

НАУКОВА РОБОТА

СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА ДОПОМОГА ПІДЛІТКАМ
ІЗ СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ	7
1.1. Суїцид як психосоціальне явище	7
1.2. Суїцид як результат невирішеної кризи підліткового віку	10
РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА ДОПОМОГА ПІДЛІТКАМ ІЗ СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ: ПРАКТИЧНИЙ АСПЕКТ	15
2.1. Особливості соціально-педагогічної допомоги підлітку-суїциденту	15
2.2. Дослідно-експериментальна робота з упровадження програми соціально- педагогічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою	23
ВИСНОВКИ	28
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	31
ДОДАТКИ	34

ВСТУП

Актуальність дослідження. Відповідно до даних Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я близько мільйона людей щороку помирають в результаті суїциду. Серед причин смерті людей у віці від 15 до 44 років суїцид потрапляє у трійку лідируючих. Спостерігається також негативна динаміка у напрямку збільшення кількості суїцидів [27]. За даними ЮНІСЕФ за останні 45 років рівень самогубств зріс на 60%. До 2020 року суїцид ймовірно вийде на друге місце в світі, як причина смерті, випередивши онкологічні і поступаючись тільки серцево-судинним захворюванням [25].

Однією з актуальних проблем сучасного суспільства є зростання кількості випадків суїцидальної поведінки серед підлітків та молоді. Такий сумний факт поєднується із зростанням частоти депресій та зловживання психоактивними речовинами. 27,2 % дітей і підлітків віком 10-17 років іноді втрачають бажання жити, 17,8 % – вважають, що нікому немає до них справ, 25,5 % – не завжди можуть розраховувати на допомогу близької людини [19].

Дослідниками встановлено, що акт самогубства зазвичай обумовлений цілою низкою чинників: соціальних, економічних, політичних, філософських, психологічних, релігійних тощо. При цьому рівень самогубств і його динаміка виступають важливими індикаторами соціального благополуччя того чи іншого соціального середовища, а також показниками психічного та духовного здоров'я суспільства [15, с.118].

Сучасні технології мають широкий спектр можливостей. Комп'ютерні ігри – це програми, які створені, щоб розважати людину, займати вільний час. Граючи в комп'ютерні ігри, люди розслабляються, «йдуть з головою» у віртуальний світ. Однак, не всі люди замислюються про те, як впливають комп'ютерні ігри на психіку та здоров'я дитини, особливо якщо брати до уваги ігри, які несуть загрозу життю. Такі як: «Розбуди мене в 4.20», «Тихий дім», «Синій кит».

З огляду на постійне зростання кількості суїцидів, актуалізується необхідність поглиблення знань про суїцид як феномен, а також розширення арсеналу стратегій та методів роботи з людьми, які проявляють суїцидальну поведінку. Робота, спрямована на зменшення кількості суїцидів, буде ефективною за умови її проведення на рівні державної політики, соціальних, освітніх програм, на рівні громад а також на особистісному рівні. Важливою у цьому ключі є робота фахівців – зокрема соціальних педагогів, соціальних працівників, психологів, психотерапевтів. Представники цих професій щоденно зустрічаються з людьми, які опинилися у складній життєвій ситуації і нерідко з емоційно нестійкими людьми, частина з яких може демонструвати суїцидальні прояви. Тому такі фахівці мають превентивний потенціал і можуть працювати у напрямку попередньої діагностики суїцидальності та запобігання суїциду.

Значне місце в наукових працях педагогів, психологів відводиться проблемам особистісної тривожності (Спілберг-Ханін та ін.), суїциду як психосоціального явищу (В. Пігіда, Н. Сабат, Л. Сафонова та ін.), суїциду як результату невирішеної кризи підліткового віку (О. Александрова, О. Боголюбова, М. Гуліна та ін.), особливостям психосоціальної допомоги підлітку-суїциденту (Є. Змановська, Л. Шнейдер та ін.) та ін. Однак проблема соціально-педагогічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою, насамперед практичний аспект її вирішення, залишається недостатньо дослідженою.

Отже, значущість наукової проблеми у поєднанні з виявленими суперечностями зумовили вибір теми наукової роботи: **«Соціально-педагогічна допомога підліткам із суїцидальною поведінкою».**

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Наукова робота виконана відповідно до наукової теми кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини «Актуальні проблеми соціально-педагогічної теорії та практики» (реєстраційний номер 0111 U 00 75 47).

Об'єкт дослідження – соціально-педагогічна робота з підлітками, що схильні до суїцидальної поведінки.

Предмет дослідження – зміст, форми і методи соціально-педагогічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою.

Мета дослідження – на основі теоретичного обґрунтування наукової проблеми експериментально перевірити програму соціально-педагогічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою.

Відповідно до мети і гіпотези було визначено такі **завдання дослідження**:

1. На основі аналізу теоретичних основ досліджуваної проблеми розглянути суїцид як психосоціальне явище.
2. Визначити специфіку суїцидальної поведінки підлітків.
3. Розкрити особливості соціально-педагогічної допомоги підлітку-суїциденту.
4. Розробити та експериментально перевірити програму соціально-педагогічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою.

Гіпотеза дослідження ґрунтується на припущенні про те, що соціально-педагогічна допомога підліткам із суїцидальною поведінкою буде ефективною за умови реалізації розробленої профілактичної програми, що охоплює: виховні години, створення соціальної продукції та роликів, бесіди, кіноперегляд, проведення анкетувань, опитувальників, брейнг-ринг, тренінгові заняття.

Для досягнення мети і вирішення поставлених завдань використано такі **методи дослідження**: *теоретичні* – вивчення, аналіз і синтез філософської, психологічної, педагогічної літератури з метою визначення специфіки суїцидальної поведінки підлітків; порівняння, класифікація та узагальнення результатів експерименту; *емпіричні* – педагогічне спостереження, опитування (анкетування, бесіди), тестування, метод створення ситуацій з метою діагностування схильності підлітків до суїцидальної поведінки; педагогічний експеримент для перевірки ефективності програми соціально-педагогічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою.

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальна робота проводилася на базі 8-А класу НВК:СЗШ І-ІІІ ст. – ліцею м. Гайсин Вінницької обл.

Наукове та практичне значення результатів дослідження полягає в розробці та впровадженні в навчальний процес профілактичної програми соціально-педагогічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою, що охоплює: виховні години, створення соціальної продукції та роликів, бесіди, кіноперегляд, проведення анкетувань, опитувальників, брейнг-ринг, тренінгові заняття. Результати дослідження можуть бути використані у практиці роботи вчителів, соціальних педагогів, практичних психологів загальноосвітніх шкіл; у процесі фахової підготовки студентів спеціальностей «Соціальна педагогіка», «Соціальна робота» у ВНЗ різного рівня акредитації, у системі післядипломної педагогічної освіти.

Результати дослідження впроваджено у практику роботи Студентської соціально-психологічної служби та Школи передового досвіду «Школа соціальних знань» Управління праці й соціального захисту населення Уманської міської ради та Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини.

Апробація результатів дослідження. Основні концептуальні положення й результати магістерської роботи доповідались на науково-практичних конференціях і семінарах: V науково-методичному семінарі «Права дитини: від витоків до сьогодення» (Умань, 25 травня 2016 р.), VI науково-методичному семінарі «Актуальні проблеми підготовки фахівців соціальної сфери» (Умань, 26 квітня 2016 р.), Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні проблеми соціальної педагогіки та соціальної роботи» (Умань, 6-7 жовтня 2016 р.) та ін.

Структура та обсяг роботи. Наукова робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел (27 найменувань), 5 додатків на 32 сторінках. Загальний обсяг роботи складає 65 сторінок, із них 30 сторінок основного тексту. Робота містить 1 таблицю та 6 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. Суїцид як психосоціальне явище

Самогубство, суїцид (лат. *suicid* – самогубство; *sui* – себе, *caedo* – убивати) – умисне позбавлення себе життя. Не визнається самогубством позбавлення себе життя особою, що не усвідомлює значення своїх дій або їх наслідків (неосудні, діти у віці до п'яти років). У цьому випадку фіксується смерть від нещасного випадку [20, с. 114]. У зв'язку із цим, наприклад Е. Шнейдман, визначає самогубство як навмисну смерть – акт позбавлення себе життя, при якому людина робить цілеспрямовану та свідому спробу припинити існування [4, с. 144].

Американський психолог Е. Шнейдман [21] у своїх наукових працях описав декілька найбільш серйозних характеристик суїциду (рис. 1).



Рис. 1. Основні характеристики розвитку особистості із суїцидальними рисами у поведінці (за Е. Шнейдманом)

Суїцидальна поведінка – поняття більш широке, ніж суїцид, оскільки воно включає в себе будь-які внутрішні та зовнішні форми психічних актів, які спрямовуються уявленнями про позбавлення себе життя. Зокрема, сюди належать: завершене самогубство, суїцидальні спроби (замахи) та наміри (ідеї). Ці форми звичайно розглядаються як стадії або ж прояви одного феномена.

Елементом суїцидальної поведінки можна також вважати внутрішню суїцидальну поведінку, що містить у собі суїцидальні думки, уявлення, переживання, а також суїцидальні тенденції, серед яких можна виокремити задуми та наміри. На практиці доцільно користуватися трьома ступенями цієї шкали:

- Пасивні суїцидальні думки характеризуються уявленнями, фантазіями на тему своєї смерті, але не на тему позбавлення себе життя як самодовільної дії («добре було б померти», «заснути й не прокинутись» тощо;

- Суїцидальні задуми – це активна форма вияву суїцидальності, тобто тенденція до самогубства, глибина якої збільшується з розробкою плану її реалізації. Обдумуються спосіб, час і місце самогубства;

- Суїцидальні наміри передбачають приєднання до задуму рішення та вольового компоненту, який спонукає до безпосереднього переходу в зовнішню поведінку [10].

Про наближення суїциду свідчить, як правило, передсуїцидальний синдром. Його тривалість варіюється від декількох хвилин до тижнів і місяців. Частіше за все цей синдром спостерігається у старших підлітків і у дорослих людей. В ньому виокремлюють три стадії: 1) тривала історія наявності проблем у дитячому віці та ранній підлітковій фазі (наприклад, діти позбавлені батьківської уваги і турботи); 2) період ескалації, коли приєднуються всі проблеми даного періоду розвитку; 3) в останній стадії підліток повністю відчужений від своїх близьких; це період психологічно вимушеної та дуже важко переносимо самотності, коли будь-який чинник може стати «останньою краплею» [16, с. 241].

Б. Д. Карвасарський [12] у структурі суїцидонебезпечних реакцій виокремлює три компоненти: афективний, когнітивний і поведінковий. Змістом афективного компоненту служать, зокрема, переживання емоційної ізоляції та безвихідності; реакції тривоги, депресії, туги, образи; у деяких випадках має місце апатія, відчуття безсилля, прагнення до самоти. Когнітивний компонент суїцидального кризового стану включає уявлення про власну непотрібність, неспроможність, безцільність і болісність подальшого життя, висновок про неможливість розв'язання кризи через відсутність часу або можливості. Поведінковий компонент, окрім власне суїцидальної поведінки, включає також і поведінкову, часто високу, активність у спробах вирішення кризового стану, у тому числі використання не адаптивних варіантів допінг-поведінки типу «втечі в алкоголізацію і наркотизацію», проявів агресивних і дисоціальних тенденцій.

Парасуїцид – це незавершені суїцидальні дії, які є або проявом суїцидального шантажу, або етапом суїцидальної поведінки, що передують завершеному істинному суїциду.

Важливим при аналізі фактів суїцидальної поведінки є її типологізація, хоча вона завжди є умовною. Так, на думку А. Є. Лічко, у підлітків суїцидальна поведінка набуває трьох форм [16, с. 242–243]:

– Істинний суїцид, тобто усвідомлені та ретельно сплановані дії, метою яких є позбавлення себе життя; такий підліток, маючи істинні суїцидальні наміри, свою поведінку будує так, щоб ніхто не міг перешкодити досягненню мети. Всі спроби скоюються без наслідків, а способи суїциду в цих випадках вибираються «найжорсткіші»: само повішання, застосування вогнепальної зброї чи падіння з великої висоти;

– Афективний суїцид. Такі дії обумовлені надзвичайно сильним афектом, що виник у результаті раптової гострої психотравмуючої події або під впливом акумуляції хронічних психотравм. Це може бути суїцид у дівчини-підлітка, яка втратила коханого, а потім ще й дізналася, що вагітна. Тут як засоби покінчити життя виступають предмети, що несподівано виявилися в полі зору суїцидента;

а також суїциденти вдаються до спроб повішення, отруєння токсичними і сильнодіючими препаратами;

– Демонстративно-шантажна поведінка має на меті тиск на оточуючих, як правило, на батьків, іноді на коханих, щоб примусити їх змінити або вирішити кризову ситуацію. Тому всі спроби скоюються у присутності оточуючих або в межах їх досяжності; способи суїцидальної поведінки частіше за все виявляються у вигляді порізів вен, уживання неотруйних ліків, імітації повішення.

1.2. Суїцид як результат невирішеної кризи підліткового віку

Підлітковий романтизм, екстремізм, радикалізм, віра в добро, мрії про чарівну принцесу (принці) – усе це наївні штампи, навіяні з дитинства. Стикаючись із реальністю, яка протилежна їхнім надіям і сподіванням, їхнім романтичним мріям, підлітки розчаровуються в житті і зважуються на такий відчайдушний і трагічний крок, як самогубство. Водночас, за даними статистики, лише у 10% підлітків є істинне бажання убити себе, в 90% суїцидальна поведінка – це «крик про допомогу», звернений до рідних і близьких. Невипадково, що 80% спроб скоюються удома, притому в денний і вечірній час [14]. І лише кожна четверта спроба суїциду закінчується самогубством і то через необережність.

Суїцидальна поведінка у підлітків часто пояснюється тим, що молоді люди, не маючи достатнього життєвого досвіду, не в змозі правильно визначити мету свого життя і намітити шляхи її досягнення. Так, І.П. Павлов пояснював самогубство втратою «рефлексу мети» [17, с. 270].

Л.Б. Шнейдер самогубство у підлітків пов'язує з віковими особливостями цього періоду [24]. Так, у рамках кризи періоду дорослішання підлітки скаржаться на депресивний стан, викликаний тим, що їх ніхто не розуміє, що вони самотні, не знайшли свого місця в житті, не заслуговують пошани, не мають власного «Я» та ін. Все це веде до появи сильних депресивних станів.

Кризю юної особистості загострюють також дія світової економічної кризи, негаразди внутрішньо сімейного порядку, кризові стани батьків (рис.2).

Л. Б. Шнейдер самогубство у підлітків пов'язує з віковими особливостями цього періоду [24]. Так, у рамках кризи періоду дорослішання підлітки скаржаться на депресивний стан, викликаний тим, що їх ніхто не розуміє, що вони самотні, не знайшли свого місця в житті, не заслуговують пошани, не мають власного «Я» та ін. Все це веде до появи сильних депресивних станів. Кризу юної особистості загострюють також дія світової економічної кризи, негаразди внутрішньо сімейного порядку, кризові стани батьків (рис. 2).

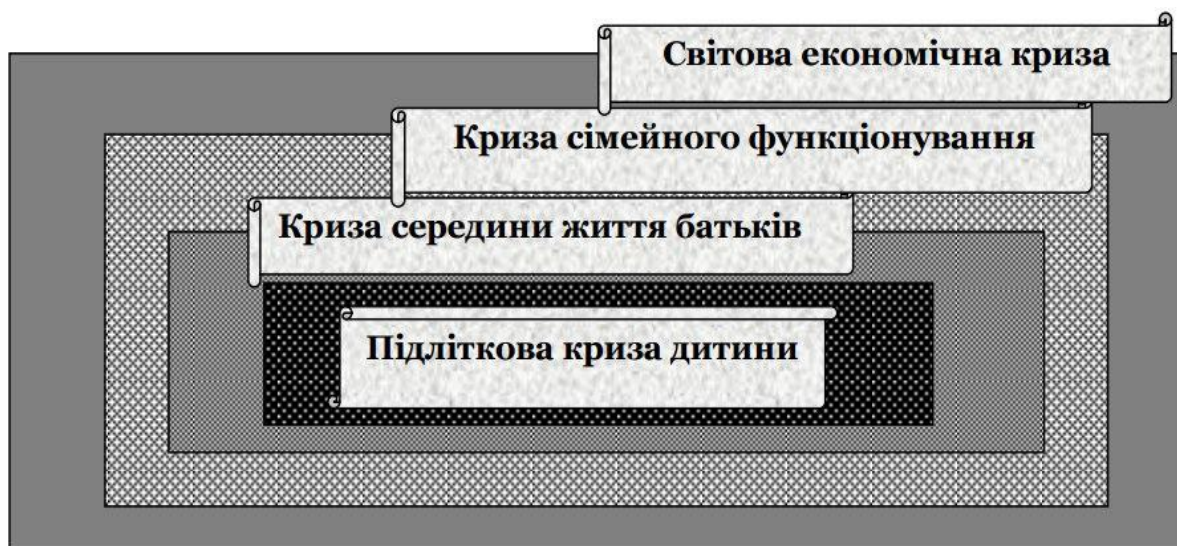


Рис. 2. Чинники підліткової кризи

Водночас Н. В. Вінчук зауважує, що багато хто із тинейджерів, які намагаються убити себе, борються із гнівом та імпульсивністю, деякі із них часто знаходяться в стані сильного стресу через постійні сімейні конфлікти, проблеми у школі, неадекватні взаємостосунки з однолітками та соціальну ізоляцію [4, с. 155].

А. Грішило зауважує, що причинами суїцидальної поведінки підлітків можуть стати також нещасливе кохання, зміна місця проживання, суїциди в родині, алкоголізм, вживання наркотиків і токсичних речовин, хронічні або

смертельні хвороби [7]. На думку О. В. Змановської, можна говорити про значний вплив на суїцидальну поведінку підлітків міжособистісних відносин з однолітками і батьками. При цьому в перед пубертатному віці переважають «сімейні проблеми», а в пубертатному – «сексуальні» та «любовні» [10, с. 147].

Деякі дослідники також виокремлюють тих підлітків, які знаходяться в зоні підвищеного суїцидального ризику. Це депресивні підлітки; підлітки, котрі зловживають алкоголем і наркотиками; підлітки, які або скоювали суїцидальну спробу; або обдаровані підлітки, жертви насильства. Таким чином, у молодій людини, що знаходиться під пресом хоча б однієї із цих ситуацій або проблем, може не виявитися емоційних, розумових або фізичних сил протистояти будь-яким іншим неприємностям. І тоді суїцид може стати для неї єдиним прийнятним виходом [14].

Проте наявність психотравмуючої ситуації – недостатня умова для здійснення суїциду. Друга складова – особистісні особливості суїцидента. До них відносяться: напруга потреб і бадань, невміння знайти способи їх задоволення, відмова від пошуку виходу зі складних ситуацій, низький рівень самоконтролю, невміння ослабити нервово-психічну напругу, емоційна нестабільність, імпульсивність, підвищена навіюваність, безкомпромісність і відсутність життєвого досвіду [24]. У підлітків суїцид частіше зустрічається при таких типах акцентуації характеру, як істероїдний, сенситивний, емоційно-лабільний, астенічний. Фоном є високий рівень агресивності.

О. М. Моховик вказує також на деякі особливості суїцидальної поведінки у молодому віці [13]:

1. Недостатньо адекватна оцінка наслідків аутоагресивних дій. Поняття «смерть» у цьому віці звичайно сприймається досить абстрактно, як щось тимчасове, схоже на сон, не завжди пов'язане з власною особою.

2. Несерйозність, скороминушість і незначущість (з погляду дорослих) мотивів, якими діти пояснюють спроби самогубства. Цим обумовлені труднощі своєчасного розпізнавання суїцидальних тенденцій та істотна частота несподіваних для навколишніх випадків.

3. Наявність взаємозв'язку спроб самогубства дітей і підлітків з девіантною поведінкою: втеча з дому, прогулами школи, раннім курінням, дрібними правопорушеннями, конфліктами з батьками, алкоголізацією, наркотизацією, сексуальними ексцесами і т.д.

4. В дитячому і підлітковому віці виникненню суїцидальної поведінки сприяють депресивні стани.

Наявність різних причин виникненню кризового стану у підлітків, на думку Л. Б. Шнейдер, пояснює той факт, що саме підлітковій віковій групі властиві різні типи суїцидальної поведінки [24]. Зокрема, суїцидом підліток може намагатися: позбулися нестерпних переживань, піти від травмуючи умов, викликати жалість і співчуття, добитися допомоги чи участі, привернути уваги до своїх проблем. Суїцидальна поведінка може забарвлюватися почуттям помсти кривдникам, «які потім пошкодують», у ній можуть виявлятися риси патологічної упертості в переслідуванні мети за всяку ціну. Нерідко це акт відчаю.

Вікова своєрідність суїцидальної поведінки психічно здорових підлітків, крім всього іншого, полягає в специфіці їх дій [14]:

1. Самоушкодження. В анамнезі – виховання в неблагополучних, асоціальних сім'ях; частіше всього епілептоїдний тип акцентуації характеру; пубертатна криза некомпенсована; шкільна адаптація порушена. Емоційний стан під час само ушкодження – злість, образа. Для таких підлітків характерне об'єднання в асоціальні угруповання.

2. Демонстративно-шантажні суїциди з агресивним компонентом. Сім'я цих підлітків, як правило, конфліктні, але не асоціальні. Частіше за все для таких підлітків характерні: істероїдний або збудливий типи акцентуації; менш виражена пубертатна декомпенсація; в групі однолітків – дискомфорт, зважаючи на завищені домагання. В початкових класах адаптація в нормі, з появою труднощів порушується. Актом суїциду в цьому випадку підліток прагне довести свою правоту і помститися кривднику. При цьому характерна

негайна реалізація, яка нерідко веде до «перегравання», що закінчується летально. Якщо ситуація докладним чином не вирішується – можливий повтор.

3. Демонстративно-шантажні суїциди з маніпулятивною мотивацією. Сім'ї таких підлітків дисгармонійні, з неадекватним вихованням, в якому багато суперечностей. Для цих підлітків характерна, як правило, істероїдна акцентуація, в пубертаті – демонстративність, примхливість, уміла маніпуляція. До 5-6 класу вони добре адаптовані, проте з появою труднощів шкільної програми, зважаючи на завищену самооцінку і рівень домагань, можлива дезадаптація. У зв'язку із цим у групі однолітків вони спочатку є лідерами, але потім їх чекає падіння авторитету. Передсуїцид в цьому випадку більш тривалий, оскільки відбувається раціональний пошук більш безболісних способів, що не приносять збитку (при цьому оточуючим наперед повідомляється про наміри, обчислюється безпечна доза ліків). При вирішенні ситуації суїцидальним способом відбувається його закріплення.

4. Суїциди з мотивацією самоусунення. Сім'я цих підлітків зовні благополучна, але нестабільна; конфлікти носять прихований характер. Тому для таких підлітків характерні: висока тривожність, нестійка самооцінка, почуття вини; емоційна лабільна, нестійка, сенситивна акцентуація, психічний інфантилізм; а також несаможиттєвість, конформність, пасивність, низька стресова толерантність. Пубертатна криза, як правило, виявляється в неврастенію. Невдачі в школі викликають страх, провину. В групі однолітків ці підлітки мають низький статус, не можуть протистояти тиску, а тому часто залучаються до асоціальної діяльності. Передсуїцид у цьому випадку тривалий, з відчуттям страху; вибираються, як правило, достатньо небезпечні способи. В найближчому перед суїцидом – страх смерті, сором, каяття; ризик повтору невеликий.

Узята окремо, сама по собі, кожна із цих ситуацій або проблем зовсім не означає, що підліток, який з нею зіткнувся, обов'язково скоїть самогубство. Проте такого роду проблеми, безумовно, ускладнюють йому життя.

РОЗДІЛ 2

СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА ДОПОМОГА ПІДЛІТКАМ ІЗ СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ: ПРАКТИЧНИЙ АСПЕКТ

2.1. Особливості соціально-педагогічної допомоги підлітку-суїциденту

Як зазначає О. В. Змановська, психологічна превенція суїциду (запобігання суїцидальній поведінці) здійснюється переважно у формі навчання розпізнаванню суїцидальних проявів і надання своєчасної допомоги близьким людям [10, с. 175]. Цьому може сприяти ознайомлення батьків, учителів та інших осіб з близького соціального оточення підлітка з ознаками суїцидального ризику (див. дод. В), а також наголошення на чинниках, які можуть загострити стан внутрішнього конфлікту у підлітка. Цьому може допомогти також виконання вправ, які дозволяють здійснити самопізнання, та оволодіти шляхами адекватної допомоги людині, що переживає кризу. Окремі з таких вправ запропоновані у книзі «Технології психологічної допомоги в кризових і надзвичайних ситуаціях» [23, с. 89–94], а також наведені нами у дод. Г.

При роботі із самими підлітками профілактика суїцидальної поведінки повинна включати:

- Дискусії на теми сенсу життя та вирішення проблемних ситуацій;
- Навчання соціальним навичкам та умінням подолання стресу;
- Надання підліткам соціальної підтримки за допомогою включення сім'ї, школи, друзів і т.д.;
- Проведення індивідуальних і групових психокорекційних занять щодо підвищення самооцінки, збільшення рівня самоконтролю, розвитку адекватного ставлення до власної особистості, емпатії (окремі вправи нами наведені у дод. Л. Д.);
- Оволодіння навичками практичного застосування активної стратегії проблем, удосконалення пошуку соціальної підтримки, психологічна корекція пасивної стратегії уникнення, вироблення мотивації на досягнення успіху.

Провідним методом психологічної допомоги людині з вже сформованою суїцидальною поведінкою виступає кризове консультування, а його мета – утримання людини в живих [9].

Спочатку завдання психолога зводиться до того, щоб «відтягнути час» і дочекатися закінчення небезпечного періоду. Якщо підліток повною мірою залучений до психологічного процесу, у нього виникає бажання дізнатися, куди веде його психолог, і він може вирішити «почекати» з виконання своїх суїцидальних намірів. Тому необхідно постійно будувати і підтримувати у підлітка інтерес до занять із психологом. При цьому вкрай важливо дотримуватися принципу безперервності роботи і забезпечувати спадкоємність змісту занять. Щоб перекинути місток від одного заняття до іншого, психолог може, наприклад, викликати у підлітка якесь питання і відреагувати на нього приблизно так: «Ви торкнулися дуже цікавої теми. У мене є деякі міркування із цього приводу, але я розповім вам про них на наступному занятті. Може, і ви коротко запишете, що ви думаєте із цього приводу?».

І. А. Байкова наводить такі рекомендації щодо проведення бесіди з потенційним суїцидентом: 1) виразіть свою зацікавленість особою і долею співбесідника, проявіть симпатію до нього; 2) ставте питання прямо; використовуйте техніку активного слухання; 3) з'ясуйте, наскільки ясний образ майбутньої суїцидальної дії сформований у співбесідника: суїцидальний план, час і місце виконання, суїцидальні думки і спроби у минулому, як він сам оцінює вірогідність свого суїциду; 4) спробуйте з'ясувати причини й умови формування суїцидальних намірів, але не наполягайте на їх обговоренні, якщо для співбесідника це дуже важко; 5) спонукайте його висловити свої почуття, пов'язані з проблемною сферою; запитайте: чи доводилося йому раніше розказувати кому-небудь про те, що він говорить зараз (це питання допоможе відштовхнути співбесідника до думки, що, можливо, головна його проблема саме в соціальній ізоляції; 6) будьте готові до психотерапевтичної роботи (можливо, на довгий час) з вашим співбесідником [1].

Суперечливим є питання укладання «договору» з підлітком-суїцидентом, в якому той зобов'язується «відкласти на два-три тижні виконання

суїцидальних намірів, оскільки якщо він відчує непереборне бажання померти, його не зупинять ніякі зобов'язання. Більш ефективний підхід полягає в тому, щоб спонукати підлітка до об'єктивного аналізу свої суїцидальних бажань і підвести його до усвідомлення того, що ці бажання можуть виявитися безпідставними; таким чином психолог може створити у підлітка мотивацію до продовження дослідження. Окремі фрази, які можуть стати допоміжними при спілкуванні з підлітком, наведено нами у дод. Д.

Рішення про здійснення суїциду слід розглядати як результат боротьби між бажанням жити і бажанням померти, і тому психолог повинен зосередити свої зусилля на тому, щоб створити перевагу на користь життя. Добившись згоди підлітка зважити зважити всі «за і проти» суїциду, слід попросити його перерахувати докази на користь життя і докази на користь смерті. Зрозуміло, підлітку в його нинішньому стані важко привести докази на користь життя, проте він може пригадати, що примушувало його жити раніше; коли він не був у депресії. Для наочності можна записати ці докази в двох колонках на дошці або на аркуші паперу. Після цього слід попросити підлітка назвати, які з «минулих» доказів актуальні в сьогоденні або можуть мати силу в майбутньому.

Треба відмітити, що суїцидальні клієнти схильні анулювати ті позитивні моменти, які були або присутні в їх житті: вони або забувають, або ігнорують, або знецінюють їх. Допмагаючи підлітку пригадати позитивні чинники або прямо указуючи на них, ми створюємо противагу його численним доказам на користь смерті. У пропозиціях і діях психолога повинен пролягати дух експериментатора, неначебто він говорив клієнтові: «Хай ви переконані в правильності вашого рішення – все одно варто перерахувати позитивні моменти, щоб з'ясувати ваше ставлення до них».

Після перерахування позитивних чинників психолог і підліток перераховують всі доводи «за і проти» суїциду. В результаті цієї процедури підліток приймає більш об'єктивний погляд на речі, і докази на користь здійснення суїциду вже не здаються йому такими ж незаперечними, як раніше.

Наведені підлітком докази на користь смерті повинні бути сприйняті психологом серйозно; він не має права відмахуватися від них, навіть якщо вони здаються тривіальними або ірраціональними. Недопустимі також заяви типу «Якщо вам так хочеться, давайте, убийте себе». Подібного роду «прийоми» можуть найсумніші наслідки.

Існують також певні правила консультування осіб, які мають намір вчинити самогубство [11]:

1. З такими клієнтами потрібно частіше зустрічатися.

2. Консультант повинен звертати увагу суїцидального клієнта на позитивні аспекти в його житті. Наприклад: «Ви згадували, що раніше багаточим цікавилися. Розкажіть про свої захоплення» або «Завжди є заради чого жити. Що Ви думаєте про це?». Такі питання допомагають клієнту знайти ресурси для подолання важкого етапу життя.

3. Дізнавшись про намір клієнта вчинити самогубство, не слід панікувати, намагатися відвернути його якимсь заняттям і вдаватися до моралізування («Від цього ніщо не зміниться», чи «Знаєте Ви, що всі релігії рахують самогубство найбільшим гріхом?»). Така тактика лише переконає клієнта, що його ніхто не розуміє і консультант – теж.

4. Фахівець повинен залучити до роботи з клієнтом між консультативними зустрічами значущих для нього людей (близьких, друзів).

5. Клієнт повинен мати нагоду у будь-який час подзвонити консультанту, щоб той міг контролювати його емоційний стан.

6. При високій вірогідності самогубства слід вжити заходів обережності – проінформувати близьких клієнта, обговорити питання про госпіталізацію. Консультанту не завжди легко це виконати.

Клієнт нерідко починає заперечувати свої наміри і стверджує, що нічого за нього турбуватися. Проте консультанту краще покладатися на свою інтуїцію і врахувати небезпечні ознаки в поведінці клієнта, оскільки утішливі заяви можуть носити відволікаючий характер.

7. Консультант не повинен дозволяти клієнту маніпулювати собою за допомогою загрози самогубства.

8. Консультант зобов'язаний не забувати, що він не Бог і, незважаючи на найкращі спонуки, не завжди здатний перешкодити самогубству. Найбільшу відповідальність за власні дії несе сам клієнт. Консультант не може повністю і одноосібно відповідати за клієнта. Він лише професійно відповідальний за припинення реалізації суїцидальних намірів. Проте неспростовна аксіома – якщо клієнт дійсно хоче покінчити з життям, ніхто не здатний зупинити його.

9. Консультант зобов'язаний детально, у письмовій формі, документувати свої дії, щоб у разі нещастя він зміг довести собі та іншим, що діяв професійно і вжив усіх заходів для уникнення катастрофи.

Основною методикою у роботі з депресивними та суїцидальними клієнтами є метод кризової інтервенції. Це швидка медико-психолого-соціотерапія. Основна мета втручання – вплив на світогляд клієнта в бік реалістичності та пластичності, підготовка клієнта до конструктивного подолання життєвих криз.

Терапевтичними мішенями в роботі із суїцидальним клієнтом є: проблемна ситуація; негативний когнітивний стиль (вивчена безпорадність); установки, що дозволяють суїцидальні спроби; само руйнуюча поведінка (зловживання алкоголем, психоактивними речовинами, самоізоляція, пасивність) [1].

Б. Д. Карвасарський вказує, що схематично завдання кризової терапії для клієнта, який звернувся на висоті кризового стану з високим суїцидальним ризиком можуть бути представлені у вигляді індивідуальної програми:

– Етап кризової підтримки: встановлення терапевтичного контакту; розкриття суїциднонебезпечних переживань; мобілізація адаптивних варіантів допінг-поведінки і особистісного захисту; укладення психотерапевтичного контракту.

– Етап кризового втручання: когнітивний аналіз не апробованих способів вирішення кризової проблеми; виявлення не адаптивних когнітивних механізмів, що блокують оптимальні способи вирішення кризової ситуації; корекція не адаптивних когнітивних механізмів.

– Етап підвищення рівня адаптації: поведінковий тренінг не апробованих способів вирішення кризової ситуації; вироблення навичок самоаналізу та самоспостереження за не адаптивними механізмами, а також їх подолання; введення нових значущих осіб для підтримки і допомоги після закінчення кризової терапії.

В межах кризової інтервенції використовуються також аксіопсихотерапія В. П. Ларичева та профілактично-орієнтовану патогенетичну психотерапію Б.А.Барома [5]. Аксіотерапія за В. П. Ларичевим передбачає такі завдання: 1) попередження фіксації когнітивної установки безвихіддя та відсутності само сприйняття, що частіше зустрічається при органічних захворюваннях психіки; 2) особистісний ріст клієнта для підняття кризової та фрустраційної толерантності; 3) корекція аксіопсихологічної парадигми шляхом використання прийомів переорієнтації – переакцентування, актуалізація – дезактуалізація рангу індивідуального значення в ціннісній ієрархії клієнта.

Можна використати профілактично-орієнтовану патогенетичну психотерапію Б. А. барома, яка також відноситься до емоційно-когнітивних методів. Вона базується на принципах короткостроковості (інтенсивності, фокусуванні) реалістичності, інтегративності (пластичності, особистісної включеності) психотерапевта і само центрованого контролю. Використовуються парадоксально-шокові прийоми («все надто погано», «передсмертний договір із психотерапевтом», «перехід в інше життя»). Рекомендується аналізувати причини кризи. Іноді відкривають «забуті в минулому» потреби та інтереси клієнта шляхом їх актуалізації в ситуації блокування «єдиної мети життя». Мета такої терапії – подолання егоцентризму та одного спрямування в житті, навчіння конструктивному раціонально-емоційному опору життєвим кризам.

Психотерапія включає чотири етапи: 1 етап – ідентифікація не адаптивних думок. З цією метою використовують декілька технік. А. Бек вказав, що метод сократівського діалогу найкраще використовувати на цьому етапі. Психолог ставить такі питання, які проясняють проблему, ідентифікують не адаптивні думки; 2 етап – віддалення. Клієнт займає об'єктивну позицію

щодо проблеми, тобто віддаляється суб'єктивно від неї. Психолог повинен допомогти клієнту засумніватися в істинності не адаптивної думки; 3 етап – перевірка істинності не адаптивної думки. Психолог веде розмову так, що клієнт починає розуміти, що його хибні не адаптивні думки є особливістю його характеру, вихання, а не реальною характеристикою ситуації; 4 етап – процес безпосередньої заміни не адаптивних думок на адаптивні.

Здійснивши аналіз наукової літератури та практичного досвіду роботи з підлітками, схильними до суїцидальної поведінки, на нашу думку, заслуговує на увагу технологія транзакційного аналізу із суїцидальними клієнтами.

Грунтовні та валідні розробки у роботі з суїцидальністю має транзакційний аналіз. Транзакційний аналіз – це психотерапевтичний метод, що широко використовується в консультуванні, освіті та соціальній роботі за рубежом. Цінними є наукові дослідження стосовно розуміння феномену суїциду, а також представлені у транзакційному аналізі технології та методи роботи з суїцидальними клієнтами.

Найкраще з точки зору транзакційного аналізу пояснює суїцид теорія Ранніх рішень Боба і Мері Гулдінгів [8]. Згідно цієї теорії, людина, схильна до суїциду, прийняла так зване несвідоме раннє рішення про це ще в дитинстві протягом перших шести років життя.

Значний вклад у розвитку транзакційного аналізу та теорії Гулдінгів у галузі допомоги суїцидальним клієнтам зробив австралійський вчений та психотерапевт Тоні Вайт, який отримав «Почесну вдячність» Британської медичної асоціації та премію в області медичної літератури в розділі психіатрія за книгу «Робота з суїцидальними клієнтами» (2011 р.). Ефективність впровадження ідей та постулатів транзакційного аналізу та ідей Т. Вайта зокрема підтверджується багаторічним досвідом роботи психотерапевтів та соціальних працівників, які використовують транзакційний аналіз як основу своєї консультативної практики.

Спробуємо пояснити, як формується в людині схильність до суїциду з точки зору транзакційного аналізу. Батько чи мати виховує дитину і має его-

стани Родителя, Дорослого і Дитини, а дитина з моменту народження має лише его-стан Дитини. Батьки можуть транслювати дитині безліч різних послань на зразок «Не будь важливим», «Не відчувай», «Не будь успішним» і т.д. Одне з них «Не існуй», «Не будь». Саме це батьківське послання і є важливим для початку формування суїцидальних нахилів дитини. Яким же чином батьки можуть транслювати дитині таке послання? Проілюструємо це наступною ситуацією. Припустимо, що жінка завагітніла незаплановано, ця вагітність є небажаною для неї. Дитина, що розвивається в утробі матері являє собою проблему, перешкоду планам майбутньої матері, цю дитину ніхто не чекає. Таким чином, ще в перинатальний період дитина відчуває і проживає певним чином емоції матері, певна частина яких являє собою неприйняття, відторгнення, шок, гнів. Після народження дитина знаходиться в симбіотичних стосунках з матір'ю. Фізичне виживання дитини повністю залежить від того, наскільки мати чи інший дорослий задовольняє її потреби. Перебуваючи в симбіозі дитина також тонко відчуває емоції матері, яка може відчувати страх і гнів через те, що вона не може будувати своє життя так, як вона планувала і змушена перебудовувати його відповідно до потреб дитини. Отже, ще в ранньому дитинстві дитина може відчути, що «було б краще, якби її не було». В подальшому такі відчуття дитини можуть підкріплюватися фізичними покараннями, побиттям та висловами батьків на зразок: «Якби я не народила тебе, то збудувала б кар'єру», «Мені запропонували чудову роботу, але я дізналась, що вагітна», «Ми планували двох дітей, але потім народився ти», «Згинь з очей», «Зникни», «Щоб я тебе не бачила», «Краще б тебе не було». Таким чином може розгортатися один з можливих варіантів формування суїцидальності. В проілюстрованому випадку дитина сприймає певні послання на рівні думок, почуттів, словесних формул.

Більш детально опис технології транзакційного аналізу із суїцидальними клієнтами подано у додатку Е.

2.2. Дослідно-експериментальна робота з упровадження програми соціально-педагогічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою

Дослідно-експериментальна робота з упровадження програми соціально-педагогічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою проводилася на базі 8-А класу НВК:СЗШ I-III ст. – ліцею м. Гайсин Вінницької обл.

Експериментальне дослідження щодо соціально-педагогічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою проходило у кілька етапів:

- констатувальний етап, на якому здійснювалася діагностика рівня тривожності підлітків;
- формувальний етап, під час якого впроваджувалася розроблена програма соціально-педагогічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою;
- контрольний етап – виявлення кількісних і якісних відмінностей експериментальних і контрольних груп учнів, обробці, аналізу, узагальненню результатів, співвіднесенню їх з метою і завданнями педагогічного експерименту.

З метою проведення формувального етапу експерименту учнів, задіяних на констатувальному етапі, було поділено на експериментальну та контрольну групи.

Мета *констатувального етапу* дослідження – діагностування рівнів тривожності підлітків. У діагностичному дослідженні взяли участь 32 учні 8-А класу. Для діагностування рівнів тривожності підлітків були використані дві методики: «Шкала самооцінки ситуативної та особистісної тривожності Ч. Спілберга» та «Тест шкільної тривожності Філліпса».

Опитувальник СХ призначений для оцінки реактивної та особистісної тривожності. Особистісна тривожність розглядається авторами як відносно стійка індивідуальна якість особистості, що характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційної напруги внаслідок дії стресових факторів.

Реактивна тривожність – це стан, який характеризує ступінь занепокоєння, турботи, емоційної напруги та розвивається за конкретної стресової ситуації. Якщо особистісна тривожність уявляється стійкою індивідуальною характеристикою, то стан реактивної тривожності може бути достатньо динамічним і за часом, і за ступенем вираженості.

Метою тесту шкільної тривожності Філліпса є вивчення рівня тривожності, пов'язаного зі школою. У результаті проведеного діагностичного дослідження з'ясовано, що більшість учнів 8-А класу за загальною шкалою тривожності набрали в середньому 51% від загальної суми чисел, що свідчить про середній рівень тривоги.

У тесті Філліпса представлена таблиця факторів тривожності синдромів, за якими школярі набирали певну кількість балів. А саме:

1. За перший фактор «Загальна тривожність у школі» більшість учнів набрали по три бали, що свідчить про загальний емоційний стан дітей, пов'язаний з формами їх включення в життя школи. Тобто емоційний стан школярів на нормальному, задовільному рівні.

2. Частина учнів набрало по 2-5 балів за шкалу «Переживання соціального стресу», що характеризує емоційний стан дітей, на тлі якого розвиваються їхні соціальні контакти. Учні тривожаться, через те, що не можуть інколи знайти спільної мови з однолітками.

3. Найменшу кількість балів, а саме 1-4, учні отримали за шкалу «Фрустрація потреби в досягненні успіху», що свідчить про сприятливий психічний фон, такий, що дає змогу дітям розвивати власну пробу в успіху, досягненні високого результату.

Окрім цього, по 2 бали учні набрали за шкалу «Страх невідповідності очікуванням оточення», що характеризує їхній низький рівень тривожності в ситуації орієнтації на значущість інших в оцінюванні своїх результатів, учинків, думок, тривога з приводу оцінок, які дають навколишні, очікування негативного оцінювання у учнів майже не проявляється.

У результаті проведеного діагностичного дослідження з'ясовано, що в учнів 8-А класу висока фізіологічна опірність стресові, тобто особливості психофізіологічної організації, які знижують здатність дитини пристосовуватись до ситуацій стресового характеру, що підвищує ймовірність неадекватного, деструктивного реагування на тривожний чинник середовища у учня на високому рівні.

Проаналізувавши результати опитувальника Спілберга, загалом потрібно сказати, що як реактивна так і особистісна тривожність є дуже важливими в житті школярів, адже реактивна чи ситуативна тривожність характеризується напруженістю, неспокоєм, нервозністю. Якщо вона велика, то в людини порушається увага, а інколи і тонка координація рухів.

Особистісна тривожність – це стійкий стан. Вона характеризує схильність людини сприймати значну кількість ситуацій як загрозливі, реагувати на них станом тривоги. Дуже висока особистісна тривожність безпосередньо пов'язана з наявністю невропатичного конфлікту, з емоційними та нервовими зривами, із психоматичними захворюваннями. Певний рівень тривожності – природна і обов'язкова особливість активної особистості. При цьому є оптимальний для кожної людини рівень «корисної тривоги».

Тривожність у учнів – досить поширене явище. Значні відхилення від рівня помірної тривожності можуть вказувати на те, що в людини виникає тривожність у ситуаціях оцінки її компетентності.

У результаті проведеного діагностичного дослідження з'ясовано, що в учнів 8-А класу переважає висока тривожність, а це в свою чергу говорить про їхню підвищену відповідальність.

Під час *формуального етапу* дослідження впроваджувалася експериментальна програма соціально-педагогічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою (переважно має профілактичний характер), що охоплює: виховні години, створення соціальної продукції та роликів, бесіди,

кіноперегляд, проведення анкетувань, опитувальників, брейнг-ринг, тренінгові заняття.

З метою формування більш глибокого розуміння соціально-педагогічної проблеми суїциду підлітки залучалися через творчий процес до колективної роботи зі створення соціальної продукції (плакати, буклети і т.п.) та роликів.

Окрім цього, паралельно було проведено виховні години на тему: «Гра власним життям», «Комп'ютерна та інтернет-залежність як актуальні проблеми сучасності», «Дезертизм з життя».

Результатом проведення брейнг-рингу «Сім'я від А до Я» було підвищено рівень сформованості цінностей сім'ї, сімейних відносин, традицій тощо.

Перегляд кінофільму «Нерв» з обговоренням, а також проведення тестувань «Самооцінка психічних станів по Айзенку», опитувальника В. В. Бойко «Я агресивний чи ні?» спрямовані на виявлення дітей групи ризику та формування конструктивного мислення щодо цінності власного життя.

Мета тренінгового заняття «Ти – потрібен цьому світу!» – навчити розпізнавати ознаки небезпеки й допомагати собі та іншим виходити з кризових ситуацій.

Контрольний етап експерименту передбачав виявлення кількісних і якісних відмінностей експериментальних і контрольних груп учнів, обробку, аналіз, узагальнення результатів, співвіднесення їх з метою і завданнями педагогічного експерименту.

За результатами контрольного зрізу було визначено рівні сформованості культури ділового спілкування майбутніх соціальних педагогів експериментальної та контрольної груп за кожним з критеріїв.

У таблиці 2.1. представлено динаміку змін у експериментальній та контрольній групах, які відбулися протягом формуального експерименту.

Таблиця 2.1

Динаміка рівнів тривожності підлітків (у %)

Рівні	Експериментальна група		Динаміка	Контрольна група		Динаміка
	Констатувальний етап	Формувальний етап		Констатувальний етап	Формувальний етап	
	%	%		%	%	
низький	18,2	30,5	+12,	17,9	19,5	+1,6
середній	31,3	37,1	+5,8	30,6	31,1	+0,5
високий	50,5	32,4	-18,1	51,5	49,4	-2,1

Як видно з таблиці 2.1, у експериментальній групі, порівняно з контрольною, відбулися значні позитивні зрушення: зниження високого рівня тривожності у підлітків (-18,1%) та підвищення високого рівня (+12,3). Таким чином, результати дослідно-експериментальної роботи підтвердили ефективність розробленої програми соціально-педагогічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою.

ВИСНОВКИ

У дослідженні здійснено теоретичне узагальнення важливого й актуального завдання, що полягає в експериментальній перевірці програми соціально-педагогічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою. Результати проведеного дослідження засвідчили досягнення мети й розв'язання поставлених завдань, що дало можливість дійти таких **висновків**:

1. На основі аналізу теоретичних основ досліджуваної проблеми розглянуто суїцид як психосоціальне явище. З'ясовано, що проблема підліткового суїциду є однією з нагальних проблем в Україні. Під час несподіваних економічних спадів і підйомів старі соціальні норми руйнуються, люди втрачають соціальну і життєву орієнтацію, що сприяє зростанню девіацій, самогубств. Особливо актуальною ця проблема стає у суспільстві на перехідних етапах його розвитку. Соціальна незахищеність, економічна нестабільність, політичний хаос обумовлюють інтенсивний процес відчуження. Руйнування сім'ї веде також до «ослаблення значення морально-етичних принципів, ослаблення потреби служити соціуму, ставитись відповідально і доброзичливо до людей», що неминуче сприяє посиленню егоцентричних тенденцій.

Означене вище в першу чергу позначається на підлітках – незахищеній соціальній групі. Звичайно, у кожної соціальної спроби – своя причина. Але, по суті, все зводиться до одного: дитина сама не в змозі самостійно подолати певну складну ситуацію. Вивчення проблеми суїциду і аналіз конкретних суїцидальних випадків показують, що підлітки зважуються на самогубство з метою звернути увагу дорослих на свої проблеми, перш за все батьків, рідше педагогів, іноді однолітків, протестуючи таким страшним чином проти байдужості, цинізму і жорстокості оточуючих.

2. Визначено специфіку суїцидальної поведінки підлітків. Встановлено, що підлітки рідко мають бажання померти, вони просто намагаються уникнути нестерпних обставин і в такий спосіб розв'язати власні

проблеми або подолати депресію. Діти, насамперед, не хочуть підкорятися законам «дорослого життя». Враховуючи викладене вище, можна зробити висновок, що ефективна соціально-педагогічна система практичних заходів щодо запобігання і профілактики суїциду може бути створена лише на основі глибокого дослідження причин, умов і механізмів суїцидальної поведінки підлітків, які відкриють шляхи її прогнозування, а отже, і можливості управління нею.

3. Розкрито особливості соціально-педагогічної допомоги підлітку-суїциденту. З'ясовано, що в процесі роботи з підлітками профілактика суїцидальної поведінки ефективними є такі форми роботи:

- дискусії на теми сенсу життя та вирішення проблемних ситуацій;
- навчання соціальним навичкам та вмінням подолання стресу;
- надання підліткам соціально-педагогічної підтримки за допомогою включення сім'ї, школи, друзів і т.д.;
- проведення індивідуальних і групових психокорекційних занять щодо підвищення самооцінки, збільшення рівня самоконтролю, розвитку адекватного ставлення до власної особистості, емпатії;
- оволодіння навичками практичного застосування активної стратегії проблем, удосконалення пошуку соціальної підтримки, психологічна корекція пасивної стратегії уникнення, вироблення мотивації на досягнення успіху тощо.

Провідним методом психологічної допомоги людині зі сформованою суїцидальною поведінкою виступає кризове консультування, мета якого – «відтягнути час» і дочекатися закінчення небезпечного періоду, залучення підлітка до психологічного процесу (у нього виникає бажання дізнатися, куди веде його психолог, і він може вирішити «почекати» з виконання своїх суїцидальних намірів). При цьому вкрай важливо дотримуватися принципу безперервності роботи і забезпечувати спадкоємність змісту занять.

4. Експериментально перевірено програму соціально-педагогічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою профілактичного

спрямування, що охоплює такі форми роботи:

- організація та проведення виховних годин («Гра власним життям», «Комп'ютерна та інтернет-залежність як актуальні проблеми сучасності», «Дезертиство з життя»);
- колективна робота зі створення соціальної продукції (плакати, буклети і т.п.) та роликів з метою формування більш глибокого розуміння соціально-педагогічної проблеми суїциду;
- організація та проведення соціально-педагогічних бесід,
- кіноперегляд фільму «Нерв» з подальшим його обговоренням;
- проведення анкетувань, опитувальників;
- брейн-ринг «Сім'я від А до Я»;
- тренінгове заняття «Ти – потрібен цьому світу!».

З-поміж основних завдань профілактичної програми соціально-педагогічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою – виявлення дітей групи ризику та формування конструктивного мислення щодо цінності власного життя; підвищення рівня сформованості цінностей сім'ї, сімейних відносин, традицій; навчити розпізнавати ознаки небезпеки й допомагати собі та іншим виходити з кризових ситуацій.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми. Подальшого наукового вивчення потребують такі питання, як: технології психосоціальної допомоги підліткам-суїцидентам; методичне забезпечення соціально-педагогічної допомоги підліткам із суїцидальною поведінкою та ін.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Байкова И. А. Характеристика основных принципов кризисной интервенции [Электронный ресурс] / Ирина Анатольевна Байкова // Белорусская медицинская академия последипломного образования. Официальный сайт. – Режим доступа : http://www.belmapo.by/downloads/psihoterapiay/lekcii/xarakter_krisisn_intervencii.doc
2. Бойчук О. Л. Організація психологічної роботи щодо запобігання самогубств у шкільному середовищі [Електронний ресурс] / О. Л. Бойчук // Методичні рекомендації 2010-2011 н. р. – Режим доступу : www.nkmetka.gov.ua/psychologi4na_sl/recomend-socped.doc
3. Берн. Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных / Э. Берн; пер. с англ. А.И. Федоров. – 4-е изд. – Минск : Попурри, 2015. – 528 с.
4. Виничук Н. В. Психология аномального поведения / Н. В. Виничук. – Владивосток : Дальневосточный ун-т, 2004. – 198 с.
5. Вовканич М. Д. Технології соціально-психологічної роботи з клієнтами, які схильні до суїциду : навч.-метод.посібник / М. Д. Вовканич. – Ужгород, 2002. – 122 с.
6. Вайт Т. Работа с суицидальными клиентами. Подростковый суицид. Антисуицидальные контракты // Рабочие листы // УАТА. – Киев, 2016 – 7 с.
7. Грішило А. Самогубство – крик по допомогу [Електронний ресурс] / Алла Грішило // Ваше здоров'я. Медична газета України. – 2006. – №07 (881). – Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua/pop/06-07/1.shtml#2>
8. Гулдинг М. Психотерапия нового решения. Теория и практика / М. Гулдинг, Р. Гулдинг . – М. : Независимая фирма «Класс», 1997. – 288 с.
9. Життя є! Допоможи в це повірити близькій людині [Електронний ресурс] // Газета «Галицьке слово». – 2011. – № 25 (1660). – Режим доступу : http://galslovo.if.ua/index_old.php?st=1387

10. Змановская Е. В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения) : учеб. пособ. для студ. высш. учеб. заведений / Е. В. Змановская. – М. : Издат. центр «Академия», 2006. – 286 с
11. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования / Римас Кочюнас. – М. : Академ. проект, 1999. – 240 с.
12. Кризисная психотерапия // Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – [2-е изд.]. – СПб, 2000. – 1024 с.
13. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование / А. Н. Моховиков. – М. : Смысл, 2001. – 269 с.
14. Психолого-педагогическая помощь детям в кризисных ситуациях. Суицид. Возрастные аспекты суицидального поведения [Электронный ресурс] // Ваш психолог. Работа психолога в школе. – Режим доступа : <http://www.vashpsixolog.ru/documentation-school-psychologist/88-information-for-school-psychologist/1023-psixologo-pedagogicheskaya-pomoshh-detyam-v-krizisnyx-situacziyax?start=3>
15. Пігіда В. М. Суїцидальна поведінка неповнолітніх як соціально-педагогічна проблема / Віра Миколаївна Пігіда // Український медичний альманах. – 2008. – Том 11. – № 6 (додаток). – С. 118.
16. Психология социальной работы : учеб. для вузов / О. Н. Александрова, О. Н. Боголюбова, Н. Л. Васильева и [др.] ; под ред. Марины Анатольевны Гулиной. – СПб. : Питер, 2002. – 350 с.
17. Павлов І. П. Двадцятирічний досвід об'єктивного вивчення вищої нервової діяльності (поведінки) тварин [Текст] / І. П. Павлов. – К. : Рад. шк., 1953. – 615 с.
18. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. – К. , 2012. – 275 с.
19. Сабат Н. Профілактика суїцидальної поведінки дітей та підлітків / Н. Сабат // Все для вчителя. – 2007. – № 11. – С. 35–37.

20. Сафонова Л. В. Содержание и методика психосоциальной работы : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л. В. Сафонова. – М. : Изд. центр «Академия», 2006. – 224 с.
21. Сорочинська В. Є. Організація роботи соціального педагога : навч. посібник / В. Є. Сорочинська. – К. : Кондор, 2005. – 198 с
22. Стюарт Й. Основы ТА: Транзакційний аналіз: Пер. з англ. / Й. Стюарт, В. Джойнс. – К. : ФАДА, ЛТД, 2002. – 393 с.
23. Технологии психологической помощи в кризисных и чрезвычайных ситуациях : учебно-метод. комплекс. –СПб. : РГПУ им. А. И. Герцена, 2008. – 249 с.
24. Шнейдер Л. Кризисные состояния у детей и подростков: направления работы школьного психолога. Курс лекций [Электронный ресурс] / Лидия Шнейдер // Школьный психолог. – 2009. – № 22. – Режим доступа : <http://psy.1september.ru/index.php?year=2009&num=22>
25. Юнісеф: <https://www.unicef.org/ukraine/ukr/>
26. White T. Working with Suicidal Individuals. A Guide to Providing Understanding, Assessment and support. – Jessica Kingsley Publishers. – London, 2011 – 272 p.
27. World Health Organization: <http://www.who.int/countries/ukr/en/>

ДОДАТКИ

Додаток А

Тренінг

«Ти – потрібен цьому світу!»

Мета: навчити розпізнавати ознаки небезпеки й допомагати собі та іншим виходити з кризових ситуацій.

Хід заняття:

Вступна бесіда "Шлях, який обираєш ти".

Мета: надання інформації про значення свідомого вибору у житті молодої людини.

Час — 10хв.

Кожна людина сама створює своє майбутнє, щодня здійснюючи свій вибір. Якщо з дитинства ви чуєте: "Не можна...", всі ці "не можна" оберігали і захищали вас від небезпеки, попереджали неприємні ситуації. З віком ви все більше самі робите вибір, що для вас самих "можна", а що "не можна", що для вас корисне, цікаве, потрібне, а що шкодить, є неприємним чи неприйнятним. Тепер заборона формулюється: "Я не хочу", "Я не буду", "Мені це не потрібно".

З кожним днем дорослішання ви приймаєте все більше самостійних рішень, встановлюєте власні стандарти, за які самі несете відповідальність.

Для того щоб прийняте рішення було насправді вашим, важливо пізнати самих себе, розуміти свої потреби, бажання, прагнення та цілі в житті. Кожен з вас є найкращим експертом в своєму житті. Ваше майбутнє залежить тільки від вас і вашого вибору і більше ні від чого. Вибір, який робите сьогодні, повинен бути усвідомленим, адже його робите саме ви. І цей вибір повинен базуватися на розумінні, що сьогоднішні ваші дії відобразяться на всьому вашому майбутньому. Наслідком вибору, який базується на мимовільному бажанні, капризі чи примсі, а не на впевненості і знанні, може спонукати до того, що ваш потенціал на реалізацію майбутнього буде заблокований.

Як же краще, пізнати самого себе? Перш за все необхідно звертати увагу на те, якими є ваші потреби, бажання, уподобання, все те, що ви самі вибираєте. Спостерігайте і не обманюйте самих себе стосовно того, що вам подобається робити, що у вас виходить добре, і того, що вам зовсім не до душі. Відмічайте як те, що вам не подобається, так і те, чим вам хотілось би зайнятися чи що вивчити. Все це взаємопов'язане, тому намагайтеся нічого не прогавити.

Варто прожити своє життя повноцінно, не можна покладатися лише на щасливий випадок. Кожен сам творить свій щасливий випадок, і ви здатні на це. За будь-якою обставиною, яку ви вважаєте щасливим випадком, стоїть цілий ланцюжок виборів, зроблених вами, які і привели до цієї самої удачі.

Вправа «Життя для мене це..»

Хід вправи: звертаємось до кожного з прохання, «Закінчи речення «Сенс життя для мене – це...»

Приклади висловлювань:

- Ніколи не засмучуватись і завжди іти вперед, не дивлячись ні на що;
- Закінчити школу і вступити до університету;
- Щоб жити і бути корисним іншим, особливо своїй сім'ї.

Вправа на прийняття правил роботи в групі (10 хв.).

Мета: створення і запис правил групи, які необхідні для ефективної роботи її учасників.

Хід вправи: для того, щоб нам було зручно працювати, необхідно домовитися: що треба робити і якими бути під час наших з вами занять. Для цього я пропоную створити правила нашої групи. Всі пропозиції, які були прийняті учасниками тренінгу після їх обговорення в групі записуються на ватмані.

Орієнтовні правила роботи тренінгової групи:

- Бути активним.
- Бути толерантним.
- Бути доброзичливим.
- Бути позитивним.
- Говорити по черзі.

«Інтерв'ю» (30 хв)

Необхідно об'єднати учасників групи попарно. Кожен учасник має розповісти своєму сусідові що-небудь про себе. Слухач повинен, не перебиваючи оповідача, уважно стежити за його розповіддю. За часом розповідь не повинна перевищувати 5 хвилин. Ведучий контролює час.

Після того як кожний з партнерів «потренується» у терплячому вислуховуванні сусіда, група збирається разом. Кожен учасник коротко представляє свого напарника, розповідає, що він запам'ятав з того, що повідав йому його сусід.

Щоби полегшити виконання вправи (особливо в групах, що тільки-но почали працювати разом або не мають достатнього досвіду чи напрацьованих технік спілкування), ведучий може запропонувати запитання-підказки: «Мої інтереси та вподобання», «Що відрізняє мене від інших, характеризує мою індивідуальність», «Чого про мене група ще не знає» тощо.

Вправа «КРАПЛЯ»

Мета: показати учням, що багато незначні конфлікти, проблеми або неприємні ситуації можна не доводити до крайнощів, і що будь-яка проблема вирішувана.

Хід вправи.

Вчитель кожному учню пензликом капає на чистий аркуш паперу по одній краплі гуаші або туші.

Умова: кожен може робити з цією краплею все, що захоче: може подути на неї, щоб вийшло якесь зображення, може з неї щось намалювати або залишити в колишньому стані.

Аналіз: якщо з маленької краплі вийшла величезна пляма, можна зробити висновок: Не робити з мухи слона!

Вправа "Риба для роздумів"

Мета: розвиток самосвідомості, самопізнання учасників.

Час — 30 хв.

Ресурси: методика "Незакінчені речення", коробка або корзина.

Хід проведення: копії незакінчених речень розрізаються, складаються у макети рибок. Корзина, в якій знаходяться рибки, ставиться в центрі кола. Кожен учасник по черзі ловить "рибу" і зачитує речення, завершуючи його своїми словами. Після кожної відповіді відбувається обговорення, тривалість якого визначає ведучий, що дає сигнал переходу черги до іншого "рибалки".

Незакінчені речення:

- Мій найбільший страх —це...
- Коли інші принижують мене, я...
- Я не довіряю людям, які...
- Я гніваюсь, коли хтось...
- Я насправді дуже не люблю в собі...
- Я сумую, коли...
- Я хотів би, щоб мої батьки знали...
- Коли мені хтось подобається, кому не подобаюсь я...
- Вибираючи між "активний" і "пасивний", я назвав би себе...
- Найважче в тому, щоб бути чоловіком (жінкою), — це..".

- Я ношу такий одяг тому що...
- Головна причина, через яку мені подобається бути в цій групі... ,
- Коли інші люди ведуть себе по відношенню до мене, як мої батьки, я...
- Моє найнеприємніше переживання в дитинстві...
- У моєму характері мені найбільше подобається...
- Коли мені хтось не подобається, кому подобаюсь я...
- Мені подобається...
- В школі...
- Мені не вдалось...
- Мені потрібно...
- Я кращий, коли...
- Я ненавиджу...
- Єдина тривожність...
- Я таємно...
- Танцюючи...
- Я не можу зрозуміти, чому...
- Я, здається, розумію, чого хочу, коли...
- Найкраще, що могло б статись в моїй сім'ї...
- Найкраще, що могло б статись зі мною...
- Найважче всього мені,..
- Коли я наполягаю на своєму, люди...
- Якщо б я міг змінити в собі дещо, я б...
- В людях мені найбільше подобається..., тому що...
- Найбільше від інших людей мені потрібно...

Гра «Вийди з кола».

Мета:Визначення здатності знаходити вихід із складних ситуацій, вміння не губитися у випробуваннях, боротися на межі душевних сил і, з іншого боку, довіряти людям.

Ведучий говорить: «Любов до людей, в тому числі і до самого себе, - це важка робота, що вимагає мужності і іноді - повної самовіддачі. Вам пропонується гра-перевірка: чи вмієте ви долати перешкоди, виживати, як ви це робите. Отже, всі встають в коло і беруться за руки. Бажаючий входить в коло із завданням з нього вийти - вирватися за 2-3 хвилини. Той, хто не зміг це зробити, вважається загиблим. Коло не має бажання його випустити, але якщо у когось таке бажання з'явиться, він може це зробити. Той, хто випустив, нічим не ризикує: наступний увійде в коло за бажанням. Коло не залізна клітка, шанс вийти він дає кожному, але випустить тільки того, хто доведе своє бажання жити».

Суть тут, звичайно, не в самій події - «загинув» учасник чи ні, а в тому, що стоїть за цим. З кола має шанс вийти тільки той, хто по-справжньому любить і

поважає себе, знає свою цінність і готовий за неї боротися. І це коло - прекрасна діагностика життєвого стилю людини: хтось рветься з кола силою напролом, хто-то всі три хвилини розгублено посміхається і робить вигляд, що нічого не відбувається, хтось купує, хтось лукавить, а хтось йде з відкритим серцем. В ході гри ведучий може показати учням, що одним із кращих способів виходу є щира прохання особисто до того, хто може тебе почути, при цьому необхідно стояти не між рук, а перед людиною, близько до нього, поклавши руки йому на плечі. Робота всією душею, всім своїм єством! Для цього необхідно довірити себе того, хто перед тобою.

Вправа «Похвались сусідом».

Цілі: підвищення самооцінки учнів; можливість отримання позитивної зворотного зв'язку від однолітків.

Не обов'язково володіти психологічним або медичною освітою для того, щоб уважно ставитися один до одного і підтримувати у важкій ситуації. Учні по колу говорять про свого сусіда праворуч все саме чудове, що знають про нього, хваляться своїм сусідом перед іншими. Сусід вислуховує його мовчки і потім дає зворотний зв'язок про те, чи приймає він те, що почув про себе чи ні.

Рефлексія. Учні висловлюють свою думку про заняття. **Ведучий:** «Існує притча про людину, яка відправилася в кругосвітню подорож. За час круїзу він ні разу не зайшов в ресторан поїсти, і коли подорож скінчилася, капітан запитав у нього:

- Чому Ви ніколи не обідали у нас?

- Справа в тому, що всі гроші я віддав за квиток на пароплав, і мені немає на що було купити їжу, - відповів пасажир.

- Але ж їжа входила у вартість квитка... - сказав йому капітан». Про що ця притча? (відповіді учнів). Кожен з вас побачив у ній свій смисл, але один з них такий: у «вартість» нашого життя вже входять радість і любов, самореалізація і свобода вибору, і тільки особисті обмеження заважають нам це зрозуміти і жити щасливо». Дуже важливо людині вміти знайти цінне в будь-якій ситуації, у своєму досвіді переживання, взаємодії і взяти з цього досвіду краще для розвитку. Мистецтво мудреця — це мистецтво ставити для себе життєві цілі, намічати шлях руху вперед, оцінювати перешкоди і шукати ресурси для їх подолання. Навіть, якщо вас проковтнули, у вас є два виходи!

Додаток Б

Рекомендації в допомогу соціальному працівникові щодо визначення схильності клієнта до самогубства та надання допомоги тим, хто знаходиться під загрозою суїциду

1. Сприймайте кожне повідомлення про самогубство всерйоз. Завжди важливо, що людина говорить про заподіяння шкоди собі, а не висловлює невдоволення і розчарування в інших. НЕ слід вважати, що люди, які говорять про самогубство, лише жартують. На жаль, їх повідомлення може бути завуальовано, а в деяких випадках все стає зрозумілим лише після смерті. У 10-20 відсотках самогубств немає жодних помітних попереджень перед смертю.

2. Прислухайтеся до тонких і непрямих сигналів про наміри суїциду, зокрема «Мене тут більше не буде на той час», «Я втратив/ла сенс життя», «Я просто не можу більше терпіти цей біль». Будьте особливо уважними до таких висловлювань, якщо людина зовсім недавно пережила втрату важливих стосунків, втрату статусу, випадок насильства в сім'ї, або страждає від хронічного болю, небезпечної для життя хвороби чи серйозного фізичного обмеження.

3. Якщо ви вважаєте, що клієнт знаходиться під загрозою самогубства, завжди слід радитись з іншими фахівцями про те, що робити. Не дозволяйте собі бути залежним від конфіденційності, обіцяної клієнтові. Звичайні правила конфіденційності слід порушити з метою запобігання смерті.

4. Людина, що думає про самогубство, переживає значну амбівалентність – бажання жити і, в той же час, звільнитися від болю, навіть ціною життя. На фундаментальному рівні людина не хоче вмирати, а бажає уникнути страждання. Знайдіть ту частину свідомості, що прагне до життя, і підтримайте її. Більшість людей, схильних до самогубства, мають обмежений кругозір – вони можуть думати тільки про свій біль і безпорадність. Тому важливо допомогти їм визначити і розглянути альтернативні методи вирішення проблеми. Яким чином людині вдалося впоратись зі стресовими ситуаціями у минулому? Чи може один з цих методів бути ефективним у нинішній ситуації?

5. Не бійтеся запитувати, чи клієнт думає про самогубство. Це відверте питання не збільшить ймовірності самогубства. Воно наштотує людину, що міркує про суїцид, на думку про те, що ви стурбовані про неї і не боїтеся говорити прямо. Зокрема, можна запитати таке Ви думаєте про самогубство? Чи можете ви сказати мені, чому самогубство здається вам виходом з положення? Хто ще знає про те, що ви міркуєте про самогубство? Що нещодавно трапилось, що змусило вас думати все більше і більше про самогубство? Чому ви вважаєте, що ваша ситуація не покращиться і не

зміниться? Як може ваша ситуація змінитись за два або шість місяців з цього моменту? Ви намагалися покінчити життя самогубством у минулому? Якщо ви думали про самогубство у минулому, що змусило вас утриматись від цього?

6. Визначте, чи людина вже розробила конкретний план самогубства. Запитайте таке: Чи є у вас план вчинення самогубства? Як ви плануєте отримати пістолет, яким збираєтесь застрелитись? Де ви плануєте вбити себе? У який час доби ви плануєте покінчити з життям? Чим детальніший і конкретніший план дій даної особи, тим вище ризик її самогубства. Багато людей, схильних до суїциду, мали свій план, але більшість з них не розглядали альтернативний план або «план Б». Таким чином, якщо знешкодити ключовий елемент їх плану, то можна попередити самогубство.

7. Людина, яка обрала метод самогубства і має до нього доступ, знаходиться під високим ризиком. Чим більш смертоносним є обраний спосіб, тим вище ризик і тим більша вірогідність, що спроба самогубства призведе до смерті. Вкрай небезпечними методами є стрільба, стрибки, повішення, утоплення, отруєння чадним газом, ДТП, або прийом високих доз барбітуратів, снодійних або аспірину. Менш смертельні методи становлять порізи зап'ястя, газові плити, або транквілізатори і доступні без рецепта препарати (за винятком аспірину і тіленолу).

8. Багато осіб, що чинять самогубство, відчувають себе самотніми, покинутими, або відрізнаними від людей. Ризик самогубства зростає, коли людина є вдовою/вдівцем, розлучається, або розриває стосунки. Заохочуйте за допомогою близьких та рідних людини, схильної до самогубства.

9. Допоможіть людині зрозуміти, що самогубство є безповоротним рішенням тимчасової проблеми. Визначте інші можливі методи подолання труднощів клієнта. При необхідності, попросіть його погодитися не коїти самогубство протягом певного періоду часу (наприклад, два тижні), або пообіцяти поговорити з вами ще раз перед тим, як йти з життя. Спонукайте людину зателефонувати на безкоштовну лінію допомоги для запобігання самогубствам. Закликайте клієнта негайно звернутись за консультацією. Якщо консультація буде проводитися, ви або хтось інший повинен, можливо, супроводжувати клієнта на початковому етапі. Необхідно прослідкувати за тим, щоб він скористався послугою допомоги.

10. В екстремальних ситуаціях і коли нічого не вдається, намагайтеся спонукати людину до обговорення того, що станеться, коли вона буде вже мертвою. Іноді це змушує нещасного більш чітко думати про реальні наслідки самогубства. Наприклад, ви можете запитати таке: Хто може знайти ваше тіло? Кого потрібно повідомити про вашу смерть? Чи потрібно якось поговорити з людьми, які будуть повідомлені про ваше самогубство? Що вони могли б

запитати? Чи можемо ми скласти список всіх людей, яких необхідно повідомити про вашу смерть, щоб вас захоронили ? Що ви обираєте – захоронення чи кремацію? Що ви хочете, щоб було написано у некролозі? Кому ви хочете віддати ваші улюблені речі?

11. Коли маєте справу з людьми, які активно планують самогубство, важливо пам'ятати, що вони можуть не вагаючись також вбити вас або ще когось у процесі скоєння розправи над власним життям. Наприклад, налаштована на самогубство людина з рушницею може стріляти і у вас, якщо ви намагаєтесь вилучити у неї пістолет.

Бібліографія:

Bonder, Brice. The Suicidal Patient, 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2002. Quinett. Paul. Suicide: The Forever Decision. New York: Crossroad, 2004.

Sehneidman. Edwin. Comprehending Suicide. Washington, DC: American Psychological Association, 2001.

Додаток В

Опитувальник депресивності Бека

Опросник депрессивности Бека (BDI) состоит из двадцати утверждений. При ответе респондент выражает свое согласие или несогласие с каждым утверждением в соответствии с предложенными вариантами ответа:

1. Совсем неверно
2. Скорее неверно
3. Скорее верно
4. Очень верно

Этот опросник, измеряющий выраженность негативного отношения по отношению к субъективному будущему у взрослых и подростков. Опросник был разработан А.Беком и группой его сотрудников в Центре Когнитивной.

Терапии Медицинской Школы Университета Пенсильвании (США). BDI предназначен для оценки наличия депрессивных симптомов у обследуемого на текущий период. Опросник основан на клинических наблюдениях и описаниях симптомов, которые часто встречаются у депрессивных психиатрических пациентов в отличие от не депрессивных психиатрических пациентов. Систематизация этих наблюдений позволила выделить 21 утверждение, каждое из которых представляет собой отдельный тип психопатологической симптоматики и включает следующие пункты:

- 1) печаль; 2) пессимизм; 3) ощущение невезучести; 4) неудовлетворенность собой; 5) чувство вины; 6) ощущение наказания; 7) самоотрицание; 8) самообвинение; 9) наличие суицидальных мыслей; 10) плаксивость; 11) раздражительность; 12) чувство социальной отчужденности; 13) нерешительность; 14) дисморфофобия; 15) трудности в работе; 16) бессонница; 17) утомляемость; 18) потеря аппетита; 19) потеря в весе; 20) озабоченность состоянием здоровья; 21) потеря сексуального влечения.

Индивиды с высокими показателями депрессивности верят:

- что все в их жизни будет идти не так;
- что они никогда ни в чем не преуспеют;
- что они не достигнут своих целей;
- что их худшие проблемы никогда не будут разрешены.

Особую ценность данная методика представляет в качестве косвенного индикатора суицидального риска у пациентов, страдающих депрессией, а также у людей, ранее уже совершавших попытки самоубийства.

Инструкция

Пожалуйста, внимательно прочитайте каждое из приведённых ниже утверждений. Укажите, насколько верно каждое из них описывает Вас и обведите цифру в соответствующей графе справа. Необходимо дать ответ на каждое утверждение.

Утверждения	Совсем неверно	Скорее неверно	Скорее верно	Очень верно
1. Я смотрю в будущее с надеждой и энтузиазмом	1	2	3	4
2. С тем же успехом я могу просто плюнуть на все, так как я не могу сделать свою жизнь лучше	1	2	3	4
3. Когда дела идут плохо, мне помогает знание о том, что так не может продолжаться вечно	1	2	3	4
4. Я не могу представить, какой будет моя жизнь через десять лет	1	2	3	4
5. У меня достаточно времени, чтобы успеть сделать то, что для меня наиболее важно	1	2	3	4
6. В будущем я надеюсь преуспеть в том, что занимает меня больше всего.	1	2	3	4
7. Мое будущее кажется мне темным	1	2	3	4
8. Я полагаю, что у меня будет больше хорошего в жизни, чем у среднего человека	1	2	3	4
9. Мне просто не дают передышки и я не думаю, что в будущем станет легче	1	2	3	4
10. Мой прошлый опыт хорошо подготовил меня к будущему	1	2	3	4
11. Все что я вижу впереди скорее неприятно, чем приятно	1	2	3	4
12. Я не ожидаю получить то, чего я действительно хочу	1	2	3	4
13. Когда я думаю о будущем, я надеюсь, что буду счастливее, чем сейчас	1	2	3	4
14. Ничего в жизни не складывается так как я хочу	1	2	3	4
15. Я верю в свое будущее	1	2	3	4
16. Я никогда не получаю то, что хочу, а значит хотеть чего-либо глупо	1	2	3	4
17. Очень маловероятно, что я буду доволен своим будущим	1	2	3	4
18. Мое будущее кажется мне очень туманным и неопределенным	1	2	3	4
19. Я ожидаю от будущего больше хорошего, чем плохого	1	2	3	4
20. Бесполезно действительно стремиться получить то, что я хочу, так как скорее всего у меня ничего не получится	1	2	3	4

Вопросы с «обратным» начислением баллов – 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19.

Ключ

Когда суммарный балл по шкале меньше 9, это рассматривается как отсутствие депрессивных симптомов; сумма баллов от 10 до 18 характеризуется как «умеренно выраженная депрессия», от 19 до 29 баллов – «критический уровень» и от 30 до 63 баллов – «явно выраженная депрессивная симптоматика».

Джерела:

Технологии психологической помощи в кризисных и чрезвычайных ситуациях : учебно-метод. комплекс. – СПб. : РГПУ им. А. И. Герцена, 2008. –С.195-196.
Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб : Питер, 2001. – 272 с. – (Серия «Практикум по психологии»). – С. 182-183, 245-248.

Додаток Г

Методика визначення домінуючого стану (Л. В. Куліков)

Назначение методики – определение характеристик настроений и некоторых других характеристик личностного уровня психических состояний с помощью субъективных оценок обследуемого. Основным назначением опросника является диагностика относительно устойчивых (доминирующих) состояний.

Опросник ДС (краткий вариант) Инструкция. «В опроснике приведены признаки, описывающие состояние, поведение, отношение человека к различным явлениям. Оцените, насколько эти признаки свойственны Вам, имея в виду не только сегодняшний день, а более длительный отрезок времени. Не стремитесь «улучшить» или «ухудшить» ответы, это приведет к недостоверным результатам, так как методика улавливает искажения и неискренность ответов. Вы можете быть уверены, что Ваши ответы не будут разглашены.

Свое согласие с каждым приведенным в опроснике суждением необходимо выразить с помощью семибалльной шкалы:

- 1 — полностью не согласен;
- 2 — согласен в малой степени;
- 3 — согласен почти наполовину;
- 4 — согласен наполовину;
- 5 — согласен более чем наполовину;
- 6 — согласен почти полностью;
- 7 — согласен полностью.

Выбрав один из баллов шкалы: 1, 2, 3, 4, 5, 6 или 7, Вы выразите степень своего согласия с данным суждением. Запишите выбранный балл в листе для ответов рядом с порядковым номером этого пункта.

Не пропускайте ни одного пункта опросника. Просим в тексте опросника ничего не писать и не подчеркивать. Пожалуйста, не переправляйте одну цифру на другую на том же месте. Для исправления перечеркните ненужную цифру и напишите справа новую.

Заполните все графы в верхней части листа для ответов, напишите время начала работы и приступайте к опроснику. Вместо фамилии, имени и отчества можете написать любой псевдоним».

ФИО _____ Дата _____

Текст опросника

1. Мой организм сильно реагирует на перепады погоды или изменения климата.
2. Очень часто бывает настроение, когда я легко отвлекаюсь от дела, становлюсь рассеянным и мечтательным.
3. Я тревожусь очень часто.
4. Я часто плохо засыпаю.
5. Масса мелких неприятностей выводит меня из себя.
6. Мои мысли постоянно возвращаются к возможным неудачам, и мне

трудно направить их в другое русло.

7. Я часто хвалю людей, которых знаю очень мало.

8. Я испытываю неопределенное беспокойство, боязнь сам не знаю отчего.

9. Если все против меня, я нисколько не падаю духом.

10. Я просыпаюсь утром не отдохнувшим и усталым.

11. Часто я чувствую себя бесполезным.

12. Мне не удается сдерживать свою досаду или гнев.

13. Трудные задачи у меня поднимают настроение.

14. У меня часто болит голова.

15. Часто бывает, что я с кем-то посплетничаю.

16. У меня часто возникает предчувствие, что меня ожидает какое-то наказание.

17. Меня легко задеть словом.

18. Я полон энергии.

19. Существует конфликт между моими планами и действительностью.

20. В ситуациях длительных нервно-психических нагрузок я проявляю выносливость.

21. Мои манеры за столом дома обычно не так хороши, как в гостях.

22. Очень часто какой-нибудь пустяк овладевает моими мыслями и беспокоит меня несколько дней.

23. Очень часто я чувствую себя усталым, вялым.

24. Я упускаю удобный случай из-за того, что недостаточно быстро принимаю решение.

25. Есть очень много вещей, которые меня легко раздражают.

26. Я часто испытываю чувство напряжения и беспокойства, думая о происшедшем в течение дня.

27. Когда я неважно себя чувствую, я раздражительный.

28. Очень часто у меня бывает хандра (тоскливое настроение).

29. Утром, после пробуждения, я еще долго чувствую себя усталым и разбитым.

30. Мне очень нравится постоянно преодолевать новые трудности.

31. У меня есть желание изменить в своем образе жизни очень многое, но не хватает сил.

32. В большинстве случаев я легко преодолеваю разочарование.

33. Удовлетворение одних моих потребностей и желаний делает невозможным удовлетворение других.

34. Часто неприличная или даже непристойная шутка меня смешит.

35. Я смотрю в будущее с полной уверенностью.

36. Я очень часто теряю терпение.

37. Люди разочаровывают меня.

38. Мне часто приходят в голову нехорошие мысли, о которых лучше не рассказывать.

39. Мне все быстро надоедает.

40. Мне кажется, что я близок к нервному срыву.

41. Я часто испытываю общую слабость.

42. Мне часто говорят, что я вспыльчив.

Оценка выраженности параметра состояния. В данной методике при интерпретации полученных числовых величин используется перевод сырых баллов в стандартные, в Т-оценки. Шкалы стандартных Т-баллов построены таким образом:

Средние величины приравниваются к 50 Т-баллам; 10 Т-баллов равны одной сигме. (Сигма — среднеквадратичное отклонение.)

Повышенные оценки по той или иной шкале – это оценки в 55 и более Т-баллов. Это отклонение от средней величины в большую сторону, более чем наполовину сигмы.

Пониженные оценки – это оценки в 45 и менее Т-баллов. Это отклонение от средней величины в меньшую сторону более чем наполовину сигмы.

Высокие оценки – это оценки в 60 и более Т-баллов.

Низкие оценки – это оценки в 40 и менее Т-баллов.

Таблица для перевода сырых баллов в стандартные Т-баллы, мужчины

Сырые баллы	Стандартные Т-баллы, мужчины					
	«Ак»	«То»	«Сп»	«Ус»	«Уд»	«По»
6	7	68	67	69	79	73
7	9	66	66	68	77	72
8	11	65	64	67	76	70
9	12	63	63	66	75	68
10	14	62	62	64	74	67
11	15	61	60	63	73	65
12	17	59	59	62	72	63
13	19	58	57	61	71	62
14	20	56	56	59	70	60
15	22	55	55	58	68	58
16	23	53	53	57	67	57
17	25	52	52	56	66	55
18	27	51	50	54	65	53
19	28	49	49	53	64	52
20	30	48	48	52	63	50
21	31	46	46	51	62	48
22	33	45	45	49	61	47
23	34	43	43	48	59	45
24	36	42	42	47	58	43
25	38	41	41	45	57	42
26	39	39	39	44	56	40
27	41	38	38	43	55	38
28	42	36	37	42	54	37
29	44	35	35	40	53	35
30	46	33	34	39	52	33
31	47	32	32	38	50	32
32	48	31	31	37	49	30

Сырые баллы	Стандартные Т-баллы, мужчины					
	«Ак»	«То»	«Сп»	«Ус»	«Уд»	«По»
33	50	29	30	35	48	28
34	52	28	28	34	47	27
35	53	26	27	33	46	25
36	55	25	25	32	45	—
37	57	—	—	10	44	—
38	58	—	—	29	43	—
39	60	—	—	28	41	—
40	61	—	—	26	40	—
41	63	—	—	25	39	—
42	65	—	—	—	38	—
43	66	—	—	—	37	—
44	68	—	—	—	36	—
45	69	—	—	—	35	—
46	71	—	—	—	34	—
47	73	—	—	—	32	—
48	74	—	—	—	21	—
49	76	—	—	—	30	—
50	77	—	—	—	29	—
51	79	—	—	—	28	—
52	80	—	—	—	27	—
53	82	—	—	—	26	—
54	84	—	—	—	25	—
55	85	—	—	—	—	—

Таблица для перевода сырых баллов в стандартные Т-баллы, женщины

Сырые баллы	Стандартные Т-баллы, женщины					
	«Ак»	«То»	«Сп»	«Ус»	«Уд»	«По»
6	—	—	69	—	—	75
7	17	68	68	69	—	73
8	18	66	66	68	—	71
9	20	65	65	67	77	70
10	21	64	64	66	76	68
11	23	63	63	65	75	67
12	24	62	61	64	74	65
13	25	60	60	62	73	63
14	27	59	59	61	72	62
15	28	58	58	60	71	60
16	29	57	57	59	70	59
17	31	56	55	58	69	57
18	32	55	54	57	68	55
19	34	53	53	56	67	54
20	35	52	52	54	66	52
21	36	51	50	53	65	50
22	38	50	49	52	64	49
23	39	49	48	51	63	47
24	41	48	47	50	61	46
25	42	46	45	49	60	44
26	43	45	44	47	59	42

Сырые баллы	Стандартные Т-баллы, женщины					
	«Ак»	«То»	«Сп»	«Ус»	«Уд»	«По»
27	45	44	43	46	58	41
28	46	43	42	45	57	39
29	48	42	40	44	56	38
30	49	40	39	43	55	36
31	50	39	38	42	54	34
32	52	38	37	41	53	33
33	53	37	36	39	52	31
34	54	36	35	38	51	30
35	56	35	33	37	50	28
36	57	33	32	36	49	26
37	59	32	31	35	48	–
38	60	31	30	34	47	–
39	61	30	29	33	46	–
40	63	29	28	31	45	–
41	64	28	26	30	44	–
42	66	26	25	29	43	–
43	67	25	–	28	42	–
44	68	–	–	27	41	–
45	70	–	–	26	40	–
46	71	–	–	24	39	–
47	73	–	–	–	38	–
48	74	–	–	–	36	–
49	75	–	–	–	35	–
50	–	–	–	–	34	–
51	–	–	–	–	33	–
52	–	–	–	–	32	–
53	–	–	–	–	31	–
54	–	–	–	–	30	–
55	–	–	–	–	29	–
56	–	–	–	–	28	–
57	–	–	–	–	27	–
58	–	–	–	–	26	–
59	–	–	–	–	25	–

Ключ к шкалам:

«Ак»: 9, 13, 18, 20, 30, 32, 35. В шкале 7 пунктов.

«То»: 1, 4, 10, 14, 23, 29, 41. В шкале 7 пунктов.

«Сп»: 3, 6, 8, 16, 22, 26. В шкале 6 пунктов.

«Ус»: 5, 12, 25, 36, 39, 40, 42. В шкале 7 пунктов.

«Уд»: 2, 11, 17, 19, 24, 28, 31, 33, 37. В шкале 9 пунктов.

«По»: 7, 15, 21, 27, 34, 38. В шкале 6 пунктов.

Основные шкалы:

Шкала «Ак»: «активное – пассивное отношение к жизненной ситуации».

Данная шкала позволяет составить представление о характеристике состояния, в большинстве случаев сильнее зависящей от соответствующего свойства личности – активности, чем от других факторов. Следует учесть, что активность лишь относительно устойчива, поскольку предрасположенность к активному или пассивному отношению, реагированию зависит от множества текущих обстоятельств социальной среды, а также событий, предшествующего

жизненного периода личности. Для диагностики состояний и настроений особенно важно учитывать крепость веры в достижение своих целей, выявлять активную или пассивную позицию по отношению к сложившейся жизненной ситуации. Данный параметр состояния особенно важен при диагностике стрессовых состояний.

Высокие оценки (более 60 Т-баллов). Выражено активное, оптимистическое отношение к жизненной ситуации, есть готовность к преодолению препятствий, вера в свои возможности. Ощущение сил для преодоления препятствий и достижения своих целей. Жизнерадостность выше, чем у большинства людей.

Низкие оценки (менее 40 Т-баллов). Пассивное отношение к жизненной ситуации, в оценке многих жизненных ситуаций преобладает пессимистическая позиция, неверие в возможность успешного преодоления препятствий.

Шкала «То»: «тонус: высокий – низкий». В ситуации острого стресса человек чаще испытывает ощущения подъема сил, но часто наблюдается и противоположная картина – ощущения слабости. Сходная картина может наблюдаться и в затяжном стрессе. Энергические характеристики для любого психического состояния являются важнейшим измерением. Особенно необходимы они для прогноза развития состояния индивида. В диагностике стрессовых состояний они дают ценные данные о глубине стресса.

Высокие оценки. Характерна высокая активность, стеническая реакция на возникающие трудности. Субъективные ощущения внутренней собранности, запаса сил, энергии. Готовность к работе, в том числе длительной.

Низкие оценки. Характерна усталость, несобранность, вялость, инертность, низкая работоспособность. Меньше возможностей проявлять активность, расходовать энергию, уменьшен ресурс сил, повышена утомляемость. Склонность проявлять астенические реакции на возникающие трудности.

Шкала «Си»: «спокойствие – тревога». В психическом состоянии переживание тревоги имеет определяющее значение для ряда других явлений.

Именно тревога усиливает звучание эмоциогенных раздражителей различной силы, в том числе и незначительных, увеличивая интенсивность отрицательных эмоций, усугубляя их негативное влияние на сознание, поведение и деятельность.

Шкала предназначена для измерения уровня генерализованной тревоги. В литературе она обозначается также терминами «свободно плавающая», «немотивированная» и др. Среди видов тревоги для этого вида в наибольшей степени характерны длительные, долго не затухающие эмоциональные переживания.

Высокие оценки. Большая уверенность в своих силах и возможностях, чем у большинства людей.

Низкие оценки. Наличествует склонность испытывать беспокойство в широком круге жизненных ситуаций, видеть угрозу престижу, благополучию, независимо от того, насколько реальны причины. Ожидание событий с неблагоприятным исходом, предчувствие будущей угрозы (наказания, потери уважения или самоуважения) без ясного осознания ее источников.

Шкала «Ус»: «устойчивость – неустойчивость эмоционального тона».

Высокие оценки. Преобладает ровный положительный эмоциональный тон, спокойное протекание эмоциональных процессов. Высокая эмоциональная устойчивость, в состоянии эмоционального возбуждения сохраняется адекватность и эффективность психической саморегуляции, поведения и деятельности. Очень низкие оценки можно интерпретировать как эмоциональную ригидность. Низкие оценки. Снижена эмоциональная устойчивость, легко возникает эмоциональное возбуждение, настроение изменчиво, повышена раздражительность, преобладает негативный эмоциональный тон.

Шкала «Уд»: «удовлетворенность – неудовлетворенность жизнью в целом (ее ходом, процессом самореализации)». Затруднения в процессе самореализации приводят к переживаниям объемного эмоционального дискомфорта. Данная характеристика имеет особую диагностическую значимость в индивидуальной консультативной и психокоррекционной работе.

Переживания полноты жизни – одна из основных опор психологической устойчивости личности. Ощущения опустошенности являются фактором риска возникновения невротических и депрессивных расстройств, алкогольной зависимости. Суждения, вошедшие в данную шкалу, относятся к внутренним аспектам переживаний, к чувству удовлетворенности своей жизнью. Поскольку критерии успешности самореализации субъективны, то и для диагноста наиболее важна субъективная оценка успешности самореализации. Полная самореализация человека – не только развитие каких-либо специальных способностей, но также развитие его потенциальных возможностей как сильного и целостного человеческого существа, свободного от калечащих его внутренних принуждений.

Высокие оценки. Удовлетворенность жизнью в целом, ее ходом, самореализацией, тем, как идет жизнь. Человек ощущает способность брать на себя ответственность и возможность делать свой выбор, в котором слышен голос собственного «Я». Субъект чувствует готовность преодолеть трудности в реализации своих способностей (если высшие потребности активизированы). Достаточно высокая оценка личностной успешности.

Низкие оценки. Неудовлетворенность жизнью в целом, ее ходом, процессом самореализации и тем, как именно в настоящее время разворачиваются основные жизненные события. Низкая оценка личностной успешности. В настоящее время человек не нашел себя полностью, не раскрыл, не ощутил в себе надежных внутренних опор, не чувствует способности требовать от самого себя правдивых ответов. Часто характерен уход в сомнения, который позволяет уклониться от необходимости делать жизненный выбор, прислушиваясь прежде всего к самому себе, принимая на себя ответственность за то, что с тобой происходит.

Контрольная шкала Шкала «По»: «положительный – отрицательный образ самого себя». Эта шкала вспомогательная, она позволяет определить критичность самооценивания (низкую или высокую), адекватность

самооценивания. В шкале 6 пунктов. Критичность самооценивания тесно связана с принятием личностью себя. Чем более положителен образ самого себя, тем меньше человек видит в себе недостатков. Принятие себя оказывает существенное влияние на настроение – чем полнее принятие себя и чем больше в эмоциональном отношении к себе положительных чувств, тем выше настроение. Показатели по шкале «По» имеют значимую положительную корреляцию с показателями по основным шкалам.

Позитивное принятие себя улучшает психическое состояние, и наоборот — более благоприятное состояние располагает к тому, чтобы видеть свои недостатки незначительными, позволяет оценивать свое поведение как более близкое к нормативному.

Очень высокие оценки говорят о недостаточно развитом понимании себя.

Сумма более 65 баллов дает основания предполагать низкую критичность в самооценивании, недостаточную адекватность самооценки, неискренность.

Другими причинами могут быть: отрицательное отношение к обследованию, влияние сильной заинтересованности обследуемого в «положительных, хороших» результатах обследования.

Оценки 60-64 балла означают сниженную критичность в самооценивании, недостаточную адекватность самооценки. Если по шкалам «Ус», «Сп» или «Уд» получены высокие оценки – более 60, то, скорее всего, данные в целом недостаточно надежны.

Показатели в диапазоне 40-59 характеризуют степень принятия личностью себя. Чем выше стандартный балл, тем ниже критичность самооценивания и больше принятие себя со всеми своими недостатками.

При оценках менее 50 баллов есть основания говорить о достаточной искренности в ответах, выраженном стремлении к адекватности в оценке своих психологических особенностей и своего состояния, о критичности в самооценивании.

Низкие оценки – менее 40 баллов – говорят не только о высокой критичности в оценке себя и большом стремлении быть искренним, но и о негативном отношении к себе.

Джерело:

Технологии психологической помощи в кризисных и чрезвычайных ситуациях : учебно-метод. комплекс. – СПб. : РГПУ им. А. И. Герцена, 2008. –С. 175-182.

Додаток Д

Батьківська анкета для оцінки травматичних переживань дітей

Инструкция.

Уважаемые родители!

Заполнение анкеты начните с указания вида психологической травмы, возможно, перенесенной вашим ребенком. Независимо от того, были ли в жизни вашего ребенка травматические случаи, перейдите к заполнению следующей части анкеты. Она состоит из двух таблиц. Первая включает 5 вопросов, описывающих поведение ребенка непосредственно после травмы.

Если в жизни вашего ребенка не было травматических случаев, то вам ее заполнять не надо. Вторая таблица, состоящая из 30 вопросов, описывает поведение ребенка в течение последнего месяца. Даже если Ваш ребенок не переживал травматических случаев, тем не менее, пожалуйста, заполните эту часть анкеты.

На каждое утверждение выберите один из трех вариантов ответов. Если вы считаете, что утверждение не отражает поведение вашего ребенка, то поставьте галочку напротив этого утверждения в колонке «Нет». Если вы сомневаетесь или не можете точно вспомнить, то поставьте галочку напротив этого утверждения в колонке «Скорее да». Если вы считаете, что утверждение точно описывает поведение вашего ребенка, то поставьте галочку напротив этого утверждения в колонке «Да».

Спасибо за сотрудничество.

Ф. И. О. ребенка _____

Возраст _____

Пол: М Ж

Кто заполнял (отец, мать, другой воспитатель) _____

Автомобильная катастрофа	возраст	лет
Другая катастрофа (несчастный случай)	возраст	лет
Пожар	возраст	лет
Стихийное бедствие	возраст	лет
Серьезное физическое заболевание	возраст	лет
Длительная или повторные госпитализации	возраст,	лет
Физическое насилие	возраст	лет
Сексуальное домогательство или насилие	возраст	лет
Смерть близкого человека	возраст	лет
Пребывание в зоне военных действий	возраст	лет
Пребывание в качестве заложника	возраст	лет
Другое травмирующее событие (уточните)	возраст	лет

Возможно, что ваш ребенок пережил какое-либо событие, которое могло травмировать его психику? Пожалуйста, отметьте галочкой каждое из событий (и возраст вашего ребенка во время каждого из случаев) в списке, приведенном выше.

Пожалуйста, опишите это событие (например, где это произошло, кто был с Вашим ребенком во время происшествия, насколько часто это происходило, как долго это продолжалось, насколько тяжелыми были последствия для ребенка, обращались ли Вы за медицинской или психологической Помощью по этому поводу и т. д.)

Пожалуйста, отметьте в следующем списке (поставьте крестики в соответствующие столбцы), насколько характерны данные чувства или подобное поведение для Вашего ребенка. Если ребенок пережил несколько травмирующих случаев, то отвечайте о наиболее тяжелом из них. Сразу после травмы:

№	Утверждение	Нет	Скорее да	Да
1.	Ребенок чувствовал ужас (очень сильный страх).			
2.	Ребенок чувствовал отвращение.			
3.	Ребенок чувствовал себя беспомощным.			
4.	Ребенок был возбужденным. Он был гиперактивен, трудно контролируем, импульсивен.			
5.	Поведение ребенка стало отличаться от обычного: оно стало менее организованным, менее осмысленным.			

В течение последнего месяца:

№	Утверждение	Нет	Скорее да	Да
1	Ребенок рассказывает о неприятных воспоминаниях, о событии.			
2	Ребенок легко пугается. Например, сильно вздрагивает, когда слышит неожиданный или громкий звук.			
3	Ребенок расстраивается, когда вспоминает о событии.			
4	Ребенок кажется «оцепеневшим» (его эмоции не видны).			
5	Ребенок избегает действий, которые напоминают ему о событии.			

№	Утверждение	Нет	Скорее да	Да
6	Ребенок кажется злым или раздражительным.			
7	Ребенку трудно вспомнить детали случившегося.			
8	У ребенка появились проблемы со сном или засыпанием.			
9	Кажется, что ребенок старается держаться на расстоянии от других людей.			
10	Ребенку трудно оставаться наедине с друзьями, одноклассниками, учителями.			
11	Ребенок делает вещи, которые были свойственны ему в младшем возрасте: например, сосет большой палец, просится спать с родителями, появился энурез и т. д.			
12	Ребенок говорит, что у него возникают такие же чувства, как если бы событие произошло снова.			
13	Ребенок суетлив и не может сидеть спокойно.			
14	Ребенок избегает мест, которые напоминают ему о случившемся.			
15	Ребенку трудно оставаться наедине с членами семьи.			
16	Ребенок стал сильно смущаться, когда в его присутствии обсуждают проблемы пола.			
17	Кажется, что ребенок находится на грани нервного срыва.			
18	Кажется, что ребенок ошеломлен или одурманен.			
19	Бывает, что ребенок ведет себя так, как если бы событие произошло снова.			
20	У ребенка проблемы с оценкой времени. Он может спутать время суток, день недели или перепутать время, когда произошло какое-то событие.			
21	Ребенок избегает разговоров о случившемся.			
22	Ребенку снятся плохие сны.			
23	Ребенок жалуется на плохое физическое самочувствие, когда что-то напоминает ему о событии. Например, у него возникает головная или зубная боль, затрудненное дыхание и т. д.			
24	Ребенку стало трудно справляться с обычной деятельностью(школьные занятия, работа по дому).			
25	Ребенок играет в случившееся (он проигрывает событие, рисует или придумывает).			

№	Утверждение	Нет	Скорее да	Да
26	Ребенок кажется заторможенным. Ему требуется больше времени, чем раньше, на обычные действия.			
27	Ребенок говорит о том, что окружающий мир выглядит непривычно. Например, вещи стали выглядеть или звучать по-другому.			
28	Ребенок избегает людей, которые напоминают ему о событии.			
29	У ребенка возникли проблемы с концентрацией внимания.			
30	Ребенок говорит, что не хочет думать о случившемся.			

Обработка результатов:

Проводится подсчет баллов отдельно по каждой из шкал, а также отдельно по вопросам первой и второй таблиц. Ответы родителей оцениваются следующим образом: 2 балла за ответ «да», 1 балл за ответ «скорее да» и 0 баллов за ответ «нет».

Критерию Л (немедленное реагирование) соответствуют вопросы: 1-5 таблицы 1.

Критерию В (навязчивое воспроизведение) соответствуют вопросы: 1, 3, 12, 19, 22, 23, 25 таблицы 2.

Критерию С (избегание) соответствуют вопросы: 4, 5, 7, 9, 14, 16, 18, 20, 21, 26, 27, 28, 30 таблицы 2.

Критерию D (возросшая возбудимость) соответствуют вопросы: 2, 6, 8, 13, 17, 29 таблицы 2.

Критерию F (нарушения функционирования) соответствуют вопросы: 10, 11, 15, 24 таблицы 2.

Общий уровень посттравматических симптомов: вопросы 1-30 таблицы 2.

Джерело: Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб : Питер, 2001. – 272 с. – (Серия «Практикум по психологии»). – С. 194-196, 254-257.

Додаток Е

Технологія транзакційного аналізу із суїцидальними клієнтами

Грунтовні та валідні розробки у роботі з суїцидальністю має транзакційний аналіз. Транзакційний аналіз – це психотерапевтичний метод, що широко використовується в консультуванні, освіті та соціальній роботі за рубежом. Цінними є наукові дослідження стосовно розуміння феномену суїциду, а також представлені у транзакційному аналізі технології та методи роботи з суїцидальними клієнтами.

Найкраще з точки зору транзакційного аналізу пояснює суїцид теорія Ранніх рішень Боба і Мері Гулдінгів [8]. Згідно цієї теорії, людина, схильна до суїциду, прийняла так зване несвідоме раннє рішення про це ще в дитинстві протягом перших шести років життя.

Значний вклад у розвитку транзакційного аналізу та теорії Гулдінгів у галузі допомоги суїцидальним клієнтам зробив австралійський вчений та психотерапевт Тоні Вайт, який отримав «Почесну вдячність» Британської медичної асоціації та премію в області медичної літератури в розділі психіатрія за книгу «Робота з суїцидальними клієнтами» (2011 р.). Ефективність впровадження ідей та постулатів транзакційного аналізу та ідей Т. Вайта зокрема підтверджується багаторічним досвідом роботи психотерапевтів та соціальних працівників, які використовують транзакційний аналіз як основу своєї консультативної практики.

Спробуємо пояснити, як формується в людині схильність до суїциду з точки зору транзакційного аналізу. Батько чи мати виховує дитину і має его-стани Родителя, Дорослого і Дитини, а дитина з моменту народження має лише его-стан Дитини. Батьки можуть транслювати дитині безліч різних послань на зразок «Не будь важливим», «Не відчувай», «Не будь успішним» і т.д. Одне з них «Не існуй», «Не будь». Саме це батьківське послання і є важливим для початку формування суїцидальних нахилів дитини. Яким же чином батьки можуть транслювати дитині таке послання? Проілюструємо це наступною ситуацією. Припустимо, що жінка завагітніла незаплановано, ця вагітність є небажаною для неї. Дитина, що розвивається в утробі матері являє собою проблему, перешкоду планам майбутньої матері, цю дитину ніхто не чекає. Таким чином, ще в перинатальний період дитина відчуває і проживає певним чином емоції матері, певна частина яких являє собою неприйняття, відторгнення, шок, гнів. Після народження дитина знаходиться в симбіотичних стосунках з матір'ю. Фізичне виживання дитини повністю залежить від того, наскільки мати чи інший дорослий задовольняє її потреби. Перебуваючи в симбіозі дитина також тонко відчуває емоції матері, яка може відчувати страх і гнів через те, що вона не може будувати своє життя так, як вона планувала і змушена перебудовувати його відповідно до потреб дитини. Отже, ще в ранньому дитинстві дитина може відчути, що «було б краще, якби її не було». В подальшому такі відчуття дитини можуть підкріплюватися фізичними

покараннями, побиттям та висловами батьків на зразок: «Якби я не народила тебе, то збудувала б кар'єру», «Мені запропонували чудову роботу, але я дізналась, що вагітна», «Ми планували двох дітей, але потім народився ти», «Згинь з очей», «Зникни», «Щоб я тебе не бачила», «Краще б тебе не було». Таким чином може розгортатися один з можливих варіантів формування суїцидальності. В проілюстрованому випадку дитина сприймає певні послання на рівні думок, почуттів, словесних формул

Проілюструємо формування суїцидальності особистості також термінами транзакційного аналізу. Найперше дитина отримує від батьків інформацію. Це транзакція №1 на Малюнку 1. Інформація, яку батьки передають дитині не може потрапляти у стан Дорослого дитини через відсутність у дитини цього стану, натомість ця інформація потрапляє у ранній стан Дорослого в стані Дитини (де незрілий Дорослий стан тільки починає формуватися). Такий стан раннього Дорослого в Дитині називається Маленький Професор. Ця частина ще не має здатності розмірковувати логічно, їй притаманне так зване магічне мислення, тобто ірраціональне, нелогічне. Тобто дитина мислить ірраціонально і не можна передбачити, які висновки вона може зробити з отриманої інформації і яким чином вона може інтерпретувати ті чи інші ставлення до себе чи поведінку батьків.

Теорія Раннього рішення Боба і Мері Гулдінгів

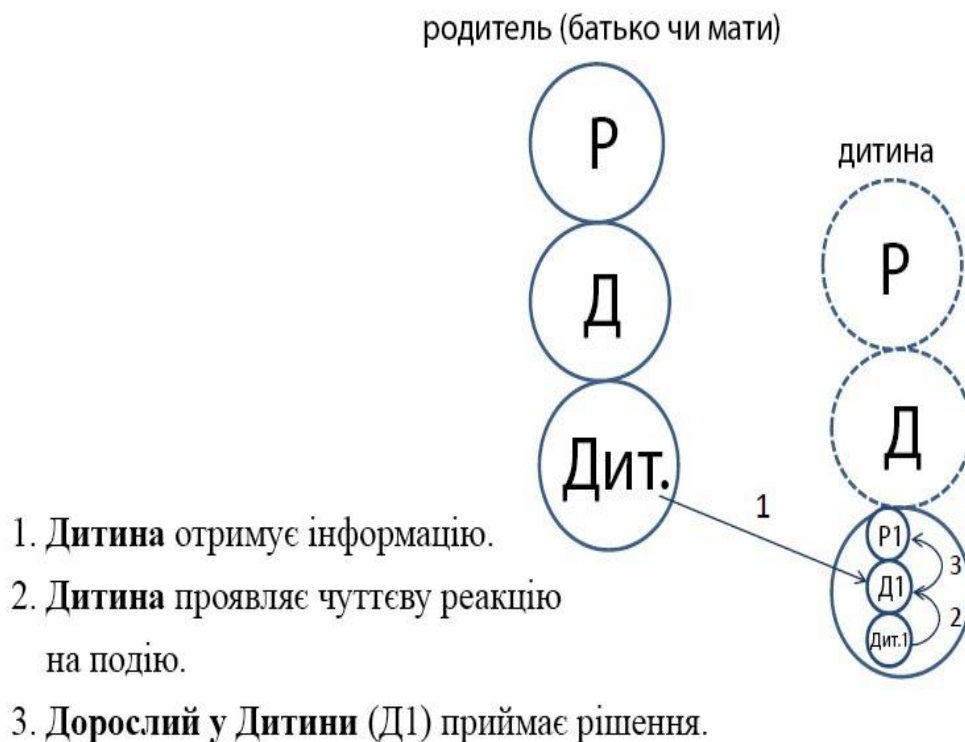


Рис. 2.1. Теорія раннього рішення Боба і Мері Гулдінгів

Батько чи мати транслює певну інформацію, наприклад б'є дитину і дитина певним чином сприймає факт побиття. Саме Дорослий в Дитині (Маленький професор) сприймає цю інформацію. У відповідь на побиття у дитини виникають також певні почуття. Тобто Дорослий в Дитині має інформацію про те, що його побили і інформацію про те, що вона відчуває у відповідь на ці побої. Базуючись на цьому Дорослий в Дитині буде приймати рішення. Якщо дитину побили і вона відчуває сум з цього приводу, відчуття, що він чи вона нічого не може зробити правильно і всі нещастя батьків трапляються через неї, і тому її б'ють, то рішення дитини базуватимуться саме на цьому. Зважаючи на тип мислення маленької дитини, вона може вирішити, що мама і тато будуть любити її і будуть щасливі, якщо її тут не буде. Якщо дитина приходить до такого висновку, це може бути підставою для раннього рішення не існувати. Тобто дитина думає, що батьки будуть задоволені, якщо її чи його не буде. Завершальна частина цього процесу, транзакція № 3, коли це рішення поміщається в Родителя в Дитині і укріплюється там [6].

Зазначені вище рішення є дуже ранніми, вони приймаються до шести років і є, як правило несвідомими, вони розміщуються у стані Родителя в Дитині. Рішення дитини про те, що батькам буде краще, якщо її не існуватиме опускається у несвідоме і згідно теорії Транзакційного Аналізу зберігається в его-стані Дитини, у частині Дитини, що називається Р1 (ранній Родитель в его-стані Дитини).

Діти мають велику потребу у любові і прийняття батьків, саме тому вони й приймають досить дивні з точки зору раціональності і часто ризиковані рішення, направлені на задоволення батьків з метою отримання схвалення і любові від них. При цьому у дитини ще недостатньо розвинений інстинкт самозбереження, оскільки виживання дитини до року залежить від контакту з мамою, без близького контакту з мамою дитина не виживе. Для маленької дитини в високо стресовій ситуації, рішення, які на думку дитини, направлені на своєрідне «підлаштування» під потреби батьків, є розумним. Небезпека полягає в тому, що такі рішення залишаються у підсвідомості впродовж життя і впливають на поведінку людини. Таке рішення може ніяк не проявлятися до певного віку, або до певної травмуючої чи стресової ситуації, коли почнуть проявлятися суїцидальні нахили. Звісно, сам факт наявності заборони «Не живи» не обов'язково призведе в подальшому до суїциду. Багато людей мають послання «Не живи», але не є суїцидальними і не скоюють суїцид у прямому розумінні цього слова. Разом з тим, ймовірно, що кожна людина, яка вчиняє суїцид має заборону «Не живи».

Дитина може прийти також до інших рішень. Наприклад, коли дитину б'ють, вона може вирішити, що її б'ють через те, що вона погана і всім було б краще, якби її взагалі не було. Або ж піти іншим шляхом, проявити гнів прийти до висновку, що мама і тато нехороші люди, і те, що вони мене б'ють – це не моя провина. Якщо в дитини проявиться такий гнів, то дитина не прийме рішення «Не існує», бо дитина приймає, що її провини в тому що її б'ють нема.

Проаналізувавши, як формується суїцидальність, можемо прийти до висновку, що оточення, у якому зростала людина може відкривати можливості для формування суїцидальності, але не обумовлює суїцидальність, адже

рішення приймає сама людина. Згідно цієї теорії контроль знаходиться у самої людини, а не в батьків чи середовища. Одного разу прийнявши рішення, людина може усвідомити це рішення та прийняти більш функціональне, здорове рішення. На нашу думку описана вище теорія надає клієнту дозвіл вирішувати самому яким йому бути і ким йому бути, а також відкриває широкі перспективи для здійснення глибоких особистісних змін. В результаті роботи з фахівцем клієнт може прийти до прийняття діаметральних рішень: «Я буду жити», «Цей світ для мене», «Мені тут раді».

Розглянемо вікові особливості та чинники суїцидальності. Згідно теорії транзакційного аналізу діти не можуть вважатися суїцидальними в прямому сенсі цього слова. В силу вікових особливостей розвитку мозку діти не можуть зрозуміти концепцію суїциду так, як її розуміють дорослі. Діти не розуміють також факту невідворотності та постійності смерті. У маленьких дітей ще не розвинулись его-стани Дорослого та Родителя, що обумовлює наявність у дітей так званого «магічного мислення». Діти, які вчиняють суїцид, проявляють несвідомі само руйнівні прагнення батьків, з якими вони все ще знаходяться у симбіозі. Особистість дитини з точки зору Транзакційного аналізу зображено на наступному малюнку.

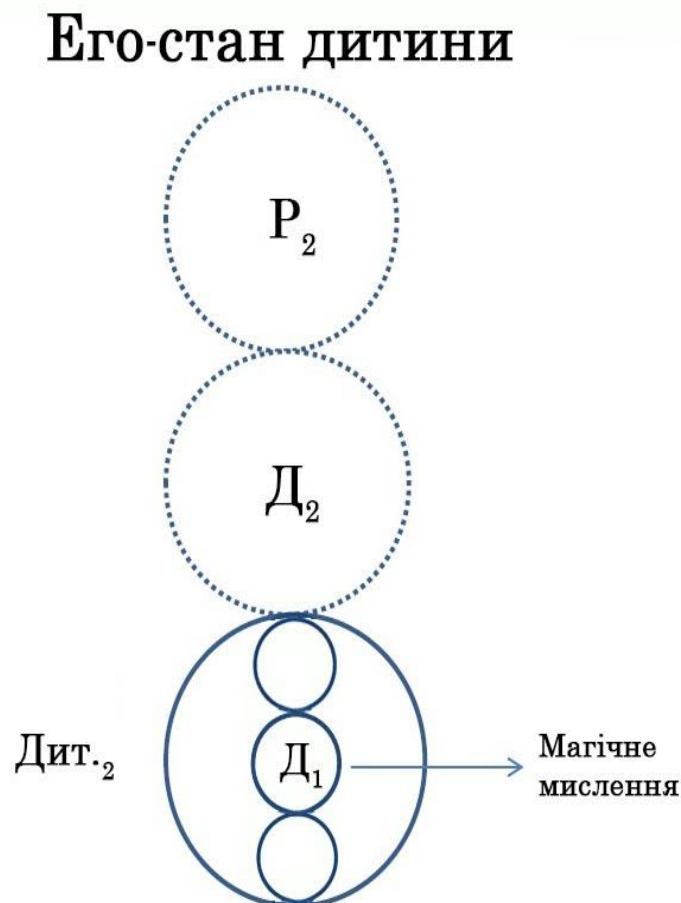


Рис. 2.2. Матеріали семінару «Особливості роботи з суїцидальними клієнтами», Тоні Вайт, TSTA-P, червень, 2016 р.

«Магічне мислення» – це нелогічне, ірраціональне мислення, що є характерним для дитину в силу незавершеного процесу розвитку мозку. Діти стикаються з безліччю нових для них, незрозумілих та часто травмуючих речей. У дітей є велика потреба знайти пояснення цим речам і часто вони це роблять за допомогою «магічного мислення», особливо, якщо не отримують здорових та доступних пояснень від дорослих. Важливою для дитини є також емоційна підтримка та присутність дорослого у процесі усвідомлення дитиною тих чи інших життєвих феноменів. Так, якщо дитина не отримує від батьків здорового і доступного пояснення про те, що таке смерть, якщо дитину огорожують від цієї теми, не беруть на похорони, то дитина ймовірно створить в своїй уяві своє уявлення про смерть. Таке уявлення дитини про смерть з часом стає несвідомим, але може впливати на світосприйняття людини впродовж всього життя.

Таким чином, робота, спрямована на профілактику суїцидальної поведінки у дітей, повинна включати роботу з батьками у руслі аналізу та психокорекції їх власних саморуйнівних тенденцій. Важливою складовою є також робота, направлена на корекцію батьками заборони «Не живи» у дитини. У даному ключі важливе прийняття дитини батьками. Важливо, щоб батьки трансливали дитині на психологічному, поведінковому, вербальному рівні, що вони їй раді: «Як здорово, що в нас народився ти!», «Я люблю тебе!», «Я радий, що ти саме такий, як ти є!», «Я радий, що ти є!», «Цей світ – для тебе!». На фізичному рівні важливі ніжні дотики, обійми, люблячий погляд у вічі.

У роботі з дитиною важливою є робота з так званої деконтамінації, що означає прояснення фантазій стосовно смерті та ілюзій («Боженька забере до себе», «Я буду жити на небесах» та ін.), а також формування реалістичних уявлень про смерть. Звісно, така робота повинна здійснюватися бережно, говорити потрібно простими словами, зрозумілими дитині та не вдаючись до лякаючих подробиць. Варто також забезпечити значну емоційну підтримку дитині, яка може болюче переживати втрату ілюзій.

Ефективною профілактикою суїцидальної поведінки у дітей також вбачаємо сам стиль виховання дітей, що направлений на розвиток та укріплення его-стану Вільна Дитина. Такий стиль передбачає любляче, турботливе ставлення до дитини. Дитина може вільно виражати свої емоції, потреби та бажання, може висловлювати свою власну думку, що може відрізнятися від думки батьків і бути при цьому прийнятною. Все це поєднується з розумними рамками та обмеженнями для дитини. Такий стиль, як уже зазначалося підтримує ту частину особистості, яку ми називаємо Вільна Дитина, і ця частина, в свою чергу, завжди містить бажання жити. Прагнення до самознищення містяться у частині особистості Адаптивна Дитина. Негативні аспекти Адаптивної Дитини розвиваються в атмосфері тоталітаризму та необхідності у безкомпромісного підкорення волі батьків, нехтування особистістю дитини. Батьки, які практикують такий стиль часто кажуть: «Треба «зламати» дитину».

В підлітковому віці рівень магічного мислення зростає, що пов'язано з проходженням підлітками стадії нарцисизму та егоцентризму. Підліткам

характерне відчуття унікальності, відчуття того, що загальні правила до них непримінимі, уявлення про те, що вони не помруть у звичайному сенсі цього слова. У підлітків его-стан Дорослого уже наявний, але він ще незрілий. Підліток, на відміну від дитини вже здатен до більш складної поведінки і здатен краще спланувати суїцид, що у поєднанні з особливостями мислення підлітка, що у сукупності пояснює небезпеку підліткового віку з точки зору суїцидальності. Описаний вище его-стан підлітка можна зобразити на малюнку:

Его-стан підлітка

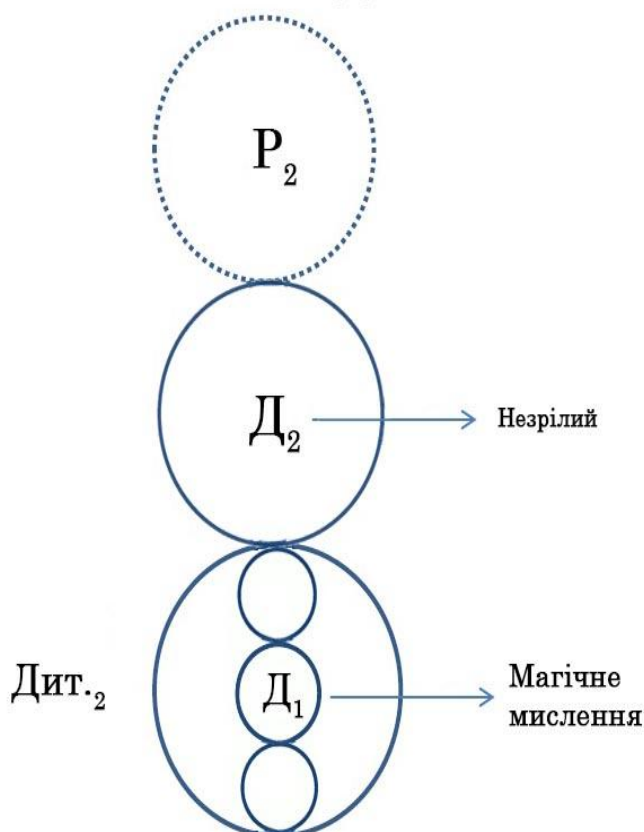


Рис. 2.3. Матеріали семінару «Особливості роботи з суїцидальними клієнтами», Тоні Вайт, TSTA-P, червень, 2016 р.

Поряд з цим підліток переживає період покидання дому. Небажання чи неготовність пережити цей природний процес підлітком чи його батьками може також проявлятися в суїцидальній поведінці. Якщо підліток продовжує потребувати батьківської опіки, він чи вона несвідомо знаходить способи лишитися вдома. Такими способами часто стає суїцидальна поведінка, вживання наркотиків, депресія, тривожність. Звісно, механізми створення таких проблем є несвідомими у більшості випадків. Тобто проблема суїцидальності підлітків може бути пов'язана з проблемою покидання дому та розірвання симбіотичних стосунків з батьками. У такому випадку проблема суїцидальності є вторинною, а первинною є проблема стосунків з батьками і сепарації.

Ще однією причиною, яка може стояти за проблемою суїцидальної поведінки підлітка є проблема шлюбу батьків. У цьому випадку суїцидальність

є несвідомим способом зберегти шлюб батьків, відволікти увагу батьків від проблем у їхній парі.

У зв'язку з зазначеним вище, важливим напрямком психокорекційної та психотерапевтичної роботи з дітьми та підлітками є прояснення уявлень про смерть, суїцид, можливі уявлення про життя після смерті. Корисно будувати бесіду так, щоб допомогти дитині формувати більш реалістичні уявлення. Важливо, щоб у цьому процесі фахівець оперував доступними та безпечними для дитини термінами, демонстрував повагу, прийняття та значну емоційну підтримку. Важливою є паралельна робота з батьками, чи людьми, які їх заміщають.

Наступним кроком є розгляд причин та умов суїцидів у дорослих людей. Зазначимо, що 90 % дорослих людей, які вчиняють суїцид мали серйозні розлади особистості або психіатричні захворювання. Опишемо коротко причини, що найчастіше спричиняють суїцид у дорослому віці. Зазначимо також, що даний перелік причин не є повним, а відображає найчастіші причини та умови, що спричиняють суїцид.

1. Командуючі галюцинації як причина суїциду. Людина чує голоси, які кажуть їй, що вона мусить померти певним способом. У такому випадку людина потребує психіатричного медикаментозного лікування.

2. Розіграна спроба. Спонтанні, незаплановані спроби суїциду зустрічаються у людей, які страждають пограничними розладами особистості. Такі люди схильні до занадто емоційного, надмірного реагування а також часто проявляють демонстративну та імпульсивну поведінку. Люди з пограничними розладами часто спрямовують агресію на самих себе.

3. Випадковий суїцид. Такий вид суїциду може трактуватися як нещасний випадок. Це вид суїциду, який вчиняється людиною, яка не мала наміру піти з життя, а лише прагнула маніпулювати іншою людиною за допомогою суїцидальних спроб. Прикладом такого суїциду може бути дівчина, яка маніпулювала поведінкою свого партнера за допомогою таких спроб. Вона приймала дозу таблеток та телефонувала йому, хлопець приїздив і рятував її. Але одного разу він був поза зоною досяжності і дівчина померла.

4. Вживання наркотиків. Якщо людина вживає наркотики або має проблему із вживанням алкоголю, фахівцеві важливо виявити, що є первинною проблемою у такої людини: проблема залежності чи проблема суїцидальності. Якщо первинна проблема полягає в суїцидальності, то людина використовує наркотики лише як спосіб суїциду. Відповідно вибудова роботи з таким клієнтом, що буде зосереджена лише на наркозалежності буде неефективною. В деяких випадках клієнт поєднує обидві проблеми і вони є рівнозначними, але є випадки, коли суїцидальність є першочерговою.

Осягнувши процес зародження суїцидальності, а також умови, що становлять особливий ризик можливості скоєння суїциду, розглянемо також ще одну важливу теорію, яка дозволяє зрозуміти, що відбувається всередині суїцидальної особистості і як переживається суїцидальність. Це теорія суїцидальної амбівалентності. Автором теорії є австралійський психотерапевт, транзакційний аналітик Тоні Вайт. Згідно його теорії всі люди з суїцидальністю

є в тій чи іншій мірі амбівалентними. Це означає, що вони одночасно мають протилежні бажання та наміри, які можна означити так: «Я хочу померти» і «Я не хочу помирати». Відтак суїцидальні клієнти завжди мають внутрішній мисленнєво-почуттєвий діалог між цими двома протилежними прагненнями. На думку Т. Вайта, всі суїцидальні спроби є половинчастими. Бажання померти міститься в тій частині особистості, яку транзакційний аналіз називає Адаптивна Дитина. Тож Адаптивна Дитина планує і здійснює спробу суїциду. Суїцидальні прагнення являють собою форму адаптації до послання «Не існує», що пояснює їх знаходження саме в Адаптивній Дитині (Малюнок 4).

Прагнення жити знаходяться у частині особистості, яка іменується Вільна Дитина. Вільна Дитина завжди саботує самогубство. Багато людей навіть можуть назвати процентне співвідношення Адаптивної та Вільної Дитини на даний момент. З плином часу це процентне співвідношення може змінюватися, що дозволяє оцінити динаміку суїцидальності людини.

Суїцидальна амбівалентність

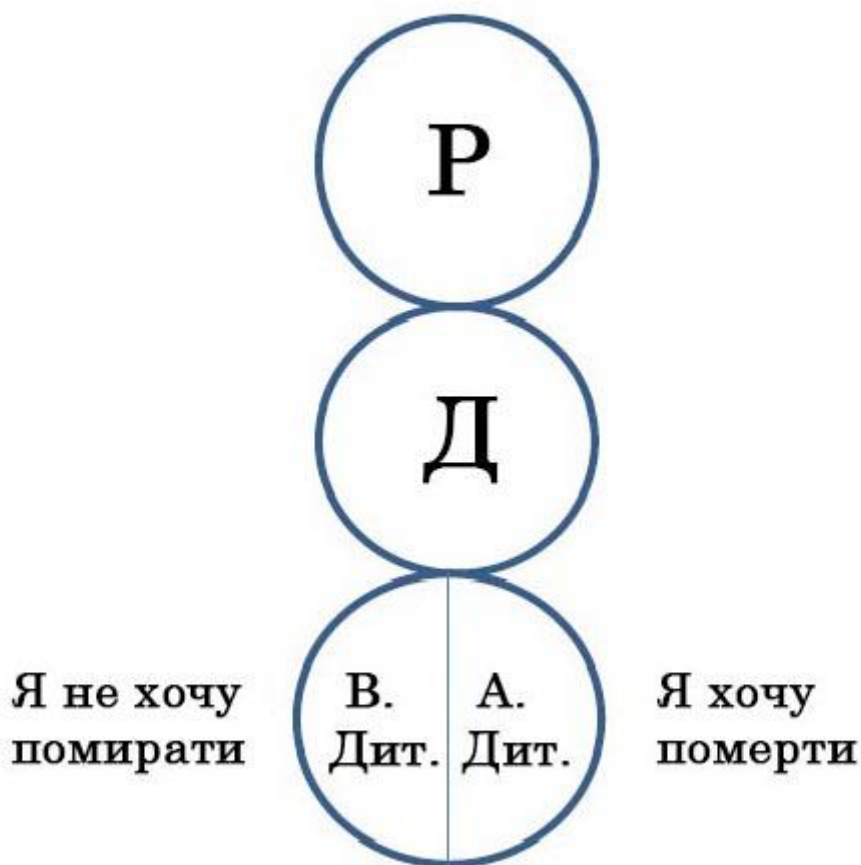


Рис. 2.4. Матеріали семінару «Особливості роботи з суїцидальними клієнтами», Тоні Вайт, TSTA-P, червень, 2016 р.

Поруч з Адаптивною Дитиною є Вільна Дитина, яка прагне до життя. Отже всередині особистості відбувається конфлікт між двома силами, прояв

якого можна спостерігати в непослідовній та повній протиріч поведінці суїцидальних людей. Остаточне ж рішення приймає Дорослий людини, обробивши інформацію, що надходить від Адаптивної Дитини, Вільної Дитини, а також Родителя.

Процентне співвідношення енергії у Вільній та Адаптивній Дитині може змінюватись. Завдяки цьому можна дати оцінку ризику суїциду. Таке оцінювання може показати чи у правильному напрямі відбувається робота з клієнтом. Таке оцінювання ризику за допомогою теорії амбівалентності здійснюється самим клієнтом після проведення з ним певних технік, які дозволяють клієнту краще усвідомити частини своєї особистості, одна з яких прагне до життя, а інша – до суїциду. Такий підхід також допомагає клієнтам краще зрозуміти сутність своєї суїцидальної поведінки, дозволяє встановити контакт з тією частиною психіки людини, яка прагне до самогубства, а також відокремити цю частину від інших частин, які є здоровими і функціональними і які можуть бути підсилені.

Теорія амбівалентності допомагає клієнту чітко зрозуміти, що з ним відбувається. Отримавши роз'яснення про свої еґо-стани (Вільна Дитина, Адаптивна Дитина, Родитель, Дорослий), клієнт може побачити і відчувти взаємодію цих часто протилежних частин. Таке розуміння повертає владу та контроль самому клієнту. Корисним на думку автора є прийняття самого факту того, що суїцидальною є не вся особистість, а лише частина її. Разом з тим завжди є частина, яка хоче жити.

Серед технік, які дозволяють відчувти та вивчити протирічні частини в собі є техніка «Два стільці». Техніка полягає в наступному. За стільцями закріплюються ролі Адаптивної Дитини та Вільної Дитини. Клієнта просять сісти на стілець Адаптивної Дитини і побути цією частиною особистості, почати говорити від її імені. Фахівець при цьому супроводжує клієнта, налагоджує контакт з цією частиною особистості. Завдання фахівця при цьому полягає в тому, щоб краще зрозуміти цю частину, бути емпатійним та демонструвати прийняття, повністю відмовившись від критики. Потім клієнта просять змінити місце і почати говорити від іншої частини своєї особистості. Така техніка добре допомагає відчувти в собі дві частини: одна з них, яка бажає померти та інша, яка хоче жити, а також краще усвідомити частину своєї особистості, яка прагне до саморуйнування.

Після проведення такої техніки доцільно задавати питання про співвідношення Адаптивної та Вільної Дитини. Фахівцеві важливо звертати увагу на те, скільки часу клієнт знаходився на одному стільці, а скільки на іншому, скільки говорив на стільцях, як проявляв емоції, оцінити, де було більше енергії. Разом з тим, практика роботи показує, що більшість клієнтів здатні дати об'єктивну оцінку самотійно.

Більшість фахівців у роботі з суїцидальними клієнтами використовують стратегію блокування чи контейнування Адаптивної Дитини, частини особистості, яка прагне до саморуйнування за допомогою Антисуїцидальних Контрактів (АСК).

Антисуїцидальні контракти є ефективною технікою за умов правильного та доцільного її застосування. Деякі дослідники вважають, що такі контракти необхідно заключати на першій консультації з усіма клієнтами, тобто пропонувати клієнтам свідомо блокувати саморуйнівні тенденції. У деяких фахівців укладання такого контракту є умовою подальшої роботи з клієнтом, оскільки дослідження своєї особистості та здійснення змін в житті нерідко є важким та іноді травмуючим процесом, що може підвести людину до ранніх способів реагування, захисту та адаптації (на зразок слідування команді «Не існує»). Зважаючи на це Антисуїцидальний Контракт розглядається як попереджувальна та превентивна техніка, яка є ефективною за умови професійного її застосування.

Т. Вайт, у свою чергу, наголошує на важливості налагодження контакту з частиною особистості, яка прагне до суїциду, а не на його блокуванні. На його думку, безпосередній контакт з ядром руйнівної частини особистості є цінним. Він пояснює це наступним чином. Адаптивна Дитина – це також та частина особистості, яка відчуває себе поганою, небажаною, самотньою. Суїцидальні клієнти як правило саме так почувалися в дитинстві. Коли фахівець взаємодіє з цією частиною особистості, вона вже не відчуває себе самотньою. Зі слів Т. Вайта «Фахівець і Адаптивна Дитина клієнта починають формувати стосунки і це є найкращим способом роботи з суїцидальним клієнтом. Ви працюєте з квінтесенцією частини особистості, де містяться суїцидальні прагнення, що робить цей підхід ефективним».

Коли его-стан клієнта Адаптивна Дитина входить в контакт із соціальним працівником, вона заспокоюється, починаються стосунки і контакт, вона заспокоюється і менше проявляє свою суїцидальність. Коли Адаптивна Дитина відчуває себе самотньою, небажаною, нелюбимою, вона поводить себе як неслухняна дитина і хоче таким чином привернути, завоювати увагу. І коли приділяють увагу самотній, нелюбимій, неслухняній дитині приділяєте увагу, вона заспокоюється, бо вона отримує те, чого прагне. Коли такий підтримуючий контакт між клієнтом та фахівцем встановлений, важливо розглядати ті мотиви, які стоять за бажанням скоїти суїцид.

Необхідно також, щоб фахівець встановив контакт також з Вільною Дитиною, підтримуючи розмову про плани на майбутнє, надії, про те хороше, що може бути в житті клієнта. Важливий діалог з обома АД і ВД.

Вирішити проблему з наказом «Не живи» можна за допомогою техніки перерішення. В той же час корисно будувати поведінку Турботливого Родителя. Тоді уможливлується спілкування між Адаптивною Дитиною та внутрішнім Турботливим Родителем у людини. Така поведінка Турботливого Родителя зможе підтримати перерішення Адаптивного Дитя. Інакше кажучи, в роботі з суїцидальним клієнтом важливо вибудовувати стосунки безумовного прийняття, зацікавленості, співчуття та присутності. Професійний контакт клієнта і фахівця сам по собі відіграє окрему психокорекційну роль. Такий контакт є важливим у всіх видах консультативної та психокорекційної роботи, але набуває особливої значущості у роботі з суїцидальними клієнтами.