

СЕКЦІЯ 4 ЗАГАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ. ІСТОРІЯ ПСИХОЛОГІЇ

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ

THEORETICAL BASIS OF RESEARCHING SUICIDAL BEHAVIOR IN YOUTH

ВООЗ у своїх статистичних звітах наголошує, що самогубство й надалі залишається глобальною та надсерйозною проблемою, через яку передчасно йдуть із життя мільйони людей. Серед осіб віком від 15 до 29 років, тобто серед молоді, це одна з основних причин смертності, що посідає друге місце. У сьогоденні люди стикаються з втратою близьких, зазнають насильства, тиск медіа й соціальних мереж нав'язує бути тим, ким ти не є, невизначеність майбутнього, супутні психічні розлади та біологічна схильність до депресії стають підґрунтям серйозних ризиків аутоагресивної поведінки. Мета статті полягає в тому, щоб дослідити та систематизувати теоретико-методологічні основи та підходи до вивчення сутності й симптоматики суїцидальної поведінки, виявленні основних факторів її розвитку й узагальненні наукових підходів до розуміння цього феномена в молодіжному середовищі.

Методи дослідження ґрунтуються на аналізі наукової та клінічної літератури (ВООЗ, МКХ-11, DSM-5, праці Е. Дюркгейма, З. Фрейда, К. Юнга та сучасних українських дослідників). Використано методи порівняння, узагальнення та теоретичного моделювання для інтеграції біологічних, психологічних і соціальних підходів до пояснення суїцидальної поведінки.

Зазначено, що суїцидальна поведінка молоді має багатофакторну природу та формується у взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. У період молодості особливі ваги набувають міжособистісні стосунки – побудова власної родини, самооцінка, психоемоційний стан, соціальна підтримка, фінансова незалежність і професійне становлення. Теоретичний аналіз свідчить про необхідність комплексного підходу до профілактики, що передбачає не лише медичні та психотерапевтичні втручання, а й розвиток соціально-психологічних програм підтримки молоді, освітніх ініціатив та інформаційної етики у ЗМІ.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, молодь, психічне здоров'я, депресія, фактори ризику, профілактика.

The World Health Organization (WHO), in its statistical reports, emphasizes that suicide remains a global and profoundly serious problem, claiming countless lives prematurely. Among individuals aged 15 to 29, which includes youth, suicide ranks as the second leading cause of death. In contemporary society, people are confronted with the loss of loved ones, exposure to violence, the pressures of media and social networks imposing identities that are not their own, uncertainty about the future, comorbid mental disorders, and a biological predisposition to depression – all of which create and reinforce significant risks of self-destructive behavior.

The aim of this article is to explore and systematize the theoretical and methodological foundations and approaches to studying the nature and symptomatology of suicidal behavior, to identify the main factors of its development, and to synthesize scientific perspectives on understanding this phenomenon within youth environments.

The research methods are based on an analysis of scientific and clinical literature (WHO reports, ICD-11, DSM-5, as well as the works of É. Durkheim, S. Freud, C. Jung, and contemporary Ukrainian scholars). Methods of comparison, synthesis, and theoretical modeling were employed to integrate biological, psychological, and social approaches to explaining suicidal behavior.

It is noted that suicidal behavior among youth has a multifactorial nature, shaped by the interaction of biological, psychological, and social determinants. During adolescence and young adulthood, interpersonal relationships – such as building one's own family, self-esteem, psycho-emotional stability, social support, financial independence, and professional development – acquire particular importance. Theoretical analysis highlights the necessity of a comprehensive approach to prevention, which should include not only medical and psychotherapeutic interventions but also the development of socio-psychological support programs for young people, educational initiatives, and responsible information ethics in the media.

Key words: suicidal behavior, youth, mental health, depression, risk factors, prevention.

УДК 159.922.8:616.89-008.441.44
DOI <https://doi.org/10.32782/hbts.77.1.14>
Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0

Асєєва Ю.О.

д.психол.н., професор,
завідувач кафедри мовної та психолого-педагогічної підготовки
Одеський національний економічний
університет
ORCID ID: 0000-0003-3086-3993

Ахунова Л.А.

здобувач вищої освіти
Одеський національний економічний
університет
ORCID ID: 0009-0002-2236-190X

Вступ. Суїцидальна поведінка є однією з найскладніших і найактуальніших тем у сучасній психології та психіатрії. Вона охоплює широкий спектр дій, які можуть варіюватися від суїцидальних думок до спроб самогубства. Важливо відразу зазначити, що суїцидальна поведінка не є ізольованим явищем, а є результатом складної взаємодії соціальних, психологічних та біологічних чинників. Дослідження цієї теми потребує комплексного під-

ходу, що передбачає не лише теоретичні основи, але й практичні методи, які можуть бути застосовані в клінічній практиці. У цьому контексті ми також розглянемо різні методології, які використовуються для вивчення суїцидальної поведінки, та їх значення для формування ефективних стратегій втручання.

Метою статті є теоретико-методологічне дослідження сутності, симптоматики, патогенезу, фізіо-

логічних основ суїцидальної поведінки, а також факторів впливу на її розвиток і загострення.

Матеріали та методи. Дані, зазначені в цій статті, ґрунтуються на аналізі науко-теоретичних надбань психологів, психіатрів та узагальненні в теоретичні позиції, що висвітлюють проблематику питання всебічно та надають можливість комплексно оцінити психічні стани молоді, пов'язані із суїцидальною поведінкою.

Результати. Поняття «суїцид» походить від лат. *sui* – «сам» і *caedere* – «вбивати». Уперше воно з'явилося в 1635 році завдяки британському лікарю і філософу Томасу Брайтону, хоча випадки самовільного позбавлення себе життя відомі ще з античності [13].

У більшості країн Європи користуються визначенням, прийнятим робочою групою ВООЗ у 1986 році: суїцид – це дія з летальним результатом, навмисно розпочата і виконана померлим в усвідомленні та очікуванні фатального результату, за допомогою якого він прагнув реалізувати бажані зміни [1; 30]. Подібні трактування містяться у МКХ-10, МКХ-11 та DSM-5, де особлива увага приділяється зв'язку з психічними розладами (депресією, тривожними станами тощо) [21].

Ставлення до самогубства в культурах різнилося: у християнстві воно засуджувалося, тоді як в Індії (обряд «саті») чи Японії («харакірі») могло сприйматися як почесний акт. У Європі до ХХ ст. самогубців часто карали або таврували, а соціологи ХХ ст. відзначили можливість «епідемій» наслідувальних самогубств [13]. Відомий приклад – «ефект Вертера» після виходу роману Гете [13]. У сучасності медіа й інтернет також посилюють ризик наслідування: хвиля самогубств спостерігалася після смерті М. Монро, К. Кобейна, Ч. Беннінгтона та інших [13]. Теоретичні основи дослідження заклав Е. Дюркгейм, виділивши чотири типи: еґотичний, альтруїстичний, аномічний і фаталістичний [14]. З. Фройд пояснював явище боротьбою інстинктів життя та смерті [17], А. Адлер – прагненням подолати почуття неповноцінності [14], К. Юнг – несвідомим прагненням до трансформації [18], К. Меннінгер – мотивами «померти», «убити» чи «бути вбитим» [14]. Д. Лестер інтерпретував його як агресію, спрямовану на себе [26], а К. Хорні підкреслювала соціокультурні впливи [14]. В українській психології вчені Н. Абдюкова, Т. Вашек, О. Лосієвська, Р. Федоренко й інші до чинників ризику відносять конфлікти у сім'ї, втрату близьких, розрив стосунків, невдачі у навчанні, труднощі з працевлаштуванням чи фінансами, стресові та кризові події [16].

Самогубство сьогодні є однією з найсерйозніших глобальних проблем людства. За статистикою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щороку передчасно йде з життя близько 800 тисяч осіб. У віковій групі від 15 до 29 років суїцид посідає друге місце серед основних причин смертності. При цьому, за даними організації, на кожен завершений випадок припадає понад 20 спроб [24; 29; 30].

Протягом тривалого часу вважалося, що чоловіки накладають на себе руки у три рази частіше, ніж жінки. Проте сучасні дослідження доводять – це співвідношення значною мірою залежить від регіону. У країнах із низьким рівнем доходу чоловіки здійснюють самогубство лише на 57 % частіше, ніж жінки, тоді як у розвинених країнах цей показник є значно вищим. Найнижчий рівень самогубств фіксується серед дітей віком до 15 років, а найвищий – у людей старших за 70 років незалежно від статі. ВООЗ зазначає, що в багатих країнах основну групу ризику становлять чоловіки середнього віку, тоді як у бідних частіше до цього вдаються молоді та літні жінки [29].

Незважаючи на велику кількість досліджень, єдиної універсальної теорії причин самогубства не існує. Науковці виділяють низку моделей, які отримали найбільше визнання [15]:

1. Нейрохімічна гіпотеза. Найбільш відома біохімічна теорія пов'язана з рівнем серотоніну. Встановлено, що низька концентрація метаболіту 5-HIAA у спинномозковій рідині характерна для людей, які скоїли самогубство. Чим нижчим є цей показник, тим жорстокішим стає вибраний спосіб. Виявлено також зв'язок між агресивністю, суїцидальною поведінкою та рівнем серотонінових метаболітів. Дослідження показали, що у людей із найнижчим рівнем моноамінооксидази в тромбоцитах родинний анамнез самогубств зустрічався у 8 разів частіше, ніж у контрольної групи, з нормальною кількістю ферменту.

2. Анатомо-антропологічна модель. Ще в ХІХ ст. Ф. Вінслоу в праці «Анатомія самогубства» стверджував, що схильність до суїцидів може бути пов'язана з патологіями головного мозку, будови черепа чи шлунково-кишкового тракту. Подальші дослідження вчених пояснювали суїцид вузьким яремним отвором, відкладеннями кісткової тканини на мозкових оболонках або навіть формою молочних залоз. Пізніші спроби знайти «центр самогубства» в мозку залишилися безрезультатними.

3. Генетична концепція. Досить суперечлива, однак підтверджена низкою досліджень. Було виявлено, що у випадку самогубства одного з монозиготних близнюків ризик для іншого зростає в рази. За даними американських генетиків, близько 6 % суїцидентів мали батька або матір, які також скоїли самогубство, що у 88 разів перевищує середньопопуляційний рівень. У довготривалому дослідженні в Пенсильванії з'ясувалося, що протягом століття майже три чверті випадків трапилися лише в чотирьох сім'ях.

4. Психодинамічна модель (З. Фройд). Психодинамічна концепція виходить із боротьби двох базових інстинктів: Еросу (потяг до життя, любові, продовження роду) та Танатоса (агресія, руйнування, смерть). З. Фройд вважав, що самогубство є проявом деструктивної енергії Танатоса, спрямованої не назовні, а на саму людину.

5. Медична модель. Розглядає самогубство як наслідок хвороби, що виникає під впливом комп-

лексу чинників: біологічних, психічних, генетичних. Основну увагу тут приділено психічним розладам, які найчастіше виступають етіологічним фактором. Тому лікування психічних хвороб розглядається як головний шлях профілактики.

Суїцидальна поведінка – це будь-які внутрішні та зовнішні прояви психічних актів, що спрямовані на позбавлення себе життя [12]. Етапи розвитку суїцидальної поведінки:

Досуїцидальний період – поява почуття самотності, втрати інтересу до життя, ангедонії (коли знижується мотивація, зникає задоволення від звичайних справ, які раніше радували).

Предсуїцидальний період – формування суїцидальної ідеації: від пасивних думок («що буде, якщо...») до конкретних планів і намірів. Може бути гострим (раптовим) і триває декілька хвилин або хронічним (тривалим) і може тривати місяцями. Якщо тривалість цього періоду подовжується в часі, то вплив антисуїцидальних факторів у цей проміжок може запобігти суїциду. Виділяють афективно-напружений та афективно-редукований типи. Для афективно-напруженого типу характерна поведінка з виразною емоційністю, ідеаторно-моторна розгальмованість, виразна ажитація. Афективно-редукований тип предсуїциду зустрічається в пацієнтів з астенічними та гіпотімічними рисами й характеризується більшою тривалістю, низькою інтенсивністю емоцій. Така модель поведінки визначається як «холодні самогубства негативного балансу».

Реалізація задумів – власне спроба самогубства, може завершитися зворотним (відмова чи переривання) або незворотним результатом.

Постсуїцидальний період – переоцінка цінностей і ставлення до вчиненого. Також дуже важливими є емоційні переживання, що стосуються реакції на спробу самогубства та пов'язаних із цим наслідків. Виділяють найближчий постсуїцид (перший тиждень після самогубства), ранній (від тижня до місяця після суїциду) та пізній постсуїцид (наступні 4–5 місяців). У цей період дуже важливо не пропустити появу депресивної симптоматики або можливу трансформацію психічного стану під дією соматоневрологічних наслідків, що пов'язані зі скоєним суїцидом (наприклад, розвиток астенічного синдрому або змінення динаміки вже наявного психічного розладу). Важливо відстежувати депресивні симптоми й можливі психічні ускладнення.

У науковій літературі виділяють кілька варіантів перебігу постсуїцидального періоду [12]:

1. Суїцидально-фіксований тип – у цій ситуації внутрішній конфлікт, що став причиною спроби самогубства, не втрачає своєї значущості. Людина часто продовжує оцінювати власний вчинок позитивно, сприймаючи його як «правильний крок». Саме тому ризик повторної спроби в таких пацієнтів залишається вкрай високим.

2. Аналітичний варіант – характеризується тим, що особа, яка вижила після суїцидальної спроби,

зазвичай розкаюється й висловлює критичне ставлення до вчинку. Водночас сам суїцидогенний конфлікт, що став першопричиною деструктивної поведінки, зберігає актуальність – це означає, що ймовірність повторної спроби все ж існує.

3. Маніпулятивний варіант – спостерігається в тих випадках, коли самогубство мало демонстративний чи шантажний характер. Якщо спроба дала змогу досягти бажаного результату й конфліктна ситуація була частково розв'язана, інтенсивність суїцидальних тенденцій зменшується. Проте, якщо бажаного ефекту не досягнуто і проблема залишається актуальною, небезпека нових спроб зберігається. Пацієнтам із цим варіантом особливо необхідне психотерапевтичне втручання, спрямоване на перебудову моделей поведінки та формування негативного ставлення до самогубства як способу вирішення проблем.

4. Критичний варіант – для нього характерна повна відсутність суїцидогенного конфлікту, що раніше провокував суїцидальні дії. Такі люди відчувають глибоке усвідомлення помилковості власної спроби та не мають схильності до повторення. Ризик рецидиву в цьому випадку мінімальний, а основним методом допомоги стає раціональна психотерапія.

Суїцидальна поведінка формується під впливом комплексу різних характеристик: особистісних, соціального середовища та статусних. Особистісні чинники є найбільш стабільними й потребують детального аналізу. Серед них – етнокультурні (релігійні погляди, традиції, виховання, світогляд), а також психофізіологічні особливості (стать, вік). До психологічних складових, які можуть збільшувати ризик, належать: емоційна нестабільність, імпульсивність, надмірна залежність від оточення, ригідність мислення, підвищена в'язкість емоцій, низька здатність до вироблення компенсаторних механізмів [11].

Важливо підкреслити, що самі по собі індивідуальні риси не завжди призводять до суїцидальної поведінки. Вони стають небезпечними лише в поєднанні з конкретними соціально-психологічними подіями, що формують модель реагування особистості. Таким чином, у процесі виникнення суїцидальних тенденцій поєднуються як внутрішні психологічні, так і зовнішні соціальні фактори.

Деякі науковці виділяють певні особливості психічного функціонування, які підвищують ймовірність формування аутоагресивної поведінки. До передумов, які можуть виступати як передиспозиційні суїцидогенні фактори [10], належать: низька толерантність до емоційних перевантажень; інтелектуальні особливості (категоричність, максималізм, незрілість оцінок); недостатня ефективність комунікативних систем; слабкість психологічного захисту; проблеми із самооцінкою (надто висока, занижена чи нестійка); втрата або знецінення сенсу життя тощо.

Варто також розглянути інтраперсональний та інтерперсональний конфлікти, як складові суїци-

дальної поведінки, як окремі чинники у формуванні суїцидальної поведінки. Інтраперсональний конфлікт – це протиріччя всередині самої особистості, коли у свідомості людини стикаються взаємовиключні тенденції. Інтерперсональний конфлікт – це суперечність між особою та її соціальним оточенням [19].

О. Кокун та Н. Агаєв виокремлюють чотири великі блоки чинників суїцидальної поведінки: соціально-демографічні особливості території; соціально-економічні умови; рівень розвитку й доступності системи охорони здоров'я; спосіб життя населення [9].

Інший підхід пропонують Л. Димитрова та Г. Кіхтан, які поділяють усі ризики на групові (стать, вік, місце проживання, сімейний стан) та індивідуальні (особистісні риси й стани, що формують схильність до аутоагресії: переддиспозиційні, статусні, позиційні та інтенційні) [6].

О. Романів та О. Хаустова зводять чинники суїцидального ризику до двох ключових груп: соціетальні (економічні, політичні, культурні, морально-ціннісні умови життя суспільства); соціально-психологічні, що визначають рівень соціального самопочуття [5].

До об'єктивних чинників зараховують: соціально-демографічні характеристики, економічні та політичні умови, рівень соціальної інтегрованості, ступінь поширення алкоголізації, а також наявність спеціалізованих служб підтримки для суїцидентів. Поруч із ними існують і суб'єктивні фактори, які відображають індивідуальне сприйняття й оцінку власного благополуччя, ставлення до соціальних процесів та подій [24].

Взаємозв'язок між цими двома групами є складним і суперечливим: зміни в об'єктивних умовах неминуче впливають на суб'єктивні оцінки, і навпаки. Наприклад, політичні рішення можуть трансформувати економічну ситуацію, що позначиться на соціальному самопочутті населення, а отже, на інтенсивності проявів аутоагресії.

Сучасні дискусії щодо пріоритетності біологічних, психологічних або соціальних детермінант майже втратили актуальність, поступившись біопсихосоціальною моделі, згідно з якою суїцидальна поведінка є результатом комплексної взаємодії всіх трьох груп факторів [28].

Серед соціальних детермінант важливу роль відіграють сімейні обставини (конфлікти, психічні захворювання родичів, суїцидальні спроби в сім'ї), проблеми з однолітками (булінг, ізоляція), а також медіа та соціальні мережі. Найбільш значущим клінічним чинником суїцидальної поведінки є психічні розлади, серед яких провідне місце посідають депресії [19]. Також ризик суттєво підвищують залежність від психоактивних речовин, тривожні та посттравматичні розлади, розлади харчування та сну, особистісні девіації [22]. Дослідження «психологічної аутопсії», які спиралися на інформацію, зібрану шляхом опитування родичів загиблих (Дж. Портжки, К. Оденерт, К. Ван Херінджен),

доводять, що в більшості випадків у суїцидентів виявляли хоча б один психічний розлад, майже в 50 % це був розлад особистості й розлад адаптації в одній п'ятій випадків [27].

В українській практиці діагнози психічних розладів ставлять не більш ніж у третині випадків. Найчастіше – депресивні стани, рідше – розлади особистості. Вживання алкоголю чи наркотиків часто виступає «ситуаційним тригером», оскільки стан сп'яніння знижує бар'єри перед аутоагресивною поведінкою, тобто суїцидальними діями.

До психологічних чинників суїцидальної поведінки належать: особистісні аномалії, проблеми ідентичності (у тому числі гендерної); міжособистісні труднощі та внутрішні конфлікти; когнітивні установки та переконання щодо смерті й допустимості суїциду [3].

Особливу увагу приділяють особистісним рисам суїцидентів: агресивності, імпульсивності, депресивному настрою, почуттю безнадійності [4]. Доведено, що розлади особистості кластера В (антисоціальний, межовий, нарцистичний, істеричний) виявляють значно сильніші зв'язки із суїцидальною поведінкою, ніж особистісні розлади загалом [24].

Межовий розлад особистості часто пов'язується із самоушкодженням або суїцидальними вчинками, чому сприяють характерні риси (слабкий контроль агресії, імпульсивність, виражена реакція в ситуації втрати відносин) [24]. Серед особистісних рис, які сприяють суїцидальній поведінці, – агресивність як схильність до реакцій на фрустрації впливи, пов'язана з нездатністю до конструктивного переживання складних ситуацій. Крім того, відзначається внесок імпульсивності в суїцидальну поведінку [20]. Інший спектр значущих для формування суїцидальної поведінки рис – знижений, депресивний настрій і почуття безнадійності. Припущення про те, що можливий поділ на групи суїцидів, зумовлених імпульсивністю й агресивністю, і суїцидів, пов'язаних із депресією і почуттям безнадійності, виправдовує себе не повною мірою. Для особи з пограничним розладом особистості значущими предикторами суїцидальної поведінки є імпульсивність і агресивність, водночас і в осіб із пограничним розладом особистості, і в осіб із депресією важливими чинниками виявляються знижений настрій і почуття безнадійності [9].

Міжособистісні відносини в контексті здійснення суїцидальних вчинків набувають подвійного значення. Так, конфлікти в сім'ї чи романтичних стосунках часто стають безпосередніми причинами суїцидальних дій. Водночас знайомство із суїцидентом або свідчення чужої спроби також можуть спровокувати наслідувальну поведінку [19].

У ситуаціях експертного аналізу суїцидів відзначається складність чіткої кваліфікації тих міжособистісних відносин, які є чинниками суїцидальної поведінки. Дедалі частіше в поле уваги потрапляють не стосунки закоханості, які традиційно розгля-

даються як один із тригерів суїциду, а відносини, що мають складну конфігурацію, не лише діади, а й тріади, із невизначеним статусом відносин, що ускладнює інтерпретацію того, що відбувається між учасниками. Міжособистісний чинник залежно від його ролі в розвитку ситуації може розглядатися як хронічний або ситуативний (у тому разі, якщо назріваюча криза у відносинах безпосередньо впливає на формування сенсу самогубства).

Не менш важливим є когнітивний чинник – система переконань і уявлень про сенс життя та допустимість самогубства. У деяких випадках саме він визначає ступінь готовності особи до аутоагресії. Аналіз творчих продуктів (щоденників, передсмертних записок) дає змогу оцінити рівень таких установок. Водночас думки на тему суїциду не завжди спричиняють суїцидальні спроби, хоча й пов'язуються зі зниженням комплаєнтності до терапії [10].

Висновки. Здійснений аналіз наукової літератури дає змогу виокремити предиктори суїцидальності, об'єднані в чотири кластери: біологічний (обтяженість спадковості психічними захворюваннями; наявність хронічних інвалідизуючих захворювань), патопсихологічний (особистісні акцентуації; психічні захворювання, вживання психологічно-активних речовин), макросоціальний (фінансове благополуччя; наявність зовнішніх стресів; низька якість життя), мікросоціальний (психоемоційна обстановка в сім'ї суїцидента; незадоволеність сексуальним життям; успішність у навчанні; міжособистісні відносини в робочому або навчальному колективі, відсутність друзів і близького оточення). Суїцид – це свідомий, навмисний акт позбавлення себе життя, який здійснюється індивідом із розумінням та очікуванням фатального результату. Його сутність полягає не лише у прагненні смерті як такої, а й у спробі досягти бажаних змін у внутрішньому стані чи соціальному оточенні. У сучасних наукових та клінічних підходах (ВООЗ, МКХ-11, DSM-5) суїцид розглядається як результат складної взаємодії психологічних, психопатологічних, соціальних і стресових факторів, що виявляється у формі поведінки, спрямованої на самознищення. Ключові ознаки: навмисність дії, усвідомлення її летальності, очікування змін через фатальний результат, зв'язок із психічним станом та зовнішніми умовами.

Таким чином, суїцидальна поведінка має багатофакторну природу, що охоплює психопатологічні та психологічні механізми, а також середовищні та соціальні чинники. Зростання аутодеструктивних поведінкових тенденцій із подальшим вибором суїциду як способу вирішення проблем потребує ретельного аналізу особистості, сфери міжособистісних відносин, особливостей виховання та інших обставин для подальшого формування стратегій психосоціальної профілактики й адаптації, а також вироблення форм і способів психоло-

гічної та соціальної підтримки осіб, що входять до групи суїцидального ризику.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Асєєва Ю.О. Програми ментального здоров'я в Україні під час повномасштабного вторгнення. *Психологія життєвого простору особистості в сучасних умовах кризи, глобалізації та цифрової трансформації суспільного життя* : матер. Між-нар. наук.-практич.конфер. (м. Одеса, 14–15 вересня 2023 р.). Одеса : МГУ, 2023. С. 14–17. URL: <https://doi.org/10.32837/11300.26345>.
2. Бачериков А.М., Матузок Е.Г., Лакинський Р.В., Ткаченко Т.В. Суїцидальна поведінка та її профілактика. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20. Вип. 2. С. 53–56. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvr_2012_20_2_14.
3. Будьонний П. В. Медико-соціальна допомога особам з психічними захворювання та суїцидальною поведінкою : матеріали XIV Міжнародної науково-практичної конференції «Новини передової науки – 2019» (15.05 – 22.05.2019. Софія, Болгарія). С. 22–27.
4. Бурчинський С.Г. Біль, депресія і тривога: чи є світло в кінці тунелю? *Ліки України*. 2021. Вип. 3. С. 14–18.
5. Величко Т.П. Психологічні чинники суїцидальних ризиків. *Габітус*. 2020. Вип. 19. С. 100–105.
6. Димитрова Л.М., Кітхан Г.О. Причини та соціальні фактори суїцидальної поведінки підлітків. *Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право*. 2012. Вип. 3 (15). С. 72–77.
7. Іваць А.Р., Романів О.П., Надь Б.Я. Соціаль-но-психологічні чинники та фактори ризику суїцидів серед осіб молодого віку. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. Вип. 3/1 (51). С. 28–29.
8. Кожина Г.М., Марута Н.О., Юр'єва Л.М., Коростій В.І., Самардакова Г.О., Гайчук Л.М., Зеленська К.О., Лещина І.В. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці : навчальний посібник. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2019. 344 с.
9. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с.
10. Музиченко І.В. Психологічні особливості суїцидальної поведінки особистості. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*. 2017. № 9. С. 11–15. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Otros_2017_9_4.
11. Музиченко І.В. Психологічні особливості суїцидальної поведінки серед студентської молоді. *Наукові перспективи*. 2024. № 1 (43). С. 858–868.
12. Поспелова І.Д. Навчальний посібник до практичних занять та самостійної роботи для здобувачів першого (бакалаврського) освітнього рівня з дисципліни «Суїцидології» спеціальності 053 «Психологія» / Поспелова І. Д., Сидоренко К. В., Одеса. Університет Ушинського. 2025. 96 с.
13. Саржевський С.Н. Суїцидологія: навчальний посібник для лікарів інтернів з спеціалізації «Психіатрія». Запоріжжя, 2020. 87 с.

14. Столяренко О.Б. Психологія особистості : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 280 с.
15. Тімченко О.В. Психологія суїцидальної поведінки : навчальний посібник. Харків, 2007. 129 с.
16. Федан О.В. Теоретичні підходи до проблеми саморозвитку особистості. Теоретичні і прикладні проблеми психології. Київ : Педагогічна думка, 2017. С. 201–210.
17. Федоренко Р.П. Психологія суїциду : навч. посіб. Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2011. 260 с.
18. Фройд З. Вступ до психоаналізу. Нові висновки. Київ : Навчальна книга Богдан, 2021. 552 с.
19. Юнг К.Г. Архетипи і колективне несвідоме. Львів : Астролябія, 2023. 608 с.
20. Юр'єва Л.М., Марута Н.О., Лінський І.В. Клінічна суїцидологія : підруч. для лікарів-психіатрів. Харків : Строков, 2020. 301 с.
21. Cash S.J., Bridge J.A. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Current Opinion in Pediatrics*. 2009. Vol. 21 (5). P. 613–619.
22. Diekstra R.F., Jansen, M.A. Psychology's role in the new health care systems: The importance of psychological interventions in primary health care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 1988. Vol 25 (3). P. 344–351. URL: <https://doi.org/10.1037/h0085354>.
23. Fleischmann A., Bertolote J.M., Belfer M. Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2005. Vol. 75 (4). P. 676–683.
24. Fortune S.A., Hawton K. Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents. *Current Paediatrics*. 2005. Vol. 15. P. 575–580.
25. Horesh N., Orbach I., Gothelf D., et al. Comparison of the suicidal behavior of adolescent inpatients with borderline personality disorder and major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2013. Vol. 191 (9). P. 582–588.
26. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge, Massachusetts : Harvard University Press, 2005. 276 p.
27. King C.A., Foster C.E., Rogalski K.M. Teen Suicide Risk. New York : Guilford Press, 2013. 208 p.
28. Miotto P., De Coppi M., Frezza M. Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths. *Psychiatry Research*. 2013. Vol. 120. P. 247–255.
29. Van Heeringen K., Hawton K., Williams J.M.G. Pathways to suicide: an integrative approach. The International Handbook of Suicide and Suicidal Behaviour. Chichester : Wiley, 2010. P. 223–236.
30. World Health Organization Preventing Suicide: a global imperative. Mental health action plan 2013–2020. Geneva, 2013. P. 92.

Стаття надійшла у редакцію: 21.08.2025

Стаття прийнята: 03.09.2025

Опубліковано: 17.11.2025