

УДК 159.95/612.8

Ткач Б.М.

НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Ткач Б.М. Нейропсихологічні підходи до корекції суїцидальної поведінки. У статті проаналізовано сучасні підходи до корекції суїцидальної поведінки та представлено власні напрацювання. Розкрито нейропсихологічний аспект психодинаміки суїцидального процесу та нейрохімічні особливості суїцидального мозку. Показано причетність порушення нейрогенезу до появи суїцидальної поведінки. Описано напрями роботи когнітивно-біхевіоральної терапії з тілом, емоціями, когнітивною сферою та поведінкою потенційного суїцидента.

Розглянуто психодинаміку суїцидального процесу, можливість застосування бригадної моделі надання психологічної допомоги особам, схильним до суїциду. Представлено поетапні завдання когнітивно-концептуальної терапії з особами, потенційно схильними до суїциду. Показана важливість роботи із сновидіннями та застосування антисуїцидальних чинників.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, особистість, префронтальна кора, серотонін, депресія, нейрокорекція.

Ткач Б.Н. Нейропсихологические подходы к коррекции суицидального поведения. В статье проанализированы современные подходы к коррекции суицидального поведения и представлены собственные наработки. Раскрыты нейропсихологический аспект психодинамики суицидального процесса и нейрохимические особенности суицидального мозга. Показано причастность нарушения нейрогенеза к появлению суицидального поведения. Описаны направления работы когнитивно-бихевиориальной терапии с телом, эмоциями, когнитивной сферой и поведением потенциального суицидента.

Рассмотрена психодинамика суицидального процесса, возможность применения бригадной модели оказания психологической помощи лицам, склонным к суициду. Представлены поэтапные задачи когнитивно-концептуальной терапии с лицами, потенциально склонными к суициду. Показана важность работы со сновидениями и применения антисуицидальных факторов.

Ключевые слова: суицидальное поведение, личность, префронтальная кора, серотонин, депрессия, нейрокоррекция.

Постановка проблеми. Проблема суїцидальної поведінки особистості прослідковується впродовж всієї історії буття людства. Незважаючи на комплексне вивчення різними галузями наук, вона залишається однією з провідних соціально значущих проблем у світі. Поступ нейронаук за останнє десятиліття дозволив значно зрозуміти сутність людської психіки. Проте нейротехнології ще недостатньо впроваджуються для корекції особистості з суїцидальною поведінкою.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Аналіз фахової літератури показав наявність великої кількості праць, присвячених медикаментозній профілактиці ризику суїцидальної поведінки у психічно хворих [8]. Зокрема S. Desmyter і S.L. Sommerfeldt описують важливість просвітницької роботи серед груп ризику до суїциду [6; 14]. Також є дані про успіхи у запобіганні суїциду у хворих на важку форму депресії при застосуванні транскраніальної магнітної стимуляції (R.J. Koek) [10]. Група дослідників (V. Burch, R. Davidson, D. Penman, J. Schwartz) представила медитативні техніки, завдяки яким підвищується стресостійкість людини як у звичних умовах буття, так і в екстремальних [5; 11]. В останніх дослідженнях приділяється велика увага вивченню зв'язку між появою суїцидальної поведінки та порушенням нейрогенезу (B.L. Alderman, D.M. Apple) [1; 2].

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. Невідомими до кінця є причини, через які пересічна людина в певний момент буття стає потенційним суїцидентом. На сучасному етапі непередбачуваними залишаються наслідки сугестивної терапії при схильності до суїциду. Застосування різних психотерапевтичних підходів у рамках різних психологічних напрямів терапії не дозволяє істотно зменшити рівень самогубств серед психічно здорових людей. На наше переконання, це зумовлено відсутністю нейропсихологічного розуміння психодинаміки суїцидального процесу та недостатньою кількістю розроблених методів нейрокорекції суїцидальної поведінки.

Метою статті є нейропсихологічне пояснення механізмів виникнення суїцидальної поведінки та висвітлення шляхів нейрокорекції осіб, потенційно схильних до суїциду.

Завдання: розкрити нейропсихологічний аспект психодинаміки суїцидального процесу; описати особливості суїцидального мозку; представити сучасні підходи до нейрокорекції суїцидального мозку; представити власний досвід у профілактиці суїцидальної поведінки; визначити подальші перспективи дослідження.

Виклад основного матеріалу та результатів дослідження. Суїцидальна поведінка у осіб без психіатричної патології виникає, коли психотравмуючі чинники виявляються сильнішим, ніж захисні механізми. Нейропсихологічною основою суїцидальної поведінки, на думку J.A. Bridge, S. Desmyter, J.G. Keilp, S.L. Sommerfeldt, є: дисфункція вентральної, гіперфункція дорзолатеральної та гіпофункція орбітофронтальної частин префронтальної кори; гіперактивність неокортексту правої півкулі мозку та зменшення правого парагіпокампа [3; 6; 9; 14]. Нейрохімічними особливостями суїцидального мозку є зниження серотонінергічної активності мозку загалом та більш висока активність серотонінових рецепторів у лівій орбітальній корі мозку. Це призводить до депресії, відчуженого ставлення до свого тіла, підвищення болювого порогу, ослаблення когнітивних функцій (візуальної та вербальної пам'яті, порушення зорово-просторової орієнтації, ослаблення оцінювальної функції, порушення уваги, ослаблення оперативної пам'яті, нездатності розпізнавати небезпечні ситуації і користатися своїм життєвим досвідом), збереження інтелекту та цілеспрямованості у поведінці, нездатності долати стрес [3; 6; 9; 14]. Появі суїцидальних думок, згідно з T. Forkmann, передують зміна активності блукаючого нерва – вісцеральний компонент суїциду (некомфортні відчуття у тілі та зміна роботи внутрішніх органів) [7].

Останні дослідження доводять, що причиною депресії, як тригера суїциду, є порушення нейрогенезу. До чинників, що його порушують, відносяться: стреси (медіа, динамізм часу), розлади сну (гіпосомнія), старіння, токсичні речовини (алкоголь, нікотин, наркотики, продукти з ГМО тощо), небезпечне опромінення (мобільні телефони тощо). Чинники, які покращують нейрогенез: фізична активність (біг, ходьба, йога тощо), когнітивна діяльність (навчання), оптимальний секс та правильне харчування (збалансований склад білків, жирів, вуглеводів, мінералів, вітамінів; регулярне голодування; тривале розжовування їжі; водний баланс) [1; 2; 13].

У рамках біхевіористично-когнітивної терапії робота проводиться з тілом (психосоматика, тілесні відчуття; блукаючий нерв), з емоціями (гальмування деструктивних емоцій; лімбічна система), з когнітивною сферою (робота з когнітивними упередженнями; префронтальна кора) і з поведінкою (посилення цілеспрямованості упорядкованості та усвідомленості дій; префронтальна кора). Це все прояви проблеми, з якими психотерапевт вчить клієнта працювати, а сама проблема полягає у внутрішньому конфлікті в «самому Я» чи «Я з Ми». Причиною даного конфлікту є порушення когнітивних функцій через вищевказані нейрофізіологічні зміни в мозку. Добратися до проблеми перешкоджають захисні механізми та змінені когнітивні процеси, які не допускають до «ядра Особистості», адже конфлікт між «Особистістю» і «Обставинами» доведеться вирішувати двома шляхами: змінити «Особистість» або змінити «Обставини». Завдання психотерапевта – навчити особистість розпізнавати захисні механізми та вирішувати конфлікт.

Дуже зручною на практиці для діагностики тілесно-емоційно-поведінкових порушень виявилася парадигма Р. Девідсона у емоційній нейронауці. За Р. Девідсоном, серед спектру емоційних реакцій, які людина зазнає у різних ситуаціях, існує шість емоційних стилів. Кожному емоційному стилю відповідає конкретний нейронний контур у мозку [4].

Перший емоційний стиль – «Стійкість» («Емоційна гнучкість») описує, наскільки швидко чи повільно людина відновлюється після неприємностей. Особам, які швидко відновлюються після невдач, притаманні висока активність у лівій префронтальній корі та активні зв'язки між префронтальною корою та мигдалиною. Остання пов'язана з тривогою і страхом.

Другий емоційний стиль – «Прогнозування» описує, як довго людина здатна зазнавати і зберігати позитивні емоції після якоїсь приємної події. Якщо до прилеглого ядра від префронтальної кори надходить багато сигналів, то у людини формується позитивне «прогнозування». Тоді як низька активність ядра через низький внесок префронтальної кори призводить до негативного та песимістичного погляду на життя.

Третій емоційний стиль – «Самосвідомість» описує, наскільки людина усвідомлює внутрішні процеси у своєму тілі, свої тілесні відчуття, які пов'язані з переживаннями в даний момент. Нервовою основою цього стилю є острівцевий Рейля, який отримує сигнали від внутрішніх органів і визначає тілесні прояви емоційних реакцій.

Четвертий емоційний стиль – «Соціальна чутливість» описує, наскільки людина уважна і чутлива до різних невербальних сигналів, які надходять до неї із соціального оточення. Цими сигналами можуть бути інтонація, міміка, зміна пози тіла або будь-який рух, погляд. Нервовою основою є мигдалина і веретеноподібна закрутка. Низький рівень активності в закрутці та високий у мигдалині призводить до крайньої ступені нечутливості до інших людей.

П'ятий емоційний стиль – «Чутливість до контексту» описує, наскільки точно людина здатна оцінювати соціальний контекст і поводитися певним чином. Цей стиль пов'язаний з префронтальною корою і гіпокампом. Саме гіпокамп відіграє важливу роль у формуванні довготривалих спогадів. Чим вища активність цих структур, тим краще людина оцінює контекст.

Шостий емоційний стиль – «Уважність» описує здатність людини за власним бажанням фокусувати увагу на чомусь (об'єкт, задача) і утримувати її так довго, наскільки це необхідно. Відповідає за цей стиль префронтальна кора.

Р. Девідсон вивчав емоційну сферу (лімбічну систему), але як бачимо у представленому спектрі емоційних реакцій задіяні «рептильний мозок» і неокортекс.

Щоб терапевтичний процес був ефективним, ми пропонуємо спочатку подолати «патологічний гомеостаз» у мозку, зокрема, і в організмі загалом. Це складно, але з нейропсихологічним розумінням психодинаміки девіантного процесу стає можливим. Для цього необхідно відновити нейрогенез та, використавши нейропластику, змістити нейронну активність мозку з правої півкулі в ліву або принаймні збалансувати. Нерозуміння нейропсихологічного аспекту психодинаміки суїцидальної та девіантної поведінки зведе нанівець усі зусилля психотерапії і не попередить суїцид.

J. Schwartz у своєму дослідженні показав як, застосувавши глибоку медитацію у рамках когнітивно-біхевіоріальної терапії, можна вплинути на активність префронтальної кори, яка є провідною ланкою в obsесивно-компульсивному розладі. Після десяти тижнів практики медитації у 12 з 18 пацієнтів стан покращився. Це явище, коли мозок може зцілювати сам себе, J. Schwartz назвав «самокерованою нейропластикою» [13].

D. Penman і V. Burch розробили усвідомлену медитацію при депресії та загалом для людей у динамічному суспільстві, сповненому стресами. Приділяючи усвідомленій медитації 15 хв. в день, люди навчилися зупиняти потік думок та емоцій, щоб зосередитися на тому, що дійсно відбувається у їхньому бутті. Зараз ця методика рекомендована британським міністерством охорони здоров'я [11].

R. Davidson виявив, що в осіб з підвищеною активністю правої півкулі мозку більш вищий поріг для задоволення. Відносна міжпівкульна збалансована активність вважається маркером точки відліку для щастя. Після позитивної чи негативної емоційної реакції міжпівкульна активність завжди повертається до цієї точки (перший емоційний стиль). R. Davidson поставив гіпотезу: якщо за допомогою медитації у рамках когнітивно-біхевіоріальної терапії можна позбутися депресії, obsесивно-компульсивного розладу, то чи є можливим за допомогою лише думки (медитативних технік) досягти змін у мозку, а це є основою довготривалого щастя та інших позитивних емоцій (другий емоційний стиль). Свій вибір він зупинив на почутті «співчуття» (відповідає вентромедіальна частина префронтальної кори). Для дослідження було сформовано дві групи: перша із випадкових студентів, а друга з буддистських монахів. Буддистські монахи навчили студентів медитації на «співчуття». До і після медитативної практики було проведено вивчення міжпівкульної активності МРТ. Виявилось, що в студентів активність з правої півкулі рівномірно розподілилася по обох півкулях і найвища активність була зафіксована в ділянках мозку, пов'язаних із співпереживанням і материнською любов'ю. Натомість у монахів активність була рівномірно розподілена по обом півкулях, а після медитації змістилася в ліву півкулю. Можна зробити висновок про те, що відчуття співпереживання і відчуття щастя можна натренувати [5].

Згідно з даними різних авторів [5; 11; 13], ефективність медитації є еквівалентна фармакотерапії. Тут варто зазначити, що нейропсихологічні механізми зцілення фармакотерапії і медитації у рамках когнітивно-біхевіоріальної терапії кардинально різні.

Як відомо, у психіатрії для подолання депресії використовують трициклічні антидепресанти, інгібітори моноаміноксидази та селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну. Отже, трициклічні антидепресанти зменшують поглинання нейронами норадреналіну, серотоніну та інших медіаторів, що призводить до збільшення їхньої кількості в мозку. Препарати володіють як заспокійливим, так і збудливим ефектом. Антидепресивний ефект настає через три тижні, а стабільний результат терапії – через кілька місяців. Інгібітори моноаміноксидази, заблокувавши моноаміноксидазу, яка руйнує серотонін, норадреналін та інші гормони, сприяють зростанню концентрації вищезазначених амінів у мозку. Володіє ця група препаратів яскраво вираженим психостимулюючим ефектом. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну блокують зворотне захоплення серотоніну в синапсах, і це призводить до збільшення його концентрації в мозку. У всіх препаратів є побічні ефекти, особливо у перших двох групах. Зокрема, усі групи препаратів підвищують активність префронтальної кори та понижують активність гіпоталамусу і лімбічної системи [8]. Тобто, у людини посилюються переживання, з'являється неспокій і водночас зменшується можливість їх емоційного проявлення. Натомість при застосуванні медитативних технік надмірна активність префронтальної кори зменшується за рахунок послаблення безпідставних переживань, обмірковування та осмислення фруструючих ситуацій минулого, тоді як зростає активність емоційних центрів [1; 5; 12].

Очевидно, що зміна моделі поведінки у людини шляхом нейропластики є оптимальною, на відміну від фармакологічного балансування медіаторів у мозку. Ці дослідження надихнули нас вести пошук медитацій для всіх частин префронтальної кори мозку. Адже анатомічними структурами, на які ми

впливаємо для зміни девіантного мозку, є: прилегле ядро; орбіто-фронтальна, дорзолатеральна і вентромедіальна ділянки префронтальної кори; скронева кора з гіпокампом; сенсорні поля.

Варто більш детально розглянути психодинаміку суїцидального процесу, яка починається саме з реакції на психотравму. Отже, психологічна травма (або потенційно психотравматична подія) – це потрясіння, котре переживає людина, будучи безпосередньо об'єктом чи очевидцем (навіть опосередковано через засоби зв'язку чи медіа). Психотравма проявляється не у момент події (під час процесу сприйняття), а в момент усвідомлення. Тобто, психотравматизація людини відбувається через деякий час після події. Цей проміжок часу може бути від 9 секунд до десятків років. Актуалізація у свідомості небезпеки, яка минула щойно чи давно, спричиняє «патологічний гомеостаз» у мозку, найчастіше через недостатність гіпокампу обробляти психотравмуючу інформацію (слаба ланка у вищих психічних функціях). Особливість нервової системи полягає в тому, що в нейронних мережах, пов'язаних з позитивними емоціями, збудження з відправної точки швидше повертається до норми, а в мережах, пов'язаних з негативними, процес повернення є повільним і супроводжується швидкою появою нових нейронних патернів активації (змінюється модель сприйняття і, відповідно, й поведінки організму) [12]. Для виживання організму пам'ятати про небезпеку (негативну подію) – відчуття страху, є більш важливішим, ніж пам'ятати про задоволення (позитивна подія). Саме тому у випадку психотравми інтенсивність страху (рівень тривожності) через деякий час хоча і слабне, але організм стає гіперчутливим до подібних стресорів, а тому стресові реакції можуть проявлятися з більшою інтенсивністю навіть при дуже слабких подразниках. Наступним з'являється зміна активності блукаючого нерва – вісцеральний компонент суїциду. Поява тривоги (неусвідомлене відчуття), неприємних відчуттів у тілі та нутрощах – по суті це є сенестопатії (тілесні галюцинації). Гіперактивність неокортексу правої півкулі мозку супроводжується когнітивними порушеннями та депресією, про які вище згадувалося. А дисфункція вентральної, гіперфункція дорзолатеральної та гіпофункція орбітофронтальної частин перифронтальної кори практично завершує формування суїцидальної поведінки.

Підсилюючими чинниками є страх (усвідомлене відчуття) перед стресором та невпевненість у майбутньому. Причиною обох цих чинників є відсутність «відчуття впевненості в середовищі буття» (позитивний нейронний патерн). Яскравим прикладом слугує експеримент Авіцени з ягнятком, яке розвивалося біля вовка, котрий був поруч і в той же час не міг завдати йому фізичної шкоди. Ягня загинуло від психотравми – хронічного стресу.

У межах когнітивно-концептуальної терапії ми поставили поетапні завдання для зміни структур стресорної нейронної мережі в осіб, потенційно схильних до суїциду: створити штучно ілюзію впевненості; виробити стійкість до невизначеності; підсилити слабу ланку обробки негативної інформації.

Ілюзія впевненості створюється шляхом розради (вслухати, зрозуміти, підтримати тощо), враховуючи ментальні та культурні особливості психотравмованого. Для покращення нейрогенезу застосовуємо нейройогу та зміну способу життя (уникнення стресів, повноцінний сон, правильне харчування тощо). Вироблення стійкості до невизначеності здійснюємо шляхом техніки когнітивного конструювання (створення альтернативних оцінок, позитивне конструювання близького майбутнього, конструювання альтернативних сценаріїв).

Підсилення слабкої ланки обробки негативної інформації здійснюємо завдяки усвідомленій медитації, що полегшує процес нейропластики. Проте сьогодні ще невідомі нейротехнології, які б значно покращили здатність гіпокампу обробляти психотравмуючу інформацію. Тому ми ще пішли шляхом фрагментації психотравмуючої інформації на два потоки та її трансформації для обробки одночасно двома півкулями, а не лише правою. Білатеральна обробка інформації дозволила нам швидше подолати «патологічний гомеостаз» у мозку пацієнта.

Як відомо, півкулі головного мозку здатні автономно сприймати стимули, обробляти і реагувати «поведінково», практично на однаковому рівні, тоді як на «вербальному» – ні. Права півкуля обробляє малодеталізовану інформацію швидше, ніж ліва. Ліва краще обробляє деталізовану інформацію і має краще вербальне представлення. Активізації лівої півкулі досягаємо завдяки вербальному конструюванню альтернативних ситуацій та вербальній переоцінці змісту стимульного матеріалу. Все це дозволило суїцидальному мозку послабити неадекватні сприйняття, хибні інтерпретації ситуацій та посилити гальмування емоційно небажаних реакцій.

У своїй роботі по когнітивному конструюванню ми довго вели пошук серед існуючого стимулюючого матеріалу, який не містив би психотравмуючого контенту, викликав би мотивацію до співпраці з психотерапевтом, давав полегшений доступ до всіх психологічних структур «Особистості» і нівелював би захисні механізми. Для української популяції сьогодні виявилися придатними деякі картини Є. Гапчинської. Завдяки великому творчому доробку художниці ми здійснили кластерування, відібрали найбільш актуальні і на їх основі, застосовуючи прийоми нейромаркетингу, створили подібні, які володіють явно вираженим психодіагностичним та психокорекційним потенціалом. Окрім того, когнітивне

конструювання використовуємо при роботі зі сновидіннями. Адже причиною смерті підчас сну у фізично здорових осіб є саме серія суїцидальних сновидінь. За статистикою, «синдрому раптової смерті уві сні» передувало чотири суїцидальних сновидінь (це ті, що були пригадані суїцидентами і зафіксовані психотерапевтами в історії хвороби).

У процесі терапії при когнітивному конструюванні обов'язково застосовуємо антисуїцидальні чинники, які знецінюють суїцид як спосіб вирішення проблеми: усвідомлення безглуздості суїциду, небажання причинити біль рідним та близьким, нездійснені ще плани та мрії, релігійні та світоглядні переконання. Підхід дуже індивідуальний. Переконаливо рекомендуємо потенційним суїцидентам взагалі дистанціюватися від медіа (телебачення, новин в Інтернеті та соціальних мережах) та деструктивних тенденцій у суспільстві.

Якщо не вдається подолати «патологічний гомеостаз» ні психологічними засобами, ні фармакологічними, то залишається арсенал нейротехнологій. Зараз у західному світі стандартом терапії при важких депресіях є застосування курсу транскраніальної магнітної стимуляції мозку, зокрема мигдалин, фізичне розривання міцних зв'язків у нейронних мережах, які сформувалися страхом [10].

Майже в усіх працях демонструється успіх, однак не говориться про невдачі, а якщо і говориться, то дуже стримано. Психотерапевт – також людина, підвладна когнітивним упередженням, які призводять до помилок. Всесвітньо відомий психолог, лауреат Нобелівської премії в галузі економіки D. Kahneman у своїй праці «Thinking, Fast and Slow» наочно демонструє, наскільки людина передбачувано нераціональна. Тому для уникнення помилок, пов'язаних з недбалістю (когнітивні обмеження людської психіки), застосовуємо бригадну модель надання психологічної допомоги. На чолі бригади знаходиться нейропсихолог, який на основі багаторівневого психологічного та нейропсихологічного досліджень складає план терапії та залучає інших фахівців (психіатр, шкільний психолог, сімейний психолог, реабілітолог, йога-тренер, лікарі тощо), які його узгоджують. Не буває простих ситуацій, тому важко прийняти правильне рішення на основі клінічних суджень. Може бути, що причиною суїцидальних думок, депресії, неврозів є ураження організму паразитами, хімікатами або гормональні порушення. Важливо знайти баланс між «егоїзмом» і «командною роботою», між «духом змагання» і «духом кооперації», мати в оточенні хороших фахівців, які завше висловлять свою критичну думку, бо помилки краще видно збоку. Успіх системного та комплексного підходів у терапії залежить від бригади.

Висновки. Нейропсихологічна допомога суїцидальному мозку полягає у подоланні «патологічного гомеостазу» шляхом зсуву міжпівкульної активності з правої півкулі мозку у ліву та завдяки відновленню нейрогенезу. У межах когнітивно-концептуальної терапії ми ставимо поетапні завдання для зміни структур стресорної нейронної мережі у потенційного суїцидента: створення штучно ілюзії впевненості; вироблення стійкості до невизначеності; підсилення слабкої ланки обробки негативної інформації (фрагментація психотравмуючої інформації на два потоки та її трансформації для обробки одночасно двома півкулями, а не лише правою).

Для ефективності роботи доцільно застосовувати бригадну модель надання психологічної допомоги. Це дозволяє надати системну та комплексну допомогу особистості, схильної до суїциду, та уникати помилок з боку психологів, пов'язаних з когнітивними людськими обмеженнями.

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні розробки нейропсиходіагностичних методик та методів нейрокорекції.

Список використаних джерел

1. Alderman B.L., Olson R.L., Brush C.J., Shors T.J. MAP training: combining meditation and aerobic exercise reduces depression and rumination while enhancing synchronized brain activity // *Transl Psychiatry*. – 2016. Vol. 2. N. 6. [Epub ahead of print].
2. Apple D.M., Fonseca R.S., Kokovay E. The role of adult neurogenesis in psychiatric and cognitive disorders // *Brain Res*. – 2016. Vol. 19. [Epub ahead of print].
3. Bridge J.A., McBee-Strayer S.M., Cannon E.A., Sheftall A.H., Reynolds B., Campo J.V., Pajer K.A., Barbe R.P., Brent D.A. Impaired decision making in adolescent suicide attempters // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. – 2012. Vol. 51 N. 4. – P. 394–403.
4. Davidson R.J., Begley S. *The Emotional Life of Your Brain: How Its Unique Patterns Affect the Way You Think, Feel, and Live - and How You Can Change Them*. New York: Hudson Street Press, 2012. 304p.
5. Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkrantz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, F., et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation // *Psychosomatic Medicine*. – 2003. Vol. 65. – P. 564–570.
6. Desmyter S., Bijttebier S., van Heeringen K. The role of neuroimaging in our understanding of the suicidal brain // *CNS Neurol Disord Drug Targets*. – 2013. Vol. 12. N. 7. – P. 921–929.
7. Forkmann T., Meessen J., Teismann T., Sütterlin S., Gauggel S., Mainz V. Resting vagal tone is negatively associated with suicide ideation // *J Affect Disord*. – 2016. Vol. 13. N. 194. – P. 30–32.

8. Griffiths J.J., Zarate C.A., Rasimas J.J. Existing and novel biological therapeutics in suicide prevention // *Am J Prev Med.* – 2014. Vol. 47. N. 3 Suppl 2. – P. 195–203.
9. Keilp J.G., Gorlyn M., Russell M., Oquendo M.A., Burke A.K., Harkavy-Friedman J., Mann J.J. Neuropsychological function and suicidal behavior: attention control, memory and executive dysfunction in suicide attempt // *Psychol Med.* – 2013. Vol. 43. N. 3. – P. 539–551.
10. Koek R.J., Langevin J.P., Krahl S.E., Kosoyan H.J., Schwartz H.N., Chen J.W., Melrose R., Mandelkern M.J., Sultzer D. Deep brain stimulation of the basolateral amygdala for treatment-refractory combat post-traumatic stress disorder (PTSD): study protocol for a pilot randomized controlled trial with blinded, staggered onset of stimulation // *Trials.* – 2014. Vol. 10. N. 15. – P. 356.
11. Penman D., Burch V. *Mindfulness for Health : A Practical Guide to Relieving Pain, Reducing Stress and Restoring Wellbeing.* London: Little, Brown Book Group, 2013. 288 p.
12. Salomons T.V., Nusslock R., Detloff A., Johnstone T., Davidson R.J. Neural emotion regulation circuitry underlying anxiolytic effects of perceived control over pain // *Journal of Cognitive Neuroscience.* – 2015. Vol. 27. N. 2. – P. 222–233.
13. Schwartz J., Begley S. *The mind and the brain: Neuroplasticity and the power of mental force.* New York: Regan Books, 2002. 420 p.
14. Sommerfeldt S.L., Cullen K.R., Han G., Fryza B.J., Houry A.K., Klimes-Dougan B. Executive Attention Impairment in Adolescents With Major Depressive Disorder // *J Clin Child Adolesc Psychol.* – 2015. Vol. 13. – P. 1–15.

Tkach, B.M. Neuropsychological approaches to correcting suicidal behaviors. The author analyzes the existing approaches to correcting suicidal behaviors and presents his own findings. He discusses the neuropsychological aspect of the suicidal process and the neurochemical characteristics of the suicidal brain. Suicidal behaviors have been shown to associate with dysfunctions of neurogenesis. The author describes how cognitive-behavioral therapy works with the body, emotions, cognitive sphere and behavior of the potential suicide.

The role of early therapy to overcome the 'pathological homeostasis' in the suicidal brain for the therapeutic process can't be overemphasized. Different meditative techniques, which include concentration, awareness and empathy, have been found to cause physiological changes in the brain. Using a self-managed neuroplastic an individual can overcome pathological homeostasis in the brain. To the author's mind, the therapeutic benefits of meditation techniques compared with pharmacotherapy in treating depression and obsessive-compulsive disorder are evident.

The psychodynamics of the suicidal process begins with the activation of the psychotrauma in consciousness, change in the cognitive processes and the formation of stress neural network in the brain. The objectives of the cognitive-conceptual therapy of individuals prone to suicide include creation of the illusion of confidence, development of a resistance to uncertainty; and improvement of the negative information processing through verbal constructions of alternative situations and verbal reassessments of the stimuli. Of special importance is the work with patients' dreams.

The author advocates the use of the team model of psychological assistance for would-be suicides due to its consistency and comprehensiveness.

Keywords: suicidal behavior, personality, prefrontal cortex, serotonin, depression, neurocorrection.

Відомості про автора

Ткач Богдан Миколайович, кандидат психологічних наук, докторант Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України, м. Київ, Україна.

Tkach, B.M., PhD, doctoral student, G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine. Kyiv, Ukraine.

E-mail: bohdan.tkach@gmail.com

УДК 159.9.072:159.922.7

Ю.М. Удовенко

ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ МОДИФІКОВАНОЇ ПРОЕКТИВНОЇ МЕТОДИКИ «СПРИЙМАННЯ ДИТИНОЮ ВЛАСНОГО ЖИТТЄВОГО ДОСВІДУ»

Удовенко Ю.М. Практичне застосування модифікованої проективної методики «Сприймання дитиною власного життєвого досвіду». У статті представлена модифікована автором проективна методика «Сприймання дитиною власного життєвого досвіду» для проведення психодіагностичної роботи з дітьми, які зазнали впливу несприятливих умов соціалізації. Зазначена методика є дієвим інструментарієм у роботі з дітьми, оскільки дає можливість визначити сприймання ними власного життєвого досвіду на наступних рівнях: самовідчуття дитини; взаємодія «дитина – дитина»; «дитина – дорослий». У статті розкривається хід практичного застосування проективної методики «Сприймання дитиною власного життєвого досвіду» у професійній діяльності практичними психологами.

Ключові слова: сприймання, життєвий досвід, проективна методика, несприятливі умови соціалізації.