

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД  
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ

Кафедра психології

На правах рукопису

СОКОЛЬСЬКИЙ КОСТЯНТИН ЮРІЙОВИЧ  
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У  
ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Спеціальність 053 Психологія  
(код) (назва спеціальності)  
Освітня програма Психологія  
(назва)  
Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра



Науковий керівник: д.  
психологічних наук, проф.  
Самойлов О.Є.

*Нормоконтроль*  
РЕКОМЕНДОВАНО ДО  
ЗАХИСТУ

Протокол № 10  
засідання кафедри \_\_\_\_\_  
від 15.01 2024р.

Завідувач кафедри  
(*ЛП*) Людмила ПРІСНЯКОВА  
(підпис) (ПІБ)

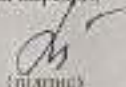
Дніпро, 2024

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД  
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»  
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ**

Кафедра психології  
Освітній ступінь магістр  
Спеціальність 053 «Психологія»  
Освітня програма 053 «Психологія»

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри  
психології  
(назва кафедри)

  
(підпис)

Людмила ПРИСНЯКОВА

12.02.2024

**ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ**

**СОКОЛЬСЬКИЙ КОСТЯНТИН ЮРІЙОВИЧ**

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

1. Тема роботи Психологічні особливості суїцидальної поведінки у підлітковому віці

2. Науковий керівник д. психологічних наук, проф. Самойлов О.Є.

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

3. Строк подання роботи на кафедру 12.02.2024

4. Мета кваліфікаційної роботи виявлення психологічних особливостей прояву суїцидальної поведінки у підлітковому віці

5. Завдання випускної кваліфікаційної роботи

1. описати психологічні підходи по суїцидальної поведінки;
2. виявити психологічні особливості суїцидальної поведінки у підлітковому віці;
3. організувати та провести дослідження;

4. проаналізувати результати дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у підлітковому віці;
5. визначити мету, принципи, показники ефективності реалізації програми профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків;
6. описати елементи психокорекційної програми з профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків.

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Вступ	Жовтень 2023 р.	виконано
2.	I Розділ	Листопад 2023 р.	виконано
3.	II Розділ	Грудень 2023 р.	виконано
4.	III Розділ	Січень 2024 р.	виконано
5.	Робота в цілому	Лютий 2024р.	виконано

Науковий керівник



Олександр САМОЙЛОВ

Здобувач вищої освіти



Костянтин СОКОЛЬСЬКИЙ

Дата видавання завдання 16.09.2023

## АНОТАЦІЯ

В багатьох країнах виявлено тривожні тенденції зростання суїцидальної поведінки серед підлітків. Дослідження цього явища дозволяє розуміти фактори, що спричиняють збільшення ризику та розробляти ефективні стратегії профілактики. Підлітковий вік характеризується інтенсивними змінами фізичного, емоційного та соціального розвитку. Психологічні аспекти, такі як ідентичність, самооцінка, взаємодія з ровесниками та сім'єю, можуть впливати на ризик суїциду.

Зміни в сучасному суспільстві, такі як стрес, соціальний тиск, технологічний розвиток і віртуальна взаємодія, можуть впливати на психічне здоров'я підлітків. Розуміння, як ці фактори пов'язані із суїцидальною поведінкою, є ключовим для розробки ефективних інтервенцій.

Розробка ефективних методів профілактики суїцидальної поведінки у підлітковому віці є надзвичайно важливою. Розуміння психологічних особливостей може допомогти створити програми, спрямовані на зменшення ризику та підтримку психічного здоров'я підлітків. Раннє виявлення ознак суїцидальної поведінки та вчасна психологічна підтримка можуть значно покращити прогноз та запобігти трагедіям. Вивчення психологічних аспектів суїцидальної поведінки є ключовим для покращення системи допомоги та підтримки підлітків.

Дослідження свідчать про те, що кількість випадків суїцидальної поведінки в цій віковій групі збільшується, що є тривожним явищем. Підлітковий вік характеризується інтенсивними змінами у фізичному, емоційному та соціальному розвитку. Стрес, пов'язаний із навчанням, взаєминами в сім'ї, а також із пошуком власного ідентичності, може впливати на суїцидальну поведінку. Зміна соціокультурного середовища може створювати тиск та несприятливі умови для психічного здоров'я підлітків, що може впливати на ризик суїцидальної поведінки.

Багато разів суїцидальна поведінка може бути непоміченою чи неправильно зрозумілою для близьких, друзів, чи вчителів. Недостатність навичок у розпізнаванні та реагуванні на сигнали суїцидальної небезпеки може призвести до трагічних наслідків. Стигматизація психічних проблем і проблем із здоров'я може призводити до того, що підлітки можуть утримуватися від пошуку допомоги, лякаючись негативного ставлення оточуючих.

Розв'язання цієї проблеми включає в себе розширення інформаційних кампаній, покращення психологічної підтримки в установах освіти, підвищення обізнаності громадськості щодо суїцидальної небезпеки та забезпечення швидкого та ефективного реагування на ситуації кризового характеру.

Мета дослідження: виявлення психологічних особливостей прояву суїцидальної поведінки у підлітковому віці

Об'єктом є суїцидальна поведінка

Наукова новизна роботи полягає у розробці психологічної програми профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків

Предметом є особливості особистісного розвитку підлітків, які можуть впливати на ризик прояву суїцидальної поведінки.

Відповідно до поставленої мети були сформульовані такі завдання:

1. описати психологічні підходи по суїцидальної поведінки;
2. виявити психологічні особливості суїцидальної поведінки у підлітковому віці;
3. організувати та провести дослідження;
4. проаналізувати результати дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у підлітковому віці;
5. визначити мету, принципи, показники ефективності реалізації програми профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків;
6. описати елементи психокорекційної програми з профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків.

Гіпотеза: акцентуації характеру та емоційні стани, такі як тривога та депресія впливають на виникнення суїцидальної поведінки у підлітковому віці

Методики дослідження:

1. Методика діагностики суїцидальної поведінки Б. Любан-Площа .
2. Методика аутоідентифікації акцентуацій характеру.
3. Методика «Госпітальна шкала тривоги та депресії».
4. Методика діагностики рівня тривожності Спілбергера-Ханіна.
5. Методика «Шкала депресії Бека».

Теоретична значущість: розгляд психологічних особливостей суїцидальної поведінки у підлітковому віці розширює теоретичний базис у галузі підліткової психології.

Практична значущість: результати дослідження можуть слугувати основою для розробки програм психологічної підтримки та інтервенцій для підлітків, які схильні до суїцидальної поведінки

Дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у підлітковому віці проводилося з вересня по листопад 2023 року у школах № 124, №127, № 128 м. Дніпра.

Апробація результатів роботи та публікації:

1) Сокольський К. Ю. Психологічний аналіз суїцидальної поведінки у підлітковому віці // Актуальні проблеми юриспруденції та психології: матер. IV Всеукр. наук.-практ. конф. (Дніпро, 15 груд. 2023 р.). Дніпро : ВВПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2023. С.

2) Самойлов О.Є., Сокольський К. Ю. Психологічні особливості суїцидальної поведінки // Розвиток сучасної науки: актуальні питання теорії та практики: матеріали IV Всеукраїнської студентської наукової конференції, м. Львів, 17 листопада, 2023 рік / ГО «Молодіжна наукова ліга». — Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2023. С. 484-486

Магістерська складається зі вступу, трьох розділів, висновків та переліку посилань.

## ABSTRACT

In many countries, alarming trends in the growth of suicidal behavior among teenagers have been revealed. The study of this phenomenon makes it possible to understand the factors causing an increase in risk and to develop effective prevention strategies. Adolescence is characterized by intensive changes in physical, emotional and social development. Psychological aspects such as identity, self-esteem, interactions with peers and family can influence the risk of suicide.

Changes in modern society, such as stress, social pressure, technological development and virtual interaction, can affect the mental health of adolescents. Understanding how these factors relate to suicidal behavior is key to developing effective interventions.

The development of effective methods of prevention of suicidal behavior in adolescence is extremely important. Understanding psychological characteristics can help create programs aimed at reducing risk and supporting adolescent mental health. Early identification of signs of suicidal behavior and timely psychological support can significantly improve the prognosis and prevent tragedies. Studying the psychological aspects of suicidal behavior is key to improving the adolescent care and support system.

Studies show that the number of cases of suicidal behavior in this age group is increasing, which is a worrying phenomenon. Adolescence is characterized by intensive changes in physical, emotional and social development. Stress related to studies, family relationships, and the search for one's own identity can influence suicidal behavior. A change in the sociocultural environment can create pressure and adverse conditions for the mental health of adolescents, which can affect the risk of suicidal behavior.

Many times, suicidal behavior can go unnoticed or misunderstood by loved ones, friends, or teachers. Lack of skills in recognizing and responding to signals of suicidal danger can lead to tragic consequences. The stigmatization of mental and health problems can lead to the fact that adolescents may refrain from seeking help, fearing the negative attitude of others.

The solution to this problem includes expanding information campaigns, improving psychological support in educational institutions, increasing public awareness of the suicidal danger, and ensuring a quick and effective response to crisis situations.

The purpose of the study: to identify the psychological characteristics of the manifestation of suicidal behavior in adolescence

The object is suicidal behavior

The scientific novelty of the work consists in the development of a psychological program for the prevention of suicidal behavior among adolescents

The subject is the peculiarities of the personal development of adolescents, which can affect the risk of suicidal behavior.

In accordance with the set goal, the following tasks were formulated:

1. describe psychological approaches to suicidal behavior;

2. to identify psychological features of suicidal behavior in adolescence;
3. organize and conduct research;
4. to analyze the results of research into the psychological characteristics of suicidal behavior in adolescence;
5. to determine the purpose, principles, indicators of the effectiveness of the program for the prevention of suicidal behavior among teenagers;
6. describe the elements of the psychocorrective program for the prevention of suicidal behavior among teenagers.

Hypothesis: character accentuations and emotional states such as anxiety and depression influence the occurrence of suicidal behavior in adolescence

Research methods:

1. Methodology of diagnosis of suicidal behavior B. Luban-Plotsa.
2. The method of self-identification of character accentuations.
3. Methodology "Hospital anxiety and depression scale.
4. Spielberger-Khanin method of diagnosing anxiety level.
5. The "Beck Depression Scale" technique.

Theoretical significance: consideration of the psychological features of suicidal behavior in adolescence expands the theoretical basis in the field of adolescent psychology.

Practical significance: the results of the study can serve as a basis for the development of psychological support programs and interventions for adolescents who are prone to suicidal behavior

The study of psychological characteristics of suicidal behavior in adolescence was conducted from September to November 2023 in schools No. 124, No. 127, No. 128 of Dnipro.



## ЗМІСТ

ВСТУП	10
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	
1.1. Психологічний підходи по суїцидальної поведінки	14
1.2. Психологічні особливості суїцидальної поведінки у підлітковому віці	41
Висновок по розділу 1.	55
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ	
2.1. Організація та проведення дослідження	62
2.2. Результати дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у підлітковому віці	68
Висновок по розділу 2.	78
РОЗДІЛ 3 ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА З ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ	
3.1. Мета, принципи, показники ефективності реалізації програми профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків	84
3.2. Елементи психокорекційної програми з профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків	86
Висновок по розділу 3.	89
ВИСНОВКИ	94
ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ	111

## ВСТУП

В багатьох країнах виявлено тривожні тенденції зростання суїцидальної поведінки серед підлітків. Дослідження цього явища дозволяє розуміти фактори, що спричиняють збільшення ризику та розробляти ефективні стратегії профілактики. Підлітковий вік характеризується інтенсивними змінами фізичного, емоційного та соціального розвитку. Психологічні аспекти, такі як ідентичність, самооцінка, взаємодія з ровесниками та сім'єю, можуть впливати на ризик суїциду. Зміни в сучасному суспільстві, такі як стрес, соціальний тиск, технологічний розвиток і віртуальна взаємодія, можуть впливати на психічне здоров'я підлітків. Розуміння, як ці фактори пов'язані із суїцидальною поведінкою, є ключовим для розробки ефективних інтервенцій.

Розробка ефективних методів профілактики суїцидальної поведінки у підлітковому віці є надзвичайно важливою. Розуміння психологічних особливостей може допомогти створити програми, спрямовані на зменшення ризику та підтримку психічного здоров'я підлітків. Раннє виявлення ознак суїцидальної поведінки та вчасна психологічна підтримка можуть значно покращити прогноз та запобігти трагедіям. Вивчення психологічних аспектів суїцидальної поведінки є ключовим для покращення системи допомоги та підтримки підлітків.

Дослідження свідчать про те, що кількість випадків суїцидальної поведінки в цій віковій групі збільшується, що є тривожним явищем. Підлітковий вік характеризується інтенсивними змінами у фізичному, емоційному та соціальному розвитку. Стрес, пов'язаний із навчанням, взаєминами в сім'ї, а також із пошуком власного ідентичності, може впливати на суїцидальну поведінку. Зміна соціокультурного середовища може створювати тиск та несприятливі умови для психічного здоров'я підлітків, що може впливати на ризик суїцидальної поведінки.

Багато разів суїцидальна поведінка може бути непоміченою чи неправильно зрозумілою для близьких, друзів, чи вчителів. Недостатність навичок у розпізнаванні та реагуванні на сигнали суїцидальної небезпеки може

призвести до трагічних наслідків. Стигматизація психічних проблем і проблем із здоров'я може призводити до того, що підлітки можуть утримуватися від пошуку допомоги, лякаючись негативного ставлення оточуючих.

Розв'язання цієї проблеми включає в себе розширення інформаційних кампаній, покращення психологічної підтримки в установах освіти, підвищення обізнаності громадськості щодо суїцидальної небезпеки та забезпечення швидкого та ефективного реагування на ситуації кризового характеру.

Проблематикою, яка зазначена у темі магістерської займались наступні психологи (Е. Баричева [1], О. Блинова [3], Т. Вашека [5], Т. Гашека [8;9], М. Григор'єва [11], Н. Завадська [14], Ю. Калініна [17], Л. Крилова [22], О. Лосієвська [24; 25], А. Рахімулова [38], Д. Романовська [40], Ю. Тисячна [43;44], С. Трусова [49], І. Федосєєва [51], А. Чернега [56]), та закордонні (М. Аддіс [58], М. Фарбер [67], К. Меннінгер [76], А. Адлер [59], К. Хорні [74], К. Роджерс [80], В. Франкл [68], К. Юнг [70], К. Шнайдер, Р. Мей [81], М. Аддіс [58], А. Бек [73], С. Канетто [62], Е. Дюркгейм [65], Л. Фарбер [66], М. Фарбер [67], Д. Брент [61], П. Холінгер, Д. Оффер [72], Дж. Піркіс [77], Р. Дікстра [64], Дж. Вілсон [85], К. Хаутон [71], Е. Шнайдман [82], М. Йільдіз [87], Л. Робертсон [79], Г. Браун [78], Т. Сокеро [83]).

Мета дослідження: виявлення психологічних особливостей прояву суїцидальної поведінки у підлітковому віці

Об'єктом є суїцидальна поведінка

Наукова новизна роботи полягає у розробці психологічної програми профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків

Предметом є особливості особистісного розвитку підлітків, які можуть впливати на ризик прояву суїцидальної поведінки.

Відповідно до поставленої мети були сформульовані такі завдання:

1. описати психологічні підходи по суїцидальної поведінки;
2. виявити психологічні особливості суїцидальної поведінки у підлітковому віці;

3. організувати та провести дослідження;
4. проаналізувати результати дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у підлітковому віці;
5. визначити мету, принципи, показники ефективності реалізації програми профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків;
6. описати елементи психокорекційної програми з профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків.

Гіпотеза: акцентуації характеру та емоційні стани, такі як тривога та депресія впливають на виникнення суїцидальної поведінки у підлітковому віці

Методики дослідження:

1. Методика діагностики суїцидальної поведінки Б. Любан-Плоца [75].
2. Методика аутоідентифікації акцентуацій характеру.
3. Методика «Госпітальна шкала тривоги та депресії».
4. Методика діагностики рівня тривожності Спілбергера-Ханіна.
5. Методика «Шкала депресії Бека» [73].

Теоретична значущість: розгляд психологічних особливостей суїцидальної поведінки у підлітковому віці розширює теоретичний базис у галузі підліткової психології.

Практична значущість: результати дослідження можуть слугувати основою для розробки програм психологічної підтримки та інтервенцій для підлітків, які схильні до суїцидальної поведінки

Дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у підлітковому віці проводилося з вересня по листопад 2023 року у школах № 124, №127, № 128 м. Дніпра.

Апробація результатів роботи та публікації:

- 1) Сокольський К. Ю. Психологічний аналіз суїцидальної поведінки у підлітковому віці // Актуальні проблеми юриспруденції та психології: матер. IV Всеукр. наук.-практ. конф. (Дніпро, 15 груд. 2023 р.). Дніпро : ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2023. С.

2) Самойлов О.Є., Сокольський К. Ю. Психологічні особливості суїцидальної поведінки // Розвиток сучасної науки: актуальні питання теорії та практики: матеріали IV Всеукраїнської студентської наукової конференції, м. Львів, 17 листопада, 2023 рік / ГО «Молодіжна наукова ліга». — Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2023. С. 484-486

Магістерська складається зі вступу, трьох розділів, висновків та переліку посилань.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

## 1.1. Психологічний підходи по суїцидальної поведінки

Суїцид, згідно з визначенням Е. Дюркгейма є дією, яка навмисно спрямована на позбавлення себе життя [65].

Відповідно до визначення ВООЗ (1982) суїцид – це акт самогубства з фатальним результатом; замах на самогубство – аналогічний акт, який не має фатального результату. У доповіді ВООЗ (2022) говориться, що самогубство є результатом свідомих дій з боку певної людини, яка повністю усвідомлює або очікує летального результату.

Сучасний суїцидолог М.Л. Фарбер дав більш чітке та конкретне визначення: «самовбивство - це свідоме, навмисне та швидке позбавлення себе життя» [66; 67].

Психологічний сенс суїциду найчастіше полягає у відреагуванні афекту, знятті емоційного напруження, уникнення тієї ситуації, у якій людина мимоволі виявився. Суїцидальна активність - будь-яка зовнішня чи внутрішня активність, спрямовану позбавлення себе життя [1].

Суїцидальна поведінка - усвідомлені дії, що спрямовуються уявленнями про позбавлення життя [43].

У структурі аналізованої поведінки виділяють [25]:

- власне суїцидальні дії;
- суїцидальні прояви (думки, наміри, почуття, висловлювання, натяки).

Таким чином, суїцидальна поведінка реалізується одночасно у внутрішньому та зовнішньому планах. Суїцидальні дії включають суїцидальну спробу та завершений суїцид [43].

Суїцидальна спроба – це цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя, яке не закінчилося смертю. Спроба може бути оборотною та незворотною, спрямованою на позбавлення себе життя або на інші цілі.

Завершений суїцид – дії, завершені летальним кінцем [50].

Суїцидальні прояви включають суїцидальні думки, уявлення, переживання, а також суїцидальні тенденції, серед яких можна виділити задуми і наміри [61].

Пасивні суїцидальні думки характеризуються уявленнями, фантазіями на тему своєї смерті (але не на тему позбавлення себе життя як мимовільної дії), наприклад: «добре померти», «заснути і не прокинутися. Суїцидальні задуми – це активніша форма прояву суїцидальності.

Тенденція до самогубства наростає у вигляді розробки плану: продумуються методи, час і місце самогубства [33;39].

Суїцидальні наміри з'являються тоді, коли до задуму приєднується вольовий компонент – рішення, готовність до безпосереднього переходу до зовнішньої поведінки.

Тепер докладніше розглянемо етапи (динаміку) суїцидальної поведінки [56].

У суїцидальній поведінці прийнято виділяти наступні етапи: передсуїцидальний етап, етап реалізації суїцидальних намірів та постсуїцидальний етап – у разі, якщо вжиті суїцидальні дії не закінчилися летальним кінцем.

Передсуїцидальний етап охоплює проміжок часу від першої появи суїцидальних думок та спонукань до ухвалення рішення про суїцид.

Етап реалізації суїцидальних намірів включає планування майбутнього суїциду (вибір найбільш прийняттого способу, місця, часу вчинення суїцидального акта), підготовку до нього (завершення всіх справ, написання передсмертної записки та інше), послідовне здійснення суїцидальних дій.

Нарешті постсуїцидальний період охоплює проміжок часу від одного до трьох місяців після здійснення суїцидальної спроби.

Суїциди найчастіше здійснюються особами, в анамнезі яких виявляються ознаки схильності до суїцидального реагування, що вважається одним із важливих факторів суїцидального ризику.

Схована особистість потрапляє під вплив психотравмуючої ситуації або цілого ряду психотравмуючих факторів. Зазвичай як психотравмуючі ситуації, що сприяють суїцидальній поведінці, виступають ситуації соціального ігнорування (розрив відносин з близькою людиною), втрати (смерть близької людини) та ситуації, пов'язані з неможливістю відповідати власним високим стандартам (наприклад, втрата роботи, вихід на пенсію і, як слідство, зниження соціоекономічного статусу).

Як реакцію психотравмующою ситуацію в індивіда розвивається стан психічної дезадаптації. Суїцидальна поведінка виникає в результаті соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах міжособистісного або внутрішньоособистісного конфлікту, що переживається. При цьому у різних особистостей дезадаптивний стан, що виникає, може набувати різних форм. В одних у психотравмуючої ситуації переважають переживання безвиході та туги, в інших – розгубленості та тривоги, у третіх – гніву та розпачу. У міру того, як психотравмуюча ситуація не знаходить дозволу, стан психічної дезадаптації продовжує посилюватися і наростати. На висоті хворобливих переживань у індивіда з'являються суїцидальні думки, які носять спочатку пасивний, потім активний характер, коли він починає активно обмірковувати можливість суїциду як способу позбавлення від нестерпних переживань, виходу з психотравмуючої ситуації [47].

Передсуїцидальний період, коли людина виношує ідеї про самогубство, може мати різну тривалість, що визначається як динамікою самої психотравмуючої ситуації, так і особистісними особливостями суїцидента. Разом з тим, конкретний час вчинення суїциду визначається приводом -



подією, що діє як «остання крапля», під впливом якого пацієнт приймає рішення накласти на себе руки [47].

З ухваленням рішення про самогубство закінчується передсуїцидальний етап і починається етап реалізації суїцидальних намірів. На цьому етапі суїцидент здійснює планування майбутніх дій, вибирає відповідний спосіб самогубства, обмірковує найкраще місце та час для самогубства. У передчутті суїциду він робить необхідні дії, наприклад, прощається з близькими (які зазвичай не здогадуються про його наміри), віддає борги, пише передсмертну записку і після цього реалізує суїцид.

Необхідно відзначити, що наведений опис етапів суїцидальної поведінки певною мірою носить умовний характер, оскільки тривалість кожного з етапів та їх клініко-психологічні характеристики суттєво різняться у різних осіб. В одних суїцидентів передсуїцидальний етап і етап реалізації суїциду мають досить тривалий, розгорнутий характер, тоді як в інших вони протікають у згорнутій, редукованій формі.

Існують особистісні характеристики людей, що перебувають у гострому суїцидальному стані та загальні риси самогубств.

Слід говорити про риси подібності деяких особистісних характеристик під час переживання людиною гострого суїцидального стану з особистісними особливостями осіб із стійкими суїцидальними тенденціями. У стані суїцидальної кризи зазвичай завжди «включеними» до суїцидального акта виявляються інтегральні загальні особистісні властивості когнітивного, емоційного та поведінкового планів. До таких характеристик найчастіше відносять егоцентричні особливості самосвідомості суїцидента, що поєднуються з його негативним ставленням до себе, з аутоагресивністю та песимістичними особистісними установками, а також внутрішню та ситуаційну ригідність поведінкових стереотипів [56].

Самосвідомість суїцидента відрізняється егоцентризмом, але це егоцентризм має незвичний нашого розуміння парадоксальний сенс. Про егоцентризм при суїцидальній поведінці говорить вже той факт, що в цьому

кризовому стані людина вся занурена в себе, свої болючі переживання, свої страждання, а все інше, наприклад сім'я та діти, перестає існувати. Так, мати, яка зазвичай дбайлива і любить своїх дітей, у стані суїцидальної кризи може підготувати і зробити спробу суїциду [57].

Аутоагресія, поряд із песимістичною особистісною установкою, також є визначальною властивістю поведінки суїцидента. Аутоагресія визначається як негативне ставлення до себе. Проте негативне ставлення себе має місце й у невротика, який також вважає себе життєвим невдахою, гостро переживаючи свою неповноцінність і недієздатність. У суїцидента негативне ставлення себе досягає своїх крайніх форм [28].

Аутоагресії зазвичай завжди передує гетероагресія щодо близьких родичів, яка виявляється у підозрілості, необґрунтованих звинуваченнях. Клінічна практика показує, що опосередковано гетероагресія підтверджується і байдуже-спокійним ставленням до випадків самогубства близьких до суїцидента людей, трагічної смерті конкретної знайомої людини і взагалі до смерті. Позитивна чи нейтральна оцінка таких дій також може бути критерієм включення цих осіб до групи ризику.

Звідси також зрозуміло, що спроби рідних впливати на суїцидента, переконати його у можливості виходу з кризи, вказати на позитивні моменти в його житті часто викликають зворотний ефект - протидія та відсіч і лише посилюють аутоагресію, песимістичну особистісну установку та депресивні настрої [32].

Песимістична особистісна установка поширюється головним чином перспективи виходу з кризи. Вона є найбільш інтегральною психічною освітою при суїцидальній поведінці. Установка – це неусвідомлений стан психофізіологічної готовності до певної дії та поведінки. Установка включає як когнітивний, так і емоційний і поведінковий компоненти. Для суїцидальної установки це: суїцидальні думки та наміри, емоції, в яких переважають депресія та тривога, почуття провини, а також підготовка до реалізації суїцидальних дій. Якщо на ранніх стадіях кризи переважають суїцидальні

думки, а емоційний та поведінковий компоненти виражені слабше, то на пізніх фазах переважання набувають суїцидальні дії – підготовка та виконання акту суїциду .

Песимістична особистісна установка зазвичай погано піддається психотерапевтичній корекції, що пояснюється параноїальністю суїцидального стану. Параноїальна акцентуація характеру відрізняється ригідністю нервово-психічних процесів, стереотипністю у формі проходження готовим розумовим стереотипам і поведінковим патернам, моральним догматизмом, уразливістю зі схильністю до утворення надцінних ідей. Все це ускладнює характер суїцидальної поведінки у такої особистості. При дезадаптації такі індивіди можуть намагатися вчинити суїцид частіше, ніж інші особи.

Звісно, далеко ще не всі суїциденти є параноїальними особами. Однак майже всі суїциденти виявляють параноїальність не як властивість характеру в преморбіді, але як характеристику суїцидального стану практично з усіма властивими йому ознаками. Наприклад, відомо, що приблизно третина від числа тих, хто вчинив спробу самогубства, повторюють її протягом року, а серед душевнохворих суїцидентів цей ризик зростає до 60%. Ці дані говорять про ригідні стереотипні реакції, які знаходять відображення в самосвідомості людини, в даному випадку в песимістичній установці, що зумовлено не ситуаціями, а якимись внутрішніми механізмами. Висока резистентність песимістичної особистісної установки стосовно психотерапії також свідчить про ригідність.

Структуру ціннісної свідомості у параноїальної особи слід оцінювати як дисгармонійну. У ній одна провідна цінність (сім'я, дитина чи науковий винахід) набуває надцінного характеру та девальвує, відтісняє на задній план усі інші цінності. У цьому полягає у цьому випадку підвищена небезпека виникнення суїцидальної кризи - якщо «головна цінність» втрачається (наприклад, відхід із сім'ї коханого чоловіка), то й усе життя знецінюється, руйнується вся піраміда цінностей [34].

Щось подібне можна бачити у системі цінностей суїцидента. Але якщо цінності особистості в нормі при добрій адаптації носять життєстверджуючий характер, пов'язують людину з життям, то в стані дезадаптації місце провідної цінності займають цінності негативного плану. При суїцидальній поведінці такою «надцінністю» стають ідеї відходу з життя як ілюзорного виходу з кризи, що зруйнувала всю систему цінностей особистості суїцидента. Підкріплюючись іншими компонентами суїцидальної поведінки, тобто. аутоагресією, депресією, суїцидальними думками та мотивами, вона перетворюється на цінність-мету і веде до трагічної розв'язки [34].

Едвін Шнейдман виділяє десять загальних рис самогубства. Розглянемо ці риси [82]:

1. Мета кожного, хто вчиняє суїцид, полягає в пошуку вирішення проблеми, яка стоїть перед людиною і завдає їй інтенсивних страждань. Суїцид не є випадковою дією, він ніколи не буває безглуздим або безцільним. Він є частиною протестної поведінки, виходом із труднощів, психологічної кризи чи нестерпної життєвої ситуації. Щоб зрозуміти причину самогубства підлітка, потрібно, перш за все, знати проблеми, вирішити які йому необхідно.

2. Завданням всіх суїцидентів є припинення свідомості (відхід від життя). Підлітку, що зневірився, спадає на думку думка за допомогою самогубства відповісти на нестерпні життєві обставини або гідно вийти з ситуації, що склалася. Стан підлітка характеризується надмірним душевним хвилюванням, сильним рівнем тривоги та високим летальним потенціалом – три обов'язкові складові суїциду. Після цього виникає іскра, що ініціює, яка провокує початок активного суїцидального сценарію.

3. Стимулом до скоєння більшості суїцидів є нестерпний психічний біль. Якщо припинення свого потоку свідомості – це те, до чого рухається суїцидальна людина, то душевний біль – це те, від чого він прагне втекти. Суїцид найлегше уявити як одночасний рух у напрямку до припинення свого потоку свідомості та втечу від психічного болю та нестерпного страждання. Ніхто не робить суїциду від радості, його не може спричинити стан

блаженства. В даному випадку йдеться саме про психічний біль, біль від відчуття болю. У клінічній суїцидології є правило: зменште інтенсивність страждання - часом дуже незначно, - і людина вибере життя. Якщо переводити цей принцип у площину підліткової аудиторії, то основними профілактичними завданнями є виявлення джерел страждання (соціальному, психологічному чи фізичному рівні) і сприяння вирішенню проблем, які викликають негативні переживання.

4. Спільним більшість суїцидів стресором є фрустровані психологічні потреби. Суїцид слід розуміти не як безглуздий і необґрунтований вчинок, самогубства здійснюються на підставі логічних передумов, способу мислення та зосередженості на певному колі проблем, рішення про суїцид здається логічним людині, яка його робить. Суїцид відбувається через нереалізовані або незадоволені потреби. Задовольніть фрустровані потреби і суїцид не відбудеться.

5. Загальною суїцидальною емоцією є безпорадність-безнадійність. Зіткнувшись із різними труднощами, можна знайти способи їх подолання. Коли ж виникла труднощі виростає до розмірів нерозв'язної, на погляд підлітка, проблеми, що супроводжується високим ступенем психологічного болю, виникає переважне почуття безпорадності-безнадійності: «Я нічого не можу зробити (крім самогубства), і ніхто не може мені допомогти (полегшити біль, яку я відчуваю)».

6. У суїцидентів спостерігається загальне внутрішнє ставлення до суїциду - амбівалентність (дві протилежні думки з одного й того самого питання). Для самогубці типовим буває стан, при якому він одночасно намагається розкрити вени і волає про допомогу, і обидві ці дії є істинними та неудаваними. Амбівалентність є найбільш характерним ставленням підлітка до суїциду: він відчуває потребу вчинити його і одночасно бажає (і навіть планує) порятунок та втручання інших.

7. Самогубців поєднує також загальний стан психіки – звуження когнітивної сфери. Синонімом слова «звуження» є «тунельність», різке

обмеження соціальних ролей (чи хороший, чи мертвий), варіантів вибору поведінки (чи чарівне вирішення проблеми, чи смерть). Важливо протидіяти «звуженню» думок суїцидального підлітка через збільшення кількості варіантів вибору вирішення проблеми (більше двох).

8. Усі самогубці прагнуть скоєння однієї й тієї ж дії - втечі. До варіантів втечі відносяться, наприклад, відхід з дому або сім'ї, прогули школи, прогули тренувань (курсів, гуртків). Суїцид у такій низці вчинків є граничною, остаточною втечею. Сенсом самогубства є радикальна та остаточно зміна декорацій. Втеча від проблеми, яку неможливо вирішити (наприклад, постійне насильство в сім'ї), часто перетворюється на втечу від життя. Запобігти суїциду можна, зменшуючи потреби підлітка до втечі.

9. Більшість суїцидентів прагне вчинити одну й ту саму комунікативну дію – повідомити оточуючих про свій намір. Клінічні психологи, аналізуючи випадки летального результату в ситуації підліткових суїцидів, відзначають наявність майже в кожному випадку явних доказів летальної події, що наближається. Підлітки, які мають намір вчинити самогубство, незважаючи на амбівалентне ставлення, свідомо чи несвідомо подають сигнали лиха, скаржаться на безпорадність, волають про підтримку, шукають можливості порятунку. Існують характерні ознаки такого повідомлення (як вербальні, і невербальні). Їхнє розпізнавання є незамінним способом профілактики суїцидів.

10. Загальною закономірністю є відповідність суїцидальної поведінки стилю (патернам) поведінки підлітка. Коли ми стикаємося із самогубством, то нас спочатку збиває той факт, що воно за своєю природою є вчинком, якому немає аналогів і прецедентів у попередньому житті людини. І все-таки йому можна знайти глибокі відповідності у стилі та характері поведінки підлітка. Необхідно повернутися до попередніх станів і переживань, оцінити здатність підлітка переносити психічний біль, наявність у нього тенденцій до звуженого чи амбівалентного мислення, спробувати знайти вже використовувані способи втечі.

Таким чином, вище було розглянуто: що суїцид – дія, навмисно спрямована на позбавлення життя. Психологічний сенс суїциду полягає у відреагуванні афекту, зняття емоційного напруження, уникнення психотравмуючої ситуації, в якій людина опинилась.

Суїцидальна поведінка включає: суїцидальні дії та суїцидальні прояви (думки, наміри, почуття, висловлювання, натяки). Етапи суїцидальної поведінки: передсуїцидальний етап, етап реалізації суїцидальних намірів та постсуїцидальний етап. До характерних рис особистості суїцидента належать: егоцентричні особливості самосвідомості суїцидента, що поєднуються з його негативним ставленням до себе, з аутоагресивністю та песимістичними особистісними установками, а також внутрішню та ситуаційну ригідність поведінкових стереотипів.

Незважаючи на те, що протягом століть вчені прагнули дати теоретичне обґрунтування суїцидальної поведінки, нині немає єдиної теорії, що пояснює природу самогубств. Серед безлічі концепцій виділяються три основні: психопатологічна, психологічна та соціальна.

Психопатологічна концепція виходить із положення про те, що всі самогубці – душевнохворі люди, а суїцидальні дії – прояви гострих чи хронічних психічних розладів. Була навіть спроба виділити самогубства в окрему нозологічну одиницю (суїцидоманію), а проблема вивчалася специфічними для медицини методами, тобто. з погляду етіології, патогенезу, клініки захворювання. Пропонувалися різні методи фізіотерапевтичного та медикаментозного лікування суїцидоманії (кровопускання, проносні, жовчогінні засоби, холодні вологі обгортання тощо).

На етапі розвитку психологічної науки психопатологічна концепція представляє більше історичний інтерес, оскільки у час переважна кількість дослідників в нашій країні і там: П.С. Холінгер, Д. Оффер [72, 302-307] вважають, що суїцидальні дії можуть вчиняти як особи з психічними захворюваннями, так і здорові люди. Природно, що хворі, схильні до суїцидальних дій, насамперед потребують уваги лікаря.

Але якщо суїцидальні дії роблять практично здорові люди у відповідь на об'єктивні психотравмуючі труднощі, то компетенції лікаря недостатньо, тому що в цих випадках в першу чергу потрібно ліквідувати об'єктивні причини, що призводять до суїцидальних дій. Заходи лише медичного характеру стосовно цих осіб частіше його малоефективні і вирішують проблеми.

Водночас у сучасній суїцидології виділяються такі медичинські причини самогубств: депресивний розлад, алкоголізм, наркоманія, розлад особистості, хронічний невроз та шизофренія.

Серед душевних хвороб, які найчастіше схильні до суїциду, виділяє: реакції на важкий стрес, куди входять: гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, реакції дезадаптації, невротичні та психопатичні реакції; психогенна та ендогенна депресія; шизофренія та маячні розлади, хімічні залежності.

Крім психічних розладів, причинами самогубства можуть бути хронічні соматичні захворювання, що приносять тяжкі страждання, особливо у людей похилого віку (онкологічні, неврологічні хворі, хворі на гемодіаліз).

Психологічна концепція відбиває думку, за якою у формуванні суїцидальних тенденцій чільне місце займають психологічні чинники. Найбільш значними серед них є психодинамічна, екзистенційно-гуманістична та поведінкова моделі суїцидальної поведінки».

Психодинамічна модель суїцидальної поведінки З. Фрейда розглядає самогубство як прояв інстинкту смерті, який може виражатися в аутоагресії. Два основні потяги - Ерос та Танатос - борються протягом людського життя. Людина не тільки хоче жити і бути коханою, продовжити себе у своїх дітях - бувають періоди, коли бажанішим виявляється смерть. З віком сила Ероса зменшується, а сила Танатоса зростає. За Фрейдом суїцид та вбивство є проявом руйнівного впливу Танатоса, тобто агресії, спрямованої проти спроектованого всередину об'єкта лібідо» [69].

Пізніше, спираючись на концепції З. Фрейда, К. Меннінгер розглядав суїцид як відрефлексоване вбивство, результат гніву на іншу людину, яка



інтровертувалася, тобто «звернувся проти себе». Він також описав суїцид як інстинкт смерті. Їм були охарактеризовані три компоненти ворожості при суїциді [69; 76]:

1. Бажання вбити. Активний процес, у якому це бажання очевидне. Деструктивний інстинкт проявляється у двох напрямках: ауто- та гетеродеструкції. Зовнішня агресивність і спрямована він аутодеструкція формуються з народження. Зазвичай, за винятком кримінального розвитку, зовнішня агресія пригнічується, але вона може проявитися під час розширеного суїциду, при якому людина з альтруїстичних міркувань вбиває найближчих, а потім себе,

2. Бажання бути убитим. Може реалізовуватись у провокації різноманітних ситуацій, що становлять небезпеку для життя.

3. Бажання померти – звільнитися від чогось, припинити участь у житті.

Якщо не представлені всі три компоненти, то спроба не є серйозною, вона розрахована на зовнішній ефект і пов'язана із прагненням залякати когось, шантажувати, отримати таким чином будь-які дивіденди.

Загалом психоаналітики вважають та аналізують самогубство як прояв дисфункціональних механізмів психологічного щита і значно меншою мірою розглядають його в соціальному плані. А. Адлер вважав, що бути людиною - означає передусім відчувати власну неповноцінність. Життя полягає у прагненні до мети, яка не усвідомлюється, але спрямовує всі вчинки та формує життєвий шлях. Пошук мети та самоствердження може натрапити на значні перешкоди та призвести до кризи, з якої починається «втеча до суїциду». Втрачається почуття спільності, між людиною та оточуючими встановлюється «дистанція», що канонізує непереносимість труднощів. У сфері емоцій настає щось, що нагадує передстартову лихоманку з переважанням афектів люті, ненависті і помсти. «Дистанція» формує зачароване коло: людина в стані застою, яка заважає йому наблизитися до реальності життя. У результаті відбувається регресія - дія, що полягає у суїцидальній спробі, яка одночасно є актом помсти та засудження тих, хто заважав і відповідальний за непереносне

почуття неповноцінності, а також пошуком співчуття до себе. Знаючи послідовність вчинків при аутоагресії, її можна запобігти [59].

К.Г. Юнг, торкаючись проблеми самогубства, вказував на несвідоме прагнення людини до духовного переродження, яке може спричинити смерть від власних рук. Це прагнення пов'язане з актуалізацією архетипу колективного несвідомого, що набуває різних форм [70].

К. Хорні в руслі психодинамічної концепції та егопсихології розвивала уявлення про те, що при порушенні міжособистісних взаємин виникає невротичний конфлікт, породжений так званою базисною тривогою. Вона проявляється з дитинства через відчуття ворожості оточення. У невротичній ситуації людина відчувається; самотнім, безпорадним, залежним та ворожим. Ці ознаки можуть стати основою суїцидальної поведінки. Ворожість при конфлікті актуалізує руйнівні нахили, спрямовані на себе. Вони не завжди реалізуються в суїциді, але можуть проявитися у формі зневаги, глобальної огиди чи глобального заперечення. Вони посилюються при егоцентричній установці. Тоді ворожість і зневага до інших може стати настільки сильною, що суїцид стає привабливим способом помсти. Добровільна смерть - твердження свого Я. Покірність долі, за якої аутодеструктивність є переважаючою тенденцією, є, за К. Хорні, латентною формою самогубства [74].

Г.С. Салліван розглядав суїцид з погляду своєї теорії міжособистісного спілкування. Відповідно до цієї теорії, є три образи Я «хороше Я», якщо відношення інших забезпечує безпеку, «погане Я» якщо оточення породжує тривогу та інші негативні емоції, «не - Я» якщо людина втрачає его-ідентичність, наприклад, при психозі чи суїцидальній ситуації. Кризи протягом життя провокують тривале існування «поганого Я», що болісно та дискомфортно. Для припинення страждань здійснюється перетворення «поганого Я» на «не - Я». Цим самим актом людина заявляє про свою ворожість до оточення [84].

Слід зазначити, що сучасні суїцидологи, що стоять на неопсихоаналітичних позиціях, не поділяють багато поглядів. а основним методом їх вивчено: вважають метод психологізації суїцидальної поведінки.

Так, наприклад, на думку відомого фінського суїцидолога Ахте, суїцид може мати характер любовного потягу, коли особа, яка вчиняє самогубство, сподівається шляхом смерті возз'єднатися з коханою або родичами, за якими нудьгує. Такі суїциденти, на думку дослідника, сподіваються, що, померши, вони знайдуть ту любов і співчуття, куди марно сподівалися за життя, у зв'язку з цим смерть представляється їм привабливою.

Сучасні психодинамічні теорії суїцидальної поведінки надають великого значення дослідженню фантазії суїцидентів про те, що могло б статися і що було б з їхньою свідомістю, якщо станеться суїцид. Ці фантазії часто включають спрагу помсти, могутності, контролю, покарання; спрагу відкуплення та жертви; бажання втекти чи заснути чи врятуватися, відродитися, возз'єднатися з допомогою смерті у житті. Суїцидальні фантазії виникають частіше при втраті коханої, близької людини. У депресивних хворих виникають фантазії про звільнення від депресії за допомогою суїциду.

Представники екзистенційно-гуманістичного напрямку у психогії К. Роджерс та Р. Мей підкреслювали роль тривоги та емоційних розладів у формуванні суїцидальної поведінки. Так, К. Роджерс вважав, що основна тенденція життя полягає в актуалізації, збереженні та посиленні Я, що формується у взаємодії із середовищем та іншими людьми. Якщо структура Я ригідна, то нейтральний досвід, що не узгоджується, сприймається як ворожий, як загроза життю і спотворюється, або не сприймається. Не визнаючи реальний досвід, людина укладає себе у в'язницю. При цьому, не перестаючи існувати, досвід відчужується від Я, внаслідок чого втрачається контакт із реальністю. Таким чином, спочатку не довіряючи власному досвіду, згодом Я повністю втрачає довіру до себе. Це призводить до усвідомлення повної самотності, втрати віри в себе, появи ненависті та зневаги до життя, тоді як

смерть ідеалізується, що призводить до суїцидальних тенденцій [80]. Р. Мей вважав, що головною причиною самогубств - втрата сенсу життя [81].

Основоположник одного із значущих напрямів екзистенційної психотерапії – логотерапії – Віктор Франкл у своїй роботі «Людина у пошуках сенсу» розглядав самогубство в ряді таких понять, як сенс життя і свобода людини, а також у зв'язку з психологією смерті та вмирання, людина, якій властива свідомість існування, вільний щодо способу власного буття. Однак при цьому в житті він стикається з екзистенційною обмеженістю на трьох рівнях: зазнає поразок, страждає і має померти. Тому завдання людини полягає в тому, щоб, усвідомивши її, перенести невдачі та страждання. Ідея самогубства по Франклу, принципово протилежна постулату, що життя за будь-яких обставин сповнена сенсу кожної людини. Але сама наявність ідеї самогубства – можливість вибрати самогубство, прийняти радикальний виклик самому собі – відрізняє людський спосіб буття від існування тварин. В. Франкл ставився до самогубства з жалем і наполягав, що немає законного, зокрема морального, виправдання. Таким шляхом не викупити провину перед іншими: тільки совість, що помиляється, може наказати вчинити самогубство. Людині слід коритися життєвим правилам: не намагатися виграти за будь-яку ціну, але й не припиняти боротьби навіть в умовах нестерпного існування. Самогубство позбавляє людину можливості переживши страждання, набути нового досвіду і, отже, розвиватися далі. У разі суїциду життя стає поразкою. У кінцевому підсумку саме - вбивця не боїться смерті - він боїться життя, вважав У. Франкл [68].

На думку більшості прихильників екзистенційно-гуманістичного спрямування, психологічний зміст суїцидальної поведінки – символічний «крик про допомогу», а також спроба привернути зовнішню увагу своїм проблемам. Когнітивно-поведінкова теорія виходить із поняття «рефлексу мети». Рефлекс мети має велике життєве значення, є основна форма життєвої енергії кожного з нас, життя перестає закликати себе, щойно зникає мета. Хіба ми не читаємо дуже часто в записках, що залишаються самогубцями, що вони

припиняють життя тому, що воно безцільне. Звичайно, якщо цілі людського життя безмежні та невичерпні. Трагедія самогубці в тому і полягає, що у нього відбувається найчастіше скороминуще і лише набагато рідше тривале затримування, гальмування рефлексу мети.

Сучасні представники когнітивної школи, вивчаючи процес обробки людиною інформації, підкреслюють роль негнучкого мислення та «когнітивних спотворень», наприклад, «життя жахливе, альтернатива їй лише смерть», які ведуть до неможливості вироблення рішень своїх проблем. У міркуваннях прихильників цієї концепції багато цікавого, але всі вони страждають на однобічність.

Соціологічна концепція виходить з того, що в основі суїцидальної поведінки лежить зниження та нестійкість соціальної інтеграції, а самогубство у всіх випадках може бути зрозуміле лише з погляду взаємин індивіда із соціальним середовищем, при цьому власне соціальні фактори відіграють провідну роль. Фахівці ВООЗ звернули увагу на той факт, що зростання самогубств у країнах, що вступають на шлях економічного і соціального розвитку, прямо пропорційне темпам економічного розвитку цих країн. Проте вплив соціальних та економічних чинників виникнення суїциду носить, зазвичай, непрямий характер. Сучасний стан культури передбачає постійне примусове спілкування з величезною масою людей, яке знеособлює конкретну людину і згодом породжує конфлікти.

Засновник та найяскравіший представник соціологічного підходу до аналізу суїцидальної поведінки Е. Дюркгейм розділив самогубства на три основні категорії [65]:

1. Альтруїстичне самогубство – це своєрідний акт принесення свого життя в жертву заради блага своєї соціальної групи – сім'ї, друзів, однодумців тощо.
2. Егоїстичне самогубство характерно для людей, які втратили почуття єдності зі своєю соціальною групою і таким чином більше не відчувають себе підвладними соціальному, сімейному та релігійному контролю з її боку.

3. Аномічне самогубство (від франц. *anomie* - відсутність закону, організації) спостерігається серед тих, хто живе в суспільстві, де бракує «колективного порядку», оскільки воно знаходиться в стадії корінних соціальних змін або переживає політичну кризу. Загалом це соціально-психологічне поняття, що означає морально-психологічний стан суспільної та індивідуальної свідомості, яке характеризується розкладанням системи цінностей, ізоляцією людини від суспільства, її розчарованістю в житті, протиріччям між цінами, що проголошуються, і неможливістю їх реалізації.

Не применшуючи ролі психологічних чинників у формуванні суїцидальної поведінки, проте, не вважають їх провідними та розглядають у сукупності із соціальними та біологічними в рамках інтегративного підходу.

Сучасна інтегративна концепція суїцидальної поведінки бере свій початок у працях Едвіна Шнайдмана, який описав найбільш значущі характеристики суїциду. Крім показників, Е. Шнайдман запропонував типологію індивідів, які грають безпосередню, найчастіше свідому роль наближенні своєї смерті:

- шукачі смерті, які навмисно розлучаються з життям, зводячи можливість порятунку до мінімуму;
- ініціатори смерті, які навмисно наближають її (тяжкохворі, свідомо позбавляють себе систем життєзабезпечення);
- гравці зі смертю, схильні відчувати ситуації, де життя – ставка, а можливість вижити мало ймовірна;
- схвалюючі смерть, які не прагнуть активно до кінця, але не приховують своїх суїцидальних намірів (самотні люди похилого віку, емоційно нестійкі підлітки та юнаки в пору кризи еґо-ідентичності) [82].

Е. Шнейдманом також було виділено три типи суїцидів:

Еґотичне самогубство, зумовлене інтрапсихічним діалогом, конфліктом між частинами Я, тоді як зовнішні обставини відіграють додаткову роль (суїциди психічно хворих, які страждають на слухові галюцинації).

Діадичне самогубство, основа якого в нереалізованих потребах і бажаннях, що належать до значної близької людини. Таким чином, зовнішні фактори домінують, роблячи суїцид актом стосовно іншого.

Агенеративне самогубство, коли причина полягає у бажанні зникнути через втрату почуття приналежності до покоління або людству в цілому (суїциди в похилому віці) [82].

Інтегративна концепція суїцидальної поведінки дає таке визначення: суїцидальна поведінка - наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту, що нею переживається. Суїцидальна поведінка у підлітків буває: демонстративною, афективною, істинною.

Демонстративна суїцидальна поведінка - розігрування театральних сцен із зображенням спроб самогубства без жодного наміру справді накласти на себе руки, іноді з розрахунком, що вчасно врятують. Всі дії робляться з метою привернути або повернути втрачену до себе увагу, розжалобити, викликати співчуття, позбутися неприємностей, що загрожують (наприклад, покарань за скоєні правопорушення або провини), або, нарешті, щоб покарати кривдника, звернувши на нього обурення оточуючих, або доставити йому серйозні неприємності. Місце, де відбувається демонстрація, свідчить зазвичай у тому, кому вона адресована: вдома - рідним, у компанії однолітків - комусь із її членів, при арешті - владі тощо. Слід, однак, враховувати, що демонстративні за задумом дії внаслідок необережності, неправильного розрахунку чи інших випадковостей можуть призвести до фатальних наслідків. Оцінка вчинку як демонстративного потребує ретельного аналізу всіх обставин.

Афективна суїцидальна поведінка. Сюди відносяться суїцидні спроби, що здійснюються на висоті афекту, який може тривати лише хвилини, але іноді через напружену ситуацію може розтягуватися на години і добу. У якийсь момент тут зазвичай з'являється думка, щоб розлучитися з життям, або така можливість допускається. Тим не менш, тут зазвичай є великий або менший компонент демонстративності. Існує ціла гама переходів від імпровізованого

на висоті афекту суїцидального спектаклю до майже позбавленого будь-якої демонстративності істинного, хоча й швидкоплинного бажання накласти на себе руки. У першому випадку йдеться про демонстративну поведінку, але розгортається на тлі афекту - афективна демонстрація. В інших випадках афективна суїцидна спроба може бути обрамлена демонстративними діями, бажанням, щоб смерть справила враження. Нарешті, справжній замах на самогубство може відбуватися на висоті афективної реакції інтрапунітивного типу.

Справжня суїцидальна поведінка. Тут має місце обдуманий, нерідко поступово виношений намір накласти на себе руки. Поведінка будується так, щоб суїцидна спроба, за поданням підлітка, була ефективною, щоб суїцидним діям «не завадили». У залишених записках зазвичай звучать ідеї самозвинувачення, записки адресовані самому собі, ніж іншим, чи призначені у тому, щоб позбавити звинувачень близьких.

Виділяються три основні групи суїцидів: справжні, демонстративні, приховані.

Справжній суїцид спрямовується бажанням померти, не буває спонтанним, хоча іноді виглядає досить несподіваним. Такому суїциду завжди передують пригнічений настрій, депресивний стан або просто думки про смерть. Причому, оточуючі такого стану людини можуть не помічати. Іншою особливістю справжнього суїциду є роздуми та переживання щодо сенсу життя.

Демонстративний суїцид не пов'язаний із бажанням померти, а є способом звернути увагу на свої проблеми, покликати на допомогу, вести діалог. Це може бути спроба своєрідного шантажу. Смертельний результат у разі є наслідком фатальної випадковості.

Прихований суїцид (непряме самогубство) - вид суїцидальної поведінки, що не відповідає його ознакам у строгому сенсі, але має ту ж спрямованість та результат. Це дії, що супроводжуються високою ймовірністю смерті. Більшою мірою ця поведінка націлена на ризик, на гру зі смертю, ніж на смерть. Такі



люди обирають не відкритий відхід із життя «за власним бажанням», а так звану суїцидально обумовлену поведінку. Це і ризикована їзда автомобілем, і заняття екстремальними видами спорту чи небезпечним бізнесом, і добровільні поїздки в гарячі точки, і вживання сильних наркотиків, і самоізоляція.

Основні концепції суїцидальної поведінки:

– психопатологічна концепція виходить із положення про те, що всі самогубці - душевнохворі люди, а суїцидальні дії - прояви гострих і хронічних психічних розладів»;

– психологічна концепція відбиває думку, за якою у формуванні суїцидальних тенденцій чільне місце займають психологічні чинники;

– соціологічна концепція виходить з того, що в основі суїцидальної поведінки лежить зниження та нестійкість соціальної інтеграції, а самогубство у всіх випадках може бути зрозуміле лише з погляду взаємин індивіда із соціальним середовищем, при цьому власне соціальні фактори відіграють провідну роль.

За інтегративною концепцією суїцидальна поведінка це наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту, що нею переживається.

Суїцидальні дії, якщо вони здійснюються не в стані психозу, вважаються навмисними і тому повинні мати свої мотиви, причини, умови та приводи [47].

Мета - усвідомлений образ передбачуваного результату, досягнення якого спрямовано дію людини.

За визначенням Е. Дюркгейма, суїцид є навмисним і усвідомленим позбавленням життя. Однак саму суїцидальну спробу слід розглядати не лише як мету, а й як засіб для досягнення мети [65].

Метою справжніх самогубств є позбавлення життя, тут мета і кошти збігаються. Однак суїцидальна спроба може робитися не з метою померти, а для вирішення будь-якої іншої проблеми. Таким чином, категорія мети дає

можливість диференціювати справжній суїцид від зовні подібних варіантів самоушкоджень.

Демонстративно-шантажна поведінка своєю метою передбачає не позбавлення життя, а демонстрацію цього настрою. Така демонстрація часом закінчується завершеним суїцидом через недоурахування реальних обставин.

Самоушкодження взагалі не спрямовується уявленнями про смерть, їх мета може обмежуватися лише пошкодженням будь-якого органу. І, нарешті, небезпечні життя дії, спрямовані іншими цілями, слід відносити до нещасних випадків.

Таким чином, ті самі дії можуть кваліфікуватися по-різному залежно від мети, яку вони переслідують. Наприклад, самопорізи в області передпліч можуть бути віднесені:

- до справжніх суїцидальних спроб, якщо кінцевою метою була смерть від крововтрати;
- до розряду демонстративно-шантажних замахів, якщо метою була демонстрація оточуючим бажання померти за відсутності такого;
- до самоушкодження, якщо мета була зазнати фізичного болю, як це буває у психопатичних особистостей у періоди афективних розрядів або при наркотичному сп'яніння;
- до нещасних випадків - якщо з маячних мотивів самопорізи мали на меті «випустити з крові бісів» [49].

Уважний аналіз цілей життєвих дій особливо необхідний у психічних хворих. Так, у стані делірію вистрибування хворого з вікна в одному випадку розцінено як справжню суїцидальну спробу, оскільки метою була смерть як звільнення від переслідування; у іншому - як нещасний випадок, тому хворий, дезорієнтований, «вибіг» у вікно, вважаючи, що знаходиться на першому поверсі будівлі. Відомі випадки, коли хворі лягали на проїжджу частину дороги, щоб довести своє безсмертя чи стрибали з висоти з метою «політати»

над містом. Подібні приклади не можуть бути віднесені до справжніх суїцидів, є нещасними випадками, незважаючи на їхню операційну подібність.

Мотив – внутрішня стійка психологічна причина поведінки чи вчинку людини.

Суїцидальна поведінка, як правило, викликана не однією, а кількома, одночасно діючими та взаємопов'язаними мотивами, які утворюють систему мотивації дій та вчинків людини.

Система мотивів при суїцидальній поведінці завжди знаходиться у напруженій динаміці. У ній відбувається боротьба вітальних та антивітальних, деструктивних мотивів, втілених у песимістичній особистісній установці. Це боротьба із непередбачуваними наслідками. Якщо активний вітальний мотив (наприклад, почуття обов'язку), тоді процес розвитку суїцидальної поведінки припиняється. Іноді якась подія може зіграти роль детонатора, останнього поштовху і підштовхне суїцидента до кінцевої фази - суїцидального акту. Один із зазначених мотивів суїциду зазвичай виступає як ведучий, інші можуть до нього приєднуватися або відсутні. Той чи інший тип суїцидальної поведінки проявляється залежно від віку, типу особистості суїцидента, і навіть ситуації, що провокує суїцид [56, 285].

Виділяють п'ять провідних мотивів суїцидальної поведінки: «заклик», «протест», «уникнення», «самопокарання» та «відмова» [57].

Суїцидальні реакції на кшталт «заклику» («крик допомоги»). До цієї групи відносять випадки, коли індивід робить суїцидальну спробу, керуючись метою привернути увагу оточуючих, отримати від них допомогу та підтримку. На запитання: "Навіщо Ви це зробили?" такі особи зазвичай відповідають: «Щоб інші люди зрозуміли, який сильний розпач я відчуваю»; "Щоб отримати допомогу від інших людей". До цієї групи також відносять демонстративно-шантажні спроби, які робляться з метою вплинути на певних осіб із соціального оточення (дружина, батьків, дітей).

За наявності мотивів даного типу індивід, як правило, перед скоєнням суїцидального акту у прямій чи непрякій формі повідомляє про свої наміри або

загрожує накласти на себе руки. Суїцидальна спроба зазвичай відбувається в присутності оточуючих або людина прагне зробити так, щоб близькі дізналися про її вчинок (наприклад, відразу після акту отруєння лікарськими препаратами людина дзвонить по телефону знайомим і повідомляє про свої дії). Особи, керовані мотивами на кшталт «крику про допомогу», зазвичай думають про можливий летальному результату своїх дій, вони частіше зосереджені думках у тому, як оточуючі прореагують з їхньої вчинку.

Мотиви даного типу характерні для осіб молодого віку з тривожно-недовірливими, істероїдними або інфантильними рисами.

Суїцидальні реакції на кшталт «протесту». До цієї групи відносять випадки, коли людина, відчуваючи виниклі на тлі конфліктної ситуації почуття гніву, люті, образи, робить самоушкоджуючі дії для того, щоб висловити свій протест проти того, що відбувається. На запитання щодо мети суїцидальних дій такі особи зазвичай відповідають: «Щоб якось висловити свій гнів (образу)»; «Щоб покарати винних, щоб їм погіршало».

Самоушкоджуючі дії зазвичай не плануються, мають характер «коротких замикань», нерідко відбуваються у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння.

Реакції цього характерні для осіб молодого віку, зі збудливими та емоційно нестійкими рисами.

Суїцидальні реакції на кшталт «уникнення». До цієї групи відносять випадки, коли людина, перебуваючи в будь-якій важкій, психотравмуючій життєвої ситуації, здійснює акт суїциду під впливом переживань безвиході, беспорядності, марності всіх зусиль з виправлення ситуації (уникнення ситуації). На запитання: "Навіщо Ви це зробили?" такі особи зазвичай відповідають: «Ситуація була така нестерпна, що я просто не знав, що мені зробити ще»; «Хотів уникнути нестерпної ситуації, відволіктися від думок про неї». До цієї групи також відносять випадки, коли індивід робить суїцидальну спробу з метою зменшення негативних емоційних переживань або відволікання від них (уникнення страждання). На питання про мету

суїцидальних дій такі особи відповідають: "Зробив це, щоб звільнитися від нестерпного душевного болю"; «Хотів перестати відчувати тривогу та розпач».

Мотиви на кшталт «уникнення» одна із найпоширеніших і зустрічаються у 50-70% осіб із справжніми спробами суїциду.

Реакції даного типу характерні для старших вікових груп – чоловіків та жінок віком від 30 років. Суїциди здійснюються шляхом самоповішу, самоотруєння. Алкоголь, якщо й приймається, то після ухвалення рішення про самогубство («щоб було легше зважитися на суїцид»).

Суїцидальні реакції на кшталт «самопокарання». Ця група включає випадки, коли людина вчиняє суїцид під впливом інтенсивних переживань сорому, вини, почуття ненависті до себе. На питання щодо мети суїцидальних дій такі особи зазвичай відповідають: «Хотів покарати себе». Як приклад можна навести випадок хворої на наркоманію, яка, перебуваючи в стані наркотичної «тяги», продала велику частину сімейних коштовностей, потім, переживаючи стан абстиненції, зробила важку спробу суїциду під впливом почуттів сорому і провини за скоєний вчинок.

Реакції на кшталт «самопокарання» притаманні людям (чаще жінок) середнього віку. Самогубство зазвичай відбувається жорстоким способом (самоповіщення, падіння з висоти).

Суїцидальна поведінка на кшталт «відмови» від життя - тут мета та мотиви діяльності повністю збігаються. Мотивом є відмова від існування, а метою є позбавлення життя: «Я вмираю, щоб померти». Цей тип суїциду пов'язаний із втратою особистісного сенсу свого існування (наприклад, у зв'язку з втратою значущої близької людини, у зв'язку з важким захворюванням, особливо невиліковним) та неможливістю виконувати колишні, високо значущі ролі. Такий мотив, як відмова, часто характерний для вельми зрілих, глибоких особистостей і може виражати не лише ставлення до особисто нестерпної ситуації, а й філософськи песимістичне ставлення до світу загалом. Такий суїцид частіше роблять чоловіки старше 40 років, у тверезому стані, в ранні ранкові години. Цей тип суїцидальної поведінки

спостерігається також при субдепресіях, циклотимії, шизофренії та у осіб із психопатіями астенічного кола [45].

Також необхідно відзначити, що у більшій частини суїцидентів на ранніх етапах суїцидальної поведінки спостерігається стан боротьби мотивів: з одного боку, виникають суїцидальні спонукання, з іншого - з'являються думки про зобов'язання перед дітьми, небажання доставити горе близьким, страх смерті та інші, що утримують людину від вчинення суїцидального акту мотиви. Іншими словами, суїциденти переживають боротьбу суїцидальних та антисуїцидальних мотивів і чим сильніше виражені останні, тим менша ймовірність вчинення суїцидального акту [45].

Під час аналізу суїцидів, крім мотиву, необхідно розрізняти такі поняття.

Причина суїцидальної поведінки – це все те, що викликає та обумовлює суїцид. Крім основної причини можуть бути ще й другорядні (хвороба, сімейно-побутові проблеми та ін);

Привід суїцидальної поведінки – на відміну від причини – це подія, яка виступає поштовхом для дії причини. Привід носить зовнішній, випадковий характер і не є ланкою в ланцюгу причинно-наслідкових відносин. Як правило, аналіз приводів самогубств не виявляє їхньої причини;

Умови - комплекс явищ, які хоч і не породжують конкретні дії, але є необхідною передумовою їх становлення та розвитку. Немає причин та наслідків без певних умов. Аналіз причин суїцидів показує повсюдну залежність їхню відмінність від умов [47].

Деякі автори висвітлюють питання щодо суїцидів у практично здорових у періоди переживання будь-якого стресу, фрустрації, гострих конфліктних епізодів, ширше – психологічної кризи. На їх думку, у випадках суїциду у психічно здорових осіб, психологічна криза все одно переходить на клінічний рівень протягом короткого часу. Проте, водночас формується уявлення про те, що сам акт самогубства, скоєний психічно здоровими людьми, є у часто непатологічну психологічну, «загальнолюдську» реакцію особистості на екстремальні обставини [47].

В психології виділяються шість типів непатологічних суїцидонебезпечних ситуаційних реакцій, що зустрічаються у психічно здорових осіб у стані соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту.

Ситуаційна реакція - розуміється як модус поведінки особистості, який визначається її позицією, що виходить із власної концепції цієї ситуації. Вона являє собою оформлену структуровану відповідь на ситуаційне навантаження з певним чином емоційно забарвленим станом та відповідною йому поведінкою. Вид, тип, спрямованість і структуру реакцій визначають особливості особистості людини, причому дуже важливою є значущість особистості цієї ситуації. Звідси в різних індивідуумів на подібні ситуації виникають різні реакції.

Песимістична ситуаційна реакція - чітка зміна світовідчуття з похмурих світоглядом, негативними судженнями та оцінками, з переструктуруванням системи цінностей. Ризик суїциду дуже високий.

Реакція негативного балансу – характеризується раціональним підбиттям життєвих підсумків, песимістичною оцінкою прожитого та майбутнього, твердим рішенням не жити. Ризик суїциду дуже високий.

Реакція дезорганізації - у її основі тривожний компонент, виражені соматовегетативні прояви, частіше на кшталт кризів, порушення сну. Характеризується ця реакція «втратою точки опори». Реакція йде із сигналом лиха, високим суїцидальним ризиком. Можливий вихід у швидку реалізацію суїциду.

Реакція емоційного дисбалансу – має місце чітке превалювання гами дистимічних розладів настрою, скорочення кола соціальних контактів. Ризик суїциду середнього ступеня.

Реакція демобілізації - відрізняється різкими змінами у сфері контактів, болісним переживанням самотності, безнадійності. Характеризується душевним дискомфортом, відчуттям відкинутості. Суїцидальний ризик середній.

Реакція опозиції - характеризується вираженою екстрапунітивною позицією особистості, підвищується ступенем агресивності, зростаючою різкістю негативних оцінок оточуючих та його діяльності. Суїцидальний ризик середній [50].

Зазвичай довжина непатологічних ситуаційних реакцій у психічно здорових осіб варіює від кількох днів до трьох місяців із поступовим повним поверненням індивіда до колишнього соціально-психологічного статусу.

У осіб із вираженими акцентуаціями характеру автор виділяє перехідні ситуаційні реакції, які, ще будучи психопатологічними симптомами, служать виразом нормальних, хоч і акцентуйованих особистісних реакцій в екстремальних ситуаціях. До них відносяться:

- реакція егоцентричного перемикання;
- реакція душевного болю (психалгія);
- реакція переживань негативних інтерперсональних відносин [50].

У ряді випадків ці реакції у акцентуйованих осіб можуть за їх поглиблення трансформуватися в психопатологічні феномени:

- 1) реакції егоцентричного перемикання - у синдром афективно-звуженої свідомості з фіксованим вазо-вегетативним компонентом;
- 2) реакції психалгії - у психогенні депресії та депресивні реакції;
- 3) реакції негативних інтерперсональних відносин - в афективно забарвлені, obsesivні, надцінні, рідше субпараноїдні утворення з ідеями відносин.

Істотно те, що при переході реакцій у акцентуантів до їх клінічних феноменів ризик суїциду помітно знижується. Тривалість реакцій, трансформованих у їх клінічні аналоги, зазвичай становить від 1 до 3 місяців [57].

Таким чином, з цього розділу випливає, що: суїцидальні дії є навмисними і тому повинні мати свої цілі, мотиви, причини, умови та приводи.



Суїцидальну спробу слід розглядати не лише як мету, а й як засіб для досягнення мети. Залежно від мети суїциди поділяються на справжні, демонстративно-шантажні, самоушкодження та нещасні випадки.

Виділяють п'ять провідних мотивів суїцидальної поведінки: «заклик», «протест», «уникнення», «самопокарання» та «відмова».

Виходячи з вищесказаного, можна зробити наступні висновки:

1. суїцид - дія, навмисно спрямоване на позбавлення себе життя, психологічний сенс якого полягає у відреагуванні афекту, зняття емоційного напруження, ухиляння від психотравмуючої ситуації, в якій людина виявилася;

1. до основних концепцій суїцидальної поведінки належать: психопатологічна, психологічна, соціологічна та інтегративна;

2. суїцидальні дії є навмисними і тому повинні мати свої цілі, мотиви, причини, умови та приводи.

## **1.2. Психологічні особливості суїцидальної поведінки у підлітковому віці**

В даний час до підлітків прийнято відносити дітей 12-15 років, причому період 11-12 років визначається як препубертатний період, а 13-15 років – як пубертатний [43].

Підлітковий вік як перехідний від дитинства до зрілості завжди вважався критичним, проте криза цього віку (пубертатна) значно відрізняється від криз молодшого віку. Він є найгострішим і найтривалішим. Пов'язано це з поєднаним впливом на підлітка цілого ряду соматичних, психологічних та соціальних факторів [43].

В основі бурхливих та болісно переживаних соматичних змін організму підлітка лежить інтенсивна перебудова ендокринної системи, що закінчується досягненням статевої зрілості. Крім формування вторинних статевих ознак у підлітків відзначається зміна взаємин частин тіла; тулуб - ще дитячий при швидкому розвитку кінцівок. Рухи при цьому стають незграбними і

незграбними. Часто за бурхливим зростанням тіла (різке збільшення м'язової маси та зростання) не встигають внутрішні органи, що призводить до розвитку цілого ряду функціональних захворювань, особливо серцево-судинної системи» [44].

За принципом бінарності дії гормонів, перебудова ендокринної системи не може протікати без відповідних змін у психіці. У зв'язку з цим у момент особливо різких ендокринних зрушень у підлітків відзначається виражене психічне занепокоєння, підвищений рівень тривожності. Намагаючись позбутися цієї тривожності, виплеснути її поза, вони часто вступають у конфлікти, нерідко відзначаються колективні бійки. Цим пояснюється підвищена схильність підлітків до відвідування масових галасливих рок - концертів, вживання наркотиків і алкоголю [44].

Поряд із психічними змінами, зумовленими виключно гормональним впливом, у підлітків спостерігаються і глибоко психологічні, особистісні зміни, не пов'язані безпосередньо з перебудовою ендокринної системи. До таких змін слід віднести формування нової самосвідомості з підвищеним почуттям власної гідності, власних можливостей та здібностей. Розвиваються і більш повно усвідомлюються високі почуття дружби і любові, причому любов аж ніяк не обумовлена сексуальними потребами, але навпаки має виключно платонічний, духовний характер [43].

Протягом підліткового періоду ламаються і перебудовуються багато колишніх відносин дитини до навколишнього і самого себе, формується та життєва позиція, з якою підліток починає своє самостійне життя. Вступ у доросле життя - не одномоментна подія, а тривалий процес, біологічні та соціальні сторони якого мають свої сили, свій ритм та темпи розвитку. У зв'язку з високими, але не синхронними темпами фізичного та психічного розвитку підлітків у них виникає багато таких потреб, задовольнити які в умовах ще недостатньої соціальної зрілості не завжди можливо. Тому депривація потреб у підлітковому віці спостерігається частіше і виражена

значно сильніше, ніж у молодшому віці, і подолати її через відсутність синхронності у психічному та соціальному розвитку підлітка дуже важко.

Основним новоутворенням підліткового віку формування почуття дорослості, тобто. стан, коли основна маса потреб підлітка нічим не відрізняється від таких у дорослих. Однак при об'єктивно зростанні соціальна ситуація для нього, як правило, не змінюється - він залишається учням і знаходиться на утриманні у батьків, позбавлений ряду цивільних прав. Тому багато претензій призводять до нерозв'язних труднощів, входять у конфлікт із реальною реальністю. У цьому полягає основна психосоціальна причина кризи підліткового віку [43].

Одним із найпомітніших і найважливіших проявів психологічної перебудови підлітка є різка зміна відносин з дорослими, зокрема з батьками. Відбувається зміна значних осіб, і підлітки у багатьох життєвих областях орієнтуються виключно думки однолітків, майже повністю ігноруючи думку батьків та оточуючих дорослих. Спілкування підлітків – це специфічний вид міжособистісних відносин. Групова гра та інші види спільної діяльності виробляють необхідні передумови соціальної взаємодії, уміння підкорятися колективної дисципліни і водночас відстоювати свої права, співвідносити особисті інтереси з громадськими. І, зрештою, це специфічний вид емоційного контакту. Свідомість групової приналежності, солідарності, товариської взаємодопомоги як полегшує підлітку автономізацію від дорослих, а й дає йому надзвичайно важливе почуття емоційного добробуту і стійкості [44].

Почуття самотності, неприкаяності, пов'язане з віковими труднощами становлення особистості, породжує у підлітків невтомну спрагу спілкування та групування з однолітками, у суспільстві яких вони знаходять чи сподіваються знайти те, в чому відмовляють дорослі: емоційне тепло, порятунк від нудьги та визнання власної значущості.

Розвиток самосвідомості одна із центральних психічних процесів перехідного віку. Суперечливість становища, зміна структури соціальних ролей і рівня домагань підлітка призводять до того, що він вперше починає

звертати увагу на свій внутрішній світ, намагаючись відповісти на запитання: Хто Я?, Ким Я стану?, Яким Я хочу і повинен бути?». Саме з появою нових питань до себе та про себе пов'язана перебудова самосвідомості [43].

Незважаючи на те, що для підлітка єдиною усвідомлюваною реальністю є зовнішній світ, він все більше починає замислюватися про свої власні почуття та думки, аналізувати внутрішній стан інших людей. Вперше усвідомлюється своя несхожість на інших, і саме в цьому віці людина вперше стикається з таким важливим та таємничим психологічним станом, як самотність. Не менш важливим та складним є усвідомлення своєї наступності, стійкості своєї особистості у часі. Якщо для дитини з усіх вимірів часу найважливішим, а часом і єдиним, є справжнє, «зараз», то у підлітка становище змінюється: прискорюється суб'єктивний перебіг часу, з'являється відчуття важливості найближчої перспективи, хоча в цілому сприйняття часу залишається ще дискретним і обмеженим. багато в чому безпосереднім минулим і сьогоденням [44].

Слід зазначити, що перехідний вік, особливо 12-14 років, супроводжується значними змінами у змісті та структурі Я-концепції. У підлітків помітно посилюються схильність до самопостереження, сором'язливість, егоцентризм, знижується стійкість образів «Я», дещо знижується загальна самоповага та суттєво змінюється самооцінка деяких якостей. Підліткам значно частіше, ніж дітям, здається, що батьки, вчителі та однолітки про них погані думки, і вони частіше зазнають депресивних станів.

Самі юнаки та дівчата насамперед сприймають період «важкого віку» як період фізичних змін, становлення психосексуальної ідентифікації. У перехідному віці люди частіше, ніж будь-коли, стають жертвами синдрому дисморфоманії (марення фізичного недоліку), приділяючи велику увагу своїй зовнішності [44].

Отже, у підлітковому віці в людини починає активно формуватися самосвідомість, починається становлення образу «Я», який остаточно затверджується у ранньому юнацтві.

Таким чином, можна зробити висновок про те, що:

- до підлітків прийнято відносити дітей 12-15 років, причому період 11-12 років визначається як препубертатний період, а 13-15 років – як пубертатний.

Підліткова криза є найгострішою і тривалою і це пов'язано з поєднаним впливом на підлітка цілого ряду соматичних, психологічних та соціальних факторів.

До соматичних факторів відносяться:

- перебудова ендокринної системи
- формування вторинних статевих ознак
- зміна взаємин частин тіла [49].

До психічних та соціальних змін відносяться:

- формування самосвідомості;
- становлення образу «Я»;
- розвиток і повніше усвідомлення високих почуттів дружби та любові;
- перебудова багатьох колишніх відносин дитини до навколишнього і самого себе;
- формування життєвої позиції;
- формування почуття дорослості.

Підлітковий суїцид в основних рисах повторює дорослий, але водночас має власну специфіку, зумовлену віковими особливостями. Підлітковий суїцид часто наслідує, має риси героїчної чи романтичної поведінки з елементами гри та демонстрації.

Психологічний сенс підліткового суїциду – крик про допомогу, прагнення привернути увагу до свого страждання. Справжнього бажання померти у підлітків, зазвичай, немає; уявлення про смерть вкрай невиразне та інфантильне. Смерть представляється як бажаного сну, відпочинку від негараздів, у ній бачиться спосіб покарати кривдників [49; 51].

Найчастішими причинами суїцидів серед підлітків є [56]:

- втрата близької чи коханої людини;
- стан перевтоми;
- вражене почуття власної гідності;
- руйнування захисних механізмів особистості внаслідок вживання алкоголю, наркотиків, гіпногенних психотропних засобів;
- ототожнення себе з людиною, яка вчинила самогубство;
- різні форми страху, гніву та смутку з різних приводів;
- дезадаптація, пов'язана з порушенням соціалізації (місце молодої людини в соціальній структурі не відповідає рівню її домагань);
- конфлікти у ній (часто пов'язані з неприйняттям системи цінностей старшого покоління);
- болючі стани (психози, прикордонні стани, соматичні захворювання);
- страх відповідальності і сором за скоєне правопорушення [2, 90].

Крім того, для цього віку характерна невідповідність цілей та засобів суїцидальної поведінки: іноді при бажанні померти вибираються безпечні з точки зору дорослих засоби і, навпаки, демонстраційні спроби нерідко «переграються» через недооцінку небезпеки засобів і способів, що застосовуються. Зважаючи на незрілість і відсутність життєвого досвіду, навіть незначна конфліктна ситуація здається безвихідною, а тому стає надзвичайно суїцидонебезпечною. Велике значення цього віку має обтяжений сімейний анамнез. Суїцидогенні складові сімейного виховання – гіперопіка, авторитарність батьків із ригідними установками, низький культурний та освітній рівень батьків. Конфлікти із сім'єю найчастіше пов'язані з неприйняттям молодою людиною системи цінностей старшого покоління [3, 31-33].

Своєрідністю дитячо-підліткового етапу онтогенезу відрізняються також мотивація та динаміка суїцидальної поведінки. Так, для підлітків характерні

мозаїчність, варіабельність пресуїцидального статусу, що створює особливі труднощі у розпізнаванні загрози самогубству [14].

Виділяються наступні основні мотиви суїцидальної поведінки у підлітків [40, 372]:

- переживання образи, самотності, відчуженості та нерозуміння;
- справжня чи уявна втрата любові батьків, нерозділене почуття та ревності;
- переживання, пов'язані зі смертю, розлученням чи відходом батьків із сім'ї;
- почуття провини, сорому, ображеного самолюбства, самозвинувачення;
- страх ганьби, глузувань чи приниження;
- страх покарання, небажання вибачитись;
- любовні невдачі, сексуальні ексцеси, вагітність;
- почуття помсти, злості, протесту; загроза чи здирство;
- бажання привернути до себе увагу, викликати співчуття, уникнути неприємних наслідків, уникнути важкої ситуації;
- співчуття чи наслідування героїв книжок чи фільмів («ефект Вертера» [11, с.72-75]).

В психології виділяються кілька основних варіантів депресивного синдрому із суїцидальною поведінкою: дитячий, девіантний, іпохондричний, астеничний, з переважанням типово підліткових симптомів (метафізичної інтоксикації та дисморфофобії) та варіант, оформлений типово-депресивною симптоматикою [14].

Для дитячого варіанту депресії характерна мінімальна вираженість афекту туги. При цьому діти стають менш рухливими, дратівливими, примхливими, незадоволеними собою та оточуючими, у них порушуються сон та апетит. На тлі відкручування колишніх інтересів з'являється не властива раніше «похоронна» тематика, що виражається в іграх, інсценуванні похорону

іграшок та своїх тварин, малюнках із зображенням могил, труни, у патологічному фантазуванні на тему власної смерті та похорону. До самогубства, як правило, призводить незначний конфлікт, спроби здійснюються способами, що калічать.

Девіантний варіант депресії (як правило, препубертатний та молодший пубертатний вік: 10-12 та 12-14 років). Характеризується не властивими раніше порушення поведінки найширшого спектра. При цьому спостерігається знижений, з відтінком дисфоричності, настрій з готовністю до гетеро- та аутоагресії.

Іпохондричний варіант депресії (найчастіше молодший та середній пубертатний вік: 12-14 та 14-16 років). У клінічній картині цього варіанта превалюють соматичні скарги; дійсно неприємні відчуття у тілі перебільшуються і трактуються як невиліковне захворювання. Для нього характерний тривожно-тужливий афект, з дратівливістю, а також відчуття покинутості всіма. Підлітки стають примхливими, нерідко стаціонаруються в лікарні, консультуються в інтерністів, запускають навчання.

Астенічний варіант депресії (молодший та середній пубертатний вік: 12-14 та 14-16 років). Перші ознаки цього варіанта - складнощі у навчанні, погіршення пам'яті.

Крім того, у підлітків зникає інтерес до хобі, з'являються млявість, безініціативність, сон не приносить бадьорості. Все це створює ґрунт для конфліктів, насамперед шкільних, які сприймаються трагічно. Замах на самогубство – звичайна відповідь на конфлікт у такій ситуації. Ризик повторного суїциду дуже високий.

Варіант депресивного синдрому з переважанням типово підліткових симптомів (притаманний пізньому постпубертатному віку: 16-18 років). Міркування про сенс життя і смерті набувають характеру безплідного мудрування, негативно забарвленого і несе в собі елемент «пасивної згоди на смерть». Афект не вербалізується, підліток стає замкнутим, недоступним, сповненим свідомості власної відчуженості та душевної самотності. При



цьому варіанті характерне загострення сензитивності, поглиблення депресії, а суїцид може бути відповіддю на незначну психотравму.

В окрему категорію тут виділяються підлітки із дисморфобією.

Типова депресія з переважанням тривожних компонентів, зі страхами, тривожною ажитацією, іноді супроводжується нестерпним відчуттям психічної напруги і досягає ступеня раптусу, включаючи цілий реєстр аутоагресивних проявів - від компульсивного потягу заподіяти собі біль до суїцидальних спроб [24, с. 112 -118].

Типовою для підліткового віку є суїцидонебезпечна група, що складається з підлітків, що відрізняються високоморальними підвалинами з ідеалізацією почуття любові та сексуальних відносин.

Стан підлітків, які вчинили суїцидальну спробу, визначається «слідами» пережитої психотравмуючої ситуації, динамікою психічного стану після суїциду, особливостями особистісно-характерологічного реагування, додатковими переживаннями, пов'язаними з суїцидальною спробою та соматичними наслідками спроби, сімейним мікрокліматом та обстановкою [12].

Слід вказують на певний зв'язок суїцидальної поведінки із типом акцентуації характеру. При демонстративній суїцидальній поведінці більша частина підлітків мають істероїдний, істероїдно-нестійкий та гіпертимно-істероїдний типи, менша – епілептоїдний та епілептоїдно-істероїдний та незначна частина – інші типи акцентуацій характеру. У той самий час суїцидальні спроби здебільшого здійснювалися особами з сенситивним і циклоїдним типами акцентуації [7].

Приблизно 30% підлітків, які наклали на себе руки, що робили замах на самогубство, мали шизоїдні риси характеру. Суїцидальні дії, що здійснюються психастениками, заздалегідь продумані та не розраховані на глядача, як і суїцидальні дії сенситивних підлітків, які часто бувають повною несподіванкою для оточуючих. Істероїдні підлітки найчастіше використовують

поверхневі порізи вен, отруєння малоотруйними ліками. Зазвичай вони пишуть передсмертні записки із зазначенням місця та часу самогубства, а також умов, на яких згоден залишитися жити. Суїцидальна поведінка для нестійких підлітків нетипова, але іноді вони можуть вчинити самогубство під впливом сильної особи за компанію. Емоційно-лабільний тип характеризується раптовістю виникнення та реалізації суїцидальних думок, хоча найчастіше ці спроби самогубства мають «несерйозний», демонстративний характер. Для гіпертимних підлітків суїцидальна поведінка нетипова [39].

Особливості особистості суїцидентів такі, як сензитивність, емоційна нестійкість, збудливість, що досягали в деяких з них рівня акцентуації, формували в поєднанні з іншими факторами особливу передпозицію особистості, що сприяє підвищенню суїцидального ризику [24].

Підліток часто переживає проблеми трьох «н»: непереборність труднощів, нескінченність нещастя, непереносимість туги та самотності. У цьому він має боротися з трьома «б»: безпорадністю, безсиллям, безнадійністю [24].

Для підліткового віку характерні такі типи суїцидонебезпечних ситуаційних реакцій [38, с. 51-56]:

1. Реакція депривації (найчастіше молодший та середній підлітковий вік). Характерні: втрата інтересів, гноблення емоційної активності, скритність, мовчазність, негативні переживання. В анамнезі – жорстке авторитарне виховання.

2. Експлозивна реакція (найчастіше середній підлітковий вік). Характерні: афективна напруженість, агресивність, підвищений рівень домагань, прагнення (часто необґрунтовані) до лідерства. У анамнезі - виховання у ній, де ці реакції традиційні для дорослих. Мета суїцидальних дій у цьому випадку – прагнення помститися кривднику, довести свою правоту. Як правило, суїцидальні дії відбуваються на висоті афекту; у постсуїциді критика суїцидальної поведінки формується не відразу, зберігається опозиційне ставлення до оточуючих.

3. Реакція самоусунення (середній і старший підлітковий вік із рисами незрілості). Характерні: емоційна нестійкість, навіюваність, несаможиттєвість. Це, зазвичай, педагогічно занедбані підлітки з низьким інтелектом. Мета суїцидальних дій у цьому випадку - уникнення труднощів.

Вікова своєрідність аутоагресивної поведінки психічно здорових підлітків, крім іншого, полягає в специфіці суїцидальних дій, серед яких виділяються такі [4;51]:

1. самопошкодження. Їх характерне поєднання як аутоагресії, і гетероагресії. В анамнезі - виховання у неблагополучних, асоціальних сім'ях. Найчастіше – епілептоїдний тип акцентуації; пубертатний криз декомпенсовано; шкільну адаптацію порушено. Емоційний стан під час самопошкоджень – злість, образа. Для таких підлітків характерне поєднання в асоціальні угруповання;

2. демонстративно-шантажні суїциди з агресивним компонентом. Сім'ї цих підлітків, зазвичай, конфліктні, але з асоціальні. Найчастіше для таких підлітків характерні: істероїдні та збудливі типи акцентуації; менш виражена пубертатна декомпенсація; у групі однолітків - дискомфорт через підвищені домагання.

У початкових класах адаптація гаразд, з появою труднощів - порушується. Актом суїциду у разі підліток прагне довести свою правоту і помститися кривднику. При цьому характерна негайна реалізація, яка нерідко веде до перегравання, що закінчується летально. Якщо ситуація подібним чином не вирішується – можливий повтор;

3. демонстративно-шантажні суїциди з маніпулятивною мотивацією. Сім'ї таких підлітків дисгармонійні, з неадекватним вихованням, у якому багато протиріч. Для цих підлітків характерна, як правило, істероїдна акцентуація, пубертатна демонстративність, примхливість, вмільна маніпуляція. До 5-6-го класу вони добре адаптовані, проте з появою труднощів шкільної програми та через завищені самооцінки та рівня домагань можлива дезадаптація. У зв'язку з цим у групі однолітків вони спочатку є лідерами, але потім на них очікує

важке падіння. Пресуїцид у цьому випадку більш тривалий, тому що відбувається раціональний пошук найбільш безболісних способів, які не завдають шкоди, при цьому заздалегідь повідомляється про наміри, що оточує, обчислюється безпечна доза ліків. При вирішенні ситуації у суїцидальний спосіб відбувається його закріплення;

4. суїциди з мотивацією самоусунення. Сім'я цих підлітків зовні благополучна, але нестабільна; конфлікти мають прихований характер. А тому таких підлітків характерні: висока тривожність, нестійка самооцінка, почуття провини; емоційно-лабільна, нестійка, сензитивна акцентуація, психічний інфантилізм, а також несаможиттєвість, конформність, пасивність, низька стресова толерантність.

Пубертатний криз, як правило, виливається у неврастенні. Невдачі у школі викликають страх, провину. У групі однолітків ці підлітки мають низький статус, що неспроможні протистояти тиску, тому часто долучаються до асоціальної діяльності. Пресуїцид у разі тривалий, з почуттям страху, вибираються, зазвичай, досить небезпечні методи. У найближчому постсуїциді – страх смерті, сором, каяття; ризик повтору невеликий.

Чим менший вік, тим яскравіше виявляється агресивна спрямованість у психологічній структурі суїцидальної поведінки. У описаних типах 1-4 агресивний компонент зменшується [4;51].

При суїцидальних вчинках у підлітка особливе значення набуває фактор «самогубця як приклад». Як приклад можуть виступати суїцидальні вчинки як «ближнього кола» - батьків, братів чи сестер, друзів чи сусідів, і не зовсім коректне висвітлення у засобах масової інформації теми суїциду. Дуже небезпечними і часто ведуть до суїцидальної дії у дітей і підлітків є загрози батьків, які повторюються, вчинити самогубство, особливо у зв'язку з розлученням. Часто у разі діти реалізують наміри батьків» [3, с. 31-33].

Особливий вплив на молодь може мати смерть кумирів: знаменитостей, музикантів, моделей. С. Так вказує на очевидність зв'язку підвищеної кількості

самогубств із висвітленням у засобах масової інформації суїцидів знаменитостей.

Різні публікації в засобах масової інформації та комунікації про самогубства можуть також підштовхнути до спроб самогубств серед особливо чутливих підлітків. У 80-ті роки американські дитячі психіатри описали вплив серії телевізійних програм про самогубства підлітків на підлітків, які були показані з педагогічною метою. Протягом 2 тижнів, після кожної такої програми кількість самогубств у цій віковій групі значно зросла. Зараз інформацію (опис різних способів самогубства) можна отримати через Інтернет, що також може підвищити ризик наслідування. Вважається, що підліток, який скоїв самогубство, «надихає» інших людей, які перебувають у скрутному становищі, до таких самих дій. Збільшення випадків самогубств може спостерігатися у шкільному середовищі чи інших групах, де підлітки добре знають одне одного. Ті, хто був найближчим до померлого, переживають дуже сильний шок. Вони розвивається депресія чи посттравматичний стресовий розлад [3].

Для підліткового віку характерні кластерні суїциди як епідемії самогубств, скоєних подібним способом у період часу. Вразливі, схильні до наслідування підлітки є найчастішими жертвами інформаційних програм, документальних чи художніх фільмів та публікацій у пресі, у яких висвітлюються випадки самогубств. У суїцидології цей феномен відомий як "синдром Вертера". Понад 2 століття тому геніальний німецький письменник І. Гете написав роман «Страдання юного Вертера». Головний герой роману Вертер застрелився через нерозділене кохання. Книга мала величезний вплив на читачів та викликала хвилю самогубств по всій Європі. Наслідуючи Вертер, молоді люди стрілялися перед портретами коханих. Сплеск самогубств був настільки великий, що у деяких країнах роман було заборонено. Ефект наслідування та індукувальний вплив резонансних самогубств, відбитих у мас-медіа, добре відомий і в наші дні [19;31].

В даний час великою проблемою стали публікації в засобах масової інформації, в яких суїциди та суїцидальна поведінка є своєрідною «родзинкою», «вишуканою» або «шляхетною» смертю «мужньої людини». В цих публікаціях докладно описується, як можна «гарно піти з життя» [19;31].

Не кожен підліток для якого характерна суїцидальна поведінка, здійснить свої наміри. Але підліткам із уже існуючою суїцидальною налаштованістю, а також із властивою їм вразливістю подібна інформація може «допомогти» прийняти фатальне рішення. Крім того, така інформація спрямована на заохочення суїцидальної поведінки як спосіб вирішення проблем. Широка та доступна інформація про суїциди навіть у формі їх засудження може спровокувати суїцидальну поведінку у підлітків, які раніше не замислювалися про це. З огляду на й так зростаючу актуальність підліткових суїцидів, це може викликати тривоги, і, певне, потрібні обмежувальні заходи подібну інформацію [24; 40; 56].

Таким чином, можна говорити про наступне:

– підлітковий суїцид має свою специфіку, зумовлену віковими особливостями. Його психологічний сенс - крик допомоги, прагнення привернути увагу до страждання.

Існує певний зв'язок між суїцидальною поведінкою та акцентуаціями характеру. При демонстративному типі суїцидальної поведінки більшість підлітків мають істероїдний, істероїдно-нестійкий і гіпертимно-істероїдний типи, менша – епілептоїдний та епілептоїдно-істероїдний та незначна частина – інші типи акцентуацій характеру. У той самий час суїцидальні спроби здебільшого здійснювалися особами з сенситивним і циклоїдним типами акцентуацій;

– основними особистісними особливостями суїцидентів є сензитивність, емоційна нестійкість і збудливість.

До типів суїцидонебезпечних ситуаційних реакцій притаманних підліткового віку відносяться реакція депривації, експлозивна реакція та реакція самоусунення.

## **Висновок по розділу 1.**

1. Суїцидальна поведінка - усвідомлені дії, що спрямовуються уявленнями про позбавлення життя.

У структурі аналізованої поведінки виділяють:

- власне суїцидальні дії;
- суїцидальні прояви (думки, наміри, почуття, висловлювання, натяки).

У суїцидальній поведінці прийнято виділяти наступні етапи: передсуїцидальний етап, етап реалізації суїцидальних намірів та постсуїцидальний етап – у разі, якщо вжиті суїцидальні дії не закінчилися летальним кінцем.

Передсуїцидальний етап охоплює проміжок часу від першої появи суїцидальних думок та спонукань до ухвалення рішення про суїцид.

Етап реалізації суїцидальних намірів включає планування майбутнього суїциду (вибір найбільш прийняттого способу, місця, часу вчинення суїцидального акта), підготовку до нього (завершення всіх справ, написання передсмертної записки та інше), послідовне здійснення суїцидальних дій. Нарешті постсуїцидальний період охоплює проміжок часу від одного до трьох місяців після здійснення суїцидальної спроби.

Суїциди найчастіше здійснюються особами, в анамнезі яких виявляються ознаки схильності до суїцидального реагування, що вважається одним із важливих факторів суїцидального ризику.

Схована особистість потрапляє під вплив психотравмуючої ситуації або цілого ряду психотравмуючих факторів. Зазвичай як психотравмуючі ситуації, що сприяють суїцидальній поведінці, виступають ситуації соціального ігнорування (розрив відносин з близькою людиною), втрати (смерть близької людини) та ситуації, пов'язані з неможливістю відповідати власним високим стандартам (наприклад, втрата роботи, вихід на пенсію і, як слідство, зниження соціоекономічного статусу).

Едвін Шнейдман виділяє десять загальних рис самогубства. Розглянемо ці риси:

1. Мета кожного, хто вчиняє суїцид, полягає в пошуку вирішення проблеми, яка стоїть перед людиною і завдає їй інтенсивних страждань. Суїцид не є випадковою дією, він ніколи не буває безглуздим або безцільним. Він є частиною протестної поведінки, виходом із труднощів, психологічної кризи чи нестерпної життєвої ситуації. Щоб зрозуміти причину самогубства підлітка, потрібно, перш за все, знати проблеми, вирішити які йому необхідно.

2. Завданням всіх суїцидентів є припинення свідомості (відхід від життя). Підлітку, що зневірився, спадає на думку думка за допомогою самогубства відповісти на нестерпні життєві обставини або гідно вийти з ситуації, що склалася. Стан підлітка характеризується надмірним душевним хвилюванням, сильним рівнем тривоги та високим летальним потенціалом – три обов'язкові складові суїциду. Після цього виникає іскра, що ініціює, яка провокує початок активного суїцидального сценарію.

3. Стимулом до скоєння більшості суїцидів є нестерпний психічний біль. Якщо припинення свого потоку свідомості – це те, до чого рухається суїцидальна людина, то душевний біль – це те, від чого він прагне втекти. Суїцид найлегше уявити як одночасний рух у напрямку до припинення свого потоку свідомості та втечу від психічного болю та нестерпного страждання. Ніхто не робить суїциду від радості, його не може спричинити стан блаженства. В даному випадку йдеться саме про психічний біль, біль від відчуття болю. У клінічній суїцидології є правило: зменште інтенсивність страждання - часом дуже незначно, - і людина вибере життя. Якщо переводити цей принцип у площину підліткової аудиторії, то основними профілактичними завданнями є виявлення джерел страждання (соціальному, психологічному чи фізичному рівні) і сприяння вирішенню проблем, які викликають негативні переживання.

4. Спільним більшості суїцидів стресором є фрустровані психологічні потреби. Суїцид слід розуміти не як безглуздий і необґрунтований вчинок,



самогубства здійснюються на підставі логічних передумов, способу мислення та зосередженості на певному колі проблем, рішення про суїцид здається логічним людині, яка його робить. Суїцид відбувається через нереалізовані або незадоволені потреби. Задовольніть фрустровані потреби і суїцид не відбудеться.

5. Загальною суїцидальною емоцією є безпорадність-безнадійність. Зіткнувшись із різними труднощами, можна знайти способи їх подолання. Коли ж виникла труднощі виростає до розмірів нерозв'язної, на погляд підлітка, проблеми, що супроводжується високим ступенем психологічного болю, виникає переважне почуття безпорадності-безнадійності: «Я нічого не можу зробити (крім самогубства), і ніхто не може мені допомогти (полегшити біль, яку я відчуваю)».

6. У суїцидентів спостерігається загальне внутрішнє ставлення до суїциду - амбівалентність (дві протилежні думки з одного й того самого питання). Для самогубці типовим буває стан, при якому він одночасно намагається розкрити вени і волає про допомогу, і обидві ці дії є істинними та неудаваними. Амбівалентність є найбільш характерним ставленням підлітка до суїциду: він відчуває потребу вчинити його і одночасно бажає (і навіть планує) порятунок та втручання інших.

7. Самогубців поєднує також загальний стан психіки – звуження когнітивної сфери. Синонімом слова «звуження» є «тунельність», різке обмеження соціальних ролей (чи хороший, чи мертвий), варіантів вибору поведінки (чи чарівне вирішення проблеми, чи смерть). Важливо протидіяти «звуженню» думок суїцидального підлітка через збільшення кількості варіантів вибору вирішення проблеми (більше двох).

8. Усі самогубці прагнуть скоєння однієї й тієї ж дії - втечі. До варіантів втечі відносяться, наприклад, відхід з дому або сім'ї, прогули школи, прогули тренувань (курсів, гуртків). Суїцид у такій низці вчинків є граничною, остаточною втечею. Сенсом самогубства є радикальна та остаточна зміна декорацій. Втеча від проблеми, яку неможливо вирішити (наприклад, постійне

насильство в сім'ї), часто перетворюється на втечу від життя. Запобігти суїциду можна, зменшуючи потреби підлітка до втечі.

9. Більшість суїцидентів прагне вчинити одну й ту саму комунікативну дію – повідомити оточуючих про свій намір. Клінічні психологи, аналізуючи випадки летального результату в ситуації підліткових суїцидів, відзначають наявність майже в кожному випадку явних доказів летальної події, що наближається. Підлітки, які мають намір вчинити самогубство, незважаючи на амбівалентне ставлення, свідомо чи несвідомо подають сигнали лиха, скаржаться на безпорадність, волають про підтримку, шукають можливості порятунку. Існують характерні ознаки такого повідомлення (як вербальні, і невербальні). Їхнє розпізнавання є незамінним способом профілактики суїцидів.

10. Загальною закономірністю є відповідність суїцидальної поведінки стилю (патернам) поведінки підлітка. Коли ми стикаємося із самогубством, то нас спочатку збиває той факт, що воно за своєю природою є вчинком, якому немає аналогів і прецедентів у попередньому житті людини. І все-таки йому можна знайти глибокі відповідності у стилі та характері поведінки підлітка. Необхідно повернутися до попередніх станів і переживань, оцінити здатність підлітка переносити психічний біль, наявність у нього тенденцій до звуженого чи амбівалентного мислення, спробувати знайти вже використовувані способи втечі.

Основні концепції суїцидальної поведінки:

- психопатологічна концепція виходить із положення про те, що всі самогубці - душевнохворі люди, а суїцидальні дії - прояви гострих і хронічних психічних розладів»;
- психологічна концепція відбиває думку, за якою у формуванні суїцидальних тенденцій чільне місце займають психологічні чинники;
- соціологічна концепція виходить з того, що в основі суїцидальної поведінки лежить зниження та нестійкість соціальної інтеграції, а самогубство

у всіх випадках може бути зрозуміле лише з погляду взаємин індивіда із соціальним середовищем, при цьому власне соціальні фактори відіграють провідну роль.

За інтегративною концепцією суїцидальна поведінка це наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту, що нею переживається.

2. До підлітків прийнято відносити дітей 12-15 років, причому період 11-12 років визначається як препубертатний період, а 13-15 років – як пубертатний. Підліткова криза є найгострішою і тривалою і це пов'язано з поєднаним впливом на підлітка цілого ряду соматичних, психологічних та соціальних факторів.

До соматичних факторів відносяться:

- перебудова ендокринної системи
- формування вторинних статевих ознак
- зміна взаємин частин тіла.

До психічних та соціальних змін відносяться:

- формування самосвідомості;
- становлення образу «Я»;
- розвиток і повніше усвідомлення високих почуттів дружби та любові;

– перебудова багатьох колишніх відносин дитини до навколишнього і самого себе;

- формування життєвої позиції;
- формування почуття дорослості.

Найчастішими причинами суїцидів серед підлітків є:

- втрата близької чи коханої людини;
- стан перевтоми;
- вражене почуття власної гідності;

- руйнування захисних механізмів особистості внаслідок вживання алкоголю, наркотиків, гіпногенних психотропних засобів;
- ототожнення себе з людиною, яка вчинила самогубство;
- різні форми страху, гніву та смутку з різних приводів;
- дезадаптація, пов'язана з порушенням соціалізації (місце молодії людини в соціальній структурі не відповідає рівню її домагань);
- конфлікти у ній (часто пов'язані з неприйняттям системи цінностей старшого покоління);
- болючі стани (психози, прикордонні стани, соматичні захворювання);
- страх відповідальності і сором за скоєне правопорушення.

Виділяються наступні основні мотиви суїцидальної поведінки у підлітків:

- переживання образи, самотності, відчуженості та нерозуміння;
- справжня чи уявна втрата любові батьків, нерозділене почуття та ревності;
- переживання, пов'язані зі смертю, розлученням чи відходом батьків із сім'ї;
- почуття провини, сорому, ображеного самолюбства, самозвинувачення;
- страх ганьби, глузувань чи приниження;
- страх покарання, небажання вибачитись;
- любовні невдачі, сексуальні ексцеси, вагітність;
- почуття помсти, злості, протесту; загроза чи здирство;
- бажання привернути до себе увагу, викликати співчуття, уникнути неприємних наслідків, уникнути важкої ситуації;
- співчуття чи наслідування героїв книжок чи фільмів («ефект Вертера»).
- Для підліткового віку характерні такі типи суїцидонебезпечних ситуаційних реакцій [38, с. 51-56]:

1. Реакція депривації (найчастіше молодший та середній підлітковий вік). Характерні: втрата інтересів, гноблення емоційної активності, скритність, мовчазність, негативні переживання. В анамнезі – жорстке авторитарне виховання.

2. Експлозивна реакція (найчастіше середній підлітковий вік). Характерні: афективна напруженість, агресивність, підвищений рівень домагань, прагнення (часто необґрунтовані) до лідерства. У анамнезі - виховання у ній, де ці реакції традиційні для дорослих. Мета суїцидальних дій у цьому випадку – прагнення помститися кривднику, довести свою правоту. Як правило, суїцидальні дії відбуваються на висоті афекту; у постсуїциді критика суїцидальної поведінки формується не відразу, зберігається опозиційне ставлення до оточуючих.

3. Реакція самоусунення (середній і старший підлітковий вік із рисами незрілості). Характерні: емоційна нестійкість, навіюваність, несаможиттєвість. Це, зазвичай, педагогічно занедбані підлітки з низьким інтелектом. Мета суїцидальних дій у цьому випадку - уникнення труднощів.

## **РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ**

### **2.1. Організація та проведення дослідження.**

Дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у підлітковому віці проводилося з вересня по листопад 2023 року у школах № 124, №127, № 128 м. Дніпра.

У дослідженні взяли участь 100 учнів. Вік учнів від 13 до 15 років. Всі вони добровільно за єдиною програмою проходили психологічне обстеження під час занять у школі.

Після розмови з класними керівниками, шкільним психологом та психодіагностики, всім учням було запропоновано пройти курс психопрофілактики суїцидальної поведінки.

Їм було запропоновано пройти діагностику до та після пройденого курсу психопрофілактики.

I етап. Підготовчий. Обговорення теми дослідження із науковим керівником. Вибір емпіричної основи дослідження. Вибір методів та методик для проведення дослідження.

II етап. Діагностичний. У дослідженні застосовувалися такі способи: бесіда, опитування, тестування, анкетування, аналіз результатів діяльності. Використовувалися такі методики:

1. Методика діагностики суїцидальної поведінки Любан-Площа [75];
2. Методика аутоідентифікації акцентуацій характеру;
3. Методика «Госпітальна шкала тривоги та депресії А. Зігмонд та Р. Снейт [88];
4. Методика діагностики рівня тривожності Спілбергера-Ханіна [85];

## 5. Методика "Шкала депресії Бека" [73].

III етап. Психокорекційний. На даному етапі було складено та проведено психокорекційну програму з профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків.

Методика діагностики суїцидальної поведінки Б. Любан-Плоцца [75].

Мета: оцінка ступеня суїцидального ризику, локалізація терапевтичних мішеней та контроль клінічної динаміки.

Опис: опитувальник містить 16 питань, що визначають характер суїцидальної поведінки. До них відносяться питання про самогубство, про способи позбавлення себе життя, про суїцидальні наміри, про безнадійність ситуації про спілкування з рідними та друзями, про захоплення, про світогляд та ін.

Методика аутоідентифікації акцентуацій характеру .

Мета: вивчення акцентуацій характеру у підлітків

Було розглянуто:

– меланхолійний тип акцентуації виявляється у повільності реакцій, які відрізняються силою та глибиною. Легко вразливий і важко переживає завдані образи, замикається в собі, занурюється у власні переживання і уникає соціальних контактів. Тяжить до песимізму, а пригнічений стан є нормою. Люди з цим видом акцентуації недовірливі і боязкі;

– гіпертимний (надактивний) тип акцентуації виявляється у постійному підвищеному настрої та життєвому тонусі, нестримній активності та жадобі до спілкування, у тенденції розкидатися і не доводити розпочате до кінця. Індивіди з гіпертимною акцентуацією характеру не переносять одноманітної обстановки, монотонної праці, самотності та обмеженості контактів, неробства. Проте їх відрізняє енергійність, активна життєва позиція, комунікабельність, а гарний настрій мало залежить від обстановки. Люди із гіпертимною акцентуацією легко змінюють свої захоплення, люблять ризик;

при циклоїдному типі акцентуації характеру спостерігається наявність двох фаз – гіпертимності та субдепресії. Вони не виражаються різко, зазвичай короткочасні (1-2 тижні) і можуть перемежовуватися тривалими перервами. Індивіди з циклоїдною акцентуацією переживає циклічні зміни настрою, коли пригніченість змінюється підвищеним настроєм. При спаді настрою такі люди виявляють підвищену чутливість до докорів, погано переносять громадські приниження. Однак вони ініціативні, життєрадісні та товариські. Їхні захоплення носять нестійкий характер, у період спаду проявляється схильність закидати справи. Сексуальне життя залежить від підйому і спаду їхнього загального стану. У підвищеній гіпертимній фазі такі люди вкрай схожі на гіпертимів;

– емоційно-лабільний тип акцентуації передбачає вкрай виражену мінливість настрою. Індивіди з лабільною акцентуацією мають багату чуттєву сферу, дуже чутливі до знаків уваги. Слабка сторона проявляється при емоційному ігноруванні з боку близьких людей, втрати близьких і розлуці з тими, до кого вони прив'язані. Такі індивіди демонструють товариськість, добродушність, щирі прихильність та соціальну чуйність. Цікавляться спілкуванням, тягнуться до своїх однолітків, задовольняються роллю опікуваного;

– неврастенічний тип характеризується підвищеною стомлюваністю та дратівливістю. Неврастенічні люди схильні до іпохондрії, мають високу стомлюваність при змагальній діяльності. Вони спостерігаються раптові афективні спалахи з нікчемного приводу, емоційний зрив у разі усвідомлення нездійсненності намічених планів. Вони акуратні та дисципліновані;

– індивіди з сенситивним типом акцентуації дуже вразливі, характеризуються почуттям власної неповноцінності, боязкістю, сором'язливістю. У підлітковому віці стають об'єктами глузувань. Вони легко здатні виявляти доброту, спокій та взаємодопомогу. Їхні інтереси лежать в інтелектуально-естетичній сфері, їм важливе соціальне визнання;



– психастенічний тип визначає схильність до самоаналізу та рефлексії. Психастеники часто коливаються при прийнятті рішень і не переносять високих вимог та вантажу відповідальності за себе та інших. Вони демонструють акуратність та розважливність, характерною рисою для них є самокритичність та надійність. Вони мають рівний настрій без різких змін;

– шизоїдна акцентуація характеризується замкнутістю індивіда, його відгородженістю з інших людей. Шизоїдним людям бракує інтуїції та вміння співпереживати. Вони важко встановлюють емоційні контакти. Мають стабільні та постійні інтереси, небагатослівні. Внутрішній світ майже завжди закритий для інших і заповнений захопленнями та фантазіями, які призначені лише для насолоди самого себе. Можуть виявляти схильність до вживання алкоголю, що ніколи не супроводжується відчуттям ейфорії.

– в основі параноїдальної акцентуації лежить завищена оцінка своєї особистості – своїх здібностей, своїх талантів та умінь, своєї мудрості та розуміння всього. Звідси глибоке переконання, що все, що вони роблять завжди правильно, що думають і говорять - завжди істина, на що претендують - безумовно, мають право. Саме ця основа слугує для виникнення надцінних ідей. Надцінні ідеї відрізняються від маячних тим, що сприймаються безпосереднім оточенням, принаймні його частиною, як цілком реальні чи можливі та допустимі;

– епілептоїдний тип акцентуації характеризується збудливістю, напруженістю та авторитарністю індивіда. Людина з цим видом акцентуації схильна до періодів злісно-тужливого настрою, роздратування з афективними вибухами, пошуку об'єктів для зняття агресії. Дрібна акуратність, скрупульозність, прискіпливе дотримання всіх правил, навіть на шкоду справі, що допікає навколишніх педантизм зазвичай розглядаються як компенсація власної інертності. Вони не переносять непокори собі та матеріальні втрати. Втім, вони ретельні, уважні до свого здоров'я та пунктуальні. Прагнуть домінувати над однолітками. В інтимно-особистісній сфері вони яскраво

виражається ревності. Частими є випадки алкогольного сп'яніння з виплескуванням гніву та агресії;

– індивіди з істеричним типом яскраво виражений егоцентризм і прагнення бути у центрі уваги. Вони слабо переносять удари по егоцентризму, відчувають страх викриття і страх бути осміяними, а також схильні до демонстративного суїциду (парасуїциду). Для них характерні завзятість, ініціативність, комунікативність та активна позиція. Вони вибирають найпопулярніші захоплення, які легко змінюють на ходу;

– нестійкий тип акцентуації характеру визначає лінь, небажання вести трудову чи навчальну діяльність. Дані індивіди мають яскраво виражену потяг до розваг, дозвілля, неробства. Їхній ідеал - залишитися без контролю з боку та бути наданими самим собі. Вони товариські, відкриті, послужливі. Дуже багато кажуть. Секс для них є джерелом розваги, сексуальне життя починається рано, почуття любові їм часто незнайоме. Схильні до споживання алкоголю та наркотиків.

– конформний тип характеризується конформністю до оточення, такі люди прагнуть «думати, як усі». Не переносять крутих змін, ломки життєвого стереотипу, позбавлення звичного оточення. Їхнє сприйняття вкрай ригідне і сильно обмежене їхніми очікуваннями. Люди з цим типом акцентуації дружелюбні, дисципліновані та неконфліктні. Їх захоплення та сексуальне життя визначаються соціальним оточенням. Шкідливі звички залежать від ставлення до них у найближчому соціальному колі, на яке вони орієнтуються при формуванні своїх цінностей.

Методика «Госпітальна шкала тривоги та депресії А. Зігмонд та Р. Снейт [88].

Мета: виявлення та оцінка тяжкості депресії та тривоги.

Госпітальна шкала тривоги та депресії містить 14 пунктів, які обслуговують дві підшкали: тривога та депресія.

Стан тривоги проявляється у зниженні порога збудження стосовно різних стимулів, у нерішучості, нетерплячості, непослідовності дії. Невротична реакція тривожності як занепокоєння за власне здоров'я та за здоров'я своїх близьких у спілкуванні з людьми проявляється у тому, що людина поводить себе невпевнено.

Депресія проявляється в невротичних реакціях - в ослабленні тону життя та енергії, у зниженні фону настрою, судженні та обмеженні контактів з оточуючими, наявності почуття безрадінності та самотності.

Кожному пункту відповідає 4 варіанти відповідей, що відбивають ступінь наростання симптоматики. Бланк шкали видається самотійного заповнення випробуваному.

Методика діагностики рівня тривожності Спілбергера-Ханіна [85].

Мета: диференційований вимір тривожності як стану (ситуаційна тривожність – СТ) та як особистісної властивості (особистісна тривожність – ОТ). Було розглянуто:

Тривога - це особливий емоційний стан суб'єкта, що виражається в підвищеній емоційній напруженості, що супроводжується страхами, занепокоєнням, побоюваннями, що перешкоджають нормальній діяльності або спілкуванню з людьми. Це стійка персональна якість, що характеризується двома показниками - особистісною та ситуаційною тривожністю.

Особистісна тривожність - індивідуальна риса особистості людини, що відбиває його схильність до емоційним негативним реакцій різні життєві ситуації, які у собі загрозу його «Я» (самооцінці, рівню домагань, ставленню до себе і т.п.).

Ситуаційна тривожність - внутрішній, стійкий стан тривожності як поведінкова реакція певні життєві ситуації. Такий стан може бути обумовлений переговорами з офіційними особами, розмовами по телефону, екзаменаційними випробуваннями, спілкуванням з незнайомими людьми протилежної статі або віку і т.п.).

Методика «Шкала депресії Бека».

Мета: визначення рівня депресії.

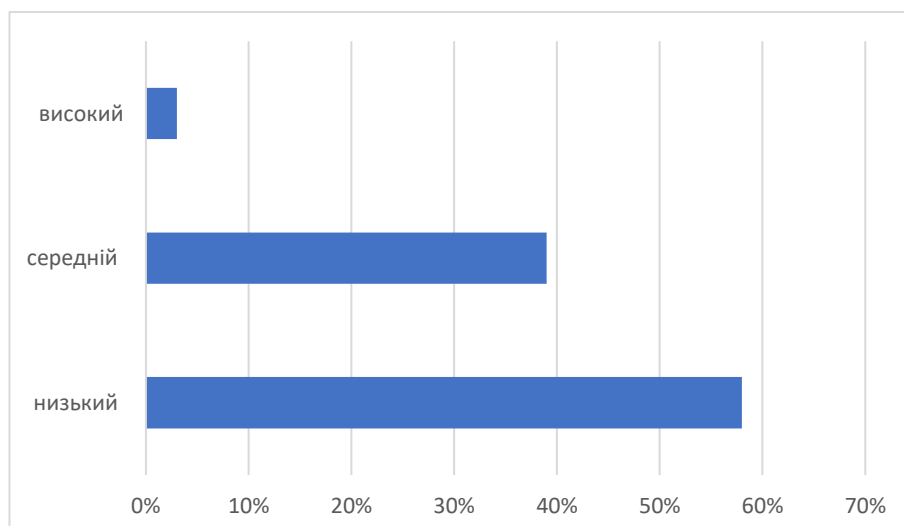
Було розглянуто найбільш релевантні та значущі симптоми депресії: смуток, песимізм, почуття провалу, незадоволеність, вина, почуття кари, ворожість до себе, самозвинувачення, суїцидальні думки, періоди плачу, дратівливість, уникнення контактів з іншими, нерішучість, спотворений образ тіла, застій у роботі, порушення сну, швидка стомлюваність, втрата апетиту, втрата ваги, стурбованість соматичними симптомами та втрата лібідо. Які ранжировані у міру збільшення питомого внеску симптому у загальний ступінь тяжкості депресії.

Таким чином, для проведення дослідження нами було обрано методики, що досліджують суїцидальну поведінку; ступінь суїцидального ризику, локалізацію терапевтичних мішеней та контроль клінічної динаміки; аутоідентифікацію акцентуацій характеру; виявлення та оцінки тяжкості депресії та тривоги; рівень тривожності; визначення рівня депресії.

## 2.2. Результати дослідження клініко-психологічних особливостей суїцидальної поведінки у підлітковому віці

Методика діагностики суїцидальної поведінки Б. Любан-Плоцца [75].

У ході дослідження було виявлено (див. рис. 2.1.):



Серед 100 учнів переважає:

- низький рівень суїцидального ризику – 58%, що говорить про досить низьку ймовірність суїцидальної поведінки серед підлітків цієї групи;
- середній – 39%, це говорить про те, що серед підлітків цієї групи є ймовірність вчинення суїцидальних спроб;
- високий – 3%, що говорить про високу ймовірність здійснення суїцидальних спроб серед підлітків цієї групи у зв'язку з чим необхідно провести корекційну програму з профілактики суїцидальної поведінки.

Таким чином, за методикою було виявлено, що у більшості підлітків (58%) низький рівень суїцидальної поведінки, (39%) є ймовірність здійснення суїцидальних спроб. Але в той же час у (3%) високий рівень суїцидального ризику, який може призвести до суїцидальних спроб.

Методика аутоідентифікації акцентуацій характеру.

Аналізуючи цю методику, ми виявили (див. рис. 2.2.):

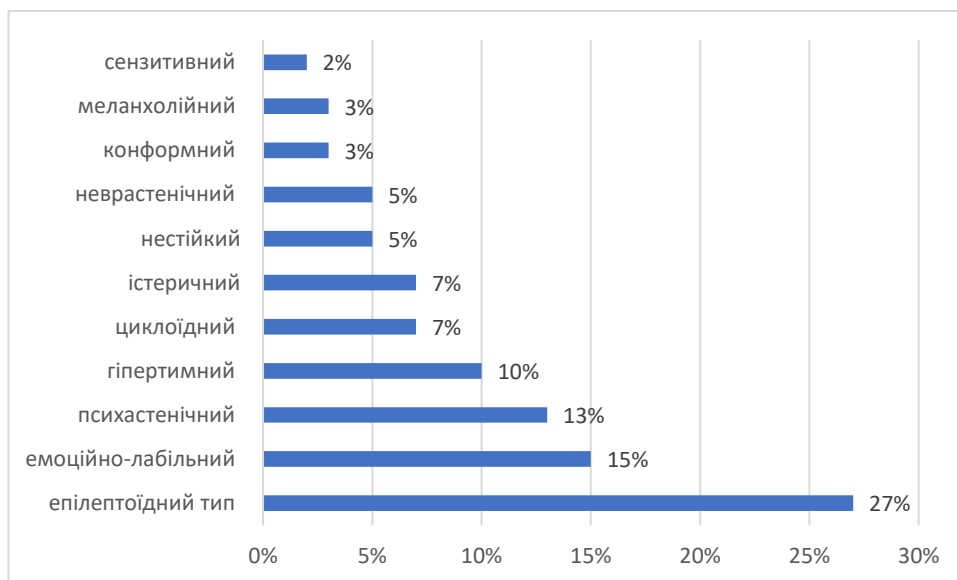


Рис. 2.2. Розподіл учнів за типами акцентуацій характеру

Серед 100 учнів переважають:

- епілептоїдний тип АХ – 27%, що говорить про переважання цього типу акцентуації серед підлітків. При цьому цей тип акцентуації характеризується збудливістю, напруженістю, авторитарністю, прагненням домінувати над однолітками. Періоди злісно-тужливого настрою, роздратування з афективними вибухами, непереносимість непокори можуть бути чинниками суїцидальної поведінки серед підлітків даного типу, особливо якщо врахувати їх високий відсоток над іншими типами;

- емоційно-лабільний – 15%, що говорить про високу поширеність даного типу акцентуації серед підлітків. У цьому емоційно-лабільний тип акцентуації передбачає вкрай виражену мінливість настрою, чутливість до знакам уваги. Емоційне ігнорування рідними та друзями підлітків даного типу може призвести до підвищення суїцидального ризику та вчинення суїцидальних спроб;

- психастенічний тип - 13%, що говорить про середній рівень поширеності підлітків даного типу. Психастенічний тип визначає схильність до самоаналізу та рефлексії так само характерні коливання при прийнятті рішень і непереносимість високих вимог та вантажу відповідальності за себе та інших. При збільшенні вимог і відповідальності у даного типу підлітків можуть проявитися суїцидальні тенденції у зв'язку з чим психастеніки є до того ж дуже самокритичними;

- гіпертимний тип - 10% що говорить на середньому рівні поширеності підлітків даного типу. Гіпертимний тип акцентуації виявляється у постійному підвищеному настрої та життєвому тонусі, нестримній активності та жадобі до спілкування, у тенденції розкидатися і не доводити розпочате до кінця. Непереносимість одноманітної обстановки, монотонної праці, самотності, обмеженості контактів і висока схильність до ризику може бути основними чинниками визначальними ймовірність суїцидальної поведінки серед підлітків цього типу;

- циклоїдний тип - 7%, що свідчить про низьку поширеність підлітків даного типу. При циклоїдному типі акцентуації характеру спостерігається

наявність двох фаз – гіпертимності та субдепресії. Які не виражаються різко, зазвичай короткочасні та можуть перемежовуватися тривалими перервами. Індивід з циклоїдною акцентуацією переживає циклічні зміни настрою, коли пригніченість змінюється підвищеним настроєм. При спаді настрою такі люди виявляють підвищену чутливість до докорів, погано переносять приниження з боку суспільства. Для них характерні депресивні реакції, що іноді призводять до суїцидальних спроб;

- істеричний тип – 7% що говорить про низьку поширеність підлітків даного типу. У підлітків з істеричним типом яскраво виражений егоцентризм і прагнення бути в центрі уваги. Вони слабо переносять удари по егоцентризму, відчувають страх викриття і страх бути осміяними, а також схильні до демонстративних суїцидальних спроб;

- нестійкий тип – 5%, що говорить про низьку поширеність підлітків даного типу. Нестійкий тип акцентуації характеру визначає лінь, небажання вести трудову чи навчальну діяльність, постійний сильний потяг до розваг, задоволення, ледарства. Найважливішою особливістю є слабкий вольовий компонент особистості. Повне безволі виявляється, коли справа стосується виконання обов'язків, обов'язку, досягнення цілей. Зі слабкістю вольового компонента та недостатньою ініціативністю пов'язана і підпорядкованість у групі, компанії. Можливе здійснення суїцидальних спроб за прикладом;

- неврастенічний тип – 5%, що говорить про низьку поширеність підлітків даного типу. Неврастенічний тип характеризується підвищеною стомлюваністю та дратівливістю. Неврастенічні підлітки схильні до іпохондрії, вони мають висока стомлюваність при змагальній діяльності. Вони можуть спостерігатися раптові афективні спалахи з нікчемного приводу, емоційний зрив у разі усвідомлення нездійсненності намічених планів. Можлива афективна суїцидальна поведінка;

– конформний – 3%, що говорить про низьку поширеність підлітків даного типу. Підлітки з конформним типом характеризуються конформністю

до оточення, прагненням «думати, як усі». Їхнє сприйняття вкрай ригідне і сильно обмежене їхніми очікуваннями. Не переносять крутих змін, ломки життєвого стереотипу, позбавлення звичного оточення. Також можливе вчинення суїцидальних спроб за прикладом;

- меланхолійний – 3% (2 учні), що говорить про низьку поширеність підлітків даного типу. Меланхолійний тип акцентуації виявляється у повільності реакцій, які відрізняються силою та глибиною. Легко вразливий і важко переживає завдані образи, замикається в собі, занурюється у власні переживання і уникає соціальних контактів. Тяжить до песимізму, а пригнічений стан є нормою. Депресивні реакції можуть призводити до суїцидальної поведінки;

- сензитивний – 2%, що говорить про низьку поширеність підлітків даного типу. Підлітки з сензитивним типом акцентуації дуже вразливі, характеризуються почуттям власної неповноцінності, боязкістю, сором'язливістю. Найчастіше стають об'єктами глузувань, але їм важливе соціальне визнання. Суїцидальні тенденції можуть виникати у сензитивів під впливом низки невдач, що буває зовсім несподівано для оточуючих, які не проникають у світ їхньої вразливої психіки;

- паранояльний тип АХ не виявлено - 0%. що говорить про цей тип акцентуації не властивий дітям підліткового віку.

Таким чином, було розглянуто поширеність різних типів акцентуацій характеру серед підлітків. Епілептоїдний тип АХ (27%), емоційно-лабільний (15%), психастенічний (13%), гіпертимний (10%), циклоїдний (7%), істеричний (7%), нестійкий (5%), неврастенічний (5%), конформний (3%), меланхолійний (3%), сензитивний (2%), паранояльний тип АХ не виявлений (0%). І вплив акцентуації характеру на суїцидальну поведінку.

Факторами суїцидальної поведінки серед підлітків епілептоїдного типу, особливо якщо врахувати їхній високий відсоток над іншими типами є: періоди злобно-тужливого настрою, роздратування з афективними вибухами, непереносимість непокори собі. Емоційне ігнорування рідними та друзями



підлітка емоційно-лабільного типу може призвести до підвищення суїцидального ризику та вчинення суїцидальних спроб. При збільшенні вимог і відповідальності у психастенічного типу можуть виявитися суїцидальні тенденції, що у свою чергу пов'язано з підвищеною самокритичністю психастеніка. Непереносимість самотності, обмеженості контактів та висока схильність до ризику можуть бути основними факторами, що визначають ймовірність суїцидальної поведінки серед підлітків гіпертимного типу. Для циклоїдного типу характерні депресивні реакції, що іноді призводять до суїцидальних спроб. Підлітки істеричного типу слабо переносять удари по егоцентризму, відчувають страх викриття і страх бути осміяними, а також схильні до демонстративних суїцидальних спроб. У нестійкого та конформного типів можливе здійснення суїцидальних спроб за прикладом. Для неврастенічного типу характерна афективна суїцидальна поведінка. Депресивні реакції можуть призводити меланхолійний тип до суїцидальної поведінки. Суїцидальні тенденції можуть виникати у сенситивів під впливом низки невдач, що буває зовсім несподівано для оточуючих, які не проникають у світ їхньої вразливої психіки.

Методика «Госпітальна шкала тривоги та депресії А. Зігмонд та Р. Снейт [88]. Аналізуючи методику «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (див. рис. 2.3.) було виявлено:

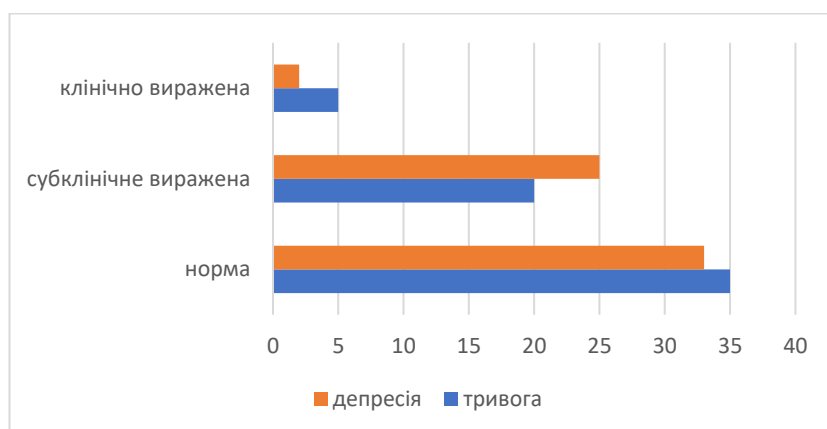


Рисунок 2.3. Розподіл учнів за рівнем тривоги та депресії  
Серед 100 учнів виявлено:

- переважає відсутність достовірно виражених симптомів тривоги – (59%), що говорить про відсутність тривожного стану у більшості випробуваних;
- та депресії - (55%), що говорить про відсутність депресивного стану у більшості піддослідних;
- субклінічно виражена тривога – (33%) що говорить про вираженість тривожного стану у цих обстежуваних;
- і депресія – 42%, що говорить про виразність депресивного стану у цих обстежуваних;
- клінічно виражена тривога –8%, що говорить про вираженість тривожного стану у учнів. Цим учням бажано надання психологічної допомоги зниження рівня тривожності і депресії – 3%, що говорить про виразність депресивного стану у учнів. При цьому при настільки високому рівні депресії у учнів бажано надання психологічної допомоги зниження рівня депресії.

Таким чином, було виявлено, що у більшості учнів відсутній тривожний (59%) і депресивний стан (55%). Але при цьому також виявлено учнів із субклінічними (33%) та (42%), і навіть клінічними рівнями тривоги (8%) та депресії (3%), яким необхідне надання психологічної допомоги щодо зниження тривоги та депресії до нормального рівня, особливо якщо врахувати вони наявність стійких суїцидальних тенденцій.

Методика діагностики рівня тривожності Спілбергера-Ханіна [85].

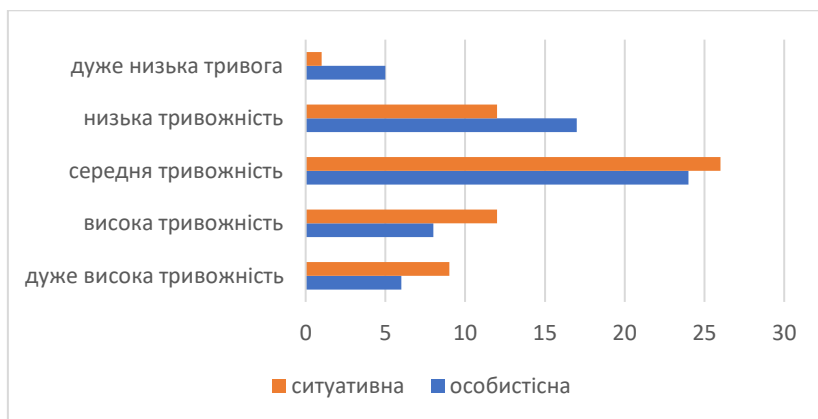


Рисунок 2.4. Розподіл учнів за рівнями особистісної та ситуативної тривожності

Серед 100 учнів виявлено:

– середній рівень ситуативної - 43%, що свідчить про переважання учнів із цим рівнем тривожності, як і зазначено що в цих учнів виявляються суїцидальні думки і особистісної тривожності - 40%, що свідчить про переважання учнів із цим рівнем тривожності, причому в цих учнів також виявляються суїцидальні тенденції;

– при низькому рівні ситуативної –20% суїцидальні думки у підлітків не виражені і особистісної тривожності - 28%, суїцидальні думки у підлітків те саме не виражені;

– дуже високий рівень ситуативної –15%, у цих учнів виявлено схильність до суїцидальних спроб; та особистісної тривожності - 10%, у цих учнів так само виявлено схильність до суїцидальних спроб;

– дуже низький рівень ситуативної тривожності - 2%, що свідчить про незначному числі учнів із цим рівнем тривожності, суїцидальні думки цих учнів не виявлено і особистісної тривожності - 5 учнів (8%) що свідчить про незначному числі учнів із цим рівнем тривожності суїцидальні думки в цих учнів як і не виявлено.

Таким чином, було виявлено, що середній рівень ситуативної (43%) і особистісної тривожності у (40%), що говорить про переважання учнів з цим рівнем тривожності, до того ж у цих учнів також виявляються суїцидальні тенденції. При низькому рівні ситуативної (20%) та особистісної тривожності (28%) суїцидальні думки у підлітків не виражені.

Учнів з дуже високим рівнем ситуативної (15%) та особистісної тривожності (10%) виявлено схильність до суїцидальних спроб.

Дуже низький рівень ситуативної тривожності у (2%), і особистісної тривожності (8%) що свідчить про незначному числі учнів із цим рівнем тривожності суїцидальні думки в цих учнів як і виявлено.

Методика «Шкала депресії Бека»

Аналізуючи цю методику, можна сказати (див. рис. 2.5.):

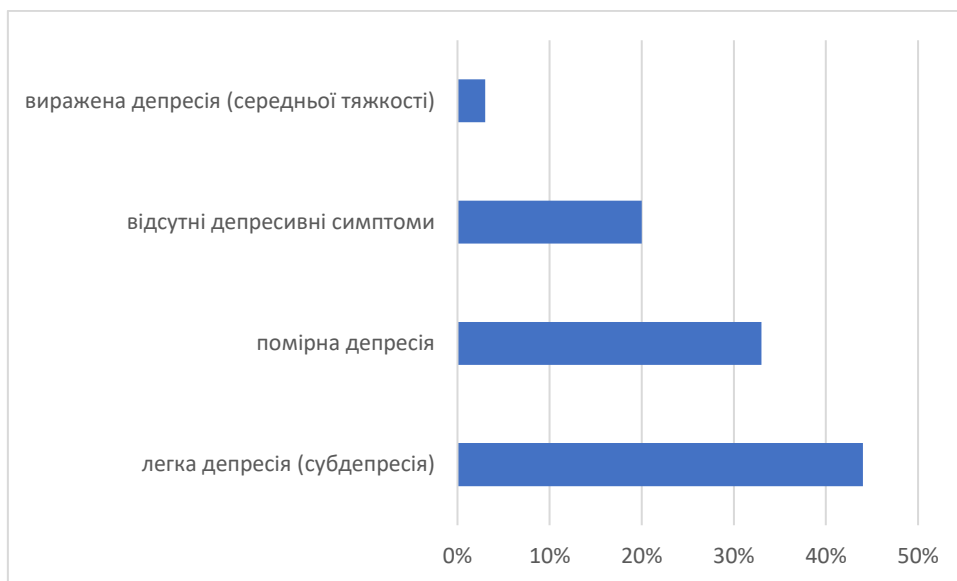


Рис. 2.5. Розподіл учнів за рівнем депресії

Серед 100 учнів переважає:

- легка депресія (субдепресія) - 44%, що свідчить про переважання учнів що у стані легкої депресії, суїцидальні думки їм властиві;
- помірна депресія –33%, що говорить і про наявність у них та суїцидальних тенденцій;
- відсутні депресивні симптоми –20%, що говорить про відсутність депресивного стану та суїцидальних переживань у даних учнів;
- виражена депресія (середньої тяжкості) - 3%, що говорить про необхідність додаткового спостереження, проведення психодіагностичних та психокорекційних заходів із цими учнями у зв'язку з високим рівнем суїцидального ризику. Тяжка депресія не виявлена.

Таким чином, за допомогою даної методики було виявлено, що більшість учнів перебувають у стані легкої депресії (44%) та суїцидальні думки їм не властиві. Помірна депресія у (33%) учнів суїцидальні тенденції у них також присутні. Відсутні депресивні симптоми у (20%) учнів, що говорить про відсутність депресивного стану та суїцидальних переживань у даних учнів.

Депресія середньої тяжкості відзначена у (3%) учнів, що говорить про необхідність додаткового спостереження, проведення психодіагностичних та психокорекційних заходів із цими учнями у зв'язку з високим рівнем суїцидального ризику. Тяжка депресія не виявлена.

## Висновок по розділу 2

1. Дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у підлітковому віці проводилося з вересня по листопад 2023 року у школах № 124, №127, № 128 м. Дніпра.

У дослідженні взяли участь 100 учнів. Вік учнів від 13 до 15 років. Всі вони добровільно за єдиною програмою проходили психологічне обстеження під час занять у школі.

Після розмови з класними керівниками, шкільним психологом та психодіагностики, всім учням було запропоновано пройти курс психопрофілактики суїцидальної поведінки.

Їм було запропоновано пройти діагностику до та після пройденого курсу психопрофілактики.

I етап. Підготовчий. Обговорення теми дослідження із науковим керівником. Вибір емпіричної основи дослідження. Вибір методів та методик для проведення дослідження.

II етап. Діагностичний. У дослідженні застосовувалися такі способи: бесіда, опитування, тестування, анкетування, аналіз результатів діяльності. Використовувалися такі методики:

1. Методика діагностики суїцидальної поведінки Любан-Плоцца;
2. Методика аутоідентифікації акцентуацій характеру;
3. Методика «Госпітальна шкала тривоги та депресії А. Зігмонд та Р. Снейт»;
4. Методика діагностики рівня тривожності Спілбергера-Ханіна ;
5. Методика "Шкала депресії Бека" [73].

III етап. Психокорекційний. На даному етапі було складено та проведено психокорекційну програму з профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків.

Методика діагностики суїцидальної поведінки Б. Любан-Плоцца.

Мета: оцінка ступеня суїцидального ризику, локалізація терапевтичних мішеней та контроль клінічної динаміки.

Опис: опитувальник містить 16 питань, що визначають характер суїцидальної поведінки. До них відносяться питання про самогубство, про способи позбавлення себе життя, про суїцидальні наміри, про безнадійність ситуації про спілкування з рідними та друзями, про захоплення, про світогляд та ін.

Методика аутоідентифікації акцентуацій характеру .

Мета: вивчення акцентуацій характеру у підлітків

Було розглянуто:

- меланхолійний тип акцентуації виявляється у повільності реакцій, які відрізняються силою та глибиною.;
- гіпертимний (надактивний) тип акцентуації виявляється у постійному підвищеному настрої та життєвому тонусі, нестримній активності та жадобі до спілкування, у тенденції розкидатися і не доводити розпочате до кінця;
- емоційно-лабільний тип акцентуації передбачає вкрай виражену мінливість настрою. Індивіди з лабільною акцентуацією мають багату чуттєву сферу, дуже чутливі до знаків уваги;
- неврастенічний тип характеризується підвищеною стомлюваністю та дратівливістю. Неврастенічні люди схильні до іпохондрії, мають високу стомлюваність при змагальній діяльності;
- індивіди з сенситивним типом акцентуації дуже вразливі, характеризуються почуттям власної неповноцінності, страхом, сором'язливістю;
- психастенічний тип визначає схильність до самоаналізу та рефлексії. Психастеники часто коливаються при прийнятті рішень і не переносять високих вимог та вантажу відповідальності за себе та інших. Вони демонструють акуратність та розважливість, характерною рисою для них є самокритичність та надійність. Вони мають рівний настрій без різких змін;

– шизоїдна акцентуація характеризується замкнутістю індивіда, його відгородженням з інших людей. Шизоїдним людям бракує інтуїції та вміння співпереживати. Вони важко встановлюють емоційні контакти;

– в основі паранояльної акцентуації лежить завищена оцінка своєї особистості – своїх здібностей, своїх талантів та умінь, своєї мудрості та розуміння всього. Звідси глибоке переконання, що все, що вони роблять завжди правильно, що думають і говорять - завжди істина, на що претендують - безумовно, мають право;

– епілептоїдний тип акцентуації характеризується збудливістю, напруженістю та авторитарністю індивіда. Індивіди з цим видом акцентуації схильна до періодів злісно-тужливого настрою, роздратування з афективними вибухами, пошуку об'єктів для зняття агресії;

– індивіди з істеричним типом яскраво виражений егоцентризм і прагнення бути у центрі уваги. Вони слабо переносять удари по егоцентризму, відчувають страх викриття і страх бути осміяними, а також схильні до демонстративного суїциду (парасуїциду). Для них характерні завзятість, ініціативність, комунікативність та активна позиція. Вони вибирають найпопулярніші захоплення, які легко змінюють на ходу;

– нестійкий тип акцентуації характеру визначає лінь, небажання вести трудову чи навчальну діяльність. Дані індивіди мають яскраво виражену потяг до розваг, дозвілля, неробства. Їхній ідеал - залишитися без контролю з боку та бути наданими самим собі;

– конформний тип характеризується конформністю до оточення, такі люди прагнуть «думати, як усі». Не переносять крутих змін, ломки життєвого стереотипу, позбавлення звичного оточення.

Методика «Госпітальна шкала тривоги та депресії А. Зігмонд та Р. Снейт.

Мета виявлення та оцінка тяжкості депресії та тривоги.

Госпітальна шкала тривоги та депресії містить 14 пунктів, які обслуговують дві підшкали: тривога та депресія.



Стан тривоги проявляється у зниженні порога збудження стосовно різних стимулів, у нерішучості, нетерплячості, непослідовності дії. Невротична реакція тривожності як занепокоєння за власне здоров'я та за здоров'я своїх близьких у спілкуванні з людьми проявляється у тому, що людина поводить себе невпевнено.

Депресія проявляється в невротичних реакціях - в ослабленні тону життя та енергії, у зниженні фону настрою, судженні та обмеженні контактів з оточуючими, наявності почуття безрадінності та самотності.

Кожному пункту відповідає 4 варіанти відповідей, що відбивають ступінь наростання симптоматики. Бланк шкали видається самостійного заповнення випробуваному.

Методика діагностики рівня тривожності Спілбергера-Ханіна.

Мета: диференційований вимір тривожності як стану (ситуаційна тривожність – СТ) та як особистісної властивості (особистісна тривожність – ОТ). Було розглянуто:

Методика «Шкала депресії Бека».

Мета: визначення рівня депресії.

Було розглянуто найбільш релевантні та значущі симптоми депресії: смуток, песимізм, почуття провалу, незадоволеність, вина, почуття кари, ворожість до себе, самозвинувачення, суїцидальні думки, періоди плачу, дратівливість, уникнення контактів з іншими, нерішучість, спотворений образ тіла, застій у роботі, порушення сну, швидка стомлюваність, втрата апетиту, втрата ваги, стурбованість соматичними симптомами та втрата лібідо.

2. За методикою діагностики суїцидальної поведінки Б. Любан-Плоцца було виявлено, що у більшості підлітків (58%) низький рівень суїцидальної поведінки, (39%) є ймовірність здійснення суїцидальних спроб. Але в той же час у (3%) високий рівень суїцидального ризику, який може призвести до суїцидальних спроб.

Було розглянуто поширеність різних типів акцентуацій характеру серед підлітків. Епілептоїдний тип АХ (27%), емоційно-лабільний (15%),

психастенічний (13%), гіпертимний (10%), циклоїдний (7%), істеричний (7%), нестійкий (5%), неврастенічний (5%), конформний (3%), меланхолійний (3%), сензитивний (2%), паранояльний тип АХ не виявлений (0%). І вплив акцентуації характеру на суїцидальну поведінку.

Факторами суїцидальної поведінки серед підлітків епілептоїдного типу, особливо якщо врахувати їхній високий відсоток над іншими типами є: періоди злобно-тужливого настрою, роздратування з афективними вибухами, непереносимість непокори собі. Емоційне ігнорування рідними та друзями підлітка емоційно-лабільного типу може призвести до підвищення суїцидального ризику та вчинення суїцидальних спроб. При збільшенні вимог і відповідальності у психастенічного типу можуть виявитися суїцидальні тенденції, що у свою чергу пов'язано з підвищеною самокритичністю психастеніка. Непереносимість самотності, обмеженості контактів та висока схильність до ризику можуть бути основними факторами, що визначають ймовірність суїцидальної поведінки серед підлітків гіпертимного типу. Для циклоїдного типу характерні депресивні реакції, що іноді призводять до суїцидальних спроб. Підлітки істеричного типу слабо переносять удари по егоцентризму, відчувають страх викриття і страх бути осміяними, а також схильні до демонстративних суїцидальних спроб. У нестійкого та конформного типів можливе здійснення суїцидальних спроб за прикладом. Для неврастенічного типу характерна афективна суїцидальна поведінка. Депресивні реакції можуть призводити меланхолійний тип до суїцидальної поведінки. Суїцидальні тенденції можуть виникати у сенситивів під впливом низки невдач, що буває зовсім несподівано для оточуючих, які не проникають у світ їхньої вразливої психіки.

За методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії А. Зігмонд та Р. Снейт було виявлено, що у більшості учнів відсутній тривожний (59%) і депресивний стан (55%). Але при цьому також виявлено учнів із субклінічними (33%) та (42%), і навіть клінічними рівнями тривоги (8%) та депресії (3%), яким необхідне надання психологічної допомоги щодо

зниження тривоги та депресії до нормального рівня, особливо якщо врахувати вони наявність стійких суїцидальних тенденцій.

За методикою діагностики рівня тривожності Спілбергера-Ханіна було виявлено, що середній рівень ситуативної (43%) і особистісної тривожності у (40%), що говорить про переважання учнів з цим рівнем тривожності, до того ж у цих учнів також виявляються суїцидальні тенденції. При низькому рівні ситуативної (20%) та особистісної тривожності (28%) суїцидальні думки у підлітків не виражені.

Учнів з дуже високим рівнем ситуативної (15%) та особистісної тривожності (10%) виявлено схильність до суїцидальних спроб.

Дуже низький рівень ситуативної тривожності у (2%), і особистісної тривожності (8%) що свідчить про незначному числі учнів із цим рівнем тривожності суїцидальні думки в цих учнів як і виявлено.

За методикою «Шкала депресії Бека» було виявлено, що більшість учнів перебувають у стані легкої депресії (44%) та суїцидальні думки їм не властиві. Помірна депресія у (33%) учнів суїцидальні тенденції у них також присутні. Відсутні депресивні симптоми у (20%) учнів, що говорить про відсутність депресивного стану та суїцидальних переживань у даних учнів. Депресія середньої тяжкості відзначена у (3%) учнів, що говорить про необхідність додаткового спостереження, проведення психодіагностичних та психокорекційних заходів із цими учнями у зв'язку з високим рівнем суїцидального ризику. Тяжка депресія не виявлена.

## **РОЗДІЛ 3 ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА З ПРОФІЛАКТИКИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ**

### **3.1. Мета, принципи, показники ефективності реалізації програми профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків**

Метою програми є зменшення випадків суїцидальної поведінки серед підлітків шляхом розробки та впровадження ефективних стратегій психологічної підтримки, інтервенції та освіти для зменшення ризику та покращення психічного здоров'я підлітків.

Принципи програми:

- індивідуальний підхід: розробка та надання послуг повинно враховувати індивідуальні особливості та потреби кожного підлітка;
- інтегрований підхід: врахування не лише психологічних аспектів, а й соціальних, культурних та медичних чинників для комплексного розв'язання проблеми;
- превентивний характер: орієнтація на попередження суїцидальної поведінки через вчасне виявлення ризикових факторів та надання необхідної підтримки.
- ефективність та емпіричні підстави: використання доказових методів та стратегій, які є ефективними в попередженні суїцидальної поведінки серед підлітків;
- залучення суспільства: сприяння формуванню підтримуючого оточення та включення суспільства у процес профілактики.

Спрямування програми профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків може бути орієнтоване на декілька ключових напрямків:

- психологічна підтримка та консультування: надання доступної та ефективної психологічної підтримки для підлітків, які переживають емоційні труднощі чи депресивний стан.

- соціальна інтеграція та розвиток навичок взаємодії: програма може спрямовуватися на створення умов для соціальної інтеграції підлітків, підтримки формування здорових відносин та розвитку навичок взаємодії;
- психоосвіта та тренінги: організація психоосвітніх програм, тренінгів з розвитку особистості, управління стресом та навичок розв'язання конфліктів;
- виявлення та інтервенція в ризикових групах: розробка системи виявлення осіб, які потребують особливої уваги та індивідуалізованої інтервенції, зокрема тих, що перебувають у групах ризику;
- організація групової підтримки: створення групових платформ для спілкування та підтримки, де підлітки можуть ділитися своїм досвідом та отримувати взаємну підтримку;
- залучення сім'ї та оточуючого середовища: впровадження заходів для залучення батьків, родини та інших осіб з оточуючого середовища у підтримку та моніторинг психічного стану підлітків;
- співпраця з освітніми установами: реалізація спеціальних програм та тренінгів для педагогічних працівників для виявлення та відповіді на сигнали суїцидальної небезпеки серед учнів;
- сприяння формуванню здорового способу життя: заохочення активності, спорту, здорового харчування та інших аспектів здорового способу життя як чинника психічного благополуччя.

#### Показники ефективності:

- зменшення випадків суїцидальної поведінки: вимірюється кількістю випадків суїцидальної поведінки серед підлітків під час та після реалізації програми;
- зростання рівня психічного благополуччя: визначається збільшенням показників психічного здоров'я та зниженням рівня стресу серед учасників програми;

– оцінка задоволеності учасників: оцінюється задоволеність учасників програми наданими послугами та ефективністю впроваджених стратегій;

– участь та залучення суспільства: визначення ступенем активності та підтримки суспільства у впровадженні та підтримці програми.

### **3.2. Елементи психокорекційної програми з профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків**

Психокорекційна програма з профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків може включати різноманітні елементи. А саме:

1. Психологічна діагностика та оцінка - проведення психологічної діагностики для виявлення осіб із збільшеним ризиком суїциду. Використання стандартизованих тестів, анкет та інтерв'ю.

Дії: збір анамнезу, вивчення факторів ризику та застосування тестів.

Результат: сформована група осіб із підвищеним ризиком для подальшої індивідуалізованої підтримки.

2. Індивідуальні консультації та терапія - надання індивідуалізованих консультацій та терапії для осіб із виявленим ризиком суїциду.

Дії: визначення індивідуальних потреб та розробка персоналізованого плану терапії. Використання когнітивно-поведінкових або інших терапевтичних підходів.

Результат: зменшення суїцидальних думок та покращення психічного стану учасників.

3: Групові сесії та тренінги - проведення групових сесій та тренінгів для розвитку соціальних навичок, здорових звичок та зниження стресу.

Дії: розробка та викладання матеріалів на теми, такі як емоційний інтелект, вирішення конфліктів, управління стресом.

Результат: збільшення соціальної адаптації та покращення способів копіngu.

#### Тренінг 1. «Розвиток соціальної компетентності»

Вступ: презентація теми та визначення важливості соціальної компетентності для підлітків.

##### Модуль 1: «Емпатія та розуміння інших»

Роль гравців, розвиток навичок слухання, вправи на розуміння емоцій.

##### Модуль 2. «Спільна діяльність та комунікація»

Групові вправи для розвитку командної роботи, рольові гри на покращення комунікаційних навичок.

##### Модуль 3. «Розвиток самопізнання»

Вправи для розуміння власних емоцій, самооцінка та визначення особистих сильних сторін.

#### Тренінг 2. «Ефективні стратегії копіngu зі стресом»

Вступ: пояснення важливості стратегій копіngu для збереження психічного здоров'я.

##### Модуль 1. «Техніки релаксації»

Навчання методикам релаксації та дихальних вправ для зниження стресу.

##### Модуль 2. "Проблемне вирішення"

Розвиток навичок визначення та розв'язання проблем, тренування на прийняття рішень.

##### Модуль 3. «Позитивне мислення»

Групові обговорення на тему формування позитивних думок та управління власними емоціями.

#### Тренінг 3. «Розвиток навичок взаємодії та підтримки»

Вступ:

Знайомство з темою та обґрунтування важливості взаємодії в групі.

##### Модуль 1. «Формування довіри в групі»

Групові вправи для зміцнення довіри, обмін досвідом та історіями успіху.

Модуль 2. «Підтримка у трудних ситуаціях».

Ролеві ігри та вправи на виявлення та надання підтримки в складних життєвих ситуаціях.

Модуль 3. «Взаємодопомога та емоційна підтримка»

Спільні обговорення та вправи для формування емоційної підтримки в групі.

Ці тренінги включають в себе практичні вправи, групові діалоги та рольові ігри, щоб активізувати учасників та забезпечити максимальний ефект в розвитку соціальних та психологічних навичок.

4. Психосвітні заходи для батьків: Організація семінарів та лекцій для батьків з питань виявлення та підтримки підлітків із ризиком суїциду.

Дії: надання інформації про ризикові фактори, психологічні особливості підлітків та методи підтримки.

Результат: залучення батьків до підтримки та формування сприятливого оточення для підлітків.

5. Кризова інтервенція та підтримка: створення механізмів кризової інтервенції для негайного реагування на випадки збільшеного суїцидального ризику.

Дії: формування екстрених ліній допомоги, включення психіатрів, психотерапевтів, готових надавати кризову підтримку.

Результат: негайна допомога та підтримка в ситуаціях кризового характеру.

6. Моніторинг та оцінка результативності: впровадження системи моніторингу та оцінки результативності програми.

Дії: збір даних про психічний стан учасників, аналіз ефективності заходів, внесення корекцій в програму.

Результат: постійне вдосконалення програми на основі отриманих результатів та забезпечення її тривалої ефективності.



### **Висновок по розділу 3**

1. Метою програми є зменшення випадків суїцидальної поведінки серед підлітків шляхом розробки та впровадження ефективних стратегій психологічної підтримки, інтервенції та освіти для зменшення ризику та покращення психічного здоров'я підлітків.

Принципи програми:

- індивідуальний підхід: розробка та надання послуг повинно враховувати індивідуальні особливості та потреби кожного підлітка;
- інтегрований підхід: врахування не лише психологічних аспектів, а й соціальних, культурних та медичних чинників для комплексного розв'язання проблеми;
- превентивний характер: орієнтація на попередження суїцидальної поведінки через вчасне виявлення ризикових факторів та надання необхідної підтримки.
- ефективність та емпіричні підстави: використання доказових методів та стратегій, які є ефективними в попередженні суїцидальної поведінки серед підлітків;
- залучення суспільства: сприяння формуванню підтримуючого оточення та включення суспільства у процес профілактики.

Спрямування програми профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків може бути орієнтоване на декілька ключових напрямків:

- психологічна підтримка та консультування: надання доступної та ефективної психологічної підтримки для підлітків, які переживають емоційні труднощі чи депресивний стан.
- соціальна інтеграція та розвиток навичок взаємодії: програма може спрямовуватися на створення умов для соціальної інтеграції підлітків, підтримки формування здорових відносин та розвитку навичок взаємодії;

- психоосвіта та тренінги: організація психоосвітніх програм, тренінгів з розвитку особистості, управління стресом та навичок розв'язання конфліктів;
- виявлення та інтервенція в ризикових групах: розробка системи виявлення осіб, які потребують особливої уваги та індивідуалізованої інтервенції, зокрема тих, що перебувають у групах ризику;
- організація групової підтримки: створення групових платформ для спілкування та підтримки, де підлітки можуть ділитися своїм досвідом та отримувати взаємну підтримку;
- залучення сім'ї та оточуючого середовища: впровадження заходів для залучення батьків, родини та інших осіб з оточуючого середовища у підтримку та моніторинг психічного стану підлітків;
- співпраця з освітніми установами: реалізація спеціальних програм та тренінгів для педагогічних працівників для виявлення та відповіді на сигнали суїцидальної небезпеки серед учнів;
- сприяння формуванню здорового способу життя: заохочення активності, спорту, здорового харчування та інших аспектів здорового способу життя як чинника психічного благополуччя.

#### Показники ефективності:

- зменшення випадків суїцидальної поведінки: вимірюється кількістю випадків суїцидальної поведінки серед підлітків під час та після реалізації програми;
- зростання рівня психічного благополуччя: визначається збільшенням показників психічного здоров'я та зниженням рівня стресу серед учасників програми;
- оцінка задоволеності учасників: оцінюється задоволеність учасників програми наданими послугами та ефективністю впроваджених стратегій;

– участь та залучення суспільства: визначення ступенем активності та підтримки суспільства у впровадженні та підтримці програми.

2. Психокорекційна програма з профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків може включати різноманітні елементи. А саме:

1. Психологічна діагностика та оцінка - проведення психологічної діагностики для виявлення осіб із збільшеним ризиком суїциду. Використання стандартизованих тестів, анкет та інтерв'ю.

Дії: збір анамнезу, вивчення факторів ризику та застосування тестів.

Результат: сформована група осіб із підвищеним ризиком для подальшої індивідуалізованої підтримки.

2. Індивідуальні консультації та терапія - надання індивідуалізованих консультацій та терапії для осіб із виявленим ризиком суїциду.

Дії: визначення індивідуальних потреб та розробка персоналізованого плану терапії. Використання когнітивно-поведінкових або інших терапевтичних підходів.

Результат: зменшення суїцидальних думок та покращення психічного стану учасників.

3. Групові сесії та тренінги - проведення групових сесій та тренінгів для розвитку соціальних навичок, здорових звичок та зниження стресу.

Дії: розробка та викладання матеріалів на теми, такі як емоційний інтелект, вирішення конфліктів, управління стресом.

Результат: збільшення соціальної адаптації та покращення способів копінгу.

Тренінг 1. «Розвиток соціальної компетентності»

Вступ: презентація теми та визначення важливості соціальної компетентності для підлітків.

Модуль 1: «Емпатія та розуміння інших»

Роль гравців, розвиток навичок слухання, вправи на розуміння емоцій.

Модуль 2. «Спільна діяльність та комунікація»

Групові вправи для розвитку командної роботи, рольові гри на покращення комунікаційних навичок.

### Модуль 3. «Розвиток самопізнання»

Вправи для розуміння власних емоцій, самооцінка та визначення особистих сильних сторін.

### Тренінг 2. «Ефективні стратегії копіngu зі стресом»

Вступ: пояснення важливості стратегій копіngu для збереження психічного здоров'я.

### Модуль 1. «Техніки релаксації»

Навчання методикам релаксації та дихальних вправ для зниження стресу.

### Модуль 2. "Проблемне вирішення"

Розвиток навичок визначення та розв'язання проблем, тренування на прийняття рішень.

### Модуль 3. «Позитивне мислення»

Групові обговорення на тему формування позитивних думок та управління власними емоціями.

### Тренінг 3. «Розвиток навичок взаємодії та підтримки»

Вступ:

Знайомство з темою та обґрунтування важливості взаємодії в групі.

### Модуль 1. «Формування довіри в групі»

Групові вправи для зміцнення довіри, обмін досвідом та історіями успіху.

### Модуль 2. «Підтримка у трудних ситуаціях».

Рольові ігри та вправи на виявлення та надання підтримки в складних життєвих ситуаціях.

### Модуль 3. «Взаємодопомога та емоційна підтримка»

Спільні обговорення та вправи для формування емоційної підтримки в групі.

Ці тренінги включають в себе практичні вправи, групові діалоги та рольові ігри, щоб активізувати учасників та забезпечити максимальний ефект в розвитку соціальних та психологічних навичок.

4. Психосвітні заходи для батьків: Організація семінарів та лекцій для батьків з питань виявлення та підтримки підлітків із ризиком суїциду.

Дії: надання інформації про ризикові фактори, психологічні особливості підлітків та методи підтримки.

Результат: залучення батьків до підтримки та формування сприятливого оточення для підлітків.

5. Кризова інтервенція та підтримка: створення механізмів кризової інтервенції для негайного реагування на випадки збільшеного суїцидального ризику.

Дії: формування екстрених ліній допомоги, включення психіатрів, психотерапевтів, готових надавати кризову підтримку.

Результат: негайна допомога та підтримка в ситуаціях кризового характеру.

6. Моніторинг та оцінка результативності: впровадження системи моніторингу та оцінки результативності програми.

Дії: збір даних про психічний стан учасників, аналіз ефективності заходів, внесення корекцій в програму.

Результат: постійне вдосконалення програми на основі отриманих результатів та забезпечення її тривалої ефективності.

## ВИСНОВКИ

1. Суїцидальна поведінка - усвідомлені дії, що спрямовуються уявленнями про позбавлення життя.

У структурі аналізованої поведінки виділяють:

- власне суїцидальні дії;
- суїцидальні прояви (думки, наміри, почуття, висловлювання, натяки).

У суїцидальній поведінці прийнято виділяти наступні етапи: передсуїцидальний етап, етап реалізації суїцидальних намірів та постсуїцидальний етап – у разі, якщо вжиті суїцидальні дії не закінчилися летальним кінцем.

Передсуїцидальний етап охоплює проміжок часу від першої появи суїцидальних думок та спонукань до ухвалення рішення про суїцид.

Етап реалізації суїцидальних намірів включає планування майбутнього суїциду (вибір найбільш прийняттого способу, місця, часу вчинення суїцидального акта), підготовку до нього (завершення всіх справ, написання передсмертної записки та інше), послідовне здійснення суїцидальних дій. Нарешті постсуїцидальний період охоплює проміжок часу від одного до трьох місяців після здійснення суїцидальної спроби.

Суїциди найчастіше здійснюються особами, в анамнезі яких виявляються ознаки схильності до суїцидального реагування, що вважається одним із важливих факторів суїцидального ризику.

Схована особистість потрапляє під вплив психотравмуючої ситуації або цілого ряду психотравмуючих факторів. Зазвичай як психотравмуючі ситуації, що сприяють суїцидальній поведінці, виступають ситуації соціального відкидання (розрив відносин з близькою людиною), втрати (смерть близької людини) та ситуації, пов'язані з неможливістю відповідати власним високим стандартам (наприклад, втрата роботи, вихід на пенсію і, як слідство, зниження соціоекономічного статусу).

Едвін Шнейдман виділяє десять загальних рис самогубства. Розглянемо ці риси:

1. Мета кожного, хто вчиняє суїцид, полягає в пошуку вирішення проблеми, яка стоїть перед людиною і завдає їй інтенсивних страждань. Суїцид не є випадковою дією, він ніколи не буває безглуздим або безцільним. Він є частиною протестної поведінки, виходом із труднощів, психологічної кризи чи нестерпної життєвої ситуації. Щоб зрозуміти причину самогубства підлітка, потрібно, перш за все, знати проблеми, вирішити які йому необхідно.

2. Завданням всіх суїцидентів є припинення свідомості (відхід від життя). Підлітку, що зневірився, спадає на думку думка за допомогою самогубства відповісти на нестерпні життєві обставини або гідно вийти з ситуації, що склалася. Стан підлітка характеризується надмірним душевним хвилюванням, сильним рівнем тривоги та високим летальним потенціалом – три обов'язкові складові суїциду. Після цього виникає іскра, що ініціює, яка провокує початок активного суїцидального сценарію.

3. Стимулом до скоєння більшості суїцидів є нестерпний психічний біль. Якщо припинення свого потоку свідомості – це те, до чого рухається суїцидальна людина, то душевний біль – це те, від чого він прагне втекти. Суїцид найлегше уявити як одночасний рух у напрямку до припинення свого потоку свідомості та втечу від психічного болю та нестерпного страждання. Ніхто не робить суїциду від радості, його не може спричинити стан блаженства. В даному випадку йдеться саме про психічний біль, біль від відчуття болю. У клінічній суїцидології є правило: зменште інтенсивність страждання - часом дуже незначно, - і людина вибере життя. Якщо переводити цей принцип у площину підліткової аудиторії, то основними профілактичними завданнями є виявлення джерел страждання (соціальному, психологічному чи фізичному рівні) і сприяння вирішенню проблем, які викликають негативні переживання.

4. Спільним більшості суїцидів стресором є фрустровані психологічні потреби. Суїцид слід розуміти не як безглуздий і необґрунтований вчинок,

самогубства здійснюються на підставі логічних передумов, способу мислення та зосередженості на певному колі проблем, рішення про суїцид здається логічним людині, яка його робить. Суїцид відбувається через нереалізовані або незадоволені потреби. Задовольніть фрустровані потреби і суїцид не відбудеться.

5. Загальною суїцидальною емоцією є безпорадність-безнадійність. Зіткнувшись із різними труднощами, можна знайти способи їх подолання. Коли ж виникла труднощі виростає до розмірів нерозв'язної, на погляд підлітка, проблеми, що супроводжується високим ступенем психологічного болю, виникає переважне почуття безпорадності-безнадійності: «Я нічого не можу зробити (крім самогубства), і ніхто не може мені допомогти (полегшити біль, яку я відчуваю)».

6. У суїцидентів спостерігається загальне внутрішнє ставлення до суїциду - амбівалентність (дві протилежні думки з одного й того самого питання). Для самогубці типовим буває стан, при якому він одночасно намагається розкрити вени і волає про допомогу, і обидві ці дії є істинними та неудаваними. Амбівалентність є найбільш характерним ставленням підлітка до суїциду: він відчуває потребу вчинити його і одночасно бажає (і навіть планує) порятунок та втручання інших.

7. Самогубців поєднує також загальний стан психіки – звуження когнітивної сфери. Синонімом слова «звуження» є «тунельність», різке обмеження соціальних ролей (чи хороший, чи мертвий), варіантів вибору поведінки (чи чарівне вирішення проблеми, чи смерть). Важливо протидіяти «звуженню» думок суїцидального підлітка через збільшення кількості варіантів вибору вирішення проблеми (більше двох).

8. Усі самогубці прагнуть скоєння однієї й тієї ж дії - втечі. До варіантів втечі відносяться, наприклад, відхід з дому або сім'ї, прогули школи, прогули тренувань (курсів, гуртків). Суїцид у такій низці вчинків є граничною, остаточною втечею. Сенсом самогубства є радикальна та остаточна зміна декорацій. Втеча від проблеми, яку неможливо вирішити (наприклад, постійне



насильство в сім'ї), часто перетворюється на втечу від життя. Запобігти суїциду можна, зменшуючи потреби підлітка до втечі.

9. Більшість суїцидентів прагне вчинити одну й ту саму комунікативну дію – повідомити оточуючих про свій намір. Клінічні психологи, аналізуючи випадки летального результату в ситуації підліткових суїцидів, відзначають наявність майже в кожному випадку явних доказів летальної події, що наближається. Підлітки, які мають намір вчинити самогубство, незважаючи на амбівалентне ставлення, свідомо чи несвідомо подають сигнали лиха, скаржаться на безпорадність, волають про підтримку, шукають можливості порятунку. Існують характерні ознаки такого повідомлення (як вербальні, і невербальні). Їхнє розпізнавання є незамінним способом профілактики суїцидів.

10. Загальною закономірністю є відповідність суїцидальної поведінки стилю (патернам) поведінки підлітка. Коли ми стикаємося із самогубством, то нас спочатку збиває той факт, що воно за своєю природою є вчинком, якому немає аналогів і прецедентів у попередньому житті людини. І все-таки йому можна знайти глибокі відповідності у стилі та характері поведінки підлітка. Необхідно повернутися до попередніх станів і переживань, оцінити здатність підлітка переносити психічний біль, наявність у нього тенденцій до звуженого чи амбівалентного мислення, спробувати знайти вже використовувані способи втечі.

Основні концепції суїцидальної поведінки:

- психопатологічна концепція виходить із положення про те, що всі самогубці - душевнохворі люди, а суїцидальні дії - прояви гострих і хронічних психічних розладів»;
- психологічна концепція відбиває думку, за якою у формуванні суїцидальних тенденцій чільне місце займають психологічні чинники;
- соціологічна концепція виходить з того, що в основі суїцидальної поведінки лежить зниження та нестійкість соціальної інтеграції, а самогубство

у всіх випадках може бути зрозуміле лише з погляду взаємин індивіда із соціальним середовищем, при цьому власне соціальні фактори відіграють провідну роль.

За інтегративною концепцією суїцидальна поведінка це наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту, що нею переживається.

2. До підлітків прийнято відносити дітей 12-15 років, причому період 11-12 років визначається як препубертатний період, а 13-15 років – як пубертатний. Підліткова криза є найгострішою і тривалою і це пов'язано з поєднаним впливом на підлітка цілого ряду соматичних, психологічних та соціальних факторів.

До соматичних факторів відносяться:

- перебудова ендокринної системи
- формування вторинних статевих ознак
- зміна взаємин частин тіла.

До психічних та соціальних змін відносяться:

- формування самосвідомості;
- становлення образу «Я»;
- розвиток і повніше усвідомлення високих почуттів дружби та любові;

– перебудова багатьох колишніх відносин дитини до навколишнього і самого себе;

- формування життєвої позиції;
- формування почуття дорослості.

Найчастішими причинами суїцидів серед підлітків є:

- втрата близької чи коханої людини;
- стан перевтоми;
- вражене почуття власної гідності;

- руйнування захисних механізмів особистості внаслідок вживання алкоголю, наркотиків, гіпногенних психотропних засобів;
- ототожнення себе з людиною, яка вчинила самогубство;
- різні форми страху, гніву та смутку з різних приводів;
- дезадаптація, пов'язана з порушенням соціалізації (місце молодії людини в соціальній структурі не відповідає рівню її домагань);
- конфлікти у ній (часто пов'язані з неприйняттям системи цінностей старшого покоління);
- болючі стани (психози, прикордонні стани, соматичні захворювання);
- страх відповідальності і сором за скоєне правопорушення.

Виділяються наступні основні мотиви суїцидальної поведінки у підлітків:

- переживання образи, самотності, відчуженості та нерозуміння;
- справжня чи уявна втрата любові батьків, нерозділене почуття та ревності;
- переживання, пов'язані зі смертю, розлученням чи відходом батьків із сім'ї;
- почуття провини, сорому, ображеного самолюбства, самозвинувачення;
- страх ганьби, глузувань чи приниження;
- страх покарання, небажання вибачитись;
- любовні невдачі, сексуальні ексцеси, вагітність;
- почуття помсти, злості, протесту; загроза чи здирство;
- бажання привернути до себе увагу, викликати співчуття, уникнути неприємних наслідків, уникнути важкої ситуації;
- співчуття чи наслідування героїв книжок чи фільмів («ефект Вертера»).
- Для підліткового віку характерні такі типи суїцидонебезпечних ситуаційних реакцій [38, с. 51-56]:

1. Реакція депривації (найчастіше молодший та середній підлітковий вік). Характерні: втрата інтересів, гноблення емоційної активності, скритність, мовчазність, негативні переживання. В анамнезі – жорстке авторитарне виховання.

2. Експлозивна реакція (найчастіше середній підлітковий вік). Характерні: афективна напруженість, агресивність, підвищений рівень домагань, прагнення (часто необґрунтовані) до лідерства. У анамнезі - виховання у ній, де ці реакції традиційні для дорослих. Мета суїцидальних дій у цьому випадку – прагнення помститися кривднику, довести свою правоту. Як правило, суїцидальні дії відбуваються на висоті афекту; у постсуїциді критика суїцидальної поведінки формується не відразу, зберігається опозиційне ставлення до оточуючих.

3. Реакція самоусунення (середній і старший підлітковий вік із рисами незрілості). Характерні: емоційна нестійкість, навіюваність, несаможиттєвість. Це, зазвичай, педагогічно занедбані підлітки з низьким інтелектом. Мета суїцидальних дій у цьому випадку - уникнення труднощів.

2. Дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у підлітковому віці проводилося з вересня по листопад 2023 року у школах № 124, №127, № 128 м. Дніпра.

У дослідженні взяли участь 100 учнів. Вік учнів від 13 до 15 років. Всі вони добровільно за єдиною програмою проходили психологічне обстеження під час занять у школі.

Після розмови з класними керівниками, шкільним психологом та психодіагностики, всім учням було запропоновано пройти курс психопрофілактики суїцидальної поведінки.

Їм було запропоновано пройти діагностику до та після пройденого курсу психопрофілактики.

I етап. Підготовчий. Обговорення теми дослідження із науковим керівником. Вибір емпіричної основи дослідження. Вибір методів та методик для проведення дослідження.

II етап. Діагностичний. У дослідженні застосовувалися такі способи: бесіда, опитування, тестування, анкетування, аналіз результатів діяльності.

Використовувалися такі методики:

1. Методика діагностики суїцидальної поведінки Любан-Плоцца;
2. Методика аутоідентифікації акцентуацій характеру;
3. Методика «Госпітальна шкала тривоги та депресії А. Зігмонд та Р. Снейт»;
4. Методика діагностики рівня тривожності Спілбергера-Ханіна ;
5. Методика "Шкала депресії Бека" [73].

III етап. Психокорекційний. На даному етапі було складено та проведено психокорекційну програму з профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків.

Методика діагностики суїцидальної поведінки Б. Любан-Плоцца.

Мета: оцінка ступеня суїцидального ризику, локалізація терапевтичних мішеней та контроль клінічної динаміки.

Опис: опитувальник містить 16 питань, що визначають характер суїцидальної поведінки. До них відносяться питання про самогубство, про способи позбавлення себе життя, про суїцидальні наміри, про безнадійність ситуації про спілкування з рідними та друзями, про захоплення, про світогляд та ін.

Методика аутоідентифікації акцентуацій характеру .

Мета: вивчення акцентуацій характеру у підлітків

Було розглянуто:

– меланхолійний тип акцентуації виявляється у повільності реакцій, які відрізняються силою та глибиною.;

– гіпертимний (надактивний) тип акцентуації виявляється у постійному підвищеному настрої та життєвому тонусі, нестримній активності та жадобі до спілкування, у тенденції розкидатися і не доводити розпочате до кінця;

– емоційно-лабільний тип акцентуації передбачає вкрай виражену мінливість настрою. Індивіди з лабільною акцентуацією мають багату чуттєву сферу, дуже чутливі до знаків уваги;

– неврастенічний тип характеризується підвищеною стомлюваністю та дратівливістю. Неврастенічні люди схильні до іпохондрії, мають високу стомлюваність при змагальній діяльності;

– індивіди з сенситивним типом акцентуації дуже вразливі, характеризуються почуттям власної неповноцінності, страхом, сором'язливістю;

– психастенічний тип визначає схильність до самоаналізу та рефлексії. Психастеники часто коливаються при прийнятті рішень і не переносять високих вимог та вантажу відповідальності за себе та інших. Вони демонструють акуратність та розважливість, характерною рисою для них є самокритичність та надійність. Вони мають рівний настрій без різких змін;

– шизоїдна акцентуація характеризується замкнутістю індивіда, його відгородженням з інших людей. Шизоїдним людям бракує інтуїції та вміння співпереживати. Вони важко встановлюють емоційні контакти;

– в основі паранояльної акцентуації лежить завищена оцінка своєї особистості – своїх здібностей, своїх талантів та умінь, своєї мудрості та розуміння всього. Звідси глибоке переконання, що все, що вони роблять завжди правильно, що думають і говорять - завжди істина, на що претендують - безумовно, мають право;

– епілептоїдний тип акцентуації характеризується збудливістю, напруженістю та авторитарністю індивіда. Індивіди з цим видом акцентуації схильні до періодів злісно-тужливого настрою, роздратування з афективними вибухами, пошуку об'єктів для зняття агресії;

– індивіди з істеричним типом яскраво виражений егоцентризм і прагнення бути у центрі уваги. Вони слабо переносять удари по егоцентризму, відчувають страх викриття і страх бути осміяними, а також схильні до

демонстративного суїциду (парасуїциду). Для них характерні завзятість, ініціативність, комунікативність та активна позиція. Вони вибирають найпопулярніші захоплення, які легко змінюють на ходу;

– нестійкий тип акцентуації характеру визначає лінь, небажання вести трудову чи навчальну діяльність. Дані індивіди мають яскраво виражену потяг до розваг, дозвілля, неробства. Їхній ідеал - залишитися без контролю з боку та бути наданими самим собі;

– конформний тип характеризується конформністю до оточення, такі люди прагнуть «думати, як усі». Не переносять крутих змін, ломки життєвого стереотипу, позбавлення звичного оточення.

Методика «Госпітальна шкала тривоги та депресії А. Зігмонд та Р. Снейт.

Мета виявлення та оцінка тяжкості депресії та тривоги.

Госпітальна шкала тривоги та депресії містить 14 пунктів, які обслуговують дві підшкали: тривога та депресія.

Стан тривоги проявляється у зниженні порога збудження стосовно різних стимулів, у нерішучості, нетерплячості, непослідовності дії. Невротична реакція тривожності як занепокоєння за власне здоров'я та за здоров'я своїх близьких у спілкуванні з людьми проявляється у тому, що людина поводить себе невпевнено.

Депресія проявляється в невротичних реакціях - в ослабленні тону життя та енергії, у зниженні фону настрою, судженні та обмеженні контактів з оточуючими, наявності почуття безрадісності та самотності.

Кожному пункту відповідає 4 варіанти відповідей, що відбивають ступінь наростання симптоматики. Бланк шкали видається самостійного заповнення випробуваному.

Методика діагностики рівня тривожності Спілбергера-Ханіна.

Мета: диференційований вимір тривожності як стану (ситуаційна тривожність – СТ) та як особистісної властивості (особистісна тривожність – ОТ). Було розглянуто:

Методика «Шкала депресії Бека».

Мета: визначення рівня депресії.

Було розглянуто найбільш релевантні та значущі симптоми депресії: смуток, песимізм, почуття провалу, незадоволеність, вина, почуття кари, ворожість до себе, самозвинувачення, суїцидальні думки, періоди плачу, дратівливість, уникнення контактів з іншими, нерішучість, спотворений образ тіла, застій у роботі, порушення сну, швидка стомлюваність, втрата апетиту, втрата ваги, стурбованість соматичними симптомами та втрата лібідо.

4. За методикою діагностики суїцидальної поведінки Б. Любан-Плоцца було виявлено, що у більшості підлітків (58%) низький рівень суїцидальної поведінки, (39%) є ймовірність здійснення суїцидальних спроб. Але в той же час у (3%) високий рівень суїцидального ризику, який може призвести до суїцидальних спроб.

Було розглянуто поширеність різних типів акцентуацій характеру серед підлітків. Епілептоїдний тип АХ (27%), емоційно-лабільний (15%), психастенічний (13%), гіпертимний (10%), циклоїдний (7%), істеричний (7%), нестійкий (5%), неврастенічний (5%), конформний (3%), меланхолійний (3%), сензитивний (2%), паранояльний тип АХ не виявлений (0%). І вплив акцентуації характеру на суїцидальну поведінку.

Факторами суїцидальної поведінки серед підлітків епілептоїдного типу, особливо якщо врахувати їхній високий відсоток над іншими типами є: періоди злобно-тужливого настрою, роздратування з афективними вибухами, непереносимість непокори собі. Емоційне ігнорування рідними та друзями підлітка емоційно-лабільного типу може призвести до підвищення суїцидального ризику та вчинення суїцидальних спроб. При збільшенні вимог і відповідальності у психастенічного типу можуть виявитися суїцидальні тенденції, що у свою чергу пов'язано з підвищеною самокритичністю психастеніка. Непереносимість самотності, обмеженості контактів та висока схильність до ризику можуть бути основними факторами, що визначають ймовірність суїцидальної поведінки серед підлітків гіпертимного типу. Для



циклоїдного типу характерні депресивні реакції, що іноді призводять до суїцидальних спроб. Підлітки істеричного типу слабо переносять удари по егоцентризму, відчувають страх викриття і страх бути осміяними, а також схильні до демонстративних суїцидальних спроб. У нестійкого та конформного типів можливе здійснення суїцидальних спроб за прикладом. Для неврастенічного типу характерна афективна суїцидальна поведінка. Депресивні реакції можуть призводити меланхолійний тип до суїцидальної поведінки. Суїцидальні тенденції можуть виникати у сенситивів під впливом низки невдач, що буває зовсім несподівано для оточуючих, які не проникають у світ їхньої вразливої психіки.

За методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії А. Зігмонд та Р. Снейт було виявлено, що у більшості учнів відсутній тривожний (59%) і депресивний стан (55%). Але при цьому також виявлено учнів із субклінічними (33%) та (42%), і навіть клінічними рівнями тривоги (8%) та депресії (3%), яким необхідне надання психологічної допомоги щодо зниження тривоги та депресії до нормального рівня, особливо якщо врахувати вони наявність стійких суїцидальних тенденцій.

За методикою діагностики рівня тривожності Спілбергера-Ханіна було виявлено, що середній рівень ситуативної (43%) і особистісної тривожності у (40%), що говорить про переважання учнів з цим рівнем тривожності, до того ж у цих учнів також виявляються суїцидальні тенденції. При низькому рівні ситуативної (20%) та особистісної тривожності (28%) суїцидальні думки у підлітків не виражені.

Учнів з дуже високим рівнем ситуативної (15%) та особистісної тривожності (10%) виявлено схильність до суїцидальних спроб.

Дуже низький рівень ситуативної тривожності у (2%), і особистісної тривожності (8%) що свідчить про незначному числі учнів із цим рівнем тривожності суїцидальні думки в цих учнів як і виявлено.

За методикою «Шкала депресії Бека» було виявлено, що більшість учнів перебувають у стані легкої депресії (44%) та суїцидальні думки їм не властиві.

Помірна депресія у (33%) учнів суїцидальні тенденції у них також присутні. Відсутні депресивні симптоми у (20%) учнів, що говорить про відсутність депресивного стану та суїцидальних переживань у даних учнів. Депресія середньої тяжкості відзначена у (3%) учнів, що говорить про необхідність додаткового спостереження, проведення психодіагностичних та психокорекційних заходів із цими учнями у зв'язку з високим рівнем суїцидального ризику. Тяжка депресія не виявлена.

5. Метою програми є зменшення випадків суїцидальної поведінки серед підлітків шляхом розробки та впровадження ефективних стратегій психологічної підтримки, інтервенції та освіти для зменшення ризику та покращення психічного здоров'я підлітків.

Принципи програми:

- індивідуальний підхід: розробка та надання послуг повинно враховувати індивідуальні особливості та потреби кожного підлітка;
- інтегрований підхід: врахування не лише психологічних аспектів, а й соціальних, культурних та медичних чинників для комплексного розв'язання проблеми;
- превентивний характер: орієнтація на попередження суїцидальної поведінки через вчасне виявлення ризикових факторів та надання необхідної підтримки.
- ефективність та емпіричні підстави: використання доказових методів та стратегій, які є ефективними в попередженні суїцидальної поведінки серед підлітків;
- залучення суспільства: сприяння формуванню підтримуючого оточення та включення суспільства у процес профілактики.

Спрямування програми профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків може бути орієнтоване на декілька ключових напрямків:

– психологічна підтримка та консультування: надання доступної та ефективної психологічної підтримки для підлітків, які переживають емоційні труднощі чи депресивний стан.

– соціальна інтеграція та розвиток навичок взаємодії: програма може спрямовуватися на створення умов для соціальної інтеграції підлітків, підтримки формування здорових відносин та розвитку навичок взаємодії;

– психоосвіта та тренінги: організація психоосвітніх програм, тренінгів з розвитку особистості, управління стресом та навичок розв'язання конфліктів;

– виявлення та інтервенція в ризикових групах: розробка системи виявлення осіб, які потребують особливої уваги та індивідуалізованої інтервенції, зокрема тих, що перебувають у групах ризику;

– організація групової підтримки: створення групових платформ для спілкування та підтримки, де підлітки можуть ділитися своїм досвідом та отримувати взаємну підтримку;

– залучення сім'ї та оточуючого середовища: впровадження заходів для залучення батьків, родини та інших осіб з оточуючого середовища у підтримку та моніторинг психічного стану підлітків;

– співпраця з освітніми установами: реалізація спеціальних програм та тренінгів для педагогічних працівників для виявлення та відповіді на сигнали суїцидальної небезпеки серед учнів;

– сприяння формуванню здорового способу життя: заохочення активності, спорту, здорового харчування та інших аспектів здорового способу життя як чинника психічного благополуччя.

Показники ефективності:

а. зменшення випадків суїцидальної поведінки: вимірюється кількістю випадків суїцидальної поведінки серед підлітків під час та після реалізації програми;

b. зростання рівня психічного благополуччя: визначається збільшенням показників психічного здоров'я та зниженням рівня стресу серед учасників програми;

c. оцінка задоволеності учасників: оцінюється задоволеність учасників програми наданими послугами та ефективністю впроваджених стратегій;

d. участь та залучення суспільства: визначення ступенем активності та підтримки суспільства у впровадженні та підтримці програми.

6. Психокорекційна програма з профілактики суїцидальної поведінки серед підлітків може включати різноманітні елементи. А саме:

1. Психологічна діагностика та оцінка - проведення психологічної діагностики для виявлення осіб із збільшеним ризиком суїциду. Використання стандартизованих тестів, анкет та інтерв'ю.

Дії: збір анамнезу, вивчення факторів ризику та застосування тестів.

Результат: сформована група осіб із підвищеним ризиком для подальшої індивідуалізованої підтримки.

2. Індивідуальні консультації та терапія - надання індивідуалізованих консультацій та терапії для осіб із виявленим ризиком суїциду.

Дії: визначення індивідуальних потреб та розробка персоналізованого плану терапії. Використання когнітивно-поведінкових або інших терапевтичних підходів.

Результат: зменшення суїцидальних думок та покращення психічного стану учасників.

3. Групові сесії та тренінги - проведення групових сесій та тренінгів для розвитку соціальних навичок, здорових звичок та зниження стресу.

Дії: розробка та викладання матеріалів на теми, такі як емоційний інтелект, вирішення конфліктів, управління стресом.

Результат: збільшення соціальної адаптації та покращення способів копіngu.

Тренінг 1. «Розвиток соціальної компетентності»

Вступ: презентація теми та визначення важливості соціальної компетентності для підлітків.

Модуль 1: «Емпатія та розуміння інших»

Роль гравців, розвиток навичок слухання, вправи на розуміння емоцій.

Модуль 2. «Спільна діяльність та комунікація»

Групові вправи для розвитку командної роботи, рольові гри на покращення комунікаційних навичок.

Модуль 3. «Розвиток самопізнання»

Вправи для розуміння власних емоцій, самооцінка та визначення особистих сильних сторін.

Тренінг 2. «Ефективні стратегії копіngu зі стресом»

Вступ: пояснення важливості стратегій копіngu для збереження психічного здоров'я.

Модуль 1. «Техніки релаксації»

Навчання методикам релаксації та дихальних вправ для зниження стресу.

Модуль 2. "Проблемне вирішення"

Розвиток навичок визначення та розв'язання проблем, тренування на прийняття рішень.

Модуль 3. «Позитивне мислення»

Групові обговорення на тему формування позитивних думок та управління власними емоціями.

Тренінг 3. «Розвиток навичок взаємодії та підтримки»

Вступ:

Знайомство з темою та обґрунтування важливості взаємодії в групі.

Модуль 1. «Формування довіри в групі»

Групові вправи для зміцнення довіри, обмін досвідом та історіями успіху.

Модуль 2. «Підтримка у трудних ситуаціях».

Ролеві ігри та вправи на виявлення та надання підтримки в складних життєвих ситуаціях.

### Модуль 3. «Взаємодопомога та емоційна підтримка»

Спільні обговорення та вправи для формування емоційної підтримки в групі.

Ці тренінги включають в себе практичні вправи, групові діалоги та рольові ігри, щоб активізувати учасників та забезпечити максимальний ефект в розвитку соціальних та психологічних навичок.

4. Психосвітні заходи для батьків: Організація семінарів та лекцій для батьків з питань виявлення та підтримки підлітків із ризиком суїциду.

Дії: надання інформації про ризикові фактори, психологічні особливості підлітків та методи підтримки.

Результат: залучення батьків до підтримки та формування сприятливого оточення для підлітків.

5. Кризова інтервенція та підтримка: створення механізмів кризової інтервенції для негайного реагування на випадки збільшеного суїцидального ризику.

Дії: формування екстрених ліній допомоги, включення психіатрів, психотерапевтів, готових надавати кризову підтримку.

Результат: негайна допомога та підтримка в ситуаціях кризового характеру.

6. Моніторинг та оцінка результативності: впровадження системи моніторингу та оцінки результативності програми.

Дії: збір даних про психічний стан учасників, аналіз ефективності заходів, внесення корекцій в програму.

Результат: постійне вдосконалення програми на основі отриманих результатів та забезпечення її тривалої ефективності.

## ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Баричева Е.М. Клініко-психологічні особливості суїцидальної поведінки у підлітків. Автореф. дис. канд. мед. наук. Харків, 1997. 20 с.
2. Батькам про суїцидальну поведінку підлітків [Електронний ресурс] / Дніпропетровська спеціалізована школа гуманістичного навчання та виховання. URL: [http://school134.dp.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=159:-2014&catid=43:2012-12-14-08-18-35&Itemid=72](http://school134.dp.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=159:-2014&catid=43:2012-12-14-08-18-35&Itemid=72)
3. Блинова О. Є. Психологічні фактори суїцидальної поведінки у підлітковому віці// Актуальні проблеми суїцидології: зб. наук. праць. Київ, 2002. Ч. 1. С. 31–33.
4. Бугайова Н.М. Особливості розвитку суїцидальної поведінки у періоди вікових криз. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ; Ніжин : ПП Лисенко, 2016. Т. IX. № 8. С. 83–95.
5. Вашека Т. В. Рання діагностика та профілактика суїцидальної поведінки у підлітковому віці // Практична психологія та соціальна робота. 2006. № 6 (87). С. 64-66.
6. Ващенко, Р. В., Сулицький, В. В. Структура психологічного втручання після суїцидальної спроби [Текст]. Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика / За заг. ред. І. Яковенка. Київ: РВВ КІВС, 2000
7. Войтко В. Характерні особливості суїциду та суїцидальної поведінки. Навчально-методичний посібник. Кропивницький : КЗ «КОІШПО імені Василя Сухомлинського», 2016. 421 с
8. Гашека Т. В. Практичні рекомендації для проведення психокорекційної роботи з підлітками за наявності суїцидальних ідецій //Практична психологія та соціальна робота. 2006. № 7. С. 68–72.

9. Гашека Т. В. Профілактика самогубства серед підлітків: методика для вимірювання суїцидальної поведінки// Практична психологія та соціальна робота. 2005. № 4. С. 53–56.
10. Гошовський Я. Ресоціалізація депривованої особистості: монографія. Дрогобич: Коло, 2008. 525 с.
11. Григор'єва М. С. Прояви нестабільності емоцій у підлітковому віці // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Психологічні науки. 2015. Вип. 128, С. 72-75.
12. Діденко О. І. Суїцидальні наміри у психологічному портреті злочинця; за заг. ред. С. І. Яковенка. Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика: зб. наук. праць. Київ: РВВ КІВС, 2000. С. 152–155.
13. Експрес-діагностика суїцидального ризику (Т. Разуваєва). URL: <http://um.co.ua/3/3-2/3-21347.html>
14. Завадська Н. В. Проблема самогубства у підлітковому середовищі. //Соціальний працівник. 2007. Січ. (№ 2). С. 10–12.
15. Застосування діагностичних мінімумів в діяльності працівників психологічної служби : [метод. рек.] / авт.-упор.: В. М. Горленко, В. Д. Острова, Н. В. Сосновенко, І. І. Ткачук ; за заг. ред. В. Г. Панка. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2018. 106 с.
16. Зубрицька-Макота І.В., Христюк О.Л. Суїцид як крайня форма психологічного неприйняття себе: допомога психологу діагностувати проблему [Електронний ресурс]. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. 2014.Вип. 1. С. 13-21.: URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu\\_2014\\_1\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu_2014_1_4)
17. Калініна Ю. Запобігання суїцидальній поведінці серед підлітків// Психолог. 2005. Верес. (№ 35). С. 26–32.
18. Кльоц Л. А., Заброцький М. М. Соціальному педагогу про суїцид. Соціальний працівник. 2007. Верес. (№ 17). С. 15–31.



19. Каневський В.І. Суїцидологія в соціальній роботі : навчальний посібник. Миколаїв : ЧДУ ім. Петра Могили, 2014. 348 с.
20. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Корня Л.В. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців. Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с.
21. Кокур О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: монографія. Київ: Міленіум, 2004. 265 с.
22. Крилова Л. Батькам про підлітковий суїцид. URL: <http://ua.racurs.ua/1233-pro-pidlitkovyy-suicyd>
23. Лісова О. С. Психологія суїцидальної поведінки: Навчальний посібник [Текст]. Чернівці, 2004. 234 с.
24. Лосієвська О. Г. Криза підліткового віку як чинник поведінки з відхиленнями// Теоретичні і прикладні проблеми психології. Луганськ : Ювілейний збірник наукових праць СНУ ім. В. Даля, 2005. №1 (9). С. 112 -118.
25. Лосієвська О.Г. Тренінг інтелектуальної, особистісної та соціальної рефлексії як засіб профілактики суїцидальних тенденцій у підлітків// Теоретичні і прикладні проблеми психології та педагогіки.: Збірник наукових праць СНУ ім. В.Даля , 2005. С.140-148.
26. Мартінішин В.В., Сова М.О. Профілактика суїцидальної поведінки в умовах відбування покарання серед засуджених// Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2016. № 4. С. 173–178.
27. Марута Н. О. Предиктори суїцидальної поведінки при невротичних розладах / Н. О. Марута, І. О. Явдак. Український вісник психоневрології. 2006.Т. 14, вип. 1 (47). С. 59—63.
28. Масагутов Р. М. Гендерні відмінності у прояві аутоагресії у підлітків // Питання психології / Р. М. Масагутов. 2003. № 3. С. 35-42.
29. Матюха Є.О. Суїцидальна поведінка як об'єкт соціальної роботи: тези доп. міжн. студ. наук.-практ. конф . Ніжин , 2017. С.40-41.

30. Методичні рекомендації з надання психологічної допомоги молоді, яка схильна до суїциду, чи здійснила спробу суїциду / упоряд. Б.П.Лазоренко. Київ : УДЦССМ, 1998. 44 с.
31. Осетрова О.О. Суїцидологія : навчальний посібник. Дніпро : ДНУ ім. Олеся Гончара, 2016. 160 с
32. Погорілко О. В. Аутоагресивна поведінка підлітків : монографія. Полтава : ТОВ «АСМІ», 2017. 141 с
33. Подмазін С. Діти із суїцидальними тенденціями. Корекційна робота психолога. Упоряд. О. Главник. Київ : Шкільний світ, 2002. С. 24–30.
34. Прийменко В. М. Суїцидальна поведінка. Психологічний аналіз і профілактика (Методичні рекомендації для практичних психологів і соціальних педагогів). Київ: КМПУ ім. Ї. Д. Грінченка, 2005. 43 с.
35. Психологія особистості: Хрестоматія: Навч. посіб./ О.Б.Мельничук, Р.Ф.Пасічняк, Л.М.Вольнова та ін. Київ: НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2009. 532 с.
36. Психологія суїциду: Навчальний посібник / За ред. В. П. Москальця. Київ Івано-Франківськ: Плай, 2002. С.249.
37. Психологічні травми і самогубство: (поради фахівців) // Безпека життєдіяльності. 2006. № 4. С. 43–44.
38. Рахімкулова А. С. Взаємозв'язок ризикової та суїцидальної поведінки у підлітків (вивчення репрезентативної вибірки в Україні) // Медицина психологія. 2017. Т. 12 (2). С. 51–56
39. Рибалка В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій проблемної особистості. Київ: Шкільний світ, 2009. 128 с.
40. Романовська Д. Робота з підлітками, схильними до суїциду [Текст] / Д. Романовська, С. Собкова// Психолог. 2006. № 15 (207). С. 26-29.
41. Скаковська Л. А. Практичному психологу про суїцид // Практична психологія та соціальна робота. 2005. № 4. С. 57–62//Психолог. 2004. Черв. (23/24). С. 61–63.

42. Солошенко Д. В. Екстренна психологічна допомога. Консультування // Практична психологія і соціальна робота / Д. В. Солошенко. – 2003. – №9 – 10. – С. 10 – 28.
43. Тисячна Ю. О. Соціально-психологічна характеристика суїцидальної поведінки серед дітей та підлітків. Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна». 2012. № 5. С. 200-204.
44. Тисячна Ю. О. Соціально-психологічна характеристика суїцидальної поведінки серед дітей та підлітків / Ю. О. Тисячна // Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету "Україна". 2012. № 5. С. 200-204
45. Ткач Б.М. Нейропсихологічні механізми суїцидальної поведінки. Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за наук. ред.: С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2016. Вип. 32. С. 489–501.
46. Хмельницького інституту соціальних технологій Університету "Україна". - 2012. - № 5. С. 200-204
47. Телефонко Б. М., Візняк О. С. Причини та попередження самогубств серед особового складу органів внутрішніх справ; за заг. ред. С. І. Яковенка. Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика: зб. наук. праць. Київ: РВВ КІВС, 2000. С. 10–14.
48. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. Київ: Либідь, 2003. 376 с.
49. Трусова С.М. Соціально - психологічні передумови та профілактика суїцидальної поведінки підлітків і юнацтва /Дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук ;19.00.07 - педагогічна та вікова психологія. Київ, 2000, 22с.

50. Федоренко Р. П. Психологія суїциду [Текст]: навч. посіб. [для студентів вищ.навч.закл.]. Вид. 2-ге, змін. та доповн. Луцьк: ВежаДрук. 2016. 340 с.
51. Федосєєва І. В. Вікові особливості суїцидальної поведінки підлітків//Молодий вчений. 2016. № 9. С. 161–165.
52. Хаустова О. О. Суїцид: сучасні підходи до профілактики /О. Хаустова, О. Романів// Ліки України. 2013. № 1 (167). С. 89—94.
53. Хаустова О. Самогубства та побутова смертність в Україні: підсумки 2012 року// Український вісник психоневрології. Том 21, 2013 р.
54. Хіллман Дж. Самогубство і душа. Київ: Академвидав, 2004. 275 с
55. Хрестоматія по суїцидології: Пер. с англ. Київ : А.Л.Д., 1996. 216 с
56. Чернега А.О. Суїцидальна поведінка підлітків як соціально – психологічне явище. Young scientist.2020. №8.1.С.89-92. URL: <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2020/8.1/20.pdf>
57. Шавровська Н. Суїцид як соціально-психологічний феномен// Психолог. 2002. № 38–39. С. 46.
58. Addis M. Predicting suicidal behavior: Psychometric properties of the Suicidal Behaviors Questionnaire / M. Addis, M.M. Linehan // Poster presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Washington DC., 1989.
59. Adler Alfred The Practice and Theory of Individual Psychology. Legare Street Press. 362 p.
60. Aetkin M. Self-harm and suicidality in children referred for gender dysphoria. M. Aitken et al// Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2016. No. 55. P. 513—520.
61. Brent D. A. In Suicide Prevention. The global context. New York, London : Press. 2008. P. 51–65.
62. Canetto, S. Women and suicidal behavior: a cultural analysis. S. Canetto et al//The American Journal of Orthopsychiatry. 2008. V. 78 No. 2 P. 259- 266.

63. Consultation on strategies for reducing suicidal behavior in the European Region. World Health Organization. Copenhagen, 1989.
64. Diekstra R. The epidemiology of suicide and parasuicide. Preventive strategies on suicide. Leiden : Brill, 1995. P. 1-34.
65. Durkheim Emile Suicide Snowballpublishing. 404 p.
66. Farber L. Lying, despair, jealousy, envy, sex, suicide, drugs, and the good life. New York: Basic Books, 1976.
67. Farber Maurice L. Theory of Suicide Funk & Wagnalls, 1968 115 p.
68. Frankl Viktor E Man's Search For Meaning: The classic tribute to hope from the Holocaust Rider 160 p
69. Freud Sigmund Beyond the Pleasure Principle (Penguin Modern Classics) Penguin Classics 320 p
70. Jung Carl The Archetypes and the Collective Unconscious Ukemi Audiobooks from W. F. Howes Ltd 2020
71. Hawton K. Suicide is a complex problem that requires a range of prevention initiatives and methods of evaluation. K. Hawton et al. British Journal of Psychiatry. 2017. No. 210. P. 381–383.
72. Holinger Paul C., Daniel Offer M.D. Prediction of Adolescent Suicide: A Population Model Am J //Psychiatry 1982. № 139:3. March. P. 302-307
73. Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression / A.T. Beck [et al.] // Suicide Life-Threat. Behav. 1993. Vol. 23. – P. 139-145.
74. Horney Karen The Neurotic Personality of Our Time. Revised Edition 304 p
75. Luban-Plozza B. Der psychosomatisch Kranke in der Praxis: Erkenntnisse und Erfahrungen Springer Berlin Heidelberg. 304 p
76. Menninger Karl M.D. Man Against Himself Harper Collins Publishers 444 p.
77. Pirkis J. E. Receipt of Psychological or Emotional Counseling by Suicidal Adolescents. J. E. Pirkis et al// Pediatrics. 2003. V. 111. № 4. P. 834–839

78. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study / G.K. Brown [et al.] // J. Consult. Clin. Psychol. 2000. Vol. 68. P. 371- 377.
79. Robertson L. An adolescent suicide cluster and the possible role of electronic communication technology. New York: Crisis. 2012. P. 239–245.
80. Rogers Carl R. Counseling and Psychotherapy Rogers Press 472 p
81. Schneider K., May R. The Psychology of Existence: An Integrative, Clinical Perspective McGraw-Hill Education 416 p
82. Shneidman E. Understanding and Preventing Suicide. New York : The Guilford Press, 1988. 118 p. P. 1–12.
83. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder / T.P. Sokero [et al.] // J. Clin. Psychiatry. 2003. Vol. 64. P. 1094-1100.
84. Sullivan Harry Stack Interpersonal Theory and Psychotherapy (Makers of Modern Psychotherapy) Routledge 256 p
85. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) is a commonly used measure of trait and state anxiety (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983)
86. Wilson J. F. Finland pioneers international suicide prevention// Annals of Internal Medicine. 2004. Vol. 140. P. 853—856.
87. Yildiz M. Suicide contagion, gender, and suicide attempts among adolescents. M. Yildiz et al// Death Studies. 2019. V. 43. P. 365-371.
88. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale Acta //Psychiatr Scand. 1983. Jun. 67(6). P.361-70.