

## ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ З РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ Й СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА

*В статье рассматриваются психологические особенности лиц, страдающих расстройствами личности, и анализируется степень суицидального риска в зависимости от специфики нарушений.*

**Ключевые слова:** *суицид, суицидальное поведение, суицидальная попытка, расстройства личности, соматоформные расстройства, соматические заболевания, аутоагрессия, акцентуация, депрессия, аффект.*

*The paper is focused on psychological features of individuals that suffer personal disorders; the degree of suicide risks is analyzed with regard to specifics of the said disorders.*

**Key words:** *suicide, suicidal behavior, suicidal attempt, personal disorders, somato form disturbances, bodily disease, auto-aggression, accentuation, depression, affect.*

На формування й розвиток суїцидальної поведінки істотний вплив чинить стан фізичного й психічного здоров'я людини. Наявність хронічних або невиліковних соматичних захворювань, що були діагностовані недавно, одержання серйозних травм і каліцтв, які призвели до інвалідизації, що, в свою чергу, супроводжується сильними болями, порушенням нормального функціонування систем організму й обмеженнями в різних сферах життєдіяльності, руйнують адаптаційні механізми особистості, підвищуючи ступінь суїцидального ризику. За даними А.Л. Бергмана (1998), близько 1/3 осіб, що покінчили із собою, у момент здійснення самогубства страждали на соматичні хвороби. Захворювання, що прогресують, представляють значну суїцидонебезпечність у зв'язку з постійно наростаючим

стресом, який не дозволяє людині пристосуватися до негативних змін у його житті.

Л.Н. Юр'єва і В.Е. Каракчєєва (1998) відзначають посилення суїцидального ризику при церебрально-органічній патології в процесі хроніфікації органічного захворювання головного мозку й поступовому наростанні психопатизації особистості. За даними авторів, із числа осіб, що страждають на гострі або хронічні захворюваннями, 70% здійснили суїцидальні спроби. Третя частина суїцидентів протягом шести місяців перед самогубством проходила лікування у фахівців різного профілю, що, як ми бачимо, свідчить про стурбованість пацієнтів своїм здоров'ям і пошук ними методів поліпшення свого стану, який їх не задовольняв. Найбільш часто у хворих відзначаються травми опорно-рухового апарату, що призвели до інвалідизації, онкологічні й нефрологічні захворювання (особливо у пацієнтів, що перенесли операцію з трансплантації органів, у більшості випадків при пересадженні нирки), СНІД [15, с. 77]. Кондратенко В.Т., вивчаючи девіантну поведінку, наводить дані причин суїциду підлітків, найбільший відсоток яких (26%) викликаний хворобливими станами. Серед них психози склали 10%, граничні стани - 15%, соматичні захворювання - 1% [11, с. 302].

По даним Каплана Г. і Седдока Б., 15% осіб, що страждають на великий депресивний розлад, здійснюють суїцид. 10% самогубств спостерігається в осіб, що мають біполярний розлад, і в 10% осіб, які страждають на шизофренію. Серед осіб, що мають циклотимічний розлад, граничний розлад, антисоціальний розлад особистості - 10% добровільно йдуть із життя. Суїцидальні спроби відзначаються також при делірії та деменції [10, С.291]. Існують чинники, що визначають ризик суїциду при шизофренії, які чинять істотний вплив на тип суїцидальної поведінки хворих (А.Г.°Амбрумова зі співавт., 1977-1996): вона визначається 1) психогенними реакціями при сприятливому перебігу захворювання (мотиви суїцидальної поведінки пов'язані з усвідомленням власної хвороби, рядом

соціальних обмежень й ін.); 2) специфікою світосприйняття, особистісними властивостями й специфічними світоглядними установками (суїцидонебезпечність обумовлена втратою сенсу життя, уявленнями про безвихідність власного існування та ін.); 3) психопатологічними розладами [1].

Для осіб, що страждають на шизофренію, показник самогубств є досить високим. Нерідко спостерігається імпульсивний тип суїцидальних дій, що були здійснені у стані раптуса (наприклад, при кататонії із сильно вираженим ступенем внутрішньої напруженості) [3]. Суїцидальна поведінка розвивається як реакція на усвідомлення хвороби, зниження продуктивності мислення, депресію, втрату емоцій, переживання маревного характеру й галюцинаторні команди [9].

Ряд синдромів представляють найбільшу суїцидальну небезпеку: афективно-маревний (що сполучає афективні розлади з маревними параноїдними або парафренними розладами), депресивно-параноїдний (спостерігається при МДП, шизофренії, інволюційній депресії); галюцинаторно-параноїдний (представляє сполучення вербальних з маревними ідеями ставлень, переслідування, впливу; спостерігається при шизофренії й шизофреноподібних станах) [15].

У хворих із шизотипічним розладом під впливом стресу може відбутися декомпенсація, що виражається в короткочасних психотичних симптомах, при цьому суїцидонебезпечність становить 10% [9, С.98]. При хронічних маревних розладах ризик агресивних й аутоагресивних (у тому числі й суїцидальних) проявів виникає через відсутність критики хворих до власних маревних переживань.

При індукованому психотичному розладі можливе виникнення суїциду й гоміциду. МКХ-10 допускає індуковані психотичні розлади в групах, реципієнти яких у силу різних причин є залежними від індуктора (наприклад, здійснення групових і масових актів самогубств представниками релігійних громад). Широко відомі масові самогубства, які були здійснені представниками секти «Народного Храму», США - 914 чоловік у 1978 р. отруїлися ціанідом;

послідовниками секти «Гілка Давидова» (30-і роки, США) - більше 80-ти людей учинили самоспалення; «Сонячний Храм» (кінець 80-х, Канада, Швейцарія) - 53 чоловіки загинули в результаті застосування вибухових пристроїв; «Ворота Небесні» (США) - 39 чоловік отруїлися фенobarбіталом. 17.03.2000 року близько 600 adeptів християнської секти «Рух за відновлення Десяти Заповідей» загинули в результаті самоспалення в Уганді. Більшість членів секти становили жінки. Поширені суїциди серед членів секти «Ананда Марга» («Шлях до блаженства») [14].

Для сучасних релігійних самогубств характерний розвиток суїцидальної поведінки, що формується під впливом соціального імперативу прийнятої віри, який найчастіше відображає очікування есхатологічного й апокаліптичного характеру або періодів релігійних гонінь. Це нерідко супроводжуються ідеями обраності, особливого призначення й принесення себе в жертву в ім'я порятунку віри, свого народу, усього людства (месіанізм).

Біполярний афективний розлад може бути обумовлений чинниками психопатологічного й ситуаційного характеру. Причиною виникнення суїцидальної поведінки є психотичні прояви в період рецидиву біполярного афективного розладу, в основі якого лежать переживання психопатологічного характеру. Ініціальна стадія захворювання й період реконвалесценції становить небезпеку розвитку суїцидальної поведінки через усвідомлення хвороби, виникнення труднощів, пов'язаних із соціальними обмеженнями, проблемами побутового й комунікативного характеру, втратою значимих близьких. При цьому мотивами суїцидальної поведінки можуть виступати виклик, уникнення й самопокарання.

В осіб з депресивним епізодом ризик здійснення суїциду в 30 разів перевищує ймовірність самогубств серед населення в цілому, 2/3 хворих мають суїцидальні думки, 10-12% вчиняють суїцидальні спроби. Ендогенні депресії представляють найбільшу групу осіб, що намагалися покінчити із собою. Імпульсивні

суїцидальні дії більше характерні для хворих, що перебувають у важкому стані, однак вони не представляють такий ступінь суїцидальної погрози, як спроби, що здійснюються у період виходу з депресії, т.зв. «парадоксальний суїцид». При ендогенних депресіях найбільша суїцидальна активність відзначається на початку й наприкінці депресивної фази, оскільки не представляється можливим впливати на основний депресивний стан. Особливої обережності слід дотримуватися при виписуванні хворому антидепресантів (особливо т.зв. класичних - трициклічного ряду: меліпрамін, амітриптилін, докsepін та ін.), які можуть бути використані їм для здійснення суїциду. Найбільша суїцидальна небезпека відзначається в перші п'ять років перебігу розладу [9]. Такі психотичні прояви, як ідеї провини, малоцінності, гріховності, переслідування, ущербності, зубожіння, іпохондричне марення, можуть виявитися каталізатором у розвитку суїцидальної поведінки. Хворі з депресивним епізодом можуть здійснювати як справжні (характерні для астеноневротичного періоду розвитку депресії), так і демонстративно-шантажні суїцидальні спроби (звичайно виникаючі в результаті психогенії). Варто підкреслити, що найбільш суїцидонебезпечним є саме початковий етап захворювання.

У наш час до дистимії відносять ряд станів, що раніше зараховувались до невротичних й особистісних розладів. Дистимія представляє стерту форму (у зв'язку з недостатньою тяжкістю й стійкістю симптоматики) рекурентного депресивного розладу. Попов Ю.В. і Вид В.Д. пишуть: «Випадки дистимії, спочатку діагностовані як невротична депресія, по даним віддаленого катамнезу приблизно в 2% переходять у рекурентний депресивний розлад й в 20% у біполярний. Високий ризик суїцидальної поведінки» [9, С.128].

Розлади особистості представляють комплекс ригідних, дезадаптивних особистісних рис, що проявляються порушеннями у формуванні характеру й поведінки індивіда й виражаються в специфічному світосприйнятті, відношенні до себе й оточуючих. До особистісних розладів (по МКХ-9 й DSM-3) відносять:

параноїдні особистісні розлади, шизоїдні, ананкастичні, істеричні; антисоціальні особистісні розлади. До даних розладів були додані (DSM-3) шизотипічні особистісні розлади, нарцисичні, граничні, залежні й пасивно-агресивні особистісні розлади. Від 24% до 31,4% суїцидентів представляють особи з різними особистісними розладами. Найбільший відсоток серед завершених суїцидів мають особи з істеричними розладами особистості (39%), трохи менший відсоток відзначається в осіб з емоційно-нестійкими й збудливими розладами особистості (30%), у тих, що представляють астенічні розлади особистості (11%) й афективні (11%) (А.Г.°Амбрумова, В.А.°Тихоненко, 1980). Для осіб істероїдних та емоційно-нестабільних характерні демонстративно-шантажні форми суїциду (суїцидальні погрози, самоушкодження) [1].

Параноїдний розлад (F60.0) частіше зустрічається в чоловіків. Даний розлад поширений в 0,5-2,5% населення. Особи, що сформувалися в умовах певних комунікативних обмежень (емігранти, громадяни держав з тоталітарним режимом, представники національних й етнічних меншостей, а також особи, що страждають на серйозні дефекти, скажімо, слуху та ін.), представляють групу підвищеного ризику. Для параноїдних розладів особистості характерне переосмислення подій в агресивному напрямку, невдоволення іншими людьми, очікування ворожого, зневажливого відношення з боку оточуючих, підозрілість, заздрісність, невміння прощати образи, хворобливі ревності, нелгідність, кверулянтство, усвідомлення винятковості власної правоти, схильність у всьому бачити обмеження своїх прав і стійке, неадекватне ситуації, прагнення відстоювати ці «знехтувані» права понад усе, виступаючи в ролі «борця за справедливість».

Крім того, в осіб з параноїдним типом особистісних розладів часто зустрічається наявність необґрунтованих думок про змови й схильність до фанатизму. Визначальною рисою осіб даного типу П.Б. Ганнушкін вважав схильність до утворення надцінних ідей, а також переконаність про унікальність

й особливу значимість власної особистості. У професійній діяльності особи з параноїдним розладом особистості справляють враження енергійних, активних людей. При несприятливих обставинах в осіб з даним типом особистісних порушень є підвищеним ризик розвитку тривожних, маревних розладів, депресії, шизофренії.

Серед осіб із шизоїдним розладом особистості (F60.1) відзначається перевага чоловіків (2:1). Цей тип розладу спостерігається в 7,5% населення. Осіб даного типу відрізняє підвищена інтровертованість, замкненість, емоційна холодність, нездатність до встановлення значимих міжособистісних стосунків, відхід у світ фантазій, надмірна заглибленість в інтроспекцію, прояв активного інтересу до деяких видів діяльності (наприклад, захопленість математикою, фізикою, астрономією та ін.), перевага самостійної роботи, зовнішня байдужість до критики й похвали оточуючих, знижений інтерес до сексуального життя (труднощі в реалізації сексуальності збільшують імовірність виникнення різних перверзій), відсутність близьких друзів і прихильності до родичів, відхилення від соціальних норм і вимог. При несприятливих обставинах можливий розвиток шизофренії, ускладнення у вигляді маревного розладу.

Для осіб з параноїдним і шизоїдним особистісними розладами є характерними дивакуватість поведінки, порушення в комунікативній сфері, дистанціювання від оточуючих, втрата соціальних зв'язків, підозрілість, недовірливість та ін.

Істеричні особистісні розлади (F60.4) зустрічаються частіше в жінок. Гістрионічний розлад особистості відзначається в 2-3% населення. Найбільш характерними рисами даного розладу є демонстративність, прагнення бути в центрі уваги. Особам, що представляють даний тип, властиві також ексцентричність, театральність поведінки, навмисне підкреслення власної сексуальності, прагнення викликати захоплення оточуючих, мінливість емоційних реакцій, гіперболізоване вираження почуттів, підвищена сугестивність, схильність до драматизації, поверхнева лабільна афективність,

мінливість у прихильностях, надмірна заклопотаність зовнішністю, екстравагантність у манерах і стилі одягу, фантазерство, позерство, схильність впливу сторонніх осіб й обставин. Особи з істеричними особистісними розладами схильні до частих звернень до лікувальних установ з постійними скаргами на погане самопочуття, нерідко проявляють до близьких жорстокість і черствість. Серед чоловіків зустрічаються псевдологи, схильні до фантазування з метою додання власній особистості більшої значимості в очах оточуючих й/або обману (шахраї, шлюбні аферисти, «народні цілителі» й таке ін.). При несприятливих обставинах можуть виникнути ускладнення у вигляді соматизованих, диссоціативних, депресивних, сексуальних та ін. розладів [4]. Спостерігається схильність до демонстративно-шантажних суїцидальних спроб.

Нарцисичний розлад особистості (F60.8) зустрічається менше ніж в 1% населення й проявляється у вигляді перебільшеного почуття власної значимості й унікальності, надмірного фантазування про свої успіхи й досягнення, потребою у захопленні, визнанні й преклонінні оточуючих, зарозумілості, самовпевненій поведінці, почутті заздрості до оточуючих, відсутності здатності до емпатії, схильності до експлуатування оточуючих в особистих цілях й ін. Для даного розладу характерне виникнення труднощів у лікуванні. Можливі ускладнення у вигляді соматоформних розладів, розладів настрою й пов'язаних із уживанням психоактивних речовин, транзисторних психозів.

Диссоціальний (асоціальний) особистісний розлад (F60.2) з переважною соціопатією або антисоціальною поведінкою проявляється у вираженій, стійкій схильності до порушення закону й норм соціальної поведінки. Даний тип розладу зустрічається у 3% чоловіків й 1% жінок. У місцях позбавлення волі число ув'язнених з антисоціальним розладом особистості може досягати 75% [9]. У дитинстві дані розлади проявляються схильністю до бійок, обману, злочинства та ін. У дорослому віці зустрічається проміскуїтет, агресивно-сексуальна поведінка, уживання алкоголю, наркотиків й ПАР. Для даного типу розладів характерні



нездатність до емпатії, стійке ігнорування соціальних норм, низький поріг виникнення агресивної реакції, фрустраційна толерантність, підвищена дратівливість, імпульсивність учинків, нездатність до співчуття, встановлення стійких стосунків з оточуючими, відсутність усвідомлення провини, схильність до обвинувачення оточуючих і до самовиправдання (покарання й негативний життєвий досвід не змінюють відношення суб'єкта до власної поведінки), нездатність до планування діяльності, ігнорування власної безпеки й безпеки інших осіб. Даний вид розладу нерідко є причиною виникнення правопорушень, проблем кримінального характеру, зловживання психоактивними речовинами, травматизації. При цьому відзначається висока ймовірність насильницької смерті й аутоагресивних дій, аж до суїциду [3].

Емоційно-нестійкий розлад особистості (граничний розлад особистості) (F60.3). Попов Ю.В. і Вид В.Д. описують два підтипи даного розладу: імпульсивний (F60.30) і граничний (F60.31) підтипи. Імпульсивний підтип розповсюджений досить рідко, відзначається перевага осіб чоловічої статі (більшість яких найбільш часто попадають у виправні установи). Характеризується порушеннями міжособистісних стосунків, лабільністю й непередбачуваністю настрою, раптовістю й імпульсивністю вчинків, невмінням прогнозувати результат власних дій, схильністю до конфліктів, каталізатором яких може служити осуд оточуючими імпульсивних дій та вчинків, здійснених суб'єктом, або спроби оточуючих перешкоджати їм, експлозивністю поведінки й нездатністю до самоконтролю, схильністю до спалахів люті, насильства. Спалах агресивності, на відміну від диссоціальних розладів, завершується почуттям провини, жалю щодо того, що сталося, й тривожно-депресивними симптомами. В осіб з даним підтипом розладу частими є конфлікти в професійній (звільнення), сімейній (розлучення), соціальній (правопорушення) та ін. сферах. Виражена імпульсивність може проявлятися в проміскуїтеті, зловживаннях наркотиками й ПАР, фінансових розтратах, порушеннях харчової поведінки (булімія), зневазі

встановленими правилами (наприклад, правилами дорожнього руху - синдром Тоада, та ін.). Присутні аутоагресивні тенденції.

Граничний підтип розладів більш розповсюджений серед жінок (2:1). У популяції даний підтип представлений 1-2%. Характеризується яскраво вираженим страхом самотності, крайньою нестабільністю самооцінки й оцінки оточуючих, поведінки, афекту, порушеннями самосприйняття, формування цілей та переваг (у т.ч. сексуального характеру), прагненням до встановлення інтенсивних, але не тривалих стосунків з оточуючими, що нерідко закінчуються емоційними кризами через вибухи гніву й дратівливості, стійке відчуття внутрішньої порожнечі (спроба її нейтралізації може проявлятися у формі проміскуїтету). Високий ризик соціальної дезадаптації й суїцидальної поведінки пов'язаний з емоційною декомпенсацією. Можливі повторні саморуйнівні дії. Мотивом суїцидальних спроб виступає заклик про допомогу з метою привертання уваги оточуючих до своєї проблеми. При емоційно-нестійкому розладі особистості можливі аутоагресивні прояви у вигляді покалічення й суїцидальних дій; розвиток депресії, соматоформних розладів, зловживання психоактивними речовинами.

Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості (F60.5) частіше зустрічається в чоловіків. Характеризується зануренням в деталізацію, наказами, списками, правилами й т.д., за яких втрачається основна мета роботи; перфекціонізмом, постійним прагненням до вдосконалення, яке заважає завершенню розпочатої справи; гіперзахопленістю роботою на шкоду відпочинку й міжособистісним стосункам (аж до повної відмови від них); надмірною педантичністю, скрупульозністю; вимогами до інших осіб виконувати роботу точно у відповідності до отриманих вказівок; ригідністю, упертістю; накопиченням, схильністю зберігати старі, непотрібні речі, дотримуванням соціальних умовностей; скнарністю у відношенні до себе й оточуючих осіб. Особи даного типу мають високу працездатність, займаються професійною діяльністю

на шкоду іншим сферам, їм властивий постійний страх здійснення помилки або допущення неточності при виконанні своїх обов'язків. При несприятливій ситуації можливі ускладнення у вигляді депресивних і соматоформних розладів.

Тривожний розлад особистості у вигляді ухилення або уникнення (F60.6). Зустрічається у 0,05-1% населення. Характеризується інтровертованістю, яка викликана заниженою самооцінкою, відхиленням від професійної й соціальної діяльності, що вимагає міжособистісних контактів і відповідальності; страхом критики й несхвалення з боку оточуючих; небажанням вступати в контакти при відсутності гарантії сподобатися; відчуттям власної неповноцінності, малозначимості; стриманістю в інтимних контактах через страх глузувань із боку партнера. Під впливом несприятливого збігу обставин можуть розвинути соціальна фобія, тривожно-депресивні стани.

Залежний розлад особистості (F60.7) зустрічається частіше в жінок. Поширеність становить 2,5% від усіх особистісних розладів. Характеризується заниженою самооцінкою, непевністю в собі, утрудненим модусом прийняття рішень, прагненням перекладати відповідальність на інших; підпорядкуванням власних інтересів і потреб іншим особам, залежністю; страхом виражати незгоду через можливість втрати підтримки; страхом бути кинутим і нездатністю до самостійного життя. У випадку несприятливих обставин можливий розвиток депресивних розладів.

Інші розлади особистості, виділення яких як самостійних типів вважається суперечливим, представлені пасивно-агресивним розладом особистості й депресивним розладом. Пасивно-агресивний розлад особистості характеризується низьким рівнем самоствердження; пасивним опором керівництву, перешкодою й свідомим затягуванням рішень професійних і соціальних завдань; низькою продуктивністю діяльності; прагненням до постійних спорів; перебільшенням власних проблем і невдач; скаргами на нерозуміння оточуючих і невинувато низьку оцінку праці; необґрунтованою

критикою або презирливим відношенням до осіб, що займають соціально вищу ступінь; підвищеним рівнем конфліктності й дратівливістю при необхідності виконання небажаних робіт; заздрісністю й недоброзичливістю до більш успішних людей; зміною непокори й каяття в негативній поведінці. При несприятливих обставинах можливе зловживання алкоголем, трудова дезадаптація, розвиток депресивних, соматизованих розладів. Характерні суїцидальні погрози та суїцидальні спроби, які носять, переважно, демонстративно-шантажний характер. Депресивний розлад особистості є досить поширеним. Характеризується наявністю подавленого, похмурого настрою; песимістичним світоглядом; низькою самооцінкою; надмірною самокритичністю, відчуттям малозначимості й неповноцінності; схильністю до самозвинувачень; негативним, критичним відношенням до оточуючих осіб. При несприятливій ситуації існує ймовірність розвитку дистимічного й великого депресивного розладу, що може привести до розвитку суїцидальної поведінки.

До акцентуйованих особистостей К. Leonhard відносить «...особистостей, що володіють якоюсь однією характерологічною рисою, що визначає стиль особистісних реакцій, але гіпертрофованою тільки щодо інших характерологічних властивостей тієї ж особистості, а не щодо норм поведінки й особистісних людських рис взагалі. Поза стресовими станами поведінки й реакції акцентуйованих особистостей не представляють ніякої патології, а надають образу людини лише риси більшої визначеності й передбачуваності... Акцентуація являє собою найбільш тендітну ланку особистісної структури тільки в умовах підвищеного емоційного, стресового навантаження» [5, 77-78].

При аутоагресивному типі поведінки спостерігається стан афективної напруги. Афективні реакції характеризуються стрімкістю прояву, специфічним відбиванням і сприйняттям подій, що відбуваються, дезорганізацією поведінки, специфічним звуженням свідомості. Афекти - інтенсивні, короточасні емоційні

прояви, що виникають раптово, у результаті фрустрації провідних потреб особистості. Поляковою І.В. було описано три типи афективних реакцій:

1) гострі первинні афективні реакції (виникають у результаті раптового впливу психогенного фактору, найбільш значимого для особистості. Характерні для осіб збудливих, лабільно-істероїдного, афективно-лабільного типів);

2) вторинні афективні реакції (виникають у результаті впливу додаткових психотравмуючих факторів на тлі недозволеного первинного конфлікту: характерні для осіб, що відрізняються завищеним рівнем домагань, стеничністю або заниженою самооцінкою, уразливістю, невпевненістю в собі);

3) афективні реакції «акумуляції» (виникають у результаті впливу на особистість ряду складних, тривалих психотравмуючих ситуацій, що поступово знижує захисні можливості суїцидента. Додаткова травматизація може з'явитися катализатором у виникненні суїцидальної поведінки. Характерні для особистостей емотивно-лабільного, афективно-лабільного й сенситивного типів) [8].

Існує ряд соціально-психологічних чинників особистості, що перешкоджають формуванню суїцидальної активності або стримують її, та які проявляються в певних психологічних і соціальних установках, переконаннях (емоційна прихильність до близьких, батьківські обов'язки, виражене почуття обов'язку, відповідальності, наявність творчих планів, нереалізованих життєвих можливостей, концентрація уваги на власному здоров'ї, страх болю й фізичних страждань, стійка переконаність про гріховність суїциду, залежність від суспільної думки, уявлення про ганебність самогубства й бажання уникнути осуду з боку оточуючих, наявність певних критеріїв про суїцид, як про неестетичну смерть й ін.). Однак багато чинників можуть виступати як у якості стримуючих суїцидальну поведінку, так й у якості провокуючих її:

- релігійні переконання (наприклад, у сповідуючих іслам суїцид «інтихар» вважається гріхом, тобто є стримуючим фактором, а дії терористів-смертників - «істишхад» - є почесною самопожертвою на ім'я Аллаха);

- виражене почуття обов'язку змушує людину боротися із труднощами й виживати, не дивлячись ні на що (наприклад, у періоди екстремальних ситуацій - війн, катастроф, екологічних нещасть та ін., однак обов'язок перед постраждалими, прагнення врятувати життя інших людей, є причиною добровільної самопожертви);

- любов до близьких, турбота про рідних - стримуючий фактор, однак, прагнення не бути тягарем для близьких (наприклад, при невиліковному захворюванні, каліцтві) - провокуючий фактор;

- батьківські обов'язки - стримуючий фактор, але смерть дитини або усвідомлення того, що дитина більше не має потреби в турботі й спростовує її - провокуючий фактор (наприклад, самогубство М. Цвєтаєвої);

- страх болю й фізичних страждань можуть виступати стримуючим фактором у здійсненні суїцидальних дій, однак, постійний біль (наприклад у результаті важких травм або хронічних захворювань), навпаки, може з'явитися причиною виникнення й розвитку суїцидальної поведінки;

- страх осуду з боку оточуючих можуть стримувати людину від самогубства, але, наприклад, здійснення важкого правопорушення, що різко засуджується суспільством, навпаки, може підштовхнути до суїциду через страх ганьби й страху відповідальності та ін.

Варто підкреслити, що наявність серйозного захворювання або каліцтва, при досягненні стабільного стану здоров'я, дозволяє хворому адаптуватися до умов, що змінилися, і знижує ризик виникнення й розвитку суїцидальної поведінки.

Для прогнозування поведінки й визначення ступеню суїцидального ризику осіб у різних кризових ситуаціях необхідне знання психологічних особливостей особистості, а також всебічний аналіз чинників, здатних впливати на формування

й розвиток суїцидальної поведінки в осіб з різними характерологічними особливостями, з метою розробки ефективних програм суїцидологічної превенції.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. - М., 1980.
2. Берман А. Суицид - общие теории и предотвращение. Режим доступа: [www.ihitk.lib.ru](http://www.ihitk.lib.ru) [19].
3. Бауэр М., Фрайберг Г., Газельбек Г., Гофер Г. и др. Психиатрия, психосоматика, психотерапия.- М.: Изд. "Алетейя", 1999. – 504 с.
4. Клиническая психиатрия: Пер. с англ., перераб. и доп. //Гл. ред.Т.Б. Дмитриева.- М.: Изд. «ГОЭТАР МЕДИЦИНА», 1999. – 602 с.
5. Леонгард К. Акцентуированные личности. – Ростов Н/Д: Феникс, 2000.
6. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Пособие для врачей- М.: Изд. «Новая Волна», в 2-х томах, Т.1, Т2.
7. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология.- М.: Изд. «МЕДпресс», 1999. – 592 с.
8. Полякова И.В. О некоторых аффективных реакциях у суицидентов. //Научные и организационные проблемы суицидологии.– М., 1983.– С. 109 – 114.
9. Попов Ю.В., Вид В.Д., Современная клиническая психиатрия.- СПб.: Речь, 2000. – 402 с.
10. Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах. Клиническая психология / Ред. – сост. Л.А.Карпенко // Под общ. ред. А.В. Петровского.- М.: ПЕР СЭ, 2007. – 416 с.
11. Психология экстремальных ситуаций: Хрестоматия / Сост. А.Е.Тарас, К.В.Сельчонок. – М.: АСТ, Мн.: Харвест, 2001. – 480 с.
12. Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия / Сост.К.В.Сельчёнок. – М.: АСТ, Мн.: Харвест, 1999.– 640 с.
13. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. - М.: Когито-Центр, 2005. – 376 с. (Клиническая психология).
14. Энциклопедия преступлений и катастроф. Преступления в психиатрии /Авт.-сост. Т.Б. Фадеева. – Мн.: Современный литератор, 1998. – 512 с.
15. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния.- Днепропетровск: Изд."Арт-Пресс", 1998. – 162 с.
16. Alan L. Berman. [Суицид - общие теории и предотвращение](http://www.ihitk.lib.ru) (перевод К. Брежнева ), 1998:[Электронный ресурс] – Интернет – Режим доступа:<http://www.psyinst.ru/library.php?part=article&id=1676>.