її проблеми будуть зрозумілими. Не спростовувати, не критикувати, не висловлюватися критично.

2. Встановлення послідовності подій: що вплинуло на стан, переконати в типовості ситуації. Підтримка успіхами та досягненнями. Визначити причину конфлікту. Застосовувати структуровані бесіди, паузи.

3. Спільне планування діяльності з визначення кризової ситуації:

- висловлення гіпотез про можливість подолання конфлікту;
- планування;
- схилення військовослужбовця до словесного оформлення плану;
- фокусування ситуації.

4. Етап завершального прийняття рішення:

- логічна аргументація;
- раціональне навіяння впевненості, побудова майбутніх перспектив життя.

#### **5.10. Програма кризової допомоги як моделі розв'язання проблем**

Завдання кризового психолога – допомога в проясненні центральної проблеми кризи. Розвиток проблеми припускає зміни в житті й у спроможності людини впоратися з новими обставинами.

Важливо з'ясувати всі обставини кризової проблеми, а також роль значимих людей у її розвитку, оскільки вони можуть допомагати або бути причиною кризи.

При травматичній кризі на першому етапі допомоги важливо максимально прояснити ситуацію, однак, «що саме є проблемою», у цьому випадку очевидно. Важливо зрозуміти, що, де, як і в якій послідовності відбувалося, щоб упорядкувати картину травматичної події.

1. Якщо криза викликана травматичною подією, конче потрібно відновити картину того, що сталося й допомогти потерпілому пояснити травматичні події.

2. З'ясування дій людини, що переживає кризу. Важливо довідатися, що вже робилося для вирішення проблеми. Питання «Що вам удалося зробити для поліпшення ситуації (свого стану)?» і подібні йому відбивають упевненість психолога в тому, що людина може відновити контроль над подіями й знайти вихід із кризи. Це допомагає також переосмислити те, що сталося. Людина, яка переживає кризу, захоплена сильними емоціями, вона може відчувати страх, розпач, розгубленість. Її здатність ясно мислити блокована. Однією із цілей прояснення подій і дій є зменшення емоційної напруги клієнта й допомога у відновленні здатності до раціонального мислення.

3. Допомога в пошуку шляхів виходу із кризи. Іноді варто почати з дуже маленької мети, головне, щоб вона була реальною, досяжною. Спочатку дуже важливо просто змінити емоційний стан людини, яка переживає кризу, підвищити активність або, навпаки, заспокоїти. Послідовно обговорюються 49 всі можливі варіанти поведінки людини в найближчі дні: «Що ви будете робити через годину, сьогодні ввечері?» і т. ін. Дуже корисно скласти конкретний план дій на період до наступної зустрічі («антикризовий план»), але, якщо цього не вийде, не слід форсувати події, примушуючи людину зробити більше, ніж вона може на цей момент. Будь-які надмірні інтервенції можуть призвести до збільшення почуття безпорадності.

Важливо пам'ятати, що самооцінка людини, яка переживає кризу, найчастіше різко знижується. Тому варто подбати про її відновлення, свідомо не пропонуючи як приклад які-небудь зразки досить ефективної поведінки, тому що це може підсилити тривогу й відчуття слабкості клієнта. Спільно обговорюються можливі негативні й позитивні наслідки намічених дій, вибираються найбільш практичні варіанти.

У підсумку кризового втручання людина повинна усвідомити, що самостійно вирішила свої проблеми, а не одержала готові «рецепти»

поведінки від фахівців; тільки в цьому випадку психологічна допомога не буде обмежена виведенням клієнта з даної кризи, а підсилить адаптаційні можливості особистості, послужить профілактиці кризових станів у майбутньому. Таким чином, на етапі кризової інтервенції позиція психолога повинна бути скоріше партнерською, ніж директивною, а методи впливу – непрямими й м'якими.

Загальним змістом описаної стратегії дій є допомога (1) у розумінні змісту того, що відбулося, тобто в «побудові» суб'єктивної теорії кризової події, (2) у відновленні почуття контролю над своїм життям та (3) у відновленні реалістичної самооцінки.

1. Почуття самотності. Випробовуючи самотність, людина замикається в собі, що приводить до поглиблення цього почуття й сприяє розвитку кризи.

Рекомендується збільшувати обсяг спілкування! Адже збільшуючи спілкування, людина однаково буде намагатися вирішити свою проблему (знайти вихід із кризи). В ідеалі, допомагає кваліфіковане спілкування із психологом, у звичайному житті – друзі. Головне, щоб не було бажання отримати лише співчуття, а було прагнення знайти вихід із сформованої ситуації.

2. Депресія. Якщо під час кризи з'явилася депресія, як основна емоція, то з'являються наступні настрої: нічого не виходить, нічого не хочеться, нічого не можу. У такі моменти людина найчастіше бездіяльна, перебуваючи в режимі очікування – все повинно пройти само по собі.

Рекомендується дати собі якийсь час для відпочинку (зняття напруги – масаж, медитація, робота із психологом) і потім включати волю, аналізувати ситуацію! Аналіз приведе до внутрішньої роботи, що обумовить вирішення проблем, які нагромадилися та створили кризу.

3. Агресія. Після появи злості, ненависті може прийти почуття провини за свої вчинки в момент агресії, які криза найчастіше збільшує.

Рекомендується – навчитися знімати агресивну поведінку. Цьому, також як і у випадку з депресією, сприяють сеанси масажу, робота із психологом, медитації. Іноді буває корисно побути одному (але, не допускаючи почуття самотності (!), а саме з метою повноцінного відпочинку й можливості переоцінки своїх внутрішніх цінностей). Також у моменти кризи рекомендується заміна негативних емоцій на позитивні. Часто добре (але не завжди можливо) реалізувати бажання заміни – переміняти негативні емоції на позитивні. Можна слухати

музику, читати книги, дивитися фільми, які обов'язково приведуть до посилення позитивних емоцій. Гарна можливість заміни однієї емоції на іншу – зустрічі із друзями.

Після того, як визначені й усунуті домінуючі почуття, необхідно повернутися до проблем, які і привели до кризи. У такому випадку з'являться різноманітні вирішення сформованої кризи. Стануть помітні можливості, які в момент загострення кризи були не помітні.

Якщо криза наступила в роботі: проаналізувати, що саме не влаштовує і як це змінити?

Якщо криза в житті: знову аналіз, переоцінка цінностей, і питання «як змінити те, що не влаштовує»?

Якщо криза в сім'ї: тут не можна вирішити проблему поодиночі. Можна лише спільно. Необхідно зрозуміти, що саме не влаштовує кожного із членів сім'ї і як це можна виправити? Що кожний готовий зробити для поліпшення ситуації? Прийняти рішення на рівні усвідомлення, який внесок кожний здатний зробити.

### **Психологічна стійкість та успіх (Шість технік Вебба)**

Виходить, що вміння загартовуватися під час складнощів має велике значення. Вінстон Черчіль дав відому пораду: **«Якщо ви йдете крізь пекло, проходите не зупиняючись».**

Як на мене, цікаво, що у світі, де повно комфорту, **розвинута психологічна стійкість є неймовірною перевагою.** Загартовуючись там, де інші здаються, ми налаштовуємо себе на успіх. Кожна техніка має коротке пояснення та приклад застосування у реальному житті.

#### **Техніка № 1: з'їжте слона**

Як можна з'їсти слона? Шматочками. Коли ми стикаємося з лякаючими завданнями, такими як марафон, знайомство з симпатичною дівчиною на вулиці, або свій стартап, ми часто відчуваємо, як охоплює страх і німіють кінцівки, та зупиняємось, так і не розпочавши.

Вбачаємо вирішення проблеми у **сегментації**, іншими словами, поділі. Повільно поділіть слона (проблему) на частини, що нормально засвояться і... Потроху справляйтеся з невеликими труднощами. Звучить банально, але працює.

Цю техніку використовує багато відомих спортсменів-марафонців та триатлоністів. Вони фокусуються на невеликих задачах, які наближаються, мов точки горизонту при русі. Тим самим спортсмени зменшують психологічне навантаження.

**Застосування:** поділіть будь-яке лякаюче завдання на декілька термінових і посильних вам цілей. В ідеалі, одна ціль має бути досягнута в рамках 24 годин. Сфокусуйтеся на одній цілі, поки не досягнете її. Не думайте про загальне завдання.

### **Техніка № 2: візуалізуйте успіх**

Візуалізація має бути:

- **Яскравою і детальною.** Задійте всі органи чуття. Відтворюйте точні деталі. Зробіть картину настільки реальною, наскільки можливо.

- **Повторюваною.** Знову і знову прокручуйте уявну подію в голові. Доведіть її до автоматизму.

- **Позитивною.** *Не* візуалізуйте невдачі. Натомість, неодноразово відчуйте, як ви з легкістю досягаєте успіху.

- **Передбачати наслідки.** Подумайте, що станеться, якщо вдача відвернеться від вас. Уявіть реакцію на обличчях своїх друзів та членів сім'ї. Відчуйте сором перед самим собою.

**Застосування:** Наступного разу коли ви очікуватимете масштабну стресову ситуацію, візуалізуйте свій успіх у ній.

### **Техніка № 3: контролюйте емоції**

Під час серйозного стресу людський організм виробляє стресові гормони – адреналін, кортизол та норадреналін, – які можуть дати притік енергії та концентрації. Однак, коли ці гормони виробляються у великій кількості протягом тривалого часу, людина не може розслабитися. Тоді починаються проблеми зі сном, втрачається мотивація і наноситься серйозний удар імунній системі.

Морські котики винайшли просту техніку зняття стресу. Її можна назвати **4 на 4 за 4:**

1. Зробіть 4-секундний вдих
2. Зробіть 4-секундний видих
3. Повторюйте протягом 4 хвилин

Знайома техніка? Нею користуються йоги вже тисячі років. Людський мозок впливає на тіло і навпаки. Використовуйте прості дихальні вправи, щоб зупинити вироблення гормонів стресу і підготувати тіло до розслаблення.

**Застосування:** медитація допомагає боротись зі стресом, але його також можна подолати, якщо зупинитись і зробити декілька глибоких подихів. Відомий письменник Тім Ферріс рекомендує повністю зупинитися та зробити три глибоких вдохи-видохи, перш ніж продовжувати свої справи.

#### **Техніка № 4: не приймайте близько до серця**

*Грецький філософ Епіктет казав, що не речі бентежать людей, а їхнє бачення цих речей.*

Ми контролюємо більше, ніж вважаємо. Ми не можемо контролювати світ навколо, але ми можемо взяти під контроль своє сприйняття про світ. У своїй книзі про те як звичайний хлопець може стати спеціалістом морського флоту Д. Ксав'є згадує власний «пекельний тиждень»:

*«Вони давали мені копняка, коли мої шанси на успіх були зовсім невисокі. Я б міг подумати, що вони справді не хочуть, щоб я лишився, і тоді я б пішов. Натомість, мені було байдуже, що вони кажуть. Я вірив, що я можу досягти успіху».*

Ксав'є застосовує прийом, який я називаю **переосмислення**. Він бере один із поглядів на ситуацію або на життя в цілому, заперечує його та обирає інший. Те, що могло б розглядатися з негативної сторони, раптово стає позитивним.

**Застосування:** ретельно обдумайте своє бачення подій навколо вас. Як тільки ви зрозумієте свою позицію, поставте її під сумнів. Намагайтеся переосмислити будь-який негативний погляд на позитивний. Ставтеся до «поганих» подій як до випробування, через яке ви пройдете і самовдосконалитесь.

#### **Техніка № 5: радійте маленьким перемогам**

Спробуйте *думати про позитивні дрібниці*. Кожного дня я записую до щоденника три речі, за які я вдячний. Сьогодні я написав:

1. Прохолодне, освіжаюче повітря і затяжний дощ.
2. Задоволення від кави з льодом.
3. Посмішка бариста в місцевому кафе.

Маленькі перемоги підтримують бойовий дух на висоті. А високий бойовий дух стає ще вищим у майбутньому. Він створює коло добродетності, породжене позитивними відчуттями за добрі справи.

Спробуйте, якщо ще не пробували. Цей прийом працює краще, ніж ви думаєте.

#### **Техніка № 6: знайдіть однодумців (і потрібність)**

У своїй книзі «Плем'я: про повернення додому та приналежність» Себастьян Джунгер пише:

*«Насправді люди не проти труднощів і стають кращими завдяки ним. Люди проти бути непотрібними. Сучасне суспільство довело до майстерності вміння давати людям відчуття власної непотрібності. Прийшов час покласти цьому кінець».*

Джунгер дещо має на увазі тут. Ми всі чули про героїв, які робили неймовірні подвиги за великої потреби. Класичний приклад того, як розум перемагає тіло – мати, яка піднімає автомобіль, щоб врятувати свою дитину.

Ми, люди, соціальні істоти. І ми з усіх сил шукаємо сенс у житті, яке час від часу здається занадто безглуздим.

Знайдіть близьких друзів і найбільш прийнятні життєві принципи, і вони стануть осередком вашої психологічної стійкості.

**Застосування:** Подумайте про те, що надає сенсу вашому життю. Це перший крок до того, щоб знайти своє плем'я – групу людей, що поділяють з вами погляди та цінності.



## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абабков В. А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В. А. Абабков, М. Перре. – Санкт-Петербург : Речь, 2004. – 166 с.
2. Абрамова Г. С. Практическая психология: учеб. для студ. вузов. – Изд 6-е., перераб. и доп. / Г. С. Абрамова. – Москва : Академ. Проект, 2001. – 480 с.
3. Асанова Н. К. Пресуицидальное состояние у девочки-подростка : нарушенный образ тела и роль отца / Н. К. Асанова // Моск. психотерапевтич. журн. – 2007. – № 2. – С. 186–210.
4. Бабаян Э. А. Наркология / Э. А. Бабаян, М. К. Гонопольский. – Москва : Медицина, 1987. – 336 с.
5. Бандурка О. М. Психофізіологічні проблеми наркотизації населення : моногр. / О. М. Бандурка, І. О. Віденєєв, В. Б. Калиновський. – Харків, 2005. – 130 с.
6. Барко В. І. Професійний відбір кадрів до органів внутрішніх справ (психологічних аспект) : моногр / В. І. Барко. – Київ : Ніка-Центр, 2002. – 296 с.
7. Берг-Кросс Л. Терапия супружеских пар / Л. Берг-Кросс // Перев. с англ. Н. Рассказовой, А. Багрянцевой. – Москва : Изд-во Института психотерапии, 2004. – 528 с.
8. Бесчастный В. Н. Работа с персоналом органов внутренних дел : науч.-практ. посіб. / В. Н. Бесчастный. – Донецьк : ДЮОІ МВС при ДонНУ, 2005. – 324 с.
9. Блинова О. Є. Психологічні фактори суїцидальної поведінки у підлітковому віці / О.Є. Блинова // Актуальні проблеми суїцидології : зб. наук. пр. – Київ, 2002. – Ч. 1. – С. 31–33.
10. Бодров В. А. Психологический стресс : развитие и преодоление / В. А. Бодров – Москва : ПЕРСЭ, 2006. – 528 с.
11. Борисов П. Ф. Посібник на допомогу працівнику МНС з питань взаємодії із ЗМІ та зв'язків з громадськістю / П. Ф. Борисов, О. П. Венжик, О. Ю. Великова-Лагода. – Київ : Преса України, 2004. – 480 с.
12. Бурлачук Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. – Санкт-Петербург : Питер, 2007. – 685 с.

13. Войцех В. Ф. Факторы риска повторных суицидальных попыток / В. Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12. – Вып. 3. – С. 14–22.
14. Волосников А. Психологическое сопровождение сотрудников спецподразделений ФСБ / А. Волосников, В. Мухина // Развитие личности. – 1999. – № 1. – С.87–104.
15. Гашека Т. В. Практичні рекомендації для проведення психокорекційної роботи з підлітками за наявності суїцидальних ідеацій / Т. В. Гашека // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. – № 7. – С. 68–72.
16. Гашека Т. В. Профілактика самогубства серед підлітків : методика для вимірювання суїцидальної поведінки / Т. В. Гашека // Практична психологія та соціальна робота. – 2005. – № 4. – С. 53–56.
17. Гошовський Я. Ресоціалізація депривованої особистості : моногр. / Я. Гошовський. – Дрогобич : Коло, 2008. – 525 с.
18. Гратис К. Зона риска [О самоубийствах подростков] / К. Гратис // Природа и человек. – 2002. – № 2. – С. 18–20.
19. Гремлинг С. Практикум по управлению стрессом / С. Гремлинг, С. Ауэрбах. – Санкт-Петербург : Питер, 2002. – 240 с.
20. Гринберг Дж. Управление стрессом / Дж. Гринберг ; [пер. с англ. Л. Гительман, М. Потапова]. – Москва : Питер, 2002. – 495 с.
21. Діденко О. І. Суїцидальні наміри у психологічному портреті злочинця / О. І. Діденко; за заг. ред. С. І. Яковенка // Психологія суїцидальної поведінки : діагностика, корекція, профілактика : зб. наук. пр. – Київ : РВВ КІВС, 2000. – С. 152–155.
22. Екстремальна психологія : підручник / [О. П. Євсюков, А. С. Куфлієвський, Д. В. Лебедев й ін.] ; за заг. ред. проф. О. В. Тімченкаю. – Харків : УЦЗУ, 2007. – 502 с.
23. Ефремов В. С. Основы суицидологии / В. С. Ефремов. – Санкт-Петербург : Диалект, 2004. – 479 с.
24. Заброцький М. Психологу про суїцид / М. Заброцький, Л. Скаковська, Л. Лавренюк // Психолог. – 2007. – № 20. – С. 25–30.
25. Завадська Н. В. Проблема самогубства у підлітковому середовищі / Н. В. Завадська // Соціальний працівник. – 2007. – № 2. – С. 10–12.
26. Загальнопсихологічні особливості суїциду / за ред. В. П. Москальця // Психологія суїциду. – Київ, 2004. – С. 7–81.
27. Засекіна Л. В. Психологічна готовність особистості до виходу на пенсію : моногр. / Л. В. Засекіна, Л. І. Магдисюк. – Луцьк : ПП Іванюк В. П., 2018. – 290 с.

28. Иванов Д. А. О роли алкоголя в суицидальных проявлениях / Д. А. Иванов // Психология и соционика межличностных отношений. – 2005. – № 7. – С. 10–14.
29. Иванов Д. А. Суицидальные действия юношей при психическом инфантилизме и другой пограничной психопатологии / Д. А. Иванов // Психология и соционика межличностных отношений. – 2005. – № 6. – С. 19–21.
30. Ильин Е. П. Психофизиология состояний человека / Е. П. Ильин. – Москва : ПИТЕР, 2005. – 411 с.
31. Искусство исцеления души [Текст] : Этюды о психологической помощи / Е. П. Кораблина, И. А. Акиндинова, А. А. Баканова, А. М. Родина; Под ред. Е. П. Кораблиной. – Санкт-Петербург : Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена : СОЮЗ, 2001. – 319 с.
32. Калініна Ю. Запобігання суїцидальній поведінці серед підлітків / Ю. Калініна // Психолог. – 2005. – № 35. – С. 26–32.
33. Карсон Р. Расстройства настроения и суицид / Р. Карсон, Д. Батчер, С. Минека // Аномальная психология. – Санкт-Петербург : Питер, 2004. – С. 360–462.
34. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманна ; [пер. с немец.]. – Санкт-Петербург : Питер, 2003. – 1312 с.
35. Кльоц Л. А., Соціальному педагогу про суїцид / Л. А. Кльоц, М. М. Заброцький // Соціальний працівник. – 2007. – № 17. – С. 15–31.
36. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини : психофізіологічний аспект забезпечення діяльності : моногр. / О. М. Кокун. – Київ : Міленіум, 2004. – 265 с.
37. Кокурин А. Психологическое обеспечение экстремальной деятельности / А. Кокурин // Развитие личности. – 2004. – № 4. – С. 190–204.
38. Корольчук М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк. – Київ : Никацентр, 2006. – 580 с.
39. Коханенко Л. Проблеми самогубства : Погляди І. Сікорського та сучасні дослідження / Л. Коханенко // Практична психологія та соціальна робота. – 2002. – № 4. – С. 49–51.
40. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / Р. Кочюнас. – Москва : Академичний проект, 1999. – 240 с.
41. Кризисные события и психологические проблемы человека / под ред. Л. А. Пергаменщика. – Минск : НИО, 1997. – 207 с.

42. Крилова Л. Батькам про підлітковий суїцид [Електронний ресурс] / Л. Крилова, Г. Романенко. – Режим доступу: <http://ua.racurs.ua/1233-pro-pidlitkovyuu-suyicyd>
43. Крюкова М. А. Экстренная психологическая помощь : практ. пособ. / М. А. Крюкова, Т. И. Никитина, Ю. С. Сергеева. – Москва : НЦ ЭНАС, 2003. – 64 с.
44. Леонова А. Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса : от диагностики к профилактике и коррекции / А. Б. Леонова // Психологический журнал. – 2004. – Т. 25. – № 2. – С. 75–85.
45. Лісова О. С. Психологія суїцидальної поведінки / О. С. Лісова. – Чернівці : [б. в.], 2004. – 233 с.
46. Логвиненко О. І. Врахування детермінантів професійної деформації працівників ОВС як фактор запобігання суїцидальним проявам / О. І. Логвиненко, О. В. Тимощук ; за заг. ред. С. І. Яковенка / Психологія суїцидальної поведінки : діагностика, корекція, профілактика : зб. наук. пр. – Київ : РВВ КІВС, 2000. – С. 103–106.
47. Лукас К. Молчаливое горе : жизнь в тени самоубийства / К. Лукас, Г. М. Сейден [Пер. с англ. ]. – Москва : Смысл, 2000. – 255 с.
48. Магдисюк Л. І. Медико-психологічне консультування : навч.-метод. посіб. / Людмила Іванівна Магдисюк, Раїса Петрівна Федоренко. – Луцьк : Вежа-Друк, 2020. – 332 с.
49. Магдисюк Л. І. Медико-психологічне консультування осіб з серцево-судинними захворюваннями / Л. І. Магдисюк, Б. В. Павлова, І. Гнатойко // Психологія : реальність і перспективи : зб. наук. пр. / упоряд. Р. В. Павелків та ін. – Рівне : РДГУ, 2020. – Вип. 14. – С. 144–149.
50. Магдисюк Л. І. Особливості застосування судово-психологічної експертизи у судочинстві / Л. І. Магдисюк, Б. В. Павлова // Психологія : реальність і перспективи : зб. наук. пр. / упоряд. Р. В. Павелків та ін. – Рівне : РДГУ, 2018. – Вип. 10. – С. 100–106.
51. Магдисюк Л. І. Практикум психологічного консультування в юридичній сфері : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. III–IV рівнів акредитації / Л. І. Магдисюк, Р. П. Федоренко. – Луцьк : Вежа-Друк, 2019. – 320 с.
52. Максимова Н. Ю. Сімейне консультування : навч. посіб. / Н. Ю. Максимова. – Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2011. – 304 с.

53. Малкина-Пых И. Г. Семейная терапия / И. Г. Малкина-Пых. – Москва : Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.
54. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – Москва : ЭКСМО, 2005. – 960 с.
55. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – Москва, 2005. – 335 с.
56. Матеріали сайту Психологічного центру «Адалін» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://adalin.mospsy.ru/r\\_03\\_00/r\\_03\\_03b](http://adalin.mospsy.ru/r_03_00/r_03_03b)
57. Медведєв В. С. Самогубство як проблема юридичної психології / В. С. Медведєв // Актуальні проблеми суїцидології : зб. наук. праць. – Київ, 2002. – Ч. 2. – С. 121–126.
58. Медведєв В. С. Суїцид та професійна деформація працівників органів внутрішніх справ / В. С. Медведєв ; за заг. ред. С. І. Яковенка // Психологія суїцидальної поведінки : Діагностика, корекція, профілактика : зб. наук. праць. – Київ : РВВ КІВС, 2000. – С. 62–65.
59. Мельник А. П. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики : навч.-метод. посіб. / А. П. Мельник, Л. І. Магдисюк, Т. І. Дучимінська. – Луцьк : Вежа-Друк, 2018. – 152 с.
60. Меновщиков В. Ю. Психологическое консультирование. Работа с кризисными и проблемными ситуациями / В. Ю. Меновщиков. – Москва : Смысл, 2002. – 327 с.
61. Михайлов Ю. П. Дающая жизнь. Прекрасная женственность / Ю. П. Михайлов. – Санкт-Петербург : Об-во Рус. православной культуры Святого Игнатия (Брянчикова) ; Изд-во Буковского, 2000. – 84 с.
62. Могдалёва И. В. «Суицидальный герой» : к постановке проблемы / И. В. Могдалёва // Наука. Религия. Общество. – 2006. – № 2. – С. 127–131.
63. Москвичева Н. Л. Семья в системе ценностных ориентаций личности студента : дис. ... канд. психол. наук / Н. Л. Москвичева. – Санкт-Петербург : 2000. – 155 с.
64. Моуди Р. Жизнь после утраты [Текст] : как справиться с несчастьем и обрести надежду / Р. Моуди, Д. Аркэнджел ; пер. с англ. Н. П. Бочков, Ред. И. Старых. – Киев : София, 2002. – 287 с.
65. Моховиков А. Н. Суицидальное поведение / А. Н. Моховиков. – Москва, 2002. – С. 288–378.

66. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование / А. Н. Моховиков. – Москва : Смысл, 2001. – 496 с.
67. Напрасная смерть. Причины и профилактика самоубийств / под ред. Д. Вассерман ; [пер. с англ. Е. Ройне]. – Москва : Смысл, 2005. – 310 с.
68. Нарижный Ю. О. Суициды и меры по их предупреждению среди сотрудников ОВД / Ю. О. Нарижный ; за заг. ред. С. І. Яковенка // Психологія суїцидальної поведінки : Діагностика, корекція, профілактика : зб. наук. пр. – Київ : РВВ КІВС, 2000. – С. 96–99.
69. Немов Р. С. Психологическое консультирование : учеб. для студ. вузов / Р. С. Немов. – Москва : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 528 с.
70. Николс М. Семейная терапия. Концепция и методы / М. Николс, Р. Шварц. – Москва : Эксмо, 2004. – 278 с.
71. Обухова Н. Человек в экстремальной ситуации : теоретическая интерпретация и модели психологической помощи / Н. Обухова // Развитие личности, 2006. – №3. – С. 86–103.
72. Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии : эмпирические исследования / В. Е. Орел // Психологический журнал. – 2001. – Т.22. – №1. – С. 90–101.
73. Осетрова О. А. Психоаналитический аспект исследования феномена суицида / О. А. Осетрова // Дніпропетр. нац. ун-т. Вісник. – Дніпропетровськ, 2003. – Вип. 9 : Соціологія. Філософія. Політологія. – С. 98–107.
74. Осипова А. А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях / А. А. Осипова. – Ростов на Дону : Феникс, 2005. – 315 с.
75. Осухова Л. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях / Л. Осухова. – Москва : Академия, 2007. – 288 с.
76. Патопсихологія суїцидальної поведінки / за ред. В. П. Москальця // Психологія суїциду.– Київ, 2004. – С. 145–209.
77. Пашукова Т. И. Диагностика и психокоррекция эгоцентризма в профилактике суицидов у сотрудников органов внутренних дел / Т. И. Пашукова // Психологія суїцидальної поведінки : діагностика, корекція, профілактика: зб. наук. пр. / за заг. ред. С. І. Яковенка. – Київ : РВВ КІВС, 2000. – С. 144–148.
78. Петелина М. В. Особенности телефонного сопровождения переживания утраты / М. В. Петелина // Весник РАТЭПП. – 2003. Вип. 2. – С. 28.

79. Пилягина Г. Я. Особенности суицидогенеза различных форм аутоагрессивного поведения в молодом возрасте / Г. Я. Пилягина // Проблемы медичної науки та освіти. – 2003. – № 4. – С. 53–57.
80. Подмазін С. Діти із суїцидальними тенденціями : психологічна підтримка / С. Подмазін // Психолог. – 2002. – Берез. (№ 12). – С. 8–13.
81. Полегешко О. Психологія суїциду / О. Пелегешко // Психолог. – 2006. – Груд. (№ 47). – С. 23–30.
82. Попередження суїцидальної поведінки дітей і підлітків // Все для вчителя. – 2003. – № 30. – С. 53–64.
83. Прийменко В. М. Суїцидальна поведінка. Психологічний аналіз і профілактика : метод. рек. для практ. психол. і соц. педагог. / В. М. Прийменко. – Київ : КМПУ ім. Б. Д. Грінченка, 2005. – 43 с.
84. Психология экстремальных ситуаций : хрестоматия / Сост. А. Е. Тарас, К. В. Сельченко. – Москва : АСТ, 2002. – 479 с.
85. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : кол. моногр. / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.] ; за заг. ред. М. І. Мушкевич. – Луцьк : Вежа-Друк, 2015. – 275 с.
86. Психологічні травми і самогубство : (Поради фахівців) // Безпека життєдіяльності. – 2006. – № 4. – С. 43–44.
87. Психологія молоді сім'ї : монографія / Р. П. Федоренко, М. І. Мушкевич, Т. І. Дучимінська, Л. І. Магдисюк. – Вид. 2-ге, доповн. та змін. – Луцьк : Вежа-Друк, 2020. – 392 с.
88. Психологія суїцидальної поведінки. Діагностика, корекція, профілактика : зб. наук. пр. / за заг. ред. С. І. Яковенка. – Київ, 2004.
89. Психологія суїциду : посібник / за ред. В. П. Москальця. – Київ : Академвидав, 2004. – 286 с.
90. Психолого-педагогічна допомога особистості засобами арттерапії : міжнародна колективна монографія / за заг. ред. Т. А. Ткачук, Н. О. Бочаріна. – Переяслав (Київ.обл.) : Домбровська Я. М., 2020. – 237 с.
91. Пурло Е. Ю. Возможность превенции суицида через работу с кризисными состояниями : интегративный подход / Е. Ю. Пурло // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. – № 6. – С. 67–74.
92. Пурло Е. Ю. Исследование возможности использования краткосрочной интегративной групповой психотерапии для превенции

- суицида / Е. Ю. Пурло // Психология и соционика межличностных отношений. – 2006. – № 2. – С. 52–59.
93. Пурло Е. Ю. Опыт применения интегративной психотерапии как способ превенции суицида / Е. Ю. Пурло // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. – № 5. – С. 31–42.
94. Пурло Е. Ю. Понятие суицида в интегративном подходе : кризисное измерение // Психология и соционика межличностных отношений. – 2005. – № 10. – С. 18–23.
95. Рибалка В. В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій проблемної особистості / В. В. Рибалка. – Київ : Шкільний світ, 2009. – 119 с.
96. Розанов В. А. Опыт организации системы суицидальной превенции в подразделениях Украинской армии / В. А. Розанов, А. Н. Моховиков, С. П. Тронько, Е. Е. Матвиевский ; за заг. ред. С. І. Яковенка // Психологія суїцидальної поведінки : Діагностика, корекція, профілактика: зб. наук. пр. – Київ : РВВ КІВС, 2000. – С. 161–164.
97. Розов В. И. Адаптивные антистрессовые психотехнологии: Учебн. пособие / В. И. Розов. – Киев : Кондор, 2005. – 278 с.
98. Розов В. И. Управление стрессом в оперативно-розыскной деятельности / В. И. Розов. – Киев : КНТ, 2006. – 268 с.
99. Романовська Д., Робота з підлітками, схильними до суїциду / Д. Романовська, С. Собкова // Психолог. – 2006. – Квіт. (№ 15). – С. 26–29.
100. Ромек В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В. Г. Ромек, В. А. Конторович, Е. И. Крукович; [гл. ред. И. Авидон]. – Санкт-Петербург : Речь, 2007. – 256 с.
101. Сироткина И. Е. Психопатология и политика: становление идей и практики психогигиены в России / И. Е. Сироткина // Вопросы истории естествознания и техники. – 2000. – № 1. – С. 154–177.
102. Скаковська Л. А. Практичному психологу про суїцид / Л. А. Скаковська // Практична психологія та соціальна робота. – 2005. – № 4. – С. 57–62.
103. Скугаревская М. М. Синдром эмоционального выгорания / М. М. Скугаревская // Медицинские новости. – 2002. – № 7. – С. 3–9.
104. Смирнов Б. А., Долгопалова Е. В. Психология деятельности в экстремальных ситуациях / Б. А. Смирнов, Е. В. Долгопалова. – Харьков : Изд-во Гуманитарный Центр, 2007. – 276 с.



105. Собко В. Роздуми про суїцид / В. Собко // Персонал плюс. – 2006. – Серп. (№ 33). – С. 6.
106. Сокирська Л. Попередження суїцидальної поведінки дітей та підлітків / Л. Сокирська // Соціальний педагог. – 2007. – Січ. (№ 1). – С. 30–34.
107. Соколова Е. Т. Связь психологических механизмов защиты с аффективно-когнитивным стилем личности у пациентов с повторными суицидальными попытками / Е. Т. Соколова, Ю. А. Сотникова // Вестник МУ. Сер. 14. Психология. – 2006. – № 2. – С. 12–28.
108. Соловьева С. Л. Психология экстремальных состояний / С. Л. Соловьева. – Санкт-Петербург : ЭЛБИ, 2003. – 128 с.
109. Сорокопуд В. Від карооких ведмежат до темних тіней дитячого суїциду / В. Сорокопуд // Дзеркало тижня. – 2006. – № 2. – С. 22.
110. Суицидология : прошлое и настоящее : Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / сост. А. Н. Моховиков. – Москва : Когито-Центр, 2001. – 568 с.
111. Суїцидальна поведінка особистості / за ред. Т. М. Титаренко // Психологія життєвої кризи. – Київ : Агропромвидав України, 1998. – С. 159–178.
112. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Теория и методы / Н. В. Тарабрина, В. А. Агарков, Ю. В. Быховец и др. – Москва : Когито-Центр, 2007. – 208 с.
113. Телефанко Б. М. Причини та попередження самогубств серед особового складу органів внутрішніх справ / Б. М. Телефанко, О. С. Візняк ; за заг. ред. С. І. Яковенка // Психологія суїцидальної поведінки : Діагностика, корекція, профілактика : зб. наук. пр. – Київ : РВВ КІВС, 2000. – С. 10–14.
114. Тененьова Ю. Планета самогубців / Ю. Тененьова // ПіК. – 2004. – № 20. – С. 26–29.
115. Тимченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень : концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування : моногр. – Харків : Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2000. – 268 с.
116. Тисячна Ю. О. Соціально-психологічна характеристика суїцидальної поведінки серед дітей та підлітків [Електронний ресурс] / Ю. О. Тисячна – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znp-khist\\_2012\\_5\\_46](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znp-khist_2012_5_46)

117. Титаренко Т. М. Кризове психологічне консультування. – Київ : Главник, 2004. – 96 с.
118. Федоренко Р. П. Психологічна допомога в клініці : навч.-метод. посіб. / Р. П. Федоренко, О. М. Хлівна, Т. І. Дучимінська, Л. І. Магдисюк, С. В. Борцевич. – Луцьк : Вежа-Друк, 2018. – 224 с.
119. Федоренко Р. П. Психологічне консультування : зміст, прийоми, технології / Р. П. Федоренко, М. І. Мушкевич, В. В. Коширець. – Вид. 2-ге, змін. та доп. – Луцьк : Вежа-Друк, 2020. – 368 с.
120. Федоренко Р. П. Психологічний практикум з консультування : зміст, прийоми, технології : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / Р. П. Федоренко, К. І. Шкарлатюк. – Луцьк : СНУ ім. Лесі Українки, 2012. – 200 с.
121. Федоренко Р. П. Психологія молоді сім'ї та сімейна криза : моногр. / Р. П. Федоренко. – Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2007. – 168 с.
122. Федоренко Р. П. Психологія сім'ї [Текст] : навч. посіб. / Р. П. Федоренко. – Луцьк: Вежа-Друк, 2015. – 364 с.
123. Федоренко Р. П. Психологія суїциду [Текст] : навч. посіб. / Р. П. Федоренко. – Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2011. – 260 с.
124. Федоренко Р. П. Психологія суїциду [Текст] : навч. посіб. / Р. П. Федоренко. – Вид. 2-ге, змін. та доп. – Луцьк : Вежа-Друк, 2016. – 340 с.
125. Хазратова Н. В. Психологічні проблеми та особистісні кризи студентського віку / Н. В. Хазратова // Особистісні кризи студентського віку : зб. наук. ст. / за ред. Т. М. Титаренко. – Луцьк, 2001. – С. 14–18.
126. Харченко Є. М. Психосоціальні аспекти суїцидальної поведінки при церебральному атеросклерозі / Є. М. Харченко // Київ. міжнар. ун-т. Вісник / ред. кол. : Т. О. Піроженко та ін. – Київ, 2006. – С. 182–190.
127. Холмогорова А. Б. Сімейні фактори депресії / А. Б. Холмогорова та ін. // Питання психології. – 2005. – № 6. – С. 63–71.
128. Холмогорова А. Б. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян. – Москва : МГППУ, 2006. – 112 с.
129. Хоружий С. С. Человек и его три дальних удела. Новая антропология на базе древнего опыта / С. С. Хоружий // Вопросы философии. – 2003. – №1. – С. 38–63.

130. Цимбалюк І. Самогубство як проблема девіантної поведінки / І. Цимбалюк // Психолог. – 2003. – Груд. (№ 46). – С. 12–14.
131. Цільмак О. М. Профілактика самогубств серед співробітників ОВС / О. М. Цільмак // Психологія суїцидальної поведінки : діагностика, корекція, профілактика : зб. наук. пр. / за заг. ред. С. І. Яковенка.– Київ : РВВ КІВС, 2000.– С. 83–88.
132. Чудакова О. Феномен суїциду / О. Чудакова // Соціальна психологія. – 2003. – № 2. – С. 134–141.
133. Шавроцька Н. Суїцид як соціально-психологічний феномен / Н. Шавроцька, О. Гончаренко, І. Мельникова // Психолог. – 2002. – № 38/39. – С. 46–57.
134. Шебанова С. Г. Мотивація суїцидальної поведінки неповнолітніх як об'єкт комплексного аналізу / С. Г. Шебанова // Актуальні проблеми суїцидології : зб. наук. пр. – Київ, 2002. – Ч. 2. – С. 60–66.
135. Шумакова Л. П. Психологическая помощь по предупреждению суицидального поведения / Л. П. Шумакова // Актуальні проблеми суїцидології : зб. наук. пр. – Київ, 2002. – Ч. 2. – С. 81–87.
136. Юрчук О. Ф. Особенности экспертного лингвистического анализа предсмертных посланий суицидального характера / О. Ф. Юрчук // Психологія суїцидальної поведінки : Діагностика, корекція, профілактика : зб. наук. праць / за заг. ред. С. І. Яковенка. – Київ : РВВ КІВС, 2000. – С. 181–186.

Навчально-методичне видання

**ПСИХОЛОГІЯ ЕКСТРЕМАЛЬНОСТІ ТА  
ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ  
Й СУЇЦИДАЛЬНИХ НАМІРІВ**

*Навчально-методичний посібник*

Друкується в авторській редакції  
Технічний редактор *І. С. Савицька*

Формат 60×84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Обсяг 13,71 ум. друк. арк., 12,97 обл.-вид. арк.  
Наклад 300 пр. Зам. 143. Видавець і виготовлювач – Вежа-Друк  
(м. Луцьк, вул. Шопена, 12, тел. (0332) 29-90-65).  
Свідоцтво Держ. комітету телебачення та радіомовлення України  
ДК № 4607 від 30.08.2013 р.