

**Особливості надання екстреної психологічної допомоги постраждалим,
які знаходяться у передсуїцидальному стані**

Анотація. У статті наводиться розгляд особливостей суїцидальної поведінки у людей, які постраждали в наслідок надзвичайної ситуації. Наводиться характеристика заходів щодо надання їм невідкладної психологічної допомоги.

Ключові слова: надзвичайна ситуація, передсуїцидальний стан, суїцид, екстрена психологічна допомога.

Постановка проблеми. Наш п'ятирічний досвід роботи при ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій дозволяє стверджувати, що при важких трагедіях реакції постраждалих на подію можуть ускладнюватись та приймати складний характер. Суїцид можна назвати одним з патологічних наслідків психогенних реакцій на надзвичайну ситуацію. Така поведінка постраждалого, який пережив травматичну ситуацію, є своєрідним вирішенням проблеми, яка утворилась. В подібних випадках ми можемо припустити, що головними причинами, які підштовхують людину до відмови від життя є ті, які досить тісно пов'язані з її найближчим оточенням, адже здебільшого саме втрата близької людини вважається найбільш важкою трагедією.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Початком розвитку суїцидологічного знання можна назвати появу суїцидології в 40-50 роках ХХ ст. як самостійної комплексної науки, що об'єднала в собі ряд суміжних дисциплін (психіатрію, психологію, соціологію, педагогіку, юриспруденцію).

Сучасне західне суїцидологічне знання характеризується великою розмаїтістю теорій аутоагресії. Дехто з авторів ставить самогубство в залежність від *комплексних інтрапсихічних явищ*: почуття провини, безнадійності, агравації почуття образи, приниження, незахищеності, почуття неповноцінності, замкнутості [3; 7; 9].

Деякі дослідники роблять спробу встановити залежність самогубства від *особливостей структури особистості та акцентуованих рис характеру*, близьких до психопатологічних синдромів, зокрема: істероїдні риси особистості, схильність до депресій [9; 11].

Окремі фахівці вбачають причину суїцидальної поведінки в *особливостях інтелектуальної діяльності індивіда*: усвідомлення і рефлексія суїцидентів, ригідність мислення [3; 12].

Крім того, існують теорії залежності самогубств від: етичної і національної культури, факторів економічного розвитку, в тому числі рівня доходів і урбанізації, міграції [9; 13].

Перші спроби практичного запобігання самогубствам відносять до початку XIX століття. Це діяльність благодійних організацій, заснованих на добровільних началах (1906 р. – Нью-Йорк; 1906 р. – Лондон; 1928 р. – Берлін). Така профілактична робота триває і в наш час (Великобританія – «Товариство самаритян», Туреччина, ПАР – «Товариство анонімних суїцидентів» та ін.) [7].

У 1948 р. в Австрії Х. Хаффом і Е. Рінгелем була створена служба, що являла собою поєднання кризового центру і телефонної служби, завдяки якій люди в критичних ситуаціях могли встановити анонімний телефонний контакт із фахівцем-психологом. У разі нагальної потреби клієнти мали можливість безпосередньо звернутися до центру для особистої бесіди із суїцидологом [7].

З початку 50-х років XX ст. подібні служби стали створюватися і в інших країнах Європи й Америки. Центри суїцидологічної допомоги діють у Німеччині, Швеції, Швейцарії, Голландії, Великобританії, Росії, Франції, Бельгії, Австрії, США, ПАР та інших державах. Сьогодні в багатьох розвинутих країнах існують соціальні програми з проведення превентивно-профілактичної роботи, витрачаються величезні кошти на удосконалення медикаментозної, морально-правової, психологічної і соціальної допомоги громадянам.

Засновником радянської суїцидології вважають А.Г. Амбрумову. Відповідно до її концепції, в основі будь-яких суїцидальних проявів лежить соціально-психологічна дезадаптація особистості в умовах мікросоціального конфлікту [2].

Метою статті є розгляд основних чинників, факторів та індикаторів суїцидальної поведінки в умовах надзвичайної ситуації, а також висвітлення основних заходів щодо надання екстреної психологічної допомоги потенційному суїцидентові.

Виклад основного матеріалу. На наш погляд, суїцидальна поведінка безпосередньо пов'язана із психологічною кризою. Це можна пояснити тим, що саме криза викликається депривацією і фрустрацією найважливіших потреб (наприклад, у безпеці, приналежності, досягненні, автономії, розумінні), – можливість екстремальних наслідків очевидна.

Відмітимо, що загальною ознакою важких кризових станів є душевний біль. Нестерпність душевного болю призводить до прагнення припинити його будь-яким шляхом, і суїцид може здаватися людині, яка перебуває в кризовому стані, єдиним способом рятування й вирішення всіх проблем.

Звертаючись до понять «самогубство» і «суїцид», насамперед необхідно зазначити, що вони є синонімічними і в сучасній психологічній науці мають таке значення: **суїцид** (від англ. suicide) – самогубство, що чинить людина в стані афекту, фрустрації, під впливом психічних аномалій [1]. Суїцид – усвідомлений акт відходу з життя під впливом психотравмуючих ситуацій, за якого власне життя, як найвища цінність, втрачає сенс для даного індивіда в силу особистісних психічних деформацій, соціально-економічних і морально дестабілізуючих факторів [3].

Як вже відмічалось вище, головними чинниками виникнення у людини пересуїцидального стану в умовах надзвичайної ситуації, виступають ті, які перш за все пов'язані з його близьким оточенням – родиною, батьками, друзями. Тому головною при вирішенні питання «Що робити?» виступає сама особистість, від внутрішньої сили якої залежать її подальша поведінка в

кризовій ситуації, залежить те, який вибір вона зробить при зіткненні з труднощами та чи не програє вона під натиском травмуючих психіку обставин.

Ще однією важливою обставиною є проблема перспективи людини та її життя у часі. Пошук чинників суїциду досить часто приводить в минуле людини, в якому вона перебувала. В цьому випадку невизначеність або безвихідність майбутнього може виступати ознакою або чинником прагнення до самознищення.

Після втрати близької людини багато з родичів зауважують, що їх переслідують думки про самогубство. Такі особливості можна спробувати пояснити тим, що люди, які аномально переживають горе, збільшують кількість «бажаючих» припинити свої страждання саме самогубством, адже іншого шляху для себе не бачать [5].

Горе після смерті близької людини є очевидним, і психологам іноді досить складно відрізнити нормальний перебіг горювання від ускладненого переживання горя. Найбільш важкими серед тих, хто пережив втрату близької людини в умовах надзвичайної ситуації можна назвати, перш за все, батьків, які втратили свою дитину. Ускладненням такої ситуації може виступати очікування – деякий час про долю дитини батьки не мають ніякої інформації, і доки проводяться пошукові роботи в осередку надзвичайної ситуації, надія на спасіння зберігається. Саме в момент, коли рятувальники, або представники інших служб оперативного реагування, вимушені зупинити пошукові роботи, концентрація напруги у людей, що очікували новин про долю дитини, може вийти за межі і викликати негативні психічні стани як від істерики, так і до ступору, вихід з яких може бути знайдений саме у спробі самогубства. Найбільш гостро таке бажання спостерігалось у жінок, при чому це майже не залежало від віку загиблої дитини. Матері проговорювали, що не хочуть більше жити, хочуть завжди бути з сином/донькою, адже не бачать смислу подальшого життя без них.

Окремої уваги в цьому питанні слід приділити виникненню почуття провини у того, хто вижив перед загиблими при надзвичайній ситуації, як чинника суїцидальної поведінки. Як показує наш досвід надання екстреної психологічної допомоги, саме така обставина спонукає тих, хто втратив близьку людину, думати про самогубство як про засіб «встановлення справедливості». Така реакція є найбільш розповсюдженою при втраті одного з подружжя.

Досить часто смерть близької людини становиться моментом, коли людина вперше замислюється про сенс свого життя. Іноді ці думки заводять її в глухий кут, вона намагається судорожно відшукати сенс у тому, що відбувається, але, нічого не знайшовши (або не бажаючи знайти), приходить в жах. І в цьому стані, коли відбувається фіксація відсутності істинного сенсу життя, їй здається, що воно закінчилось, що біль нестерпна, і залишається тільки швидше втекти від неї. Саме в цьому стані люди впускають в себе думки про суїцид. Можна припустити, що в такі мить самогубство сприймається як позбавлення від болю [6].

Окреслимо *загальні фактори суїцидальної небезпеки* [5]. Багаторічні дослідження особливостей різних груп людей, що планують самогубство, виявили певні демографічні, медичні та інші характеристики, пов'язані із суїцидальною поведінкою. Знання цих факторів допомагає екстремальних психологам оцінити ступінь ризику суїцидальної поведінки.

Соціально-демографічні фактори:

1. Стать – чоловіча (рівень суїцидів у чоловіків у три - чотири рази вище, ніж у жінок, у той час як у жінок приблизно в три рази вище рівень суїцидальних спроб).

2. Вік – вікова група від 45 до 65 років (групи високого ризику: підлітки й молоді люди обох статей – від 12 до 24 років, чоловіки – 20 - 30 років, обидві статі - старші 50 і особливо старші 60 років). Суїцидальні спроби: максимальна кількість для вікового діапазону – 25 - 29 років.

3. Сімейний стан – ті, хто ніколи не були в шлюбі, розлучені, вдівці та вдови, бездітні й такі, що проживають на самоті.

4. Освіта й професійний статус – безробітні, а також особи з вищою освітою і високим професійним статусом. Додамо, що рівень парасуїцидів (аутоагресивних дій, що не призвели до смертельного результату) вищий серед осіб із середньою освітою і невисоким соціальним статусом.

Медичні фактори:

1. Психічна патологія – депресія, особливо затяжний депресивний епізод у недавньому минулому; алкогольна залежність; залежність від психоактивних речовин; шизофренія; розлад особистості.

2. Соматична патологія – важке хронічне прогресуюче захворювання; онкологічні захворювання та захворювання органів кровотворення; серцево-судинні хвороби; захворювання органів дихання (астма, туберкульоз); уроджені й придбані каліцтва; втрата фізіологічних функцій (зору, слуху, здатності рухатися, втрата статевої функції, безплідність); ВІЛ-інфекція; стани після важких операцій; стани після трансплантації донорських органів і тканин [3].

Біографічні фактори:

1. Гомосексуальна орієнтація.
2. Суїцидальні думки, наміри, спроби в минулому.
3. Суїцидальна поведінка родичів, близьких, друзів, інших значимих осіб (релігійні лідери, кумири поп-культури й т. ін.).

Ряд авторів при оцінці ризику суїцидальної спроби після парасуїциду пропонують урахувати наступні фактори:

Зовнішні обставини:

- наскільки суїцидент був ізольований під час спроби скоєння самогубства;
- наскільки ймовірним було втручання в суїцидальну поведінку з боку інших людей;

- чи вживав суїцидент попереджуючі заходи проти можливого розкриття суїцидальних намірів іншими людьми;
- чи писав прощальний лист або записку;
- чи шукав допомоги під час спроби або після;
- чи робив фінальні дії (які, за його власним припущенням, повинні були привести до смерті) [2; 3; 7].

Внутрішні установки:

- чи вірив суїцидент у те, що дійсно вб'є себе;
- чи говорив він, що хоче вмерти;
- наскільки навмисною була спроба;
- які почуття випробовував, виявивши, що спроба не вдалася (його врятували) – радості, жалю, гніву [12].

При цьому слід звертати увагу на індикатори суїцидального ризику – це особливості сформованої ситуації, настрою, когнітивної діяльності й висловлень людини, які також збільшують ступінь ризику суїцидальної поведінки.

Ситуаційні індикатори суїцидального ризику:

- смерть коханої людини, особливо чоловіка або дружини;
- розлучення;
- втрата роботи;
- вихід на пенсію;
- змушена соціальна ізоляція, особливо від сім'ї або друзів (еміграція, змушене переселення, тюремне ув'язнення, у підлітків – переїзд на нове місце проживання);
- сексуальне насильство;
- небажана вагітність (у підлітків);
- «втрата обличчя» - у підлітків (ганьба, приниження).

Поведінкові індикатори суїцидального ризику:

- зловживання психоактивними речовинами, алкоголем;

- ескейп-реакції (втеча з дому й т. ін.);
- самоізоляція від інших людей і життя;
- різке зниження повсякденної активності;
- зміна звичок, наприклад, недотримання правил особистої гігієни, догляду за зовнішністю;
- перевага тем, пов'язаних зі смертю й самогубством над іншими темами у розмовах або при читанні;
- часте прослуховування жалобної або сумної музики;
- «приведення справ у порядок (оформлення заповіту, урегулювання конфліктів, написання листів до родичів і друзів, роздача особистих речей та ін.) [6].

Комунікативні сигнали суїцидального ризику:

Прямі або непрямі повідомлення про суїцидальні наміри: «Хочу вмерти» – пряме повідомлення, «Незабаром все це закінчиться» – непряме.

Жарти, іронічні висловлення про бажання вмерти, про безглуздість життя також відносяться до непрямих повідомлень.

Когнітивні індикатори суїцидального ризику:

1. Установки до суїцидальної поведінки.

2. Так звана «негативна тріада», характерна для депресивних станів: негативні оцінки своєї особистості, навколишнього світу та майбутнього. Власна особистість сприймається як незначна, що не має права жити; світ розцінюється як місце втрат і розчарувань; майбутнє уявляється як безперспективне, безнадійне.

3. «Тунельне бачення» – нездатність побачити інші прийнятні шляхи вирішення проблеми, крім суїциду.

4. Наявність суїцидальних думок, намірів, планів. Ступінь суїцидального ризику прямо пов'язаний з тим, чи є в людини тільки невизначені рідкі думки про самогубство («добре б заснути й не прокинутися») або вони постійні, оформився намір скоїти самогубство («я зроблю це, іншого виходу немає») і з'явився конкретний план, що містить у

собі рішення про метод самогубства, засоби, час і місце. Чим більш докладно розроблений суїцидальний план, тим вища ймовірність його реалізації.

5. Імпульсивність. Імпульсивність як характерологічна риса відіграє важливу роль у суїцидальній поведінці, особливо в умовах надзвичайної ситуації. Імпульсивна людина може протягом декількох хвилин перейти від думки про самогубство до суїцидальних дій. Тому, коли кризовий психолог має справу з постраждалим, у якого діагностується подібний стан, важливо пам'ятати, що відсутність суїцидального плану в цей час ще нічого не говорить про ступінь суїцидального ризику.

Постраждалий з будь-якими ознаками суїцидальної активності повинен перебувати під постійним спостереженням, звичайно ж, це спостереження повинне бути ненастирливим і тактовним.

6. Істотне значення має доступність засобів суїциду (наприклад, доступ до зброї; фармакологічні препарати завжди під рукою або їх ще потрібно придбати й т. ін.) [5].

Ступінь летальності засобів суїциду не має визначального значення в оцінці ступеня ризику суїцидальної поведінки. Якщо суїцидент скористався неефективними засобами, спроба все-таки зроблена, при цьому ймовірність суїцидальної поведінки в майбутньому зростає.

Емоційні індикатори суїцидального ризику:

- амбівалентність стосовно життя;
- депресивний настрій, байдужність до своєї долі, пригніченість, безнадійність, безпорадність, розпач;
- переживання горя.

Розглянуті нами особливості дозволяють звернутись безпосередньо до заходів екстреної психологічної допомоги потенційному суїцидентові.

Розпізнавання суїцидальної небезпеки, розмова із суїцидентом про його наміри – це перша допомога!

Одна з важливих відмінностей суїцидонебезпечного стану – відчуття себе «поза» суспільством (оскільки тема самогубства практично знаходиться під заборонаю – табу).

Найважливішим принципом першої психологічної допомоги при суїцидальній небезпеці (і це є головною вимогою до кризового психолога) – задавати питання про самогубство, не уникати цієї теми. Важливо проявляти зацікавленість, але не оцінювати, не засуджувати й не намагатися переконати співрозмовника.

Узагальнений перелік необхідних інтервенцій:

1. Встановлення емпатичного контакту, відносин довіри.
2. Визначення ступеня ризику суїцидальної поведінки та імовірності смертельного результату. Велике значення має минулий досвід суїцидальної поведінки і з'ясування, що тоді втримало людину від суїциду. Можливо, це допоможе й зараз. Варто пам'ятати про дуже важливу особливість людини, схильної до самогубства, – про амбівалентне відношення до життя, про пошук шляху до смерті й бажання жити одночасно. Часто така людина шукає допомоги, говорячи про те, що хоче померти.

3. Пошук спільного рішення щодо подальших дій. У процесі оцінки суїцидального ризику або після цього, психолог повинен довідатися, в чому складається зміст самогубства для постраждалого. Якої проблеми або цілого клубка проблем він хоче позбутися. Це питання допомагає визначити тактику подальшої інтервенції. Довідавшись про зміст суїцидальної поведінки, можна спробувати відшукати альтернативні варіанти рішення проблеми [6].

Один із проявів кризового стану – когнітивний хаос. Психолог повинен допомогти організувати лавину проблем, що обрушилися на людину, у доступні для огляду проблемні блоки, установити пріоритетність їхнього вирішення. Йому варто бути дуже переконливим у вибудовуванні перспектив виходу з тупика. Може бути, якщо не сам клієнт, то хтось із його

близьких допоможе у вирішенні або хоча б наближенні до вирішення проблеми? Головне – спонукати клієнта до того, щоб він, нехай тимчасово, але відклав суїцид і зробив хоч один крок до поліпшення своєї ситуації [10; 11].

Таким чином, позиція кризового психолога повинна бути активною й досить директивною. Однак, варто звернути увагу на те, що переконувати людину в необхідності працювати із проблемою, спробувати вирішити її – зовсім не значить умовляти відмовитися від суїциду або, ще гірше, сперечатися про сенс життя.

Крім того, зовсім не бажаним є такий стиль роботи з постраждалим, коли психолог намагається його втішати або його жаліти. Подібні форми поведінки з боку психолога тільки нашкодять постраждалому, та зміцнять їх упевненість у трагізмі ситуації, в якій він опинився [15].

Також слід уникати банальних життєвих порад. Це знизить рівень відповідальності людини за власні вчинки, а отже, і за власне життя. Подібні інтервенції тільки руйнують і так досить тендітну основу – контакт із постраждалим, завдяки якому кризовий психолог зможе допомогти. Психолог тільки може сказати, що він особисто не хоче, щоб люди йшли з життя, щоб ішов з життя його співрозмовник, і він буде намагатися робити все, що від нього залежить, щоб цього не відбулося. Фактично договір про те, що варто замість самогубства спробувати почати робити які-небудь конструктивні дії, «план порятунку», – це і є антисуїцидальний контракт. Такий договір має на увазі й емоційний аспект – зміну настрою клієнта: від бажання вмерти – до бажання жити [5].

Далі варто намітити конкретні кроки, ретельно обговоривши їхні альтернативи й можливі наслідки. Іншими словами, у цей момент терапевтичний процес тільки починається. Терапевтичні методи підбираються індивідуально, але не слід упускати й фактор ефективності того або іншого методу в роботі з певними станами.

Окремо зауважимо, що реалізація наведених заходів є можливою лише за умови наявності необхідного часу для надання невідкладної психологічної допомоги людині, що наміряється скоїти самогубство. В інших випадках, коли у психолога обмаль часу на допомогу, слід дотримуватись наступних правил:

1) обов'язково знайти родичів людини, яка демонструє суїцидальну поведінку та заборонити їм залишати потенційного суїцидента на самоті;

2) якщо є змога, передати потенційного суїцидента представникам місцевих соціальних служб, а саме – місцевим психологам, які б у подальшому проводили психотерапевтичні та корекційні заходи з цією людиною.

Висновок. Підготовка до надання екстреної психологічної допомоги постраждалому в наслідок надзвичайної ситуації, який характеризується суїцидальними намірами, повинна складатись з виявлення змісту мотиву, який спонукає його до самогубства – чи це втрата смислу життя через втрату близької людини, чи виникнення почуття провини через несправедливу загибель родича, чи це імпульсивна реакція на психотравмуючу подію, тощо. Ми вважаємо, що ці заходи допоможуть зробити невідкладну психологічну допомогу більш ефективною.

При цьому, найголовніше, що може зробити кризовий психолог при наданні екстреної психологічної допомоги потенційному суїцидентові – це вивести його з негативного стану, який став реакцією на травматичну подію, викликану надзвичайною ситуацією. Слід провести всі необхідні заходи з метою купірування гострих психічних проявів у постраждалого та для виключення будь-якої можливості розвитку у нього постстресових та депресивних розладів у майбутньому й переході їх у патологічний стан.

Список літератури:

1. **Амбрумова А.** Полеев А., Неотложная психотерапевтическая помощь в суицидологической практике: Методич. реко менд., М., 1986, 25 с.
2. **Амбрумова А.,** Тихоненко В., Суицид как феномен социально -

психологической дезадаптации личности, Актуальные проблемы суицидологии, М., 1978, с 6—28

3. **Банщикова Е.Г.** Философские и методологические основы психопатологического анализа самоубийства. // <http://www.rusmedserv.com/psychsex/su.shtml> (Русский Медицинский Сервер; 24.01.2002).

4. **Гнездилов, А. В.** Психология и психотерапия потерь / Гнездилов А.В. – СПб.: Речь, 2002. – 162 с.

5. **Кондрашенко В. Т.** Суицидальное поведение // Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. Тарас А. Е., Сельченко К. В. Минск, Харвест, 1999.

6. Кризова психологія.: Навчальний посібник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. – Х.: НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2010. – 383 с.

7. **Моховиков А.Н.** Введение к клинко-психологическому разделу. // Суицидология: Прошлое и настоящее: Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах.- М.,2001.-с. 237.

8. **Тімченко, О. В.** Чи потрібні Україні фахівці з психології екстремальних ситуацій? / Тімченко О.В., Христенко В.Є., Оніщенко Н.В. // Проблеми екстремальної та кризової психології: збірник наукових праць. Вип. 8. – Харків: УЦЗУ, 2010. – С.154-162.

9. **Farberow, N. L.** (Ed.) The Many Faces of Suicide. New York: McGraw-Hill Book Company. 1980, 245 p.

10. **Evans, G., & Farberow, N. L.** Encyclopedia of Suicide. New York: Facts on File Publishing Co. 1985. 176 p.

11. **Beck A.T.,** Kovacs M., Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior. An overview// Journal of American Medical Association, 1975, v.234, p.1146-1149.

12. **Orbach I.,** Mikulincer M., Blumenson R., Mester R., Stein D. The Subjective Experience of Problem Irresolvability and Suicidal Behavior: Dynamics and Measurement//Ibid., 1999, v.29,n.2,p.150-164.

13. **Shneidman E.S.** Classifications of suicidal phenomena// Bulletin of suicidology, 1968 July, p. 1-9.
14. **Shneidman E.S.** The Psychological Pain Assessment Scale// Lives and Deaths: Selections from the Works of Edwin S.Shneidman. Ed. by A.Leenaars. Brun-ner/Mazel: Philadelphia, PA, 1999.
15. **Shneidman E.S.** The Psychological Pain Assessment Scale// Suicide and Life - Threatening Behavior, 1999, v.29, n.4, p.287-294.