

# **Технологія роботи з суїцидальними клієнтами у методі транзакційного аналізу.**

**канд. пед. наук, старший викладач кафедри  
соціальної педагогіки та соціальної роботи**

**Клименко Юлія Анатоліївна**

Згідно 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 [7]. 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 [6].

З огляду на постійний ріст кількості суїцидів, актуалізується необхідність поглиблення знань про суїцид як феномен, а також розширення арсеналу стратегій та методів роботи з людьми, які проявляють суїцидальну поведінку. На нашу думку, робота, направлена 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 допомагаючих професій, зокрема соціальних працівників, соціальних педагогів, психологів, психотерапевтів. Представники цих професій щоденно зустрічаються 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.

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. Метою цієї статті є висвітлення розуміння природи суїцидальної поведінки та особливостей роботи з суїцидальними клієнтами у методі транзакційного аналізу. Висвітлений у статті матеріал може бути корисним соціальним працівникам, психологам та

іншим фахівцям, які у своїй практиці можуть зустрічатися з суїцидальними людьми. Для кращого розуміння даної статті пропонуємо короткий словник термінів транзакційного аналізу.

**Модель особистості, заснована на станах Я** – модель, що описує особистість у термінах станів Я Родителя, Дорослого і Дитини.

**Стан Я** – стійкий малюнок почуттів і переживань, безпосередньо пов'язаний з відповідним стійким малюнком поведінки.

**Стан Я Родителя** – сукупність поведінкових проявів, думок і почуттів, скопійованих у батьків чи осіб, що їх заміняли, тобто запозичений стан Я.

**Турботливий Родитель** – частина Родителя в рамках функціональної моделі особистості, що показує, як індивід може використовувати цей стан Я для виховання, піклування чи допомоги.

**Критикуючий Родитель** – частина Родителя в рамках функціональної моделі особистості, що показує, як індивід може використовувати цей стан Я для контролю, управління, або критики.

**Стан Я Дорослого** – сукупність поведінкових проявів, думок і почуттів, які є безпосереднім відгуком на те, що відбувається, а не відтворенням засвоєного у батьків або осіб, що їх заміняли, чи відлунням дитинства даного індивіда.

**Стан Я Дитини** – сукупність поведінкових проявів, думок і почуттів, які є відлунням дитинства даного індивіда, - тобто архаїчний стан його Я.

**Вільна Дитина** – частина Дитини в рамках функціональної моделі особистості, що показує, як людина може використовувати цей стан Я для вираження своїх почуттів чи бажань без будь-якої цензури та урахування існуючих правил чи вимог суспільства.

**Адаптивна Дитина** – у функціональній моделі особистості – частина Дитини, що показує, як індивід може використовувати цей стан Я для пристосування до існуючих правил або суспільних вимог.

**Маленький професор (Дорослий у Дитині)** – у структурній моделі – частина Дитини, у якій представлені вироблені дитиною стратегії освоєння дійсності і вирішення проблем.

**Дитина в Дитині** – у структурній моделі – частина Дитини, у якій представлена сукупність спогадів про переживання ранніх стадій розвитку.

**Сценарій** – не усвідомлюваний людиною план життя, що складається нею у дитинстві, підкріплюється батьками, «виправдовується» наступними подіями і завершується так, як було вирішено з самого початку.

**Заборона** – негативне, заборонне сценарне послання, що надходить від Дитини родителя і запам'ятовується в Дитині дитини.

**Контракт** – явно прийняті двосторонні зобов'язання щодо певного чітко визначеного плану діяльності; зобов'язання щось змінити, яке дається собі або іншим.

**Рішення** – погляд людини на себе, інших людей і життя в цілому, засвоєний в дитинстві як найкращий спосіб виживання і задоволення потреб, доступний в рамках обмежень, що накладаються дитячим характером сприйняття й освоєння дійсності.

**Перерішення** – заміна самообмежувального раннього рішення новим рішенням, що враховує всю повноту ресурсів дорослої людини [4, 362-375].

Найкраще з точки зору транзакційного аналізу пояснює суїцид теорія Ранніх рішень Боба і Мері Гулдінгів [3]. 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

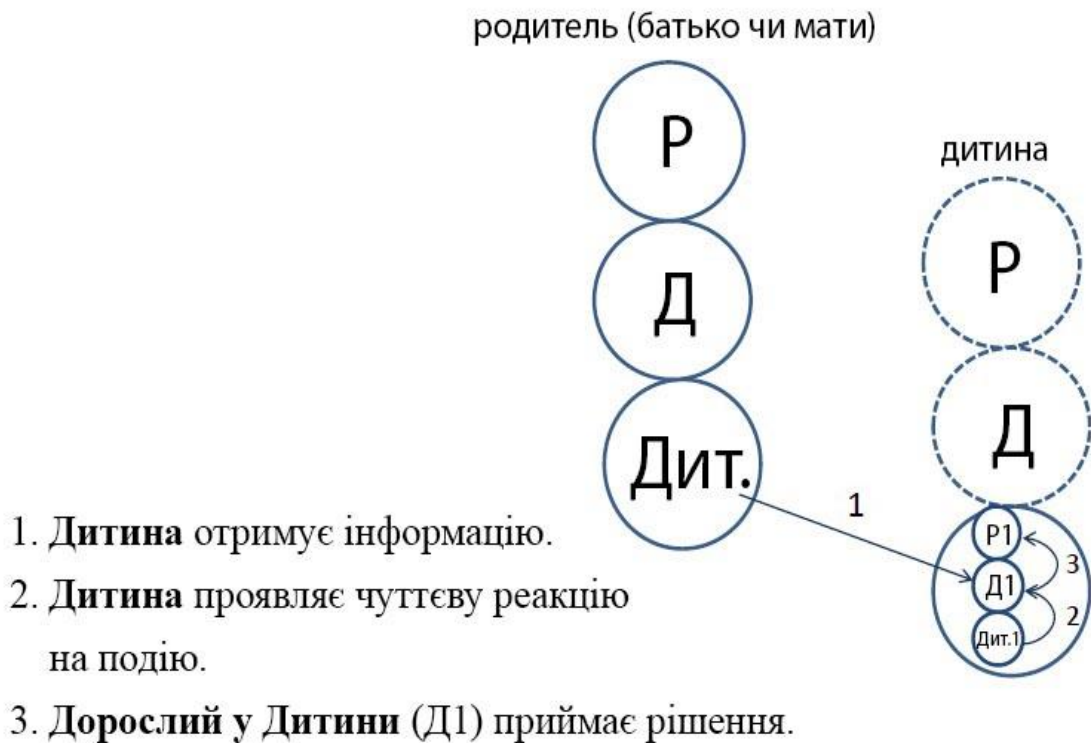
відчувати страх і гнів через те, що вона не може будувати своє життя так, як вона планувала і змушена перебудувувати його відповідно до потреб дитини. Отже, ще в ранньому дитинстві дитина може відчути, що «було б краще, якби її не було». В подальшому такі відчуття дитини можуть підкріплюватися фізичними 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.

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 [2].

## Теорія Раннього рішення Боба і Мері Гулдінгів



Малюнок 1

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 прийнятті 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».

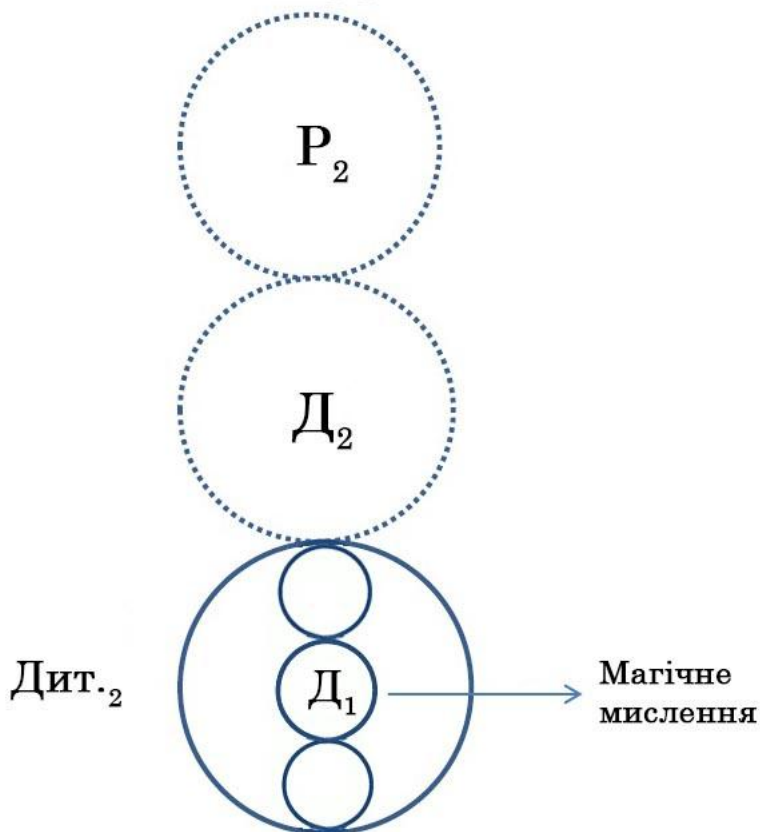
Дитина може прийти також до інших рішень. Наприклад, коли дитину б'ють, вона може вирішити, що її б'ють через те, що вона погана і всім було б краще, якби її взагалі не було. Або ж піти іншим шляхом, проявити гнів прийти до висновку, що мама і тато нехороші люди, і те, що вони мене б'ють - це не моя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

## Его-стан дитини



Малюнок 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 огороджують 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.

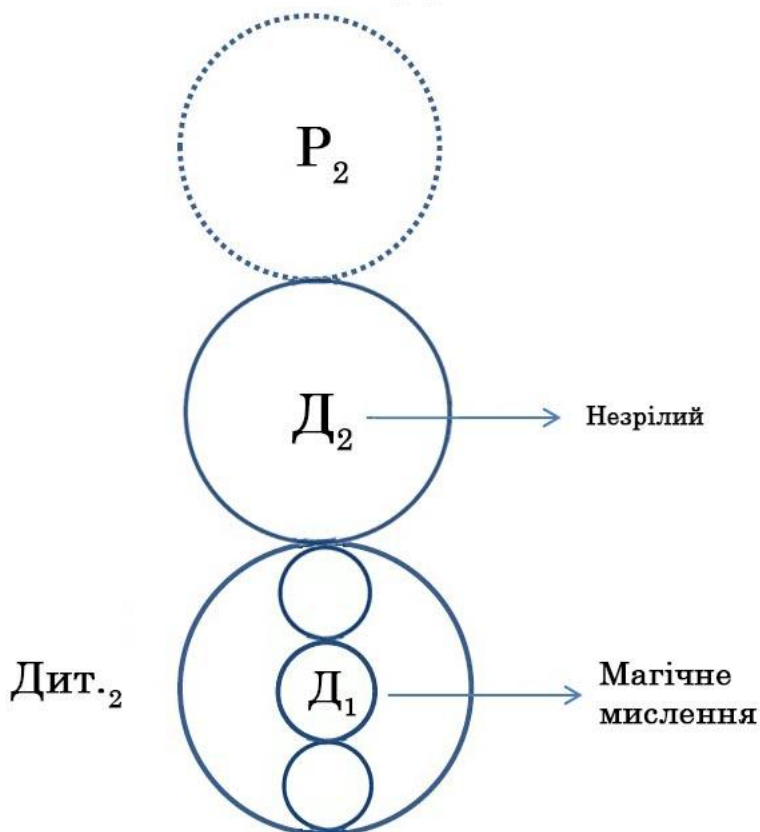
Ефективною профілактикою суїцидальної поведінки у дітей також вбачаємо сам стиль виховання дітей, що направлений на розвиток та укріплення его-стану Вільна Дитина. Такий стиль передбачає любляче, турботливе ставлення до дитини. Дитина може вільно виражати свої емоції, потреби та бажання, може висловлювати свою власну думку, що може відрізнитися від думки батьків і бути при цьому прийнятою. 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 непримінімі, 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



Малюнок 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.

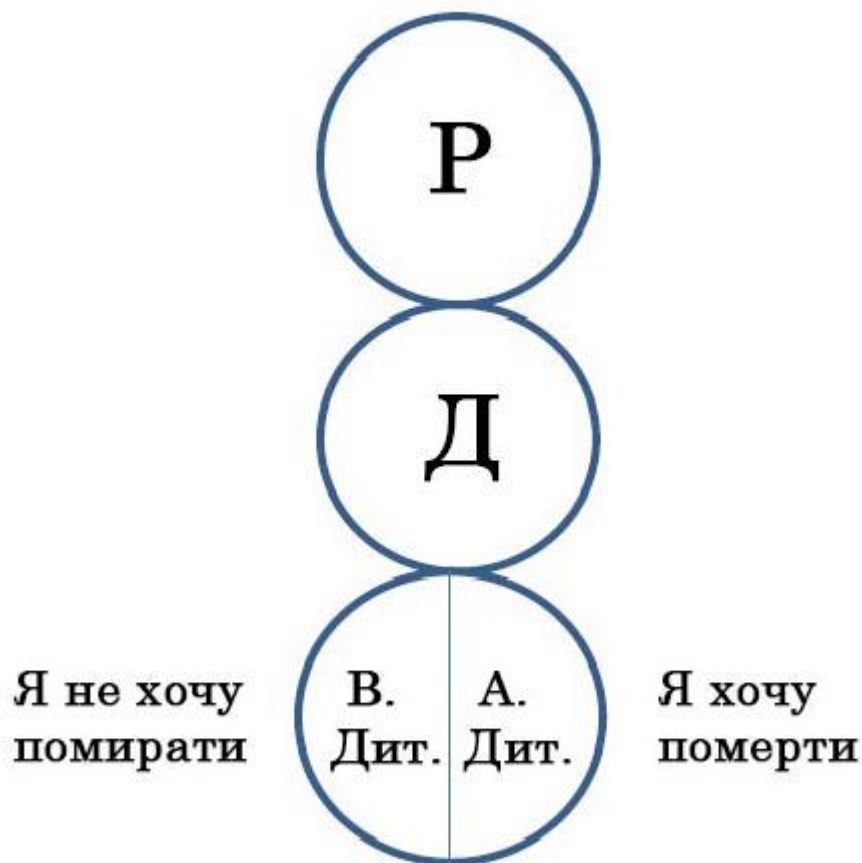
Осягнувши процес зародження суїцидальності, а також умови, що становлять особливий ризик можливості скоєння суїциду, розглянемо також ще одну важливу теорію, яка дозволяє зрозуміти, що відбувається всередині суїцидальної особистості і як переживається суїцидальність. Це теорія суїцидальної амбівалентності. 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.

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.

## Суїцидальна амбівалентність



Малюнок 4

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

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 самостійно.

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

існуй»). 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 еґо-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 уможлиблюється 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.

У даному розділі монографії мирозглянули теорію суїцидальності з точки зору транзакційного аналізу, проаналізували особливості суїцидальності дітей та підлітків, а також висвітлили деякі стратегії та техніки роботи фахівців прямої практики із суїцидальними клієнтами.

Використані джерела:

1. 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.
2. Вайт Т. Работа с суицидальными клиентами. Подростковый суицид. Антисуицидальные контракты // Рабочие листы// УАТА. – Киев, 2016 – 7 с.
3. Гулдинг М., Гулдинг Р. Психотерапия нового решения. Теория и практика / М. Гулдинг, Р. Гулдинг . – М.: Независимая фирма «Класс», 1997. – 288 с.
4. Стюарт Й., Джойнс В. Основы ТА: Транзакційний аналіз: Пер. з англ. – К.: ФАДА, ЛТД, 2002. – 393 с.: іл.
5. White T. Working with Suicidal Individuals. A Guide to Providing Understanding, Assessment and support. – Jessica Kingsley Publishers. – London, 2011 – 272 p.
6. Юнісеф: <https://www.unicef.org/ukraine/ukr/>
7. World Health Organization: <http://www.who.int/countries/ukr/en/>