2. Бех І.Д. Особистість у просторі духовного розвитку: навч. посіб. / І.Д. Бех. – К.: Академвидав, 2012. – С. 74-75 – 256 с. – (Серія «Альма-матер»).
3. Про пріоритетні напрями роботи психологічної служби у системі освіти на 2018–2019 н. р. [Електронний ресурс] / Середня освіта // Додаток на 28 арк. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: https://imzo.gov.ua/2018/08/08/lyst-mon-vid-07-08-2018-1-9-487-pro-priorytetni-napryamy-roboty-psyholohichnoji-sluzhby-u-systemi-osvity-na-2018-2019-n-r/.
4. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. – М. 1994. – С. 143-344 с.

Талалаєвська М.В.
студентка,
Київський національний університет
імені Тараса Шевченка

СПЕЦИФІКА ПОНЯТТЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ ІДЕАЦІЙ В КОМПЛЕКСІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Суїцидальні ідеації – це початковий етап розвитку суїцидальної поведінки, що включає в себе думки про самогубство та початкові прояви суїцидальних тенденцій у вигляді їх нав'язливості.

На теренах України питання суїцидальних ідеацій раніше не розглядалося. Однак, закордоном багато авторів присвятили цьому явищу свої роботи. Різні аспекти прояву суїцидальних ідеацій досліджувалися багатьма вченими – І. Адіса-Атта, А. Г. Амбрумова, Е. В. Бархаленко, К. Браусон, Б. Вейвер, К. Вейр, Х. Вілкокс, Д. Голдстон, Ю. Калініна, М. Лайнен, Д. Міллер, М. Нок, Л. ді Олівон, Х. Пакард, Х. де Сантос, Р. Саймон, Л. Таліаферро, Дж. Хові, Х. Чан, Р. Чой-Фун.

Передумовою виникнення суїцидальних ідеацій вважаються антивітальні переживання [2]. Прикладами таких переживань можуть слугувати думки про відсутність цінності та сенсу життя. У своєму розвитку суїцидальні ідеації проходять через три основні етапи: пасивні суїцидальні думки, суїцидальні замисли та суїцидальні наміри. Перші характеризуються думками і фантазіями про власну смерть. Суїцидальні замисли вже включають в себе роздуми щодо способу самогубства. На етапі суїцидальних намірів до способу підключаються вже власне рішення про самогубство. В свою чергу, суїцидальні ідеації складаються із суїцидальних уявлень та суїцидальних тенденцій [1]. Якщо перші включають в себе думки про самогубство та фантазії щодо його скоєння, то другі відрізняються вже розробкою плану суїциду.

За даними 2009 року, міжкультурний показник суїцидальних ідеацій становить 9,2%. Близько 60% із цієї кількості переходить від думок до власне плану та спроби скоєння самогубства [6]. За результатами дослідження Р. Кесслера, Г. Боргеса та Е. Валтерс, 13,5% опитуваних повідомили про суїцидальні ідеації, що тривали протягом життя, 3,9% мають план самогубства, і 4,6% скоювали спробу суїциду. Приблизно 34% переходять від ідеацій до плану, із них 72% – від плану до спроби, і 26% – від ідеації до незапланованої спроби. Окрім цього, близько 90% незапланованих та 60% запланованих

перших спроб відбувається протягом першого року після появи суїцидальних ідеацій [5].

Різні теорії суїциду пропонують різні гіпотези про те, чому люди скоюють спроби самогубства. Едвін Шнейдман у своїй теорії самогубства описує психічний біль, тобто емоційний або психологічний біль, як основну мотивацію такої спроби [9]. Він стверджує, що самогубство трапляється тоді, коли поріг терпимості психологічного болю перевищений і цей поріг відрізняється в різних людей. Внутрішні мотиви для самогубства, особливо емоційний біль та безнадійність, частіше за все виступають в якості мотивів для спроби самогубства. Численні дослідження виявили, що більшість тих, хто скоїв невдалу спробу самогубства, повідомляє про внутрішні мотиви. Менша частина учасників повідомляє про комунікативну мотивацію, майже завжди на додачу, а не замість внутрішніх мотивацій. Відносно внутрішніх мотивацій, комунікаційна мотивація насправді виглядає превентивним фактором.

У розвинених країнах розлади, які найбільш сильно передбачають наступні спроби самогубства, – це біполярний розлад, посттравматичний стресовий розлад та депресія; у країнах, що розвиваються, найбільш прогностичними розладами є посттравматичні стресові розлади, поведінкові розлади та зловживання наркотиками / залежність [7]. Важливо, що додаткові аналізи цих даних показали, що асоціації між цими розладами та спробами самогубства зумовлені головним чином розладами, що прогнозують розвиток суїцидальних ідеацій.

Діагностика суїцидальних ідеацій традиційно відбувається за такими складовими як наявність плану, мотивації для смерті, інших мотивацій для суїциду та причин продовжувати жити далі. Остаточна класифікація факторів ризику виникнення суїцидальних тенденцій ще не розроблена. Однак, існує значна кореляція між психічними розладами та подальшим початком розвитку суїцидальних ідеацій. Спостерігається кореляція із розладами настрою, тривогою, залежністю, розладами поведінки, антисоціальною поведінкою та ін. Однак, найвища кореляція спостерігається при розладах настрою (значний депресивний розлад – 11%, дистимія – 7,8%, манія – 29,7%, інші – 12,9%) [4]. Однак, в окремих дослідженнях 26% опитуваних повідомили про те, що думки про скоєння самогубства виникли у них набагато пізніше початку депресії. При опитуваннях суїцидальні ідеації діагностують за допомогою безлічі різноманітних запитань. Серед них найчастіше використовуються такі: «Ви відчуваєте, що Вам немає задля чого далі жити?», «Ви бажали б померти?», «У Вас виникають думки про самогубство?», «Ви коли-небудь серйозно роздумували щодо того, щоб вчинити суїцид?», «Ви коли-небудь скоювали спробу самогубства?» і т. д. У дослідження Е. Пайкела, Дж. Майерса, Дж. Ліндентхол та Дж. Теннер, із 720 опитуваних на дані питання про відчуття, які тривають у них протягом життя, стверджувально відповіли 11,5%, 8,2%, 4,8%, 2,6% та 1,1% відповідно [8].

Однією із проблем вивчення суїцидальних ідеацій є те, що вони тісно пов’язані з багатьма психіатричними діагнозами, і їх неможливо віднести лише до однієї сфери психічного життя. Приблизно 5-6% пацієнтів із діагнозом шизофренія покінчують життя самогубством, приблизно 20% скоюють спробу самогубства один або кілька разів, і навіть у більшої кількості пацієнтів спостерігаються суїцидальні ідеації [4]. Суїцидальні ідеації в поєднанні з

іншими симптомами також допомагають в діагностиці біполярного розладу, руйнівного розладу регуляції настрою, значного депресивного розладу, сепараційної тривоги, обсесивно-компульсивного розладу, посттравматичного стресового розладу, розладів поведінки та ін.

Проводилися дослідження щодо взаємозв'язку між суїцидальними ідеаціями та особистісними рисами, статтю, сімейним станом та іншими факторами. Безліч авторів доводили, що нейротизм корелює із більшою кількістю спроб скоєння суїциду та більшою кількістю суїцидальних ідеацій низька екстраверсія – з суїцидальними ідеаціями та історією суїцидальних спроб. Вельтинг довів, що у студентів бакалаврату, з яких складалась його вибірка, сумлінність пов'язана із вищим рівнем суїцидальних ідеацій [10]. В дослідженні Т. Стеруда, Е. Хема, Б. Лау та О. Екеберга факторами, що значно впливають на розвиток суїцидальних ідеацій було визначено особисті проблеми, сімейні проблеми, соціальні проблеми, проблеми на роботі та інші. Цікавим виявилося те, що найбільше на жінок впливали перші дві групи, а на чоловіків – усі інші. У цьому ж дослідженні було визначено, що низький рівень самооцінки, емоційна втомлюваність, пов'язана з роботою, та знущання на роботі корелюють із високою серйозністю суїцидальних ідеацій. Окремими авторами було встановлено прямо пропорційний зв'язок імпульсивності та суїцидальних ідеацій [3].

Список використаних джерел:

1. Вашек Т.В. Психологические факторы суицидальных идеаций и профилактика самоубийств в подростковом возрасте. Автореферат. Київ, 2006.
2. Рассказова О.І. Робота соціального педагога в школі. Навчально-методичний посібник. Харків: Харківський гуманітарно-педагогічний інститут. 2011.
3. 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.
4. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
5. Kessler Ronald C. etal. 1999. «Prevalence Of And Risk Factors For Lifetime Suicide Attempts In The National Comorbidity Survey.» Archives Of General Psychiatry, vol 56, № 7, p. 617. American Medical Association (AMA), doi:10.1001/archpsyc.56.7.617.
6. Nock M. K., G. Borges E. J. Bromet J. Alonso M. Angermeyer, A. Beautrais, R. Bruffaerts, et al. 2008. «Cross-National Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans and Attempts.» The British Journal of Psychiatry 192 (2) (February 1): 98–105. doi:10.1192/bjp.bp.107.040113.
7. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, et al. 2009. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. PLOS Med. 6(8):856.
8. Paykel E. S. etal. 1974. «Suicidal Feelings In The General Population: A Prevalence Study.» The British Journal Of Psychiatry, vol 124, № 5, pp. 460-469. Cambridge University Press (CUP), doi:10.1192/bjp.124.5.460.
9. Shneidman E.S. 1993. Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior. Northfield, NJ: Jason Aronson.
10. Velting D.M. 1999. Suicidal ideation and the five-factor model of personality. Personality and Individual Differences, 27, 943–952.