

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Факультет психології
Кафедра психології розвитку

ДИПЛОМНА РОБОТА
«ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ
У СТАРШИХ ПІДЛІТКІВ З ПОХОНДРІЙНИМИ СТАНАМИ»
на здобуття освітнього рівня «Бакалавр»
за спеціальністю 053 «Психологія»

Студентки ОР Бакалавр

4 курсу, 1 групи

Спеціальності «Психологія»

Губань Альони Дмитрівни

Науковий керівник:

Доктор психологічних наук, професор

Власова Олена Іванівна

Робота захищена __ ____ 2022 р.

Допустити до захисту в ДЕК

Кафедра психології розвитку

Протокол № ____ від ____

Завідувач кафедри:

Доктор психологічних наук, професор

Власова Олена Іванівна

(підпис)

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ ПРОЯВІВ У ПІДЛІТКІВ СТАРШОГО ВІКУ З ПОХОНДРІЄЮ	7
1.1. Особливості суїцидальної поведінки та переживань підлітків.....	7
1.2. Особливості іпохондрійних станів у старшому підлітковому віці	16
Висновки до розділу 1	20
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ У СТАРШИХ ПІДЛІТКІВ З ПОХОНДРІЙНИМИ СТАНАМИ.....	21
2.1. Організація емпіричного дослідження. Характеристика вибірки	21
2.2. Характеристика методів дослідження	23
2.3. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	33
Висновки до розділу 3	44
ВИСНОВКИ.....	46
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	48
ДОДАТКИ	53

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Наразі, проблема суїцидальної поведінки серед підлітків постає особливо гостро – доступність інформаційних джерел та значна кількість зацікавлених у використанні з власною вигодою цих ресурсів спричиняють поширення потенційно небезпечної для підлітків інформації. На даному етапі розвитку особистість є гіперчутливою та перебуває у кризовому стані, з огляду на гормональні та внутрішні перебудови, тож сприйняття навколишньої реальності у підлітків є видозміненим. Отже, одна із провідних цілей психолога у своїй роботі – забезпечення безпечного середовища для трансформації та розвитку особистості у підлітковому віці. У той же час, кібернетичний розвиток у сучасності супроводжується поширенням провокативної та деструктивної для чутливої особистості підлітків інформації, підтвердженням чого виступають появи небезпечних для життя угруповань та масових ігор, як-от «Синій кит», «Тихий дім», «U19», «F57».

Тривожно-депресивні стани є важливим чинником підвищення ризику суїциду, вчиненого особистістю у будь-якому віці, у той же час іпохондрійні розлади часто є причиною скоєння самогубства у пацієнтів реабілітаційних центрів та стаціонарів, тож дослідження взаємозв'язку даних явищ серед такої високочутливої у психологічному вимірі групи як підлітки, може стати основою для покращення профілактики суїциду серед дітей даного віку. Окрім того, наразі дана тема постає особливо значимою не лише зважаючи на значне підвищення кількості самогубств у молодому віці, але й на інтенсифікацію розвитку іпохондрії у мас. Водночас, причиною цього дослідники зазначають як пандемію, спричинену COVID-19, так і підвищення психологічної культури серед населення, що призводить до трансформації «неврозів мас». Тож, можемо впевнено стверджувати, що представлена тема відповідає запитам сучасності.

Теоретико-методологічну основу даного дослідження становить доробок наступних авторів: Є. М. Вроно, Є. А. Григоренко, Н. В. Жук, Є. І. Кирилова, С. О. Марко, К. В. Сироквашина, Н. Б. Семенова, Б. С. Положий, С. В. Штельмащук.

Мета роботи визначена наступним чином: необхідно встановити якими є психологічні особливості переживань суїцидального характеру особистості з іпохондрійним станом у старшому підлітковому віці.

Зважаючи на представлену вище мету, сформовано відповідні **завдання**:

1.Провести огляд літератури та сформуванати теоретико-методологічне підґрунтя для емпіричного дослідження проблеми суїцидальної поведінки у підлітків старшого віку, схильних до іпохондрії.

2.Визначити характерні відмінності суїцидальних переживань серед старших підлітків з яскраво вираженими іпохондрійними станами та нормотиповими; надати деталізовану характеристику суїцидальних проявів першої групи.

3.Скласти кореляційну плеяду особливостей суїцидальної поведінки у школярів старшого підліткового віку, яким характерні іпохондрійні стани.

Об'єкт дослідження: суїцидальна поведінка.

Предмет дослідження: особливості суїцидальних переживань у старших підлітків з іпохондрійними станами.

Методи дослідження. Передусім, зазначимо, що ми корисувалися низкою загальнонаукових методів класичного теоретичного дослідження: формалізація, абстрагування та моделювання, окрім того важливою частиною теоретичної роботи стало використання методу порівняння задля визначення вікових характеристик генеральної сукупності. У ході емпіричного дослідження було використано метод анкетування та метод опитування. Отримані результати було опрацьовано застосовуючи класичні для психології математико-статистичні методики: аналіз даних за описовими статистиками, визначення нормальності розподілу за критерієм Шапіро-Уїлкі, рівномірності дисперсії за критерієм Левена, також були задіяні такі методи, як однофакторний дисперсійний аналіз за критерієм Фішера, а також аналіз визначення кореляції між змінними за критерієм Пірсона.

Умовно можемо розділити сформовану діагностичну батарею методів задля досягнення поставленої цілі емпіричного дослідження даної теми на дві категорії.

Перша група методів – діагностичні інструменти, спрямовані на діагностику суїцидальних переживань та оцінку ризику самогубства серед підлітків:

1. Діагностика схильності до суїциду за допомогою ТАТ Г. Мюррея запропонована Н. В. Сербіновською;

2. Опитувальник суїцидального ризику (ОСР) І. Ю. Беякової та А. Г. Шмельова.

Друга група – це методи діагностики іпохондрійних проявів, а також загальної оцінки самопочуття у підлітків:

1. Короткий опитувальник тривоги щодо здоров'я (SHAI) Р. Salkovskis у адаптації Т. О. Желонкіної;

2. Опитувальник «Індекс гарного самопочуття» (WHO-5) розроблений та рекомендований для використання ВОЗ;

3. Анкета «Суб'єктивна оцінка здоров'я» (СОЗ).

Емпірична база дослідження. Вибірку для даного дослідження було сформовано за використання онлайн-ресурсу supportme.org, користувачі якого мали можливість добровільно пройти опитування з представленої теми, також емпіричну базу було підібрано на базі Гребінківської гімназії (м.Гребінка, Полтавська область), адміністрація якого поширила опитування серед учнів старшої школи. Загалом вибірку складають 102 респонденти, серед яких 50% дівчат та 50% хлопців, середній вік респондентів – 15,6 років, за відсотковим співвідношенням потенційний ризик суїциду було діагностовано у 35% респондентів, а іпохондрійні переживання виявлено у 41% загальної вибірки.

Новизна дослідження. На даний момент питання кореляційного зв'язку таких явищ як суїцидальний ризик та іпохондрійні стани серед підлітків не було досліджено, тож проблема є іноваційною для психологічної спільноти. В той же час, дослідження має змістовну теоретико-методологічну базу, зважаючи на опрацьованість проблема суїцидальної поведінки серед підлітків. Окрім того, дана робота дає можливість більш детально дослідити особливості переживання та поширеність іпохондрійних проявів у респондентів підліткового віку. Таким чином, у ході дослідження ми можемо змістовно опрацювати не представлену

раніше проблематику та охопити значне коло психологічних феноменів, надавши принаймні дотичні висновки та вектор щодо подальшої дослідницької роботи

Теоретична та прикладна цінність. Перш за все, варто завважити, що тема роботи відповідає суспільній проблемі, зокрема значному підвищенню ризику суїцидальних випадків серед підлітків, тож прикладна цінність роботи передусім полягає у можливості мінімізації вдалих самогубств та полегшення суїцидальних переживань серед неповнолітніх. Шлях до реалізації даної мети полягає у розробці, зокрема, профілактичних методів допомоги. Тож, у ході дослідження ми спробуємо спрогнозувати можливості полегшення даних виявів шляхом роботи із суміжним переживанням — іпохондрією. Важливо також, що питання іпохондрії серед дітей наразі є поширеним у практиці фахівців, проте недостатньо опрацьоване у дослідницькому процесі, що спричиняє певну теоретичну порожнечу при створенні прикладних розробок. Психологічна спільнота потребує більшої кількості досліджень щодо проблем, які опрацьовуються частіше державною сферою психологічної допомоги. Відповідно, зрозумілою стає і теоретична цінність роботи: змістовне дослідження особливостей суїцидальних переживань та вивчення чинників скоїння суїцидів дасть можливість краще розуміти дану проблему і розробити більш ефективні засоби превенції. Проте також і скласти нову теоретичну модель підліткового етапу психосоціального розвитку особистості, а також поширити інформаційну мапу таких феноменів як іпохондрія, суїцид та суїцидальні переживання.

Структура роботи. Представлена дипломна робота містить вступ, два розділи, висновки до кожного з розділів, а також загальні висновки, 5 додатків, список використаної літератури (47 найменувань, з них 41 – іноземною мовою). Повний обсяг курсової роботи становить 57 сторінки, основний зміст викладено на 45 сторінках комп'ютерного тексту. Робота містить 7 таблиць, загальним обсягом 4 сторінки та 6 рисунків, загальним обсягом 3 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНИХ ПРОЯВІВ У ПІДЛІТКІВ СТАРШОГО ВІКУ З ІПОХОНДРІЄЮ

1.1. Особливості суїцидальної поведінки та переживань підлітків

Науковий термін «суїцид» уперше почав використовувати лікар та філософ Т. Браун, утворивши його від латинського *sui* (собі) і *caedere* (вбивати) [1]. На сьогодні існує безліч визначень поняття суїциду: вчені переважно трактують його як психічне захворювання, як явище характерне для осіб з психічними розладами, або ж як форму девіантної поведінки, проте узагальнено можна зазначити наступне: «*Самогубство, суїцид (suicide) – свідомо відмова людини від життя, пов'язана з діями, спрямованими на його припинення*» [1, с.84]. Так, здійснений нами аналіз теоретичних досліджень свідчить про те, що феномен суїциду найчастіше пов'язують з уявленням про психологічну кризу особистості, під якою розуміється гострий емоційний стан, викликаний особливими, особистісно значущими психотравмуючими подіями. Причому, це криза такого масштабу, що попередній життєвий досвід людини, яка зважилася на самогубство, не може підказати іншого виходу з ситуації, яку вона вважає нестерпною.

Засновник суїцидології Е. Дюркгейм своєю роботою «Самогубство» свого часу дав поштовх новим дослідженням і вже на початку ХХ століття з'явилося три школи суїцидології: соціологічна, антропологічна (суїцидальність, що формується виходячи з аномалій у будові та розвитку організму) та психіатрична. Так, у статті З. Фрейда «Смуток та меланхолія» автор аналізує суїцид на підставі уявлень про існування в людині двох основних потягів: Ероса і Танатоса. Відповідно, за Фрейдом, суїцид і вбивство є проявом руйнівного впливу Танатоса, тобто формою агресивної поведінки [3]. Відтак, спираючись на наукові доробки З. Фрейда, послідовник школи психоаналізу – американський вчений К. Меннінгер розвинув уявлення вченого про суїцид, дослідивши його глибинні мотиви. Він виділив 3 основні складові суїцидальної поведінки: бажання вбити; бажання бути вбитим; бажання померти [3, с.73].

Особливої уваги вартують наукові пошуки Н. Фарбероу, який створив концепцію саморуйнівної поведінки людини. Його підхід дозволив ширше

поглянути на проблему, маючи на увазі не лише завершені самогубства, але й інші форми аутоагресивної поведінки: алкоголізм, токсикоманію, невиправдану схильність до ризику, самоушкодження тощо. Відповідно, можемо узагальнити, що *суїцидальна поведінка* – це поведінка, що включає різні форми активності, які служать деструктивним засобом вирішення особистісних проблем в умовах конфліктної ситуації, зокрема і внутрішньоконфліктної. Це прояв суїцидальної активності – думки, наміри, висловлювання, погрози, спроби. Уся поведінка будується так, щоб суїцидальна спроба вдалася. *Суїцидальний ризик*, у свою чергу, можна визначити як потенційну готовність індивіда вчинити самогубство, як співвідношення суїцидальних і антисуїцидальних чинників його поведінки [8].

Суїцидальна поведінка є динамічним процесом і складається з наступних етапів: етап суїцидальних тенденцій (період від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізації, також називається пресуїцидом); етап суїцидальних дій (період, коли тенденції переходять у конкретні вчинки); етап постсуїцидальної кризи (триває від моменту здійснення суїцидальної спроби до повного зникнення суїцидальних тенденцій, що іноді характеризуються циклічністю прояву). Важливо також зауважити, що суїцидальна поведінка має зовнішній і внутрішній плани, які в єдності утворюють відносно стійку, цілісну й типологічно своєрідну структуру, що відображає індивідуальність суїцидента, тип його особистісної кризи. Психологічну структуру суїцидальної поведінки складають: мотиваційний, афективний, орієнтовний та виконавчий компоненти [6].

Якщо ж ми говоримо про специфіку описаних явищ саме у підлітковому віці, необхідно зауважити, що даний етап розвитку особистості – один з найскладніших кризових періодів. Важливими його особливостями є різкі якісні зміни, що відображаються на всьому процесі розвитку. Процес анатомофізіологічної перебудови є фоном, на якому протікає психологічна криза. Активізація і складна взаємодія гормонів росту та статевих гормонів викликають інтенсивний фізіологічний та психічний розвиток. Емоційну нестабільність посилює сексуальне збудження, що супроводжує процес статевого дозрівання [7]. Вартує уваги ще й той факт, що це період, коли дитина починає по-новому оцінювати свої стосунки з сім'єю. Прагнення утвердити себе як особистість

породжує потребу у відчуженні від усіх тих, хто з року в рік чинив на неї вплив, і в першу чергу це стосується батьківської сім'ї. Негативізм – первинна форма механізму відчуження, саме вона є початком активного пошуку підлітком власної унікальної суті, власного «Я» [5]. Також важливою рисою даного етапу є криза ідентичності (за Е. Еріксоном), яка тісно пов'язана з кризою сенсу життя [6]. Набуття підлітком ідентичності є ціннісно-рольовим аспектом розвитку особистості. Саме невпевненість в стабільності свого внутрішнього світу, стурбованість тим, що світ може бути загублений, складають основу постійного стресу. Розвиток кризового стану призводить до появи соціально-психологічної дезадаптації. Деструктивний вихід з вікової кризи, проявляючись в поведінкових девіаціях, може призвести до суїцидального ризику [9].

У підлітків, які різняться за віком і статтю, спостерігається різна міра суїцидального ризику. Відтак, існує три міри підліткового суїцидального ризику: незначний ризик (є суїцидальні думки без певних планів); ризик середньої міри (є суїцидальні думки, план без термінів реалізації); високий ризик (є думки, розроблений план, є терміни реалізації і засоби для цього) [8]. У цьому контексті важливим уявляється аналіз наукових розробок психологів О. М. Вроно та Н. О. Ратінової, які детально описали види суїциду підлітків та їх причини: це, зокрема самоушкодження; демонстративні суїциди-шантажі з агресивним компонентом; демонстративні суїциди-шантажі з маніпулятивною мотивацією; суїциди з мотивацією самоусунення [10]. Враховуючи різні концепції можна стверджувати, що особливості проявів і перебігу підліткового періоду онтогенезу залежать від конкретних соціальних обставин життя й розвитку особистості підлітка, його соціальної позиції у світі дорослих. Вирішальна роль у його психічному розвитку належить передусім системі соціальних відносин. Біологічний чинник діє на підлітка опосередковано – через соціальні стосунки з оточенням. Отже, кризові стани і суїцидальна поведінка підлітків є наслідком патологічного протікання вікової кризи, яка проявляється в емоційних, когнітивних і особистісних порушеннях.

Для кращого розуміння особливостей суїцидальної поведінки підлітків необхідно розглянути, що саме спричиняє її появу. У межах анатомо-

антропологічного, соціологічного, психіатричного та психологічного підходів у різні часи науковцями означених галузей знань було розроблено різні уявлення про детермінацію суїцидальної поведінки. Представники анато-антропологічної концепції дотримуються ідеї структурно-морфологічних і психофізіологічних причин самогубства (А. Крюків, Ч. Ломброзо). Важливу роль також відіграє несприятлива спадковість [11]. Представники соціологічної концепції (М. Гернет, Е. Дюркгейм) головні причини самогубства вбачають в соціально-політичних та економічних чинниках, ступені соціальної інтеграції індивіда та впливі соціальних норм [8]. Цікавою з огляду на досліджувану проблематику є психопатологічна концепція (Д. Ескіроль), яка мала сильний вплив на суспільну свідомість щодо уявлень про психічну патологію будь-якого суїцидента. Це, своєю чергою, до останнього часу значно знижувало ефективність науково-практичної розробки проблеми самогубства [14]. Більш гнучкою пояснювальною моделлю суїцидальної поведінки є концепція, згідно з якою така поведінка розглядається як наслідок дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту (А. Г. Амбрумова). Цей підхід продуктивно розвивається в останні роки [5].

В цілому можна стверджувати, що суїцидальна поведінка залежить від ряду факторів, які можуть бути розділені на внутрішні й зовнішні. Внутрішніми чинниками суїцидальної поведінки є індивідуальні особливості особистості суїцидента (характер, психофізичний та емоційний стани тощо), що підвищують ризик суїциду. До зовнішніх факторів належать: мікросоціальні умови біографічного характеру, перш за все сімейне виховання; міжособистісні стосунки в референтній групі – сімейній, дружній або професійній; дезадаптаційні об'єктивні чинники діяльності (екстремальність, відповідальність тощо) [11]. Аналіз причин суїцидальної поведінки, наведений в науковій літературі останнього часу, дозволив згрупувати їх у вигляді трьох головних чинників, що спричиняють появу суїцидальної поведінки у підлітків. *Сім'я для підлітка* – це модель світу, якщо життя у родині гнітюче та негармонійне, у підлітка немає ґрунту для міцної життєстійкості; негативні переживання виникають як відповідь на сімейні конфлікти, часті покарання, невдоволення батьків друзями дітей, нав'язливе моралізування старших. *Шкільні проблеми* є однією з головних причин

формування суїцидальної поведінки серед підлітків та пов'язані з перевантаженнями, неуспішністю, конфліктами з учителями або однолітками. Саме в школі формуються такі важливі соціальні запиту підлітка як: потреба в самоповазі; потреба в позитивній оцінці значущих для нього дорослих; потреба в спілкуванні. Таким чином, стосунки, пов'язані з навчальним процесом, можуть бути тригером суїцидальної поведінки, тому школи потребують розробки спеціальних превентивних програм з активним залученням професійної допомоги [9]. Не можна також не порушити питання про рекламування і створення *атмосфери соціального схвалення суїцидальних моделей поведінки*, які найлегше засвоюються та відтворюються соціально незрілими людьми, частіше підлітками, як найбільш сприйнятливими до нових поведінкових зразків [12].

Вказані соціально-психологічні детермінанти суїцидальної поведінки зумовлюють психологічні стани підлітка, які обумовлюють його дії: соціальна (соціально-психологічна) ізоляція (вимушене тривале перебування людини в умовах обмежених стосунків чи цілковита відсутність соціальних контактів); групове неприйняття (невизнання людини групою, неприйняття її норм, цінностей, способу мислення); зниження толерантності до «Значущих інших» (нетерпимість людей один до одного зумовлює напруження міжособистісних стосунків, неадекватність поведінки, розбіжності в самооцінюванні); особистісний конфлікт між статусом і домаганнями (викликає дискомфорт у взаєминах, призводить до бурхливої реакції несумісності тощо); самотність (породжена розчаруванням у людях, втратою соціальних контактів, невизнанням індивіда на рівні міжособистісної взаємодії, групи і суспільства); соціально-психологічне відчуження (передбачає послаблення міжособистісних контактів, збіднення комунікативних дій тощо); зростання незадоволення (може виникати як наслідок суттєвих статусно-рольових розбіжностей); неадекватність ціннісного ставлення та самооцінки (неадекватні дії спричинені розбіжністю в самооцінці й оцінці цінностей індивіда іншими); комунікативна неспроможність (нездатність індивіда виявляти такі комунікативні якості й здібності, які допомагали б йому адекватно сприймати соціальнопсихологічну реальність); зниження престижу, авторитету, що є причиною дискомфорту, стресу, конфлікту.

Нестабільність і незрілість психіки підлітка, відсутність або нерозвиненість адаптивних механізмів може призвести до застрягання на цій стадії і розвитку соціально-психологічної дезадаптації. Найчастіше тривале перебування в стані емоційної напруги провокує розвиток або прояв депресії. У силу особливостей вікового етапу особливу складність викликає диференціація депресії від природної здорової течії розвитку особистості підлітка. Складність пов'язана зі схожістю проявів як в поведінці, так і в загальному емоційному стані. Важливо також зауважити, що самогубства часто пов'язують з втратою сенсу життя. В. Франкл вказував, що пов'язана з цим екзистенціальна тривога переживається як жах перед безнадією, відчуття порожнечі і безглуздості, страх провини й осуду [12]. Небезпека суїцидальної поведінки у дітей велика в атмосфері ненависті, агресії, грубості, несправедливості, що ранить глибокі дитячі почуття, всього того, що робить дитину самотньою. Самогубства дітей часто бувають пов'язані не стільки з прагненням померти, скільки з прагненням уникнути важких сімейних ситуацій і страхом перед ними. Понад 92% випадків суїциду серед дітей підлітків спровоковані школою і сім'єю [16]. Неправильне одностороннє виховання в дусі максималізму також може бути причиною підвищеного ризику самогубства, особливо в тих випадках, коли у дітей відсутнє почуття, що батьки їх люблять. До скоєння самогубства дитини може призвести виховане батьками або оточуючими почуття провини, що виражається в тому, що дитина оцінює себе нижче інших, вважає себе «поганою», не має почуття самоповаги.

У багатьох випадках суїцидальна поведінка розвивається у дітей, батьки яких (рідше матері) страждають алкоголізмом або іншими формами адиктивної поведінки. Це питання не треба розглядати спрощено, вважаючи, наприклад, що досить батькові, що зловживає алкоголем припинити пити і ситуація виправиться. Не можна забувати, що мова йде про адиктивну поведінку батька, яка може змінити свій зміст, залишаючись адиктивною, а справжні емоції до дітей можуть і не проявитися. Слід підкреслити те, що причиною самогубств дітей можуть з'явитися психічні травми, отримані в школі при формальному, бездушному відношенні до дітей, виховання за типом пред'явлення завищених вимог.

Основною причиною суїцидальних дій вважають соціально-психологічних дезадаптацію особистості [16]. Однак для дітей та підлітків це найчастіше не тотальна дезадаптація, а порушення спілкування з близькими, з родиною. Ряд дослідників розцінюють суїцидальну поведінку як наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту. Соціально-психологічна дезадаптація як невідповідність організму і середовища, може виявлятися в різному ступені і в різних особистих формах [10]. Крім головної причини суїциду, існують ще й другорядні (хвороби, сімейно-побутові труднощі). Вважається, що суїцидом особистість намагається змінити обставини свого життя: позбутися нестерпних переживань, піти з травмуючих умов, викликати жалість і співчуття, домогтися допомоги та участі, привернути увагу до своїх проблем. Суїцидальна поведінка може забарвлюватися почуттям помсти кривдникам, «які потім пожаліють», в ньому можуть виявлятися риси патологічної упертості в переслідуванні мети будь-якою ціною. Нерідко цей акт розпачу, коли особистості здається, що вона вичерпала всі свої сили і можливості вплинути на ситуацію. Передумовами аутодеструктивної поведінки та суїциду є апатія, зневіра в особисті перспективи, зниження творчої і вітальної активності в результаті психічної травми. Суїцидальна поведінка у підлітків часто пояснюється відсутністю життєвого досвіду і невмінням визначити життєві орієнтири.

Зауважимо також, що безпосередні передумови, що штовхають підлітка на відмову від життя, як правило, тісно пов'язані з його найближчим оточенням батьками, друзями. Головною ланкою у вирішенні цього питання є сам підліток, від сили його особистості залежить, чи не здасться він під впливом тривалих, травмують психіку, обставин [9]. Зокрема, Сайер, аналізуючи почуття, що стоять за суїцидальними діями, виділив чотири основні причини самогубства: ізоляція (почуття, що тебе ніхто не розуміє, тобою ніхто не цікавиться); безпорадність (відчуття, що ти не можеш контролювати життя, все залежить не від тебе); безнадія (коли майбутнє не віщує нічого доброго); почуття власної «незначущості» (уражене почуття власної гідності, низька самооцінка, переживання некомпетентності, сором за себе) [16]. На нашу думку ці чотири

причини є актуальними і для підлітків, що виражається у діагностичних критеріях методики діагностики суїцидального ризику для підлітків (ОСР).

Згідно з міжнародними даними щодо досліджень макросоціальних факторів ризику суїцидальної поведінки до найважливіших з них відносяться: доступність засобів зведення рахунків з життям (рушниць, отруйних речовин і т.д.), а також широке обговорення в засобах масової інформації випадків суїциду, що може призводити до «нормалізації» такого способу вирішення проблем. Важливим компонентом є також доступність інформації про способи самогубства, що в сучасному світі стає особливо великою проблемою у зв'язку з появою Інтернету (близько десяти спеціальних російськомовних сайтів присвячено суїцидів з докладним описом різних способів і можливістю знайти собі партнера). Не варто виключати такий аспект, як соціально-економічні кризи та інші соціальні стреси, що збільшують число сімей з важким матеріальним становищем і безробіття. Для наших реалій лишається актуальною проблема підвищення рівню споживання алкоголю і наркотиків у суспільстві та їх доступність, що тісно пов'язано та часто підпорядковується системі цінностей, що домінують у суспільстві, наприклад, культ успіху і пропаганда нереалістичних стандартів щастя та успіху.

Сім'я і відносини, як ми вже зазначали раніше, є найважливішими чинниками соціальної ситуації розвитку дитини. На сьогоднішній день є чимало доказів важливої ролі сім'ї в суїцидальній поведінці. Є безперечні докази значущості таких чинників суїцидальної поведінки у підлітків. Зокрема, втрата близьких, важке матеріальне становище сім'ї, а окрім того — фізичне насильство і жорстоке поводження у сім'ї. Окремо зазначимо, що у ряді західних досліджень осіб з антисоціальною поведінкою у частини з них був виявлений підвищений суїцидальний ризик [7]. Ця частина відрізнялася поєднанням таких рис як висока імпульсивність і висока емоційна реактивність. Що може свідити про необхідність підвищеної уваги при роботі з високочутливими дітьми. У дітей і підлітків суїцид частіше зустрічається при таких типах акцентуації особистісних рис: істероїдний, сенситивний, емоційно-мобільний, астенічний. Посилюючим фактором є високий рівень агресивності підлітка.

Характер відносин з іншими людьми тісно пов'язаний з суїцидальним поведінкою. До найважливіших чинників суїцидального ризику згідно з міжнародними оглядами належать: низький рівень соціальної інтеграції; самотність і вузька соціальна мережа; низький рівень соціальної підтримки [2]. У групу інтерперсональних факторів для підлітків включається насамперед їх шкільна ситуація і відносини, які у них складаються з вчителями та однолітками. Виявилось, що саме проблеми у відносинах з однолітками корелюють з наявністю суїцидальних думок у підлітків [13].

Окремим аспектом представимо одну з найважливіших причин суїциду — депресію. У стані депресії самогубство сприймається як порятунок від розпачу, безнадійності, болісної незадоволеності собою, болі (особливо постійної). Для встановлення причин суїцидальної поведінки важливе значення мають їх мотиви і приводи, що дозволяють судити про конкретні обставини, які призводять до цього. На жаль, встановити мотиви і причини не завжди вдається через нестачу відомостей. Слід зазначити, що наявність психотравмуючої ситуації недостатня умова для прояву суїциду. Друга складова особистісні особливості суїцидента. Виявляється ряд особливостей особистості, що не дозволяють їй адекватно реагувати на життєві проблеми і тим самим призводять до суїциду. До них часто відносять напругу потреб і бажань, невміння знайти способи їх задоволення, відмова від пошуку виходу зі складних ситуацій, низький рівень самоконтролю, невміння послабити нервово-психічне напруження, емоційну нестабільність, імпульсивність, підвищену сугестивність, безкомпромісність і відсутність життєвого досвіду. У віці до 19 років відсоток померлих від суїциду становить 4,2% від інших вікових груп суїцидентів. Однак у дітей та підлітків багато так званих парасуїцидальних вчинків: фіксації на темах смерті, страх і цікавість до смерті, суїцидальні думки, шантажно-демонстративні суїцидальні вчинки. Дії підлітків направляються не на самознищення, але на відновлення порушених соціальних відносин [16]. Тож, важливим є комплексний аналіз факторів та проявів суїцидальної поведінки при проведенні дослідницької діяльності, зважаючи на те, що її результати є фундаментом для подальших інтервенцій та профілактичних заходів.

1.2. Особливості іпохондрійних станів у старшому підлітковому віці

Іпохондрійні прояви досить часто спостерігаються у дитячому та підлітковому віці. У дитячому віці іпохондрійні розлади можуть виступати як самостійні психопатологічні утворення, або ж можуть входити до структури синдромів за різної психічної патології. Проте важливо також зазначити, що іпохондрійний стан не обов'язково обумовлений іпохондрійним розладом. У нашому дослідженні ми спираємося саме на іпохондрійну симптоматику, що фіксується при немаячних іпохондрійних розладах, проте зауважимо, що при роботі з дітьми ми акцентуємо не на діагнозові, а на самому стані дитини та деструктивних виявах, що погіршують якість життя підлітка. Зазначимо, що згідно з МКХ-10 іпохондрійні розлади входять до рубрики «соматоформні розлади», виділеної на підставі подібності патологічних психічних порушень з проявами соматичного захворювання і як самостійний психічний розлад шифруються в рубриці *F-45*. Як видається, особливості формування, характер, різноманітність, ступінь виразності та динаміка клінічних проявів іпохондрії у дітей та підлітків у структурі різної психічної патології багато в чому обумовлені впливом вікового фактора [16]. Тож, у даному розділі спробуємо проаналізувати саме вікові особливості розвитку іпохондрії у підлітковому віці.

Зокрема, для підлітків більшою мірою характерна іпохондрія ендогенного генезу, що переважає над іпохондрією психогенного та резидуально-органічного генезу. У рівній мірі можуть проявлятися як різкі загострення, так і поступовий розвиток іпохондрійного стану. Зауважимо, що при раптовій маніфестації іпохондрійні стани виникали у вигляді гострих анксіозних нападів з вираженими соматовегетативними розладами, що найчастіше стосуються серцево-судинної системи, з формуванням кардіофобій. Щодо вікових особливостей — порівняно з попередніми віковими етапами у підлітковому віці у формуванні іпохондрійних розладів велику роль відіграють сенсорні порушення, представлені широким колом тілесних сенсацій – стійкими сенестопатіями, соматовегетативними та вегетосудинними порушеннями. У підлітковому віці переважають страхи неінфекційних захворювань внутрішніх органів, що, ймовірно, пов'язане з іпохондрійним фіксуванням у цьому віці на своїх тілесних відчуттях та

виразності сенсорного компонента іпохондрії. Серед страхів найбільш поширеними були кардіофобія та канцерофобія, рідше діти боялися захворювання органів дихання та захворювання очей. Серед інших захворювань страх викликали хвороби шлунково-кишкового тракту, суглобів, судин, нирок. Серед інфекційних захворювань підлітки частіше побоювалися шлунково-кишкових захворювань та СНІДу, рідше – хвороб, що передаються повітряно-краплинним шляхом [17]. Загалом, для всіх вікових груп у дитячо-підлітковому віці характерною є фрагментарність і незавершеність іпохондричної симптоматики, легкість переходу нав'язливих і надцінних іпохондричних страхів з одного психопатологічного рівня на інший, часта зміна психопатологічних симптомів, що ускладнює типологічне диференціювання проявів, що діагностуються. У дітей та підлітків спостерігаються іпохондрійні прояви з дошкільного віку у структурі різних синдромів непсихотичного рівня [21]. У клінічному оформленні та особливостях формування синдромальних варіантів іпохондричної симптоматики значною мірою беруть участь психобіологічні особливості вікового етапу. При переході від дошкільного до молодшого шкільного та підліткового віку збільшується кількість клінічних варіантів іпохондрії з ускладненням їх структури та більшою розробленістю фабули, посиленням чуттєвого компонента переживань, що переважає над ідеаторним, а також масивністю соматовегетативних та сенсорних розладів.

Клінічна типологія іпохондрії у підлітків проводиться за провідними синдромальними механізмами формування іпохондричної симптоматики. З урахуванням цього загалом ученими було виділено 4 типологічні варіанти: конституційно-невропатичний, тимопатичний, надцінний і з переважанням іпохондричного патологічного фантазування [9]. При *конституційно-невропатичному генезі* іпохондрії перші іпохондричні скарги спостерігаються, починаючи з раннього дитинства. При переході іпохондричних скарг на патологічний рівень посилюються властиві хворим риси тривожної недовірливості, з'являється дратівливість, примхливість, тривожність. Скарги на неприємні відчуття нерідко стосуються не так больових відчуттів, скільки

тривожної фіксації на роботі свого організму. Іпохондрична поведінка обмежується частими соматичними скаргами.

З початком шкільного навчання властива хворим з дитинства особистісна тривожність різко посилюється з розширенням кола ситуацій та обставин, що викликають особистісне тривожне реагування. Нерідко епізодичні скарги на нездужання і астено-іпохондричні розлади пов'язані з поганою переносимістю психічних і фізичних навантажень, що зберігається, у вигляді підвищеної стомлюваності і психічної виснажливості. За наявності даного варіанту в підлітковому віці, можна було говорити про тенденцію, що намічається, до іпохондричного розвитку особистості. Тривожні особистісні реакції протікають з вираженим соматичним компонентом, сомато-вегетативні та вегето-судинні порушення відрізняються у підлітків поліморфністю та відносною стійкістю, та також є постійним джерелом іпохондричних побоювань. Загалом у підлітків формується стійке надцінне ставлення до свого здоров'я, постійна іпохондрична налаштованість, все виразніше виступають гальмівні риси характеру – тривожність, підвищена сенситивність, психічна невитривалість, схильність до астенічних реакцій. Якщо звернемося до *тимопатичного* варіанту іпохондрійної симптоматики, необхідно зазначити, що спостерігається симптом у поєднанні з афективними розладами у вигляді нав'язливих та надцінних страхів, і переважно тривожних депресій. Іпохондрична симптоматика представлена страхами надцінного та нав'язливого характеру, вираженість та динаміка яких корелює з вираженістю афективних порушень. У підлітковому віці виразні сомато-вегетативні та вегето-судинні розлади виникають вже в ініціальному періоді захворювання, а іпохондрична симптоматика нерідко виступає у структурі гострих аксіозних нападів із формуванням кардіофобії. На піку депресивно-іпохондричних розладів виникають окремі ідеї самозвинувачення та самознищення, нестійкі суїцидальні думки, що поєднуються зі страхами за здоров'я батьків.

При *надцінному* варіанті розвитку іпохондрії відзначається симптоматика в структурі надцінних станів з переважанням ідеаторного компонента з формуванням стійких надцінних іпохондричних переживань, що відрізняються надзвичайною афективною зарядженістю, різким домінуванням у свідомості,

суб'єктивною значимістю, супроводжується частим зверненням до лікарів та наполяганням на повторних медичних обстеженнях. Характерним у даному випадку є логічне конструювання ідеї хвороби на основі концептуалізації іпохондричних страхів або інтерпретації свого поганого самопочуття (сомато-вегетативні розлади, астенія, сенестопатія, дереалізаційні розлади тощо). Саме у підлітковому віці структура надцінних іпохондричних станів ускладнюється та набуває нових форм [18]. Іпохондрійна поведінка характеризується афективною зарядженістю та цілеспрямованістю, поряд із прямими захисними діями наявні також захисні ритуали, у тому числі ідеаторні. Складні за своєю психопатологічною структурою надцінні іпохондричні стани виникають при тісній взаємодії з астеничною, дисморфофобійною та деперсоналізаційно-дереалізаційною симптоматикою. У випадку розвитку іпохондрії з *прогресуючим фантазуванням* можемо помітити найбільш виражену вікову специфіку формування іпохондрії. У такому випадку в підлітків патологічне фантазування з іпохондричною фабулою на певних етапах домінує в структурі клінічної картини. У підлітковому віці, як відомо, фантазії відрізняються стійким характером і за рівнем охопленості наближаються до надцінних утворень із позитивною емоційною зарядженістю. Підлітки часто використовують фантазування з образними уявленнями про «правильну» роботу свого організму як «засіб боротьби з депресією». При цьому іпохондричні прояви обмежуються лише фіксацією на роботі свого організму без формування іпохондричних страхів певного захворювання.

Резюмуючи, можемо зазначити, що очевидною є залежність іпохондрійних проявів від міри вираженості патології та коморбідності захворювань підлітків. Усе ж, наявні обумовлені віком особливості розвитку симптоматики. Зокрема, було означено чотири основні форми розвитку іпохондрії з відповідною їм специфікою у підлітковому віці. Окрім цього, переважній більшості іпохондрійних підлітків характерні такі риси, як: стійка некритичність до власного стану, сильна фіксація на тілесних відчуттях, нестійкість фабули, легкість переходу стану та зміни об'єкту фіксації. Іпохондрія у підлітків має свої пускові механізми, на тлі трансформацій нейроендокринної системи пубертатного періоду.

Висновки до розділу 1

Таким чином, можемо зазначити, що теоретичне підґрунтя даної дослідницької теми наявне, проте відомостей щодо взаємозв'язку іпохондрійних виявів та суїцидальної поведінки на вітчизняному просторі практично немає. Наразі підлітки-суїциденти постають в центрі соціально-психологічного дослідження, наріжним каменем суїцидальних ризиків визначають соціальну дезадаптацію, у той час як конституційні та внутрішньоособистісні фактори постають другорядними. З одного боку, можемо говорити про доцільність такого підходу — особливості підліткового віку перешкоджають можливості проведення змістовних інтервенцій для роботи із інтрапсихічною реальністю, у той час як забезпечення безпечного соціального середовища є цілком доступною та дієвою методою. Проте, ми не можемо виключати ризиків, що приховують в собі іпохондрійні стани у підлітковому віці, оскільки надмірна фокусованість на тілесних переживаннях, стійка переконаність у власній хворобі та відсутність критичності до свого стану можуть бути важливими каталізаторами процесу втрати життєвої наснаги та спроможності до пошуку нових смислів. Ситуація безнадії та переконаність у неможливості протидії захворюванню напряду пов'язані із суїцидальною поведінкою, до якої вдаються підлітки.

У той же час, іпохондрійні вияви у підлітків є важливим предметом самостійного дослідження, зважаючи на значну кількість типів розвитку іпохондрійного стану та незначні відомості щодо специфіки останніх в умовах пубертату. Наразі, у психологічній спільноті наявні доволі деталізовані відомості щодо складнощів проходження кризи підліткового віку, проте інструменту, що міг би бути застосований масово (достатньо ефективного та водночас економного з огляду на фінанси та людський ресурс) для превенції не лише суїцидів, пов'язаних із турботою про здоров'я, але й попередження значного погіршення якості життя підлітків. Іпохондрія серед підлітків має достатню стійкість та значні наслідки для ментального здоров'я останніх та зниження потенціалу гармонійного розвитку. У той же час, тема стурбованості дітей власним здоров'ям наразі масово не висвітлюється, а переважна більшість українських сімей продовжує знецінювати проблему іпохондрії, не зважаючи на наслідки таких дій для психіки підлітків.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ У СТАРШИХ ПІДЛІТКІВ З ІПОХОНДРІЙНИМИ СТАНАМИ

2.1. Організація емпіричного дослідження. Характеристика вибірки

Передусім, нагадаємо, що метою нашої роботи є визначення психологічних особливостей переживань суїцидального характеру у підлітків, яким характерні іпохондрійні стани. Відповідно задля досягнення мети було підібрано методологічний інструментарій, що може бути згрупований у дві категорії: методи діагностики суїцидального ризику та особливостей суїцидальних переживань (зокрема, метод діагностики схильності до суїциду за допомогою ТАТ Г. Мюррея який запропоновано Н. В. Сербіновською та класичний опитувальник суїцидального ризику (ОСР) І. Ю. Беякової та А. Г. Шмельова); методи діагностики міри стурбованості власним здоров'ям (короткий опитувальник тривоги щодо здоров'я (SHA1) Р. Salkovskis у адаптації Т. О. Желонкіної, опитувальник «Індекс гарного самопочуття» (WHO-5) розроблений та рекомендований для використання ВОЗ, а також методика «Суб'єктивна оцінка здоров'я» (СОЗ)).

Наступним етапом підготовки емпіричного етапу дослідження став підбір вибірки. Так, для досягнення даної цілі ми звернулися до двох незалежних установ: онлайн-сервісу supportme.org, за даними розробників якого користувачами є підлітки та юнаки з усієї України, проте переважну більшість складають мешканці Києва та обласних центрів; а також звернулися до адміністрації Гребінківської гімназії (м.Гребінка, Полтавської обл.), яка поширила опитувальник серед школярів. Таким чином при підборі виборки нам вдалося охопити представників різної етнічної приналежності, різної ситуації виховання (зокрема, учнів столичних шкіл та школи провінційного міста), різних економічних та соціальних статусів. Загалом було сформовано вибірку обсягом 182 респондента, проте після виключення відповідей респондентів з пропусками та однотиповими відповідями лишилося 102 кінцевих респондента, що склали основу для дослідження (рис. 2.1.).

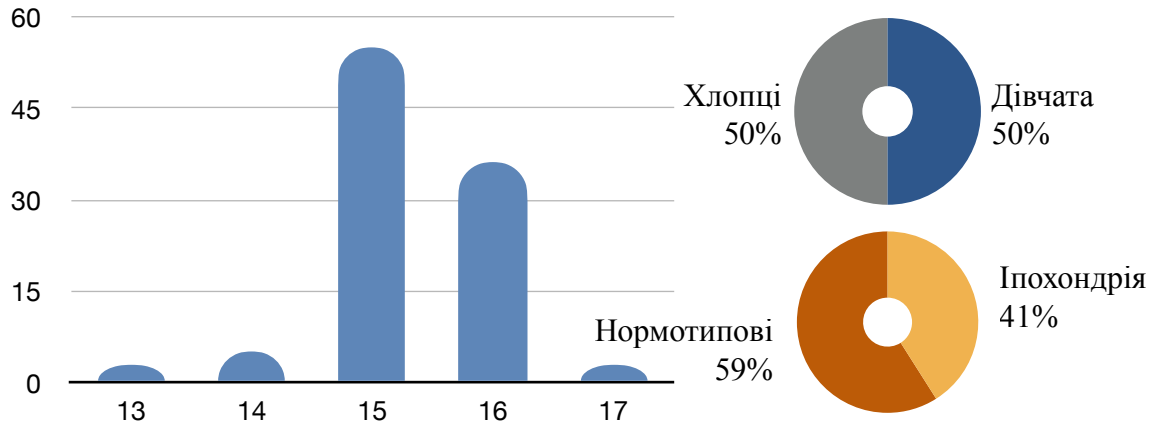


Рисунок 2.1. Розподіл за статтю та віком сформованої вибірки

Відповідно до візуалізації, можемо зазначити, що у подальших дослідженнях доцільним буде проведення підбору двох груп з рівномірним розподілом за віком та статтю (іпохондрійні та нормотипові), а також розширення вікової дисперсії задля більшої репрезентативності. Для досягнення поставленої мети було вирішено звернутися до методу опитування, що забезпечує можливість збору достатньої кількості інформації в умовах мінімізації безпосереднього контакту з досліджуваними, що особливо актуально в умовах поширеності захворюваності на новий штам COVID-19. Важливо також, що при роботі з підлітками можливість проходження діагностики наодинці значною мірою знижує рівень соціальної нормованості відповідей. Звичайно, це не позбавляє нас ефекту феномену «уявної аудиторії», тож було вирішено включити до діагностичної батареї шкалу соціальної нормованості та контрольні запитання («Якщо ви це читаете відмітьте цифру «5», будь ласка», що застосовувалася лише для виключення недостовірних результатів. Для проведення опитування було створено онлайн-форму опитувальника, кожен респондент добровільно залучений до дослідження, що впливає на розподіл результатів, проте забезпечує його екологічність. Форма опитувальників містить вступну частину з поясненням змісту дослідження, також наведено інструкції до кожної із методик; власне бланки та відповідні ключі надано у додатках після роботи (Додатки А-Д), а самі діагностичні методики детально описано у наступному розділі. Зауважимо, що дане кореляційне дослідження дало можливість зробити певні висновки щодо генеральної сукупності, проте потребує доопрацювання з більшою вибіркою.

2.2. Характеристика методів дослідження

Першою із використаних методик охарактеризуємо Опитувальник суїцидального ризику (ОСР) розроблений І. Ю. Беляковою за керівництва А. Г. Шмельова (Додаток А). Так, першочергово варто зазначити, що проблема діагностики суїцидального ризику виходить за межі завдань медичної психології та психіатрії, тому що в наш час загального підвищеного рівня психічної напруженості населення з проблемами суїцидальних намірів може зіткнутися навіть не фахівець психологічного спрямування, який працює фактично в будь-якій галузі практичної психології. Очевидно, доступний та економічний інструмент експрес-діагностики суїцидального ризику потрібен і сімейному консультанту, і психологу-вихователю, який працює з важкими підлітками, і психологу, зайнятому питаннями адаптації до діяльності в екстремальних умовах та реабілітації після психотравматичного стресу, та психолога підтримку керівникам, покликаним постійно вирішувати найважчі та відповідальні проблеми, пов'язані з долями людей [46]. Мета вимірювання суїцидального ризику – у своєчасному виявленні рівня сформованості суїцидальних намірів з метою запобігання серйозним спробам самогубства шляхом направлення клієнта до центрів надання професійної медико-психологічної допомоги. Діагностика суїцидального ризику робиться для того, щоб вчасно визначити рівень курабельності клієнта звичайними, немедичними засобами психологічної допомоги, які має психолог, який не є лікарем, професійним психіатром. Порівняно з іншими одношкільними методиками, що так чи інакше вимірюють рівень емоційної дезаптації (опитувальники тривожності особистості, нейротизму та інші), у опитувальнику суїцидального ризику міститься спроба якісної кваліфікації симптоматики – виявлення індивідуального стилю та змісту суїцидальних намірів даної людини. Опитувальник ОСР пройшов психометричну адаптацію у дипломній роботі І.Ю.Белякової, виконаної під керівництвом А.Г.Шмельова [42]. У першому етапі під час обстеження 24 пацієнтів кризового стаціонару було відібрано 24 пункти Мінесотського опитувальника, що виражали відмінності відповідей суїцидентів проти нормотипових респондентів. На другому етапі перелік пунктів з ММРІ був доповнений низкою авторських оригінальних

питань і пілотажна версія ОСР із 72 пунктів пред'являлася 77 випробуванним з метою відбору пунктів за методом екстремальних груп. 20 піддослідних із 77 були пацієнтами зазначеного Кризового відділення лікарні №20. В результаті було відібрано 29 пунктів, що мали значний коефіцієнт коефіцієнта чотириклітинної кореляції між відповідями на пункт і показанням до групи суїцидентів. Нижче представимо скорочене трактування діагностичних концентів.

Демонстративність (пункти №12, 14, 20, 22, 27). Бажання привернути увагу оточуючих до своїх нещасть, домогтися співчуття та розуміння. Оцінюване із зовнішньої позиції часом як «шантаж», «істероїдне випинання труднощів», демонстративна суїцидальна поведінка переживається зсередини як «крик допомоги». Найбільш суїцдобезпечне поєднання з емоційною ригідністю, коли «діалог зі світом» може зайти занадто далеко.

Афективність (пункти №1, 10, 20, 23, 28, 29). Домінування емоції над інтелектуальним контролем щодо оцінки ситуації. Готовність реагувати на психотравмуючу ситуацію безпосередньо емоційно. У останньому варіанті – афективна блокада інтелекту.

Унікальність (пункти №1, 12, 14, 22, 27). Сприйняття себе, ситуації, і, отже, що передбачає виняткові варіанти виходу, зокрема суїцид. Тісно пов'язані з феноменом «непроникності» досліду, тобто. з недостатнім умінням використовувати свій та чужий життєвий досвід.

Нереалізованість (пункти №2, 3, 6, 7, 17). Негативна концепція особистості. Уявлення про свою неспроможність, некомпетентність, непотрібність, «вимкненість» зі світу. Ця субшкала може бути пов'язана з уявленнями про фізичну, інтелектуальну, моральну та іншу неспроможність. Неспроможність виражається інтрапунітивним радикалом. Формула внутрішнього монологу "Я поганий".

Соціальний песимізм (пункти №5, 11, 13, 15, 17, 22 та 25). Негативна концепція навколишнього світу. Сприйняття світу як ворожого, що не відповідає уявленням про нормальні або задовільні для людини відносини з оточенням. Соціальний песимізм тісно пов'язаний із екстрапунітивним стилем казуальної

атрибуції. Без неспроможності екстрапунітивність за формулою внутрішнього монологу «Ви всі негідні мене».

Культ самогубства (Пункти №8, 9, 18). Пошук культурних цінностей та нормативів, що виправдовують суїцидальну поведінку або навіть роблять її певною мірою привабливою. Запозичення суїцидальних моделей поведінки з літератури та кіно. У крайньому варіанті – інверсія цінностей життя та смерті. За відсутності виражених піків за іншими шкалами це може говорити лише про «естетизацію смерті». Одна з можливих внутрішніх причин культу смерті – доведена до патологічного максималізму значення установка на самостійність: «Вершитель власної долі сам визначає кінець свого існування».

Максималізм (пункти №4, 16). Інфантильний максималізм ціннісних установок. Максималізація цінностей значимості найменшої втрати з одночасною мінімізацією цінностей значимості наявних досягнень. Поширення попри всі сфери життя стримування локального конфлікту якийсь однієї життєвої сфері. Неможливість компенсації. Афективна фіксація на невдачах.

Порушення часової перспективи (пункти №2, 12, 24, 26, 27). Неможливість конструктивного планування майбутнього. Це може бути наслідком сильної зануреності у справжню ситуацію, трансформацією почуття нерозв'язності поточної проблеми у глобальний страх невдач та поразок у майбутньому.

Антисуїцидальний фактор (пункти №19, 21). Навіть за високої виразності решти чинників є чинник, який знижує глобальний суїцидальний ризик. Це глибоке розуміння почуття відповідальності за близьких, почуття обов'язку. Це уявлення про гріховність самогубства, антиестетичність його, страх болю та фізичних страждань. У певному сенсі це показник наявного рівня передумов для психокорекційної роботи [38].

На додаток до представленого вище стандартизованого опитувальника, ми застосовували розробку Н. В. Сербіновської — метод діагностики схильності до суїциду за допомогою ТАТ Г. Мюррея (Додаток Б). Як відомо, Тематичний аперцептивний тест (ТАТ) був створений американським психологом, доктором біохімії, засновником Бостонського аналітичного товариства Генрі Мюрреєм ще у 1935 році як методика експериментального вивчення фантазії (аперцепції).

Надамо незначну довідку щодо даного методу задля детальнішого розуміння шляхів використання методики для досягнення поставленої дослідницької цілі. Так, на основі багаторічних досліджень вчений створив не лише метод діагностики, але власну теорію особистості. В основі цієї теорії лежить принцип «діадичної взаємодії», що означає – вивчення особистості можливе лише у системі відносин «організм-середовище». А психологічним аналізом стає вивчення потреб особистості. Потреба розуміється як динамічний центр, що організовує й спрямовує пізнавальні процеси й поведінку. Потреба може проявляти себе у вигляді мотивів, якщо вони постійні та стабільні стають рисами характеру. Завдання психолога полягає у виявленні специфічних рис та якостей особистості. Оскільки вони є несвідомими, то про їх наявність піддослідний не підозрює, вони існують у латентному стані та їх можна вивчати – за допомогою проєктивних методик [35].

Г. Мюррей притримувався психоаналітичної позиції вважаючи, що потреби беруть початок із несвідомих лібідіозних потягів. А риси характеру є їх сублімованою трансформацією, яка відбувається під впливом соціальних факторів та умов життя. Кожна людина має свій неповторний індивідуальний набір рис, яких набуває під час проходження свого життєвого шляху. Але не у всіх людей життєвий шлях є вдалим та сповнений радості і задоволення. Багато первинних лібідіозних потреб взагалі ніколи не можуть задовольнитися із-за існуючих у суспільстві норм та правил, тому і витісняються у несвідоме [38]. Учений також класифікує потреби на первинні та вторинні. Первинні задовольняють людину як живий організм. Це природні потреби у їжі, воді, кисні, сексуальному задоволенні, уникненні болю. Вторинні характеризують людину як суб'єкта соціальної взаємодії та спілкування. Це такі потреби як потреба у любові, автономії, агресії, творчості. Саме вторинним потребам приділяє більше уваги, тому що вони характеризують людину як соціальну істоту. Розрізняє також потреби явні та латентні. Явні вільно проявляють зовні, для них не потрібно спеціальних технік діагностики, їх легко виявити за допомогою спостереження. Вони проявляються у фізичних актах, мові та поведінці. Латентні потреби проявляються лише у сновидіннях, іграх, фантазіях. Зміст латентних потреб становлять несвідомі

асоціальні потяги агресії й сексу. У сприйнятті латентна потреба виявляє себе аперцептивно, або аутистично. Оскільки сприймання залежить від попереднього досвіду людини, від настрою, переживань і почуттів, темпераменту та характеру людини, то відбувається перекручування сприйманого матеріалу. Сприймається «так як хочеться». Якщо стимулювати виникнення образних фантазій, то будуть активізуватися латентні потреби, які з ними асоціюються. Їх можна вивчати у ході психоаналітичної діагностики, шляхом створення невизначених стимулів. У методиці ТАТ ними виступають картинки (стимули) із не чітким, не визначеним зображенням. Так як сприймаючи уявні образи, проектуються латентні потреби, про зміст яких, їх задоволення чи незадоволення, дієвий чи пасивний характер, можна говорити аналізуючи розповідь, яку склав піддослідний [45].

Г. Мюррей також поділяє потреби на інтравертовані та екстравертовані. Інтравертовані спрямовані на себе, екстравертовані на інших людей. Наприклад, агресія спрямована на інших (нанесення тілесної травми, словесна образа), на себе – аутоагресивна поведінка (почуття провини або самогубство). Якщо потреба явна, вона може існувати у соціально прийнятних формах її задоволення – творчість, спорт та ін. Якщо латентна – то існує у мазохістській чи садистській формі. Згідно Мюррею, розповіді ТАТ є проекцією несвідомої сфери особистості. «Тематичний аперцептивний тест» складається із 20 28 картинок із зображенням невизначених ситуацій. Які не допускають однозначного тлумачення картинки піддослідним, так як зображення не чітке. У класичному варіанті роботи з методикою ТАТ, перед початком демонстрації картинок проводять з піддослідним бесіду, або проєктивне малювання на вільну чи задану тему, якщо проводиться із дітьми – то гру. Також психолог має мати необхідні дані про піддослідного: сімейний стан, найближче соціальне оточення, сферу діяльності. Діагностика проводиться у два дні, два етапи. У перший день роботи демонструються картинки з 1 по 10, на другий – з 11 по 20. Піддослідному пропонують скласти розповідь по кожній картинці. Передусім, необхідно описати, на його думку, те, що відбувається на картинці, опісля розповісти те, що на його думку, сприяло виникненню цієї ситуації; окрім того, уявити як надалі можуть розгортатися події і чим вони можуть закінчитися; та наприкінці, розповісти про почуття та думки

осіб, що перебувають в тій ситуації. При дотриманні стандартної процедури діагностики обробка експериментального матеріалу фіксується у двох протоколах: первинному й вторинному. У первинний заносяться всі описи, судження, відповіді піддослідного (формальні характеристики та показники виконання інструкції). Фіксуються загальний час розповіді, кількість пауз, кількість відступів від сюжету та емоції, думки. У вторинному протоколі відбувається співвіднесення відповідей з категоріями тесту: відхід, солідаризація, конфліктність, емоційний фон, та визначення позицій, що найчастіше займає піддослідний: дієва, страждальна, змістовна, агресивна.

Якщо ж звернемося до нашої діагностичної проблеми, необхідно провести діагностику ризику суїцидальної поведінки не акцентуючи увагу дітей на даному контексті. Так, досвід практики Н. В. Сербіновської свідчить про легкість виявлення суїцидальних спроб, суїцидальних думок та намірів та встановлення можливих причин їх виникнення за використання відомого усім доробку ТАТ [24]. Методика роботи полягає у демонстрації піддослідному усіх картинок одночасно та пропонуванні обрати одну, або декілька, ті які найбільше сподобалися. Порядок вибору піддослідним картинок для складання розповідей має велике значення, так як кожна окрема картинка говорить про ті чи інші незадоволені потреби. Обираючи певну картинку можна говорити про близькість та значимість зображуваного сюжету для прояву певних несвідомих символів. Далі піддослідному пропонували скласти розповідь по зображуваному сюжету. План складання розповіді пропонується стандартний. Розповідь можна спочатку викласти на папері, або ж усно, без записування. Інтерпретація розповіді здійснюється за діагностичними показниками та за змістом розповіді. Респонденти, що мають суїцидальні наміри найчастіше обирають картинки, в яких є сюжет близький до смерті. Відповідно, у ході численних діагностичних сесій авторкою доробку було підібрано найбільш репрезентативні зразки. Це зображення мертвої людини, чи способів піти із життя. Нижче представлено опис діагностично значимих картинок для виявлення суїцидальних тенденцій та їх інтерпретація (табл. 2.1.).

Інтерпретація діагностично значимих зображень ТАТ в контексті
діагностики міри схильності до самогубства у підлітків

Зображення	Інтерпретація
На підлозі поруч із кушеткою скорчена фігура хлопчика, поруч із ним на підлозі – револьвер.	Виявляє стан депресії, суїцидальні наміри, тенденцію до уникнення покарання або прийняття провини.
Молода жінка стоїть з опущеною головою, закривши правою рукою обличчя, ліва рука протягнена до дверей.	Виявляє причини депресії й почуття провини.
Молода жінка з журналом і сумочкою в руках дивиться через дерево на іншу жінку, що біжить по пляжі.	Виявляє відношення, суперництво між жінками. Може виявити депресивні та суїцидальні наміри, тенденції підозрливості й переслідування.
Парубок лежить на ліжку із закритими очами, над ним зігнута фігура літнього чоловіка, його руки простягнена до особи лежачого.	Виявляє відношення до смерті, суїцидальні наміри, або відношення до авторитету.
Силует чоловіка (або жінки) на тлі яскраво освітленого вікна, вся інша поверхня картини чорна.	Виявляє загальний настрій, депресивні й суїцидальні тенденції.
Виснажена людина з опущеними руками стоїть серед могил.	Виявляє відношення до смерті, іноді відображає агресивні почуття до якоїнебудь фігури соціального оточення (бажання його смерті); суїцид.
Міст над водою, жіноча фігура біля поручнів, позаду високі будинки й маленькі фігурки людей.	Виявляє очікування й відношенні якоїсь складної ситуації, іноді суїцидальні тенденції.
У темряві самотня фігура в ліхтарях.	Виявляє страхи, почуття самотності.

Саме ці картинки найкраще дозволяють виявити суїцидальні тенденції піддослідних. Зауважимо, що при інтерпретації розповіді за даними рисунками

головна увага звертається на латентні потреби та позиції персонажів розповіді (дієва, страждальна, агресивна, споглядальна). Позиції є основою та способом вирішення життєвих завдань, проблем та конфліктів. Дієва позиція спрямована на зміну, попередження ситуації, на активний вихід з неї. Страждальна свідчить про бездіяльність, пасивність, перекладанням відповідальності за виникнення ситуації та її вирішення на інших. Споглядальна говорить про те, що піддослідний не приймає участь в ситуації, споглядає ніби «з боку», у якості «третьої особи» й приймає рівною мірою всі варіанти розв'язання ситуації. Агресивна позиція спрямована на знищення, руйнування, входження в конфлікт.

Так, ряд досліджень показує, що у розповідях досліджуваних, які мають суїцидальні тенденції, переважає страждальна та агресивна позиція, спостерігається також споглядальна позиція [31]. Такі позиції є не ефективними при вирішенні конфліктної, травмуючої ситуації. Займаючи одну з них, піддослідний не може впоратися з ситуацією, складними життєвими обставинами, тому може вдатися до суїциду. Також під час дослідження були виявленні деякі латентні вторинні потреби, інтровертованого типу. Це незадоволені потреби в любові з боку батьків, уваги з боку значимих людей, не вираженої агресії, соціального визнання та ін. Отже, використовуючи «Тематичний аперцептивний тест» як методику вивчення суїцидальних тенденцій, можна визначати латентні, несвідомі й незадоволені потреби, потяги піддослідного, що можуть стати причиною суїциду. Також методика ТАТ дає поглиблену інформацію про особливості емоційної, вольової сфери особистості, про тенденції суїцидальної поведінки [17].

Наступну групу діагностичних методів складають доробки спрямовані на визначення особливостей ставлення до власного здоров'я, зокрема провідне місце у нашому дослідженні відведено Короткому опитувальнику тривоги щодо здоров'я (SHA1) П. Салковскіс у адаптації Т. О. Желонкіної (Додаток В). Дана метода є способом експрес-оцінки міри стурбованості власним здоров'ям серед респондентів. Відповідно до позицій автора методики, «тривога про здоров'я» є станом надмірної занепокоєності своїм здоров'ям, викликаним страхом розвитку або можливої наявності серйозного захворювання [28].

Когнітивно-біхевіоральна модель іпохондрії заснована на когнітивній теорії психопатологічних розладів Аарона Бека [44], згідно з якою емоційні розлади обумовлені основними дисфункціональними переконаннями. Особи з ІР демонструють дуже обмежену концепцію сприйняття доброго здоров'я, вважаючи, що здоров'я передбачає абсолютну відсутність будь-яких симптомів, а поява їх свідчить про наявність серйозного захворювання [33]. У зв'язку з цим занепокоєння захворюванням виявляється у фокусуванні на специфічних тілесних проявах [25]. Люди з високою тривогою здоров'я трактують це як прояви злякисного захворювання і знову починають перевіряти тіло щодо появи нових тілесних сенсацій [39]. Тому для всіх людей, які страждають на ІР, характерна здоров'я-зберігаюча поведінка, спрямована на охорону свого здоров'я. Таким чином, виникла потреба використання інструментарію для оцінки виразності тривоги про здоров'я з метою диференціації неадаптивних варіантів тривоги. Так, вже 2002 року П. Салковскіс у групі з іншими дослідниками розробили Опитувальник тривоги про здоров'я (Health Anxiety Inventory – HAI), що складається з 64 пунктів. Потім початковий варіант було скорочено до 18 пунктів і названо Коротким опитувальником тривоги про здоров'я (Short Health Anxiety Inventory – SHAI) [25]. Обидва опитувальники показали високу надійність і валідність, достатню сензитивність до вимірюваної властивості. SHAI проводився на вибірці здорових людей, пацієнтів, що мають різні соматичні захворювання, та вибірці хворих з іпохондрійними станами та іншими розладами тривожного кластера. У дослідженні авторів 14 пунктів опитувальника були спрямовані на оцінку тривоги про здоров'я та 4 – на визначення страху розвитку та наслідків серйозного захворювання.

Зауважимо, що після застосування косокутного обертання при адаптації методики російською було отримано три фактори, що нагадували структуру, описану Дж. Абрамовітцем, представлену нижче:

1.«Тривога про здоров'я» (нав'язливі думки про захворювання, оцінка ймовірності виявитися хворим) – 9 пунктів, факторні навантаження від 0,477 до 0,688. Пояснює 28% дисперсії.

2.«Страх негативних наслідків захворювання» – 4 пункти, факторні навантаження від 0,685 до 0,770. Пояснює 12% дисперсії.

3.«Пильність до тілесних сенсацій» – 4 пункти, факторні навантаження від 0,623 до 0,782. Пояснює 8% дисперсії [36].

Однак у ході адаптації два пункти опитувальника увійшли до складу інших факторів: пункт «Відчуття ризику розвитку серйозного захворювання» був значущим для фактора «Страх негативних наслідків захворювання», пункт «Можливість відволіктися від не пояснених відчуттів у тілі» увійшов до фактор «Пильність до тілесних сенсацій». Тож, модифікований метод діагностики більш адаптований для ментальності країн Східної Європи було вирішено застосовувати у даній дослідницькій роботі.

Окрім того, було вирішено включити до опитування дві суміжні методики — опитувальник «Індекс гарного самопочуття» (WHO-5) розроблений та рекомендований для використання ВОЗ та анкету «Суб'єктивна оцінка здоров'я» (Додатки Г та Г, відповідно). «Індекс гарного самопочуття» дає можливість не лише оцінки стану здоров'я респондентами власноруч, а також може застосовуватися як метод предіагностики ментальних порушень. Відповідно, метода слугуватиме критерієм відбору для подальшого статистично коректного дослідження, а також як критерій оцінки міри вдоволеності здоров'ям. Анкета «Суб'єктивна оцінка здоров'я» (за методикою В.П. Войтенко) містить 29 запитань, згідно з якими респондент самостійно оцінює ступінь гармонійності власного здоров'я. Оскільки відповіді визначаються за дихотомією «так-ні», а питань доволі мала кількість метода є доволі поширеною при роботі з усіма віковими групами. Останнє питання «Як ви оцінюєте стан свого здоров'я?» дає змогу дослідникові оцінити більш деталізовано самозвіт досліджуваних щодо власного стану, оскільки респонденти зазначають наскільки вони, власне, вважають наразі свій стан здоров'я близьким до ідеального. Ба більше, також вказують особливості свого актуального стану, часто фіксують певні діагнози чи порушення, що їх турбують. Таким чином за допомогою контрольного питання методики СОЗ можемо диференціювати респондентів, що мають соматичні чи психологічні скарги.

2.3. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

У ході психологічного опитування нам вдалося сформувати дослідницьку вибірку, що відповідає вимогам кількісного дослідження. Зокрема, у ході аналізу за критерієм Шапіро-Вілкі, ми встановили нормальність розподілу за більшістю шкал використаних методик (табл. 2.2.).

Таблиця 2.2.

Результати аналізу отриманих при перевірці нормальності розподілу за критерієм Шапіро-Вілкі

Шкала	Значення	Шкала	Значення
Схильність до суїциду	0,130	Тривога щодо здоров'я	0,201
Демонстративність	0,329	Страх наслідків хвороби	0,445
Афективність	0,021	Увага до тілесних відчуттів	0,067
Унікальність	0,172	Індекс гарного самопочуття	0,380
Нереалізованість	0,253	Суб'єктивна оцінка здоров'я	0,001
Соціальний песимізм	0,001	Порушення ЧП	0,001
Культ самогубства	0,073	Антисуїцид. фактор	0,076
Максималізм	0,015	—	—

Напівжирним шрифтом у таблиці відмічено шкали, розподіл за якими не відповідає нормальному ($p < 0,05$). Відповідно, можемо зробити прогностичні висновки: або ж сформована вибірка не є достатньо репрезентативною та потребує подальшого розширення, або ж критерії «Максималізм», «Афективність», «Соціальний песимізм» та «Порушення часової перспективи» мають виражені зрушення, що обумовлені віковими особливостями даної групи, що можемо представити у вигляді відповідних діаграм (рис. 2.2.).

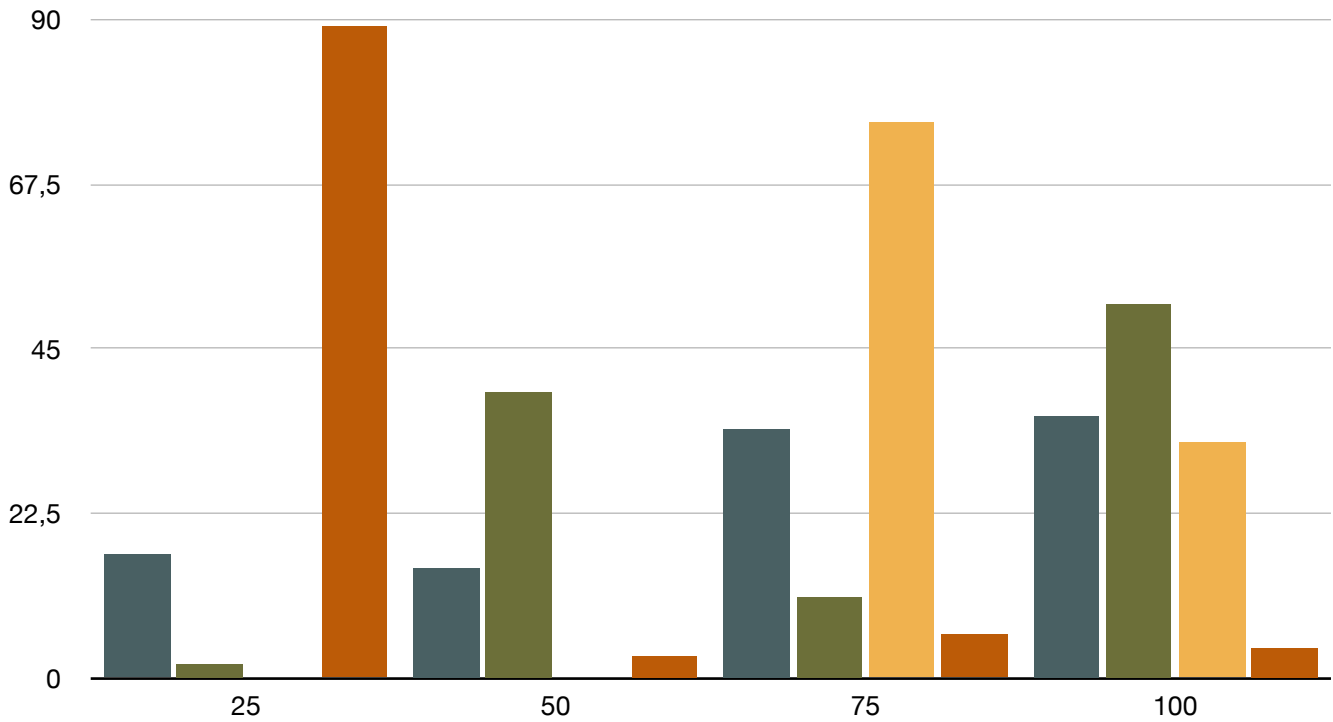


Рисунок 2.2. Частотний аналіз відповідей за визначеними шкалами методики ОСР, розподіл за якими не відповідає нормальному

Можемо побачити певні тенденції серед досліджуваної групи: рівень соціального песимізму максимальний та середній у рівній мірі; тенденція до розподілу за показником максималізму між підлітками на повну відсутність даної ознаки та прояв вище середнього, що відповідає віковим особливостям даного етапу онтогенезу; афективність — переважно вище середнього; результати опитування щодо порушення часової перспективи свідчать про неадекватну впевненість підлітків або ж недостатній рівень розуміння наданих за даним критерієм запитань. Таким чином, можемо зазначити, що аналіз за даними шкалами не надасть нам достовірної інформації щодо генеральної сукупності, тож можемо перейти власне до аналізу отриманих даних. Передусім, необхідно провести аналіз результатів за дескриптивними статистиками, що дасть можливість більш детально відобразити специфіку досліджуваної групи та релевантність екстраполяції результатів на генеральну сукупність підлітків. Так, нижче наводимо результати аналізу із інтерпретацією (рис. 2.3.).

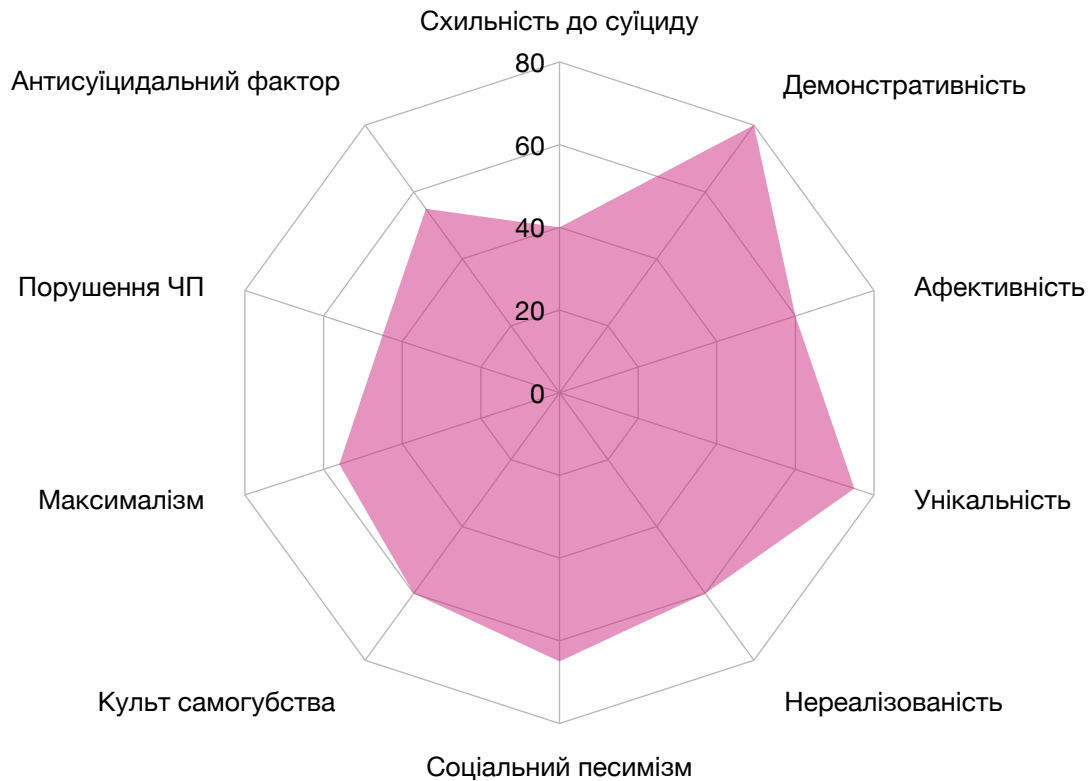


Рисунок 2.3. Візуалізація середніх значень за показниками суїцидальних переживань серед досліджуваної вибірки

Можемо зазначити, що найбільш вираженими є характеристики — демонстративність та унікальність, що цілком відповідає віковим особливостям підліткового віку, у поєднанні з загальним рівнем схильності до суїциду нижче середнього та вище середнього — антисуїцидального фактору, можемо резюмувати відсутність значного ризику у досліджуваній групі в цілому. Проте за результатами поокремих респондентів, що ми продублюємо детальніше далі — варто говорити про необхідність проведення запобіжних заходів. Окрім того, можемо помітити рівень вище середнього за такими показниками, як афективність, соціальний песимізм, культ самогубства та нереалізованість. Зважаючи на те, що нормальний розподіл наявний лише за останніми двома критеріями, можемо зазначити, що досліджуваній групі характерне загальне підвищення рівню нереалізованості та поширення романтизації самогубства, що потребує додаткового подальшого доопрацювання у дослідницькому процесі. Зауважимо, що досліджувану вибірку було поділено на засновку статі на дві

врівноважені групи, відповідно, можемо перейти до аналізу нормальності розподілу у кожній із визначених груп (табл 2.3.).

Таблиця 2.3.

Результати аналізу нормальності розподілу за критерієм Шапіро-Вілкі

Хлопці		Дівчата	
Шкала	Значення	Шкала	Значення
Схильність до суїциду	0,001	Схильність до суїциду	0,001
Демонстративність	0,702	Демонстративність	0,482
Афективність	0,066	Афективність	0,140
Унікальність	0,255	Унікальність	0,078
Нереалізованість	0,001	Нереалізованість	0,042
Соціальний песимізм	0,001	Соціальний песимізм	0,001
Культ самогубства	0,019	Культ самогубства	0,001
Максималізм	0,033	Максималізм	0,001
Порушення ЧП	0,001	Порушення ЧП	0,001
Антисуїцидальний фактор	0,018	Антисуїцидальний фактор	0,071
Страх наслідків хвороби	0,006	Страх наслідків хвороби	0,211
Увага до тілесних відчуттів	0,230	Увага до тілесних відчуттів	0,106
Індекс гарного самопочуття	0,001	Індекс гарного самопочуття	0,001
Суб'єктивна оцінка здоров'я	0,001	Суб'єктивна оцінка здоров'я	0,001

Таким чином, розподіл відповідає нормальному в обох групах на засновку статі а такими шкалами: «Демонстративність», «Афективність», «Унікальність», «Увага до тілесних відчуттів» ($p > 0,05$). Відповідно, можемо перейти до аналізу однорідності дисперсій у досліджуваних групах (табл. 2.4).

Таблиця 2.4.

Результати перевірки гіпотези щодо однорідності дисперсій за критерієм Лівіна

Шкала	F	dF	P
Демонстративність	0,2247	1	0,290
Афективність	0,1384	1	0,075
Унікальність	2,5562	1	0,231
Увага до тілесних відчуттів	0,4716	1	0,418

Із отриманих значень, можемо зробити висновок щодо однорідності дисперсій ($p > 0,05$) за представленими шкалами серед досліджуваних груп, тож можемо застосовувати параметричний метод зіставлення середніх значень за t-критерієм Ст'юдента (табл. 2.5).

Таблиця 2.5.

Результати перевірки гіпотези щодо рівності середніх значень за t-критерієм Ст'юдента на засновку статі

Шкала	F	dF	P
Демонстративність	1,107	1	0,001
Афективність	0,254	1	0,001
Унікальність	0,664	1	0,172
Увага до тілесних відчуттів	0,346	1	0,001

Отже, нам вдалося встановити, що між досліджуваними хлопцями та дівчатами наявна статистично значуща відмінність у прояві наступних характеристик: «Демонстративність», «Афективність» та «Увага до тілесних відчуттів» ($p < 0,05$). Задля визначення тенденцій, що характерні для підлітків різних статей варто виконати візуалізацію отриманих середніх значень поміж хлопцями та дівчатами (рис. 2.4).

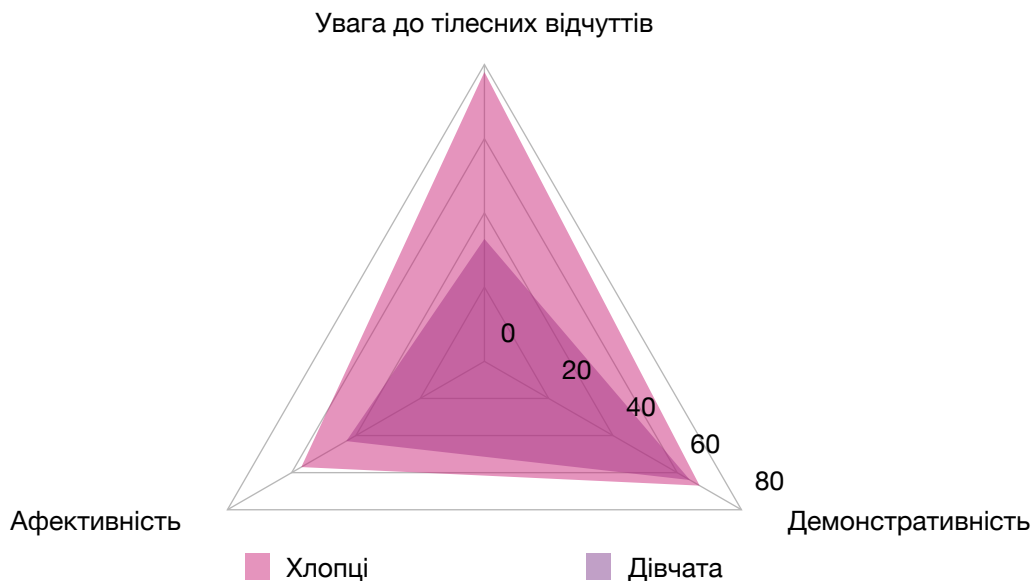


Рисунок 2.4. Візуалізація середніх значень за шкалами на засновку статі

Тож, можемо узагальнити та акцентувати на статистичних відмінностях у прояві таких характеристик поміж школярів старшого підліткового віку різних статей, як увага до тілесних відчуттів, виражена афективність та демонстративність. Власне, більшою мірою дані прояви характерні для хлопців, аніж для дівчат. Дана закономірність характеризує генеральну сукупність українських підлітків. Таким чином, наступним же етапом є характеристика досліджуваної вибірки за критерієм іпохондрії (рис. 2.5.).

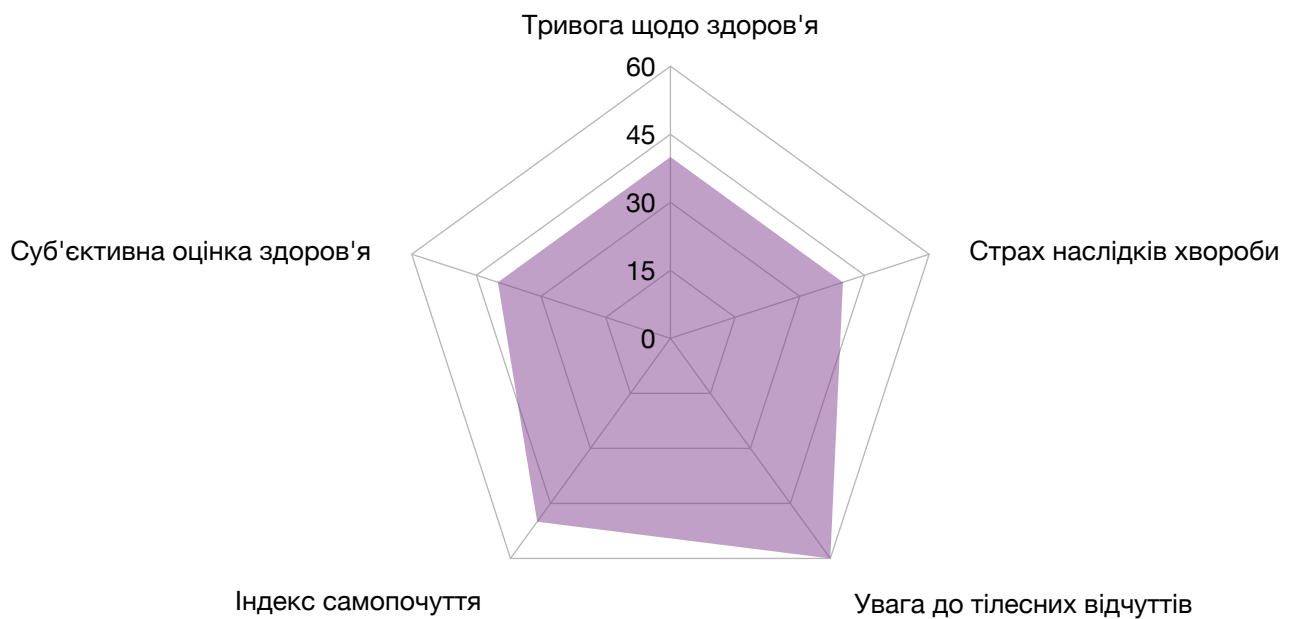


Рисунок 2.5. Візуалізація середніх значень за показниками іпохондрійних переживань серед досліджуваної вибірки

Рівень уваги до тілесних відчуттів у респондентів значно вищий ніж решта показників, що може бути обумовлено пубертатними трансформаціями, що часто супроводжуються тривогою та самоконцентрацією у підлітків. У той же час, можемо говорити про доволі хороший стан самопочуття та незначні прояви іпохондрії у всієї вибірки в цілому. Відповідно, задля більш результативного статистичного аналізу ми спробували сформувати групу респондентів, яким характерна більш виражена іпохондрійність та відповідно нормотипових респондентів даного віку. Так, до першої групи увійшло 42 особи, у той час як до іншої — 60 відповідно. Можемо попередньо зазначити, що такий розподіл може бути пов'язаним із оголошенням теми дослідження перед респондентами, тож

відповідно більш зацікавленими були ті підлітки, що відчували потребу дізнатися більше щодо власних переживань. Результати підлітків з яскраво вираженою іпохондрією та решти ми співставимо за використання критерію Ст'юдента, тож необхідно провести поворотний аналіз за критерієм Шапіро-Вілкі, проте на заснову іпохондрії (табл. 2.6.) задля визначення шкал що можуть бути проаналізовані за допомогою параметричних методів.

Таблиця 2.6.

Результати аналізу нормальності розподілу за критерієм Шапіро-Вілкі

Підлітки з вираженою іпохондрією		Нормотипові підлітки	
Шкала	Значення	Шкала	Значення
Схильність до суїциду	0,333	Схильність до суїциду	0,170
Демонстративність	0,130	Демонстративність	0,220
Афективність	0,001	Афективність	0,229
Унікальність	0,001	Унікальність	0,103
Нереалізованість	0,233	Нереалізованість	0,087
Соціальний песимізм	0,001	Соціальний песимізм	0,001
Культ самогубства	0,001	Культ самогубства	0,001
Максималізм	0,001	Максималізм	0,001
Порушення ЧП	0,183	Порушення ЧП	0,001
Антисуїцидальний фактор	0,078	Антисуїцидальний фактор	0,063
Страх наслідків хвороби	0,012	Страх наслідків хвороби	0,302
Увага до тілесних відчуттів	0,001	Увага до тілесних відчуттів	0,001
Індекс гарного самопочуття	0,001	Індекс гарного самопочуття	0,030
Суб'єктивна оцінка здоров'я	0,057	Суб'єктивна оцінка здоров'я	0,320

За результатами математико-статистичного аналізу, можемо зазначити, що ймовірно при підборі респондентів було допущено методологічну помилку зважаючи на значну кількість шкал, розподіл за якими не відповідає нормальному ($p < 0,05$). Водночас, можемо зазначити, що більшу ясність щодо даних шкал нам надасть порівняльна характеристика сформованих груп на основі середніх значень (рис 2.6.). Так, можемо помітити, що зависокий рівень максималізму — характерний обом групам, тож можемо остаточно зазначити, що дана риса є

обумовленою віком. У той же час для обох груп характерна позитивна оцінка власного самопочуття, що підкреслює іпохондрійну природу переживань першої групи щодо власного тіла за відсутності реальних соматичних захворювань. Серед підлітків з іпохондрією значно вищою є увага щодо власних тілесних переживань, а також схвалення культу самогубства, що доповнює картину іпохондрійного стану. Водночас, значно нижчий рівень соціального песимізму, що може бути пов'язано із характерним іпохондрійним станом егоцентризмом. Щодо решти шкал — ми провели аналіз за t-критерієм Ст'юдента, результати якого надають можливість зазначити, що наявна статистично значима відмінність специфіки переживання суїцидального стану у обох групах.

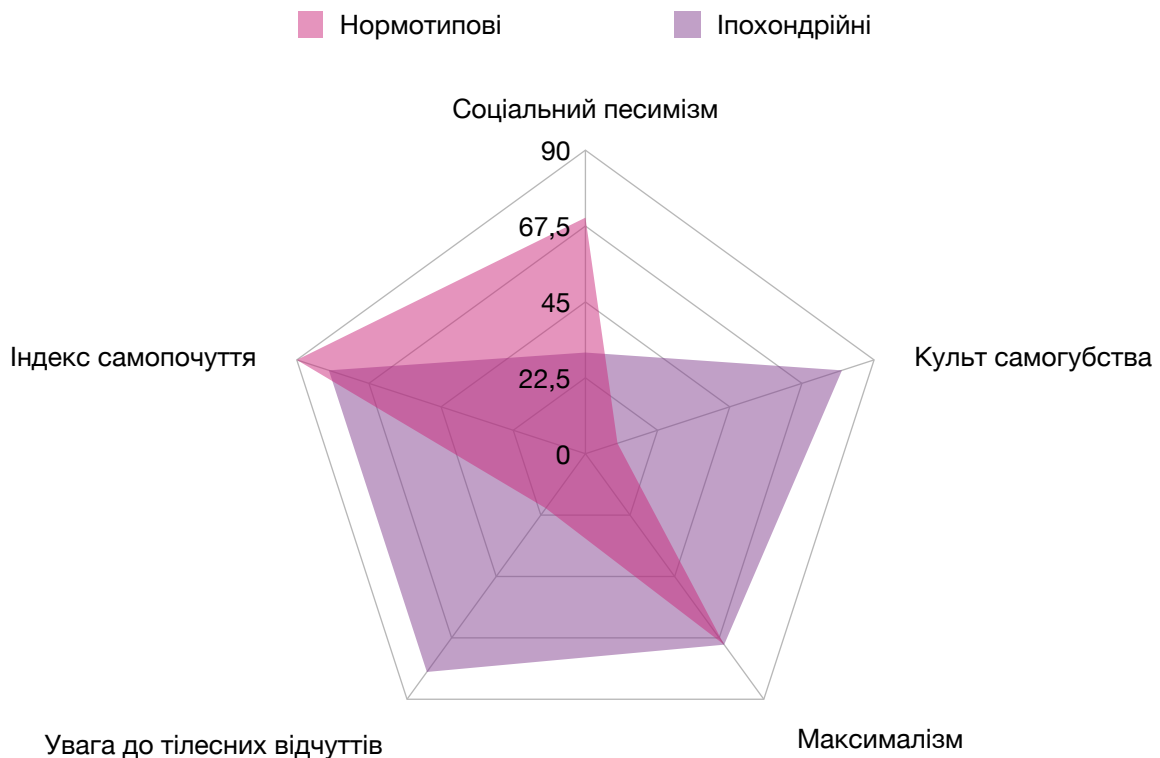


Рисунок 2.6. Візуалізація зіставлення середніх значень між двома дослідницькими групами за шкалами з не нормальним розподілом

Окремо необхідно надати заувагу щодо гендерного розподілу у сформованих групах: серед підлітків, що мають виражені іпохондрійні стани 31 хлопець та 11 дівчат, у той час як серед нормотипових підлітків, відповідно, лише 20 хлопців та 40 дівчат. По-перше, до висновків отриманих при зіставленні

результатів груп необхідно ставитися обережно та у майбутньому розширити дослідження, задля уникнення даної побічної варіативності. У той же час, ми проведемо врівноваження даних на засновку статі з метою компенсувати нерівномірність розподілу (табл. 2.7.).

Таблиця 2.7.

Результати врівноваження досліджуваних груп за критерієм статі

Рівні (іпохондр)	Частоти	Загальний %	Накопич %
Чоловік	31	50%	50%
Жінка	11	50%	100%
Рівні (норм)	Частоти	Загальний %	Накопич %
Чоловік	20	50%	50%
Жінка	40	50%	100%

Цікаво, що мотивацією для проходження чоловіків певних опитувальників, ймовірно, є їх потреба до вирішення певного внутрішнього конфлікту суміжного до теми дослідження, що проводиться. Щодо даної гіпотези необхідно провести теоретичне доопрацювання та у майбутньому можливо використовувати для покращення методології досліду. Проте наразі необхідно зауважити, що врівноваження є способом корекції та не дає можливості переконливо стверджувати, що результати дають можливість оцінки підлітків України загалом. Нижче представимо результати зіставлення поміж двох виборок (табл. 2.8, 2.9).

Таблиця 2.8.

Результати перевірки гіпотези щодо однорідності дисперсій за критерієм Лівіна

Шкала	F	dF	P
Схильність до суїциду	0,6603	1	0,760
Демонстративність	0,7448	1	0,062
Нереалізованість	0,2118	1	0,001
Антисуїцидальний фактор	2,3362	1	0,205
Суб'єктивна оцінка здоров'я	0,0313	1	0,120

Відповідно до отриманих значень, можемо зазначити, що дисперсія у групі нормотипових підлітків та тих, що мають виражену іпохондрію не є однорідною,

тож даний критерій ми не можемо враховувати при аналізі за використання параметричних методів, а отже, результати зіставлення за даним показником не можемо перенести на генеральну сукупність, тож проводити його не будемо. За рештою із шкал — дисперсія є однорідною, тож перейдімо до наступного етапу математико-статистичної обробки.

Таблиця 2.9.

Результати перевірки гіпотези щодо рівності середніх значень за t-критерієм Ст'юдента на засновку іпохондрії

Шкала	F	dF	P
Схильність до суїциду	0,023	1	0,001
Демонстративність	0,112	1	0,001
Антисуїцидальний фактор	2,540	1	0,462
Суб'єктивна оцінка здоров'я	0,804	1	0,322

Можемо говорити про наявність статистично значимої відмінності за рівнем ризику суїциду та демонстративністю, як мотиваційним аспектом суїцидальної поведінки між досліджуваними групами ($p < 0,05$). Зокрема, серед групи підлітків, схильних до іпохондрії рівень ризику вищий, як і демонстративність суїцидальної поведінки, що ми відобразимо на кінцевій матриці наприкінці розділу. Наразі ж можемо перейти до встановлення кореляційних зв'язків між досліджуваними характеристиками за використання критерію Пірсона (табл. 2.10.). Шкали, що враховуються при кореляційному аналізі було попередньо представлено у табл 2.2.

Таблиця 2.10.

Кореляційни матриця за критерієм Пірсона

	Схильність до суїциду	Демонстративність	Нереалізованість
Іпохондрія	0.558*	0.381*	
Страх наслідків хвороби	0.227*		
Увага до тілесних відчуттів	-0.117**		-0.432*

Зауважимо, що в матрицю включено шкали, кореляції між якими є статистично значущими, у той час як решту шкал виключено з матриці, з огляду на суттєвий зміст подібної моделі. Відповідно до отриманих результатів, можемо зазначити, що наявний позитивний статистично значимий кореляційний зв'язок між іпохондрією, страхом наслідків хвороби та схильністю до суїциду у підлітків ($p < 0,05$). Окрім того, зазначимо також, що іпохондрія на тому ж статистичному рівні пов'язана із демонстративністю, як проявом суїцидальних переживань. Увага до тілесних відчуттів має зворотній зв'язок із суїцидальними бажаннями ($p < 0,01$). Відповідно, можемо скласти кореляційну плеяду (рис. 2.7.).

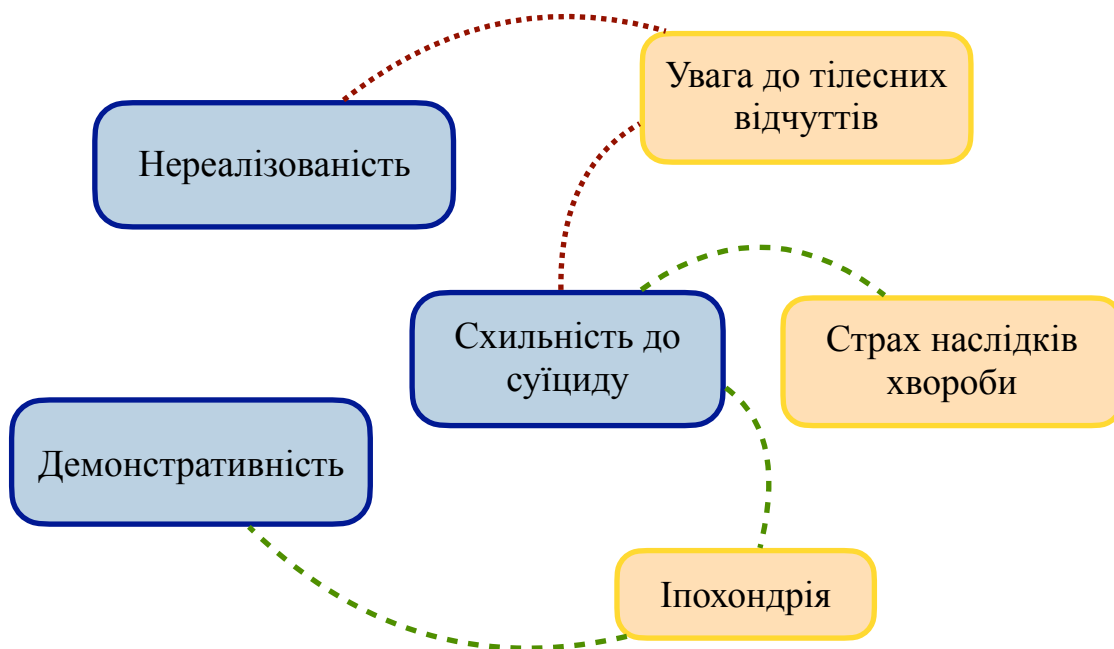


Рисунок 2.7. Кореляційна плеяда суїцидальних переживань у підлітків з іпохондрійними станами

Підсумовуючи, можемо надати змістовну характеристику суїцидальних переживань у підлітків з іпохондрійними станами. Зокрема, зазначимо, що на відміну від нормотипових підлітків, останні мають вищий рівень схильності до суїциду, більш того мають виражену демонстративність у своїх суїцидальних прагненнях. Можемо говорити, про бажання цих підлітків отримати підтримку та увагу від оточення шляхом таких психологічних захистів як впадання у хворобу та самодеструктивна поведінка. Відповідно, для цієї групи дітей важливим є якісний міжособистісний контакт, увага від батьків та можливість соціалізації. Відповідно, при роботі з даною групою клієнтів, психологові необхідно апелювати саме до

соціального виміру перебування підлітків. Також, окремо зауважимо, що наявний сильний негативний кореляційний зв'язок між увагою до тілесних переживань та танатичними прагненнями — а також рівнем реалізованості — що може свідчити про доцільність використання тілесно-орієнтованих технік у роботі із суміжними запитами. Також, продуктивним буде пропрацювання страху хвороби та зменшення рівню катастрофізації у підлітків, оскільки зважаючи на представлені у теоретичному розділі роботи особливості іпохондрії підлітків, максималізм та катастрофізація у вимірі хвороби є каталізаторами патологізації останніх.

Висновки до розділу 3

Підсумовуючи, можемо зазначити, що нам вдалося сформувати теоретико-методологічну основу для подальшого дослідження. Зокрема, підібрана вибірка дає можливість провести змістовний аналіз отриманих результатів та зробити висновки щодо тенденцій серед загальної сукупності підлітків. Для підбору дослідницької групи було вирішено звернутися до державної установи — гімназії — Полтавської області та волонтерської організації (supportme.org) м.Києва, що дало можливість отримати значний масив даних. Окрім того, було сформовано діагностичну батарею, що доволі широко охоплює досліджувані явища, стосовно суїцидальних переживань — ми маємо можливість оцінити не лише ризик ймовірного самогубства чи самодеструктивної поведінки, проте й оцінити мотиваційний, внутрішній аспект суїцидальної поведінки (тобто, суїцидальні переживання неопосередковано). У питанні діагностики іпохондрії наразі на теренах нашої держави постає біла пляма, проте деякі діагностичні інструменти дають змогу оцінити рівень стурбованості здоров'ям серед респондентів. Окрім того, ми можемо зафіксувати міру стурбованості власними тілесними переживаннями та страх щодо ймовірної хвороби та її наслідків — що дає можливість оцінити одразу три аспекти потенційного іпохондрійного стану. У доповненні з методами самооцінки стану здоров'я, можемо говорити що нам вдалося підібрати відповідний діагностичний інструмент для роботи з не операціоналізованим раніше на вітчизняному просторі явищем.

Тож, нам вдалося провести змістовне емпіричне дослідження, у ході якого було встановлено статистично значимі кореляційні зв'язки, а також відмінності в особливостях проживання суїцидальних прагнень між підлітками, у яких відсутні стани іпохондрії та такими, яким вони притаманні. Проте, необхідним є продовження дослідницької роботи у даному напрямі, оскільки значну частину діагностичних критеріїв нам не вдалося дослідити повноцінно, за використання параметричних методів, зважаючи на ненормальність розподілу. Важливо зважити у майбутніх дослідженнях на методологічне підґрунтя роботи, оскільки підібрати репрезентативну вибірку серед підлітків є складною задачею, а отримані у ході даного дослідження результати необхідно оцінювати з певною мірою критичності, зважаючи на значний вплив факторів побічної варіативності.

Водночас, спираючись на отриману наразі кореляційну модель суїцидальних переживань підлітків з іпохондрією, можемо надати певні рекомендації щодо корекції планів психологічної допомоги. Зокрема, важливо звернути увагу на демонстративність суїцидальних дій іпохондрійних підлітків. Варто звертатися до виміру тілесності щоб надати підліткам можливість розвивати здорову вітальність та адекватно сприймати власні тілесні переживання. Під час написання даної роботи, ми неодноразово переконалися в користі тілесно-орієнтованої практики для підлітків не лише у формі терапевтичного втручання, але й як передумови гармонійного розвитку та реалізації внутрішнього потенціалу.

Окрім того, нам вдалося встановити певні суперечливості у результатах за методиками «Суб'єктивна оцінка здоров'я» та «Індекс гарного самопочуття», що сигналізує про необхідність самостійного дослідження методології дослідження ставлення до здоров'я. Також, зауважимо, що доступного апробованого методу діагностики іпохондрії в українській психологічній спільноті немає, що є перешкодою для розвитку не лише сучасної професійної спільноти, але і наукового розуміння даної категорії. Наразі наявна значна кількість питань та проблем, що потребують вирішення, в рамках даного дослідницького поля, тож майбутні дослідження є необхідною умовою.

ВИСНОВКИ

Насамкінець, зазначимо, що нам вдалося досягнути поставленої дослідницької мети та встановити психологічні особливості переживань суїцидального характеру підлітків з іпохондрійними станами. Зокрема, у ході теоретичного дослідження ми змогли визначити, що суїцидальна поведінка містить внутрішній та зовнішній компонент — перший із яких власне і є виміром суїцидальних переживань. Суїцидальні переживання це ідеації, мотиви та потреби, що пов'язані із танатичним прагненням самоушкодження та самоусунення. Окрім того, ми змогли визначити, що у підлітковому віці суїцидальні переживання значною мірою пов'язані із соціальною дезадаптацією та певними кризовими переживаннями. Відповідно, даний вік є одним з найбільш чутливих щодо розвитку даної симптоматики, навіть за умови відсутності прямих спроб скоєння самогубства. Також ми змогли сформувані теоретичне підґрунтя щодо іпохондрійних переживань у даної вікової групи: дослідниками встановлено чотири основні сценарії розгортання іпохондрії у підлітків (конституційна, патологічна, надцінна та з патологічними фантазіями); іпохондрійні переживання є нестійкими, часто змінюється об'єкт застрягання, характерна некритичність до свого стану та стійкість у переконанні щодо винятковості захворювання. Відповідно до теоретичної основи роботи, ми підібрали відповідний дослідницький метод, зокрема для діагностики було вирішено скористатися не лише стандартизованими опитувальниками, але й Тематичним аперцептивним тестом Г. Мюррея у трактуванні Н. В. Сербіновської, що визначила найбільш репрезентативні матеріали для діагностики суїцидальності серед підлітків. Щодо діагностики іпохондрійних переживань ситуація є складнішою, оскільки адаптованих для східноєвропейської спільноти методів не існує, тож ми скористалися суміжними методами, що тим не менш дали можливість отримати детальні результати щодо досліджуваних характеристик.

Відповідно, у ході емпіричного дослідження ми змогли визначити характерні відмінності суїцидальних переживань серед підлітків з яскраво вираженими іпохондрійними станами та нормотиповими. Так, групі

іпохондрійних підлітків характерний вищий рівень суїцидального ризику, а також демонстративність, що є основною рушійною силою у даному аспекті. Загалом, підлітки, що схильні до іпохондрії можуть характеризуватися, як концентровані на тілесних переживаннях, та такі що розділяють культурні цінності, що схвалюють суїцидальні ідеї, водночас рівень соціального песимізму у таких підлітків значно нижчий, що може свідчити про потребу соціальної інтеграції. Окрім того, ми сформували кореляційну плеяду особливостей суїцидальної поведінки у досліджуваних підлітків і можемо зазначити, що іпохондрія є ймовірним фактором підвищення ризику суїцидальної поведінки, оскільки наявний сильний кореляційний зв'язок між даними характеристиками. Власне, головним каталізатором у даному випадку є не власне іпохондрійний стан, а радше демонстративність впадання у даний стан підлітків та їх прагнення отримати соціальне визнання та якісні міжособистісні взаємини. Окремим аспектом у даній моделі є страх негативних наслідків того чи іншого захворювання, що може стимулювати підлітків уникати їх будь-яким доступним способом.

У той же час, неочікуваним є інший результат роботи — підвищена увага до тілесних відчуттів має зворотній кореляційний зв'язок з мірою схильності до суїциду, а також з показником нереалізованості. Відповідно, підліткам, що схильні надмірно концентруватися на власному тілі меншою мірою характерні суїцидальні прояви та більш вираженим є відчуття власної реалізованості. Можемо пояснити це тілесним дискомфортом від скоєння самогубства, а також спрощеною ціннісною системою таких підлітків, що дає їм можливість почуватися реалізовано, у зіставленні з тими, що не такою мірою фокусуються на тілесних відчуттях. Водночас, зауважимо, що за результатами нашої роботи фактор «увага до тілесних сенсацій» постає в іншому контексті, аніж початково розцінювалося розробниками діагностичного інструменту. Даний аспект потребує подальшого доопрацювання. Наразі ж, узагальнивши, можемо зазначити, що іпохондрія є важливим компонентом суїцидальної симптоматики у підлітковому віці, що тісно пов'язана з демонстративними прагненнями. Фахівцям необхідно з достатньою мірою уважності ставитися до тілесності та стурбованості власним здоров'ям у підлітків, що може у майбутньому стати шляхом запобігання самогубства дитини.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Oliver, A. M., Wright, K. D., Kakadekar, A., Pharis, S., Pockett, C., Bradley, T. J., & Erlandson, M. C. (2020). Health anxiety and associated constructs in children and adolescents with congenital heart disease: A CHAMPS cohort study. *Journal of Health Psychology, 25*(10-11), 1355-1365.
2. Morales, A., Espada, J. P., Carballo, J. L., Piqueras, J. A., & Orgilés, M. (2015). Short health anxiety inventory: factor structure and psychometric properties in Spanish adolescents. *Journal of Health Psychology, 20*(2), 123-131.
3. Freyler, A., Köhegyi, Z., Köteles, F., Kökönyei, G., & Bárdos, G. (2013). Modern health worries, subjective somatic symptoms, somatosensory amplification, and health anxiety in adolescents. *Journal of Health Psychology, 18*(6), 773-781.
4. Wright, K. D., Lebell, M. A. A., & Carleton, R. N. (2016). Intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity, health anxiety, and anxiety disorder symptoms in youth. *Journal of Anxiety Disorders, 41*, 35-42.
5. Llewelyn-Williams, J. L., Oliver, A. M., Wright, K. D., Runalls, S., Lahti, D. S., Bradley, T. J., ... & Tomczak, C. R. (2022). Health anxiety and associated constructs in school-age children and adolescents with congenital heart disease and their parents: A children's healthy-heart activity monitoring program in Saskatchewan cohort study. *Journal of Child Health Care, 13674935221075896*.
6. Villadsen, A., Thorgaard, M. V., Hybel, K. A., Jensen, J. S., Thomsen, P. H., & Rask, C. U. (2017). Health anxiety symptoms in children and adolescents diagnosed with OCD. *European child & adolescent psychiatry, 26*(2), 241-251.
7. Дюпре, А., Бьюкен, У., Уорик, Х., Незнанова, Н., & Барденштейн, Л. (2019). Прояви іпохондричних розладів особистості. Матеріали конференції, 157.
8. Візнюк, І. М. (2017). Психологічні детермінанти розвитку іпохондричних розладів у людини за психодіагностичними параметрами. *Проблеми сучасної психології, 35*.

9. Лобанова, А. С., & Калашнікова, Л. В. (2017). Робота з підлітками-девіантами: соціологічний та психологічний аспекти: підручник для студентів вищих навчальних закладів.
10. Краєва, О. А. (2019). Криза ідентичності осіб підліткового віку.
11. Краєва, О. А. (2010). Криза ідентичності підліткового віку та її роль у становленні зрілої особистості. *Проблеми сучасної психології*, 7.
12. Винниченка, В., & Галушко, Л. Я. Суїцидальна поведінка та селфхарм у підлітковому віці. *Молодий вчений*, (1), 161.
13. П'ятник АС. Теоретико-методологічні проблеми практичної психології та її перспективи розвитку: Збірник доповідей Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції, присвяченої 125-річчю з Дня народження Жана Піаже.–Кропивницький, 2021.–227 с., 149.
14. Протас, О. Л., & Музикантова, В. (2017). Попередження суїцидальної поведінки в підлітковому віці (Doctoral dissertation, Івано-Франківськ: НАІР).
15. Федосєєва, І. В. (2016). Вікові особливості суїцидальної поведінки підлітків. *Молодий вчений*, (1), 161.
16. Озарчук, О. І., & Назарець, Л. М. (2014). Психологічні основи профілактики суїцидальної поведінки у підлітковому віці. *Психологія: реальність і перспективи*, (3), 118-120.
17. Димитрова, Л. М., & Кіхтан, Г. О. (2012). Причини та соціальні фактори суїцидальної поведінки підлітків. Вісник Національного технічного університету України Київський політехнічний інститут. Політологія. Соціологія. Право, (3), 72-77.
18. Бугайова, Н. М. Особливості розвитку суїцидальної поведінки у періоди вікових криз. Збірник наукових праць Інституту психології імені ГС Костюка НАПНУ. Актуальні проблеми психології, 9, 83-95.
19. Войтко, В. (2016). Характерні особливості суїциду та суїцидальної поведінки. Навчально-методичний посібник. Кропивницький: КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського.
20. Людера, Н. (2021). Психологічні чинники суїцидальної поведінки. *Освіта і наука*, (1).

21.Бочаріна, Н., & Гріненко, А. (2014). Соціально-психологічні особливості суїцидального ризику підлітків. Гуманітарний вісник Державного вищого навчального закладу Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди. Педагогіка. Психологія. Філософія, (33), 183-191.

22.Тарасова, К. В. (2020). Психологічний супровід підлітків, схильних до суїцидальної поведінки.

23.Шумаєва, Л. М. (2014). Причини, мотиви і умови суїцидальної поведінки підлітків. Розділ 1. Актуальні проблеми педагогіки вищої школи та педагогічного менеджменту, 172.

24.Жужа, Н. М. Особливості аутоагресивної поведінки в підлітковому віці (Doctoral dissertation).

25.Кодацька, С. М. (2010). Морфофункціональні й психофізіологічні особливості підліткового віку (Doctoral dissertation, КНТУ).

26.Волощук, З. (2014). Гендерні особливості прояву тривожності у старшому підлітковому віці.

27.Макогін, А. С., & Міхеєва, Л. В. (2019). Підліткова тривожність як соціально-педагогічна проблема.

28.Калиниченко, І. О., Стеценко, О. В., Стеценко, Н. М., & Стефанік, Т. В. (2012). Оцінка стану здоров'я школярів загальноосвітніх навчальних закладів різного типу.

29.Погорелко, О. В. (2012). Аутоагресивна поведінка у дітей підліткового віку: необхідність вирішення проблеми та напрями її розв'язання. *Український вісник психоневрології*, (20, вип. 3), 212-213.

30.Дроботун, О. С. (2012). Викривлення внутрішньої картини здоров'я у підлітковому віці та шляхи його корекції. *Науковий вісник Миколаївського державного університету імені ВО Сухомлинського. Серія: Психологічні науки*, (2, Вип. 9), 90-94.

31.Лобанова, А. С., & Калашнікова, Л. В. (2017). Робота з підлітками-девіантами: соціологічний та психологічний аспекти: підручник для студентів вищих навчальних закладів.

32.Мельник, Д. С. Тривожність та її вплив на розвиток підлітка. Уманський державний педагогічний університет ім. П. Тичини Хмельницький національний університет Кафедра психології та педагогіки, 36.

33.Щудро, С. А., Дроздова, І. В., & Журавель, Т. О. (2010). Вікові та гендерні особливості характеру підлітків. *Медичні перспективи*, 15(3), 97-102.

34.Усупчук, І. (2019). Психосоматичні кореляти в аспекті розвитку іпохондричної поведінки особистості. *Психологічний журнал*, 5(8), 174-189.

35.Візнюк, І. М. (2017). Особливості прояву іпохондричних розладів у фахівців різних професій. *Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка*, (2 (88)), 56-60.

36.Візнюк, І. М. (2019). Критеріально-результативна складова моделі поведінки особистості з іпохондричними розладами. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*, 41.

37.Чугунов, В. В., & Дьома, І. С. (2018). Клініко-анамнестичні атрибути різних варіантів іпохондричної симптоматики у хворих на кардіоваскулярну патологію.

38.Візнюк, І. М. (2020). Соматичне підґрунтя у зародженні іпохондричної хвороби. *Актуальні проблеми психології*, 65.

39.Dammann, G., & Polishchuk, V. (2020). Маленький принц–самогубство серед підлітків. *Psychosomatic Medicine and General Practice*, 5(2).

40.Опара, Н. М. (2017). *Смертельні кити атакують українських підлітків* (Doctoral dissertation, Полтавська державна аграрна академія).

41.Вашека, Т. В. (2005). Профілактика самогубства серед підлітків: методика для вимірювання суїцидальних намірів.

42.Балухтіна, О. М., & Лебеденко, В. В. (2021). Технології соціальної роботи з профілактики суїцидальної поведінки у підлітків. *Секція 1 Методологічні аспекти сучасної соціальної роботи*, 46.

43.Андрусенко, Т. Г. Ознаки суїцидальної поведінки підлітків. *ББК 7*, с.11.

44.Лосієвська, О. Г. Когнітивні чинники суїцидальної поведінки підлітків (Doctoral dissertation, ОГ Лосієвська).

45.Терлюк, Л. (2017). Особливості суїцидальної поведінки у підлітків: теоретичний аспект.

46.Федосєєва, І. В. (2016). Вікові особливості суїцидальної поведінки підлітків. *Молодий вчений*, (1), 161.

47.Булах, І. С., & Лук'янов, А. О. (2013). Специфіка становлення самоствердження особистості підліткового віку. *Міжнародний науковий форум: соціологія, психологія, педагогіка, менеджмент*, (13), 154-163.

Бланк методики Опитувальник суїцидального ризику

І. Ю. Васильєвої, А. Г. Шмельова

Інструкція: «Зараз Вам буде пред'явлено список із 29 затвердження. Вам необхідно відповісти на них: «так» чи «ні». Працюйте не поспішаючи».

1. Ви все відчуваєте гостріше, ніж більшість людей.
2. Вас часто долають похмурі думки.
3. Тепер ви вже не сподіваєтеся досягти бажаного становища у житті.
4. В разі невдачі вам важко розпочати нову справу.
5. Вам безумовно не щастить у житті.
6. Робити вам стало важче, ніж раніше.
7. Більшість людей задоволені життям більше, ніж ви.
8. Тільки зріла людина може вирішити піти з життя.
9. Часом у вас бувають напади нестримного сміху чи плачу.
10. Зазвичай ви обережні з людьми, які ставляться до вас більш дружнелюбно, ніж ви очікували.
11. Ви вважаєте себе приреченою людиною.
12. Мало хто щиро намагається допомогти іншим, якщо це пов'язано із незручностями.
13. У вас таке враження, що вас ніхто не розуміє.
15. Людина, яка вводить інших у спокусу, залишаючи без нагляду цінне майно, винна приблизно стільки ж, скільки і той, хто це майно викрадає.
16. У вашому житті не було таких невдач, коли здавалося, що все закінчено.
17. Зазвичай ви задоволені своєю долею.
18. Ви вважаєте, що завжди потрібно вчасно ставити крапку.
19. У вашому житті є люди, прихильність до яких може дуже вплинути на ваше рішення і навіть змінити їх.

20. Коли вас кривдять, ви прагнете будь-що довести кривдникові, що він вчинив несправедливо.

21. Часто ви так переживаєте, що це заважає вам говорити.

22. Вам часто здається, що обставини, в яких ви опинилися, відрізняються особливою несправедливістю.

23. Іноді вам здається, що ви раптом зробили щось погане або навіть гірше.

24. Майбутнє видається вам досить безпросвітним.

25. Більшість людей здатні вимагати вигоди не зовсім чесним шляхом.

26. Майбутнє надто розпливчасте, щоб будувати серйозні плани.

27. Мало кому в житті довелося випробувати те, що ви пережили.

28. Ви схильні, так гостро переживати неприємності, що ви не можете викинути думки про це з голови.

29. Часто ви дієте необдуманно, підкоряючись першому пориву.

Таблиця А1

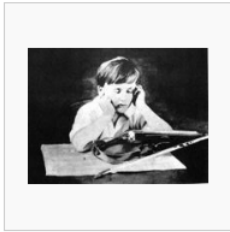
Ключ до методики Опитувальник суїцидального ризику

І. Ю. Васильєвої, А. Г. Шмельова

Шкала	Номер твердження	Індекс
Демонстративність	12, 14, 20, 22, 27	1, 2
Афективність	1, 10, 20, 23, 28, 29	1, 1
Унікальність	1, 12, 14, 22, 27	1, 2
Нереалізованість	2, 3, 6, 7, 17	1, 5
Соціальний песимізм	5, 11, 13, 15, 17, 22, 25	1
Культ самогубства	8, 9, 18	2, 3
Максималізм	4, 16	3, 2
Порушення часової перспективи	2, 3, 12, 24, 26, 27	1, 1
Антисуїцидальний фактор	19, 21	3, 2

Стимульний матеріал для діагностики суїцидального ризику за методикою ТАТ

Г.Мюррея у трактуванні Н. В. Сербіновської



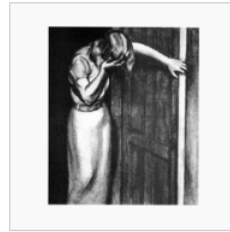
Карточка 1



Карточка 2



Карточка 3BM



Карточка 3GF



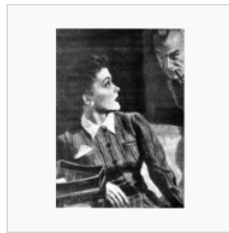
Карточка 4



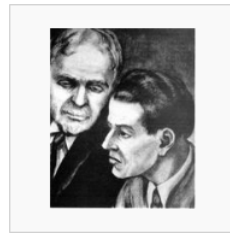
Карточка 5



Карточка 6BM



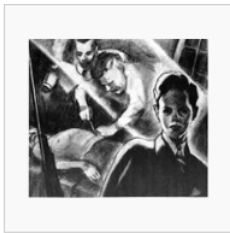
Карточка 6GF



Карточка 7BM



Карточка 7GF



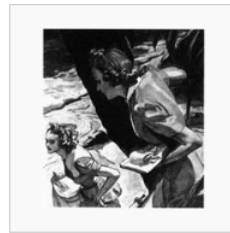
Карточка 8BM



Карточка 8GF



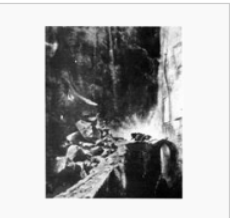
Карточка 9BM



Карточка 9GF



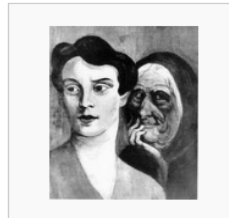
Карточка 10



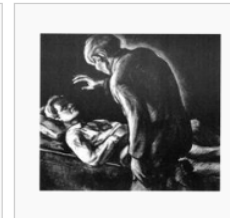
Карточка 11



Карточка 12BG



Карточка 12F



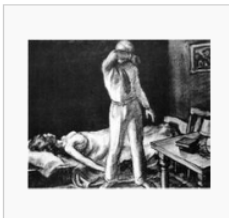
Карточка 12M



Карточка 13B



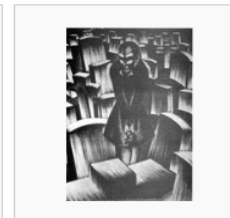
Карточка 13G



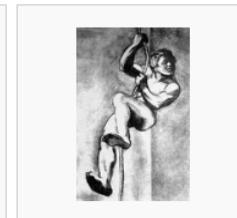
Карточка 13MF



Карточка 14



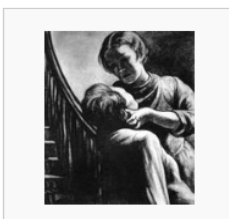
Карточка 15



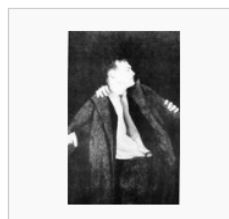
Карточка 17BM



Карточка 17GF



Карточка 18GF



Карточка 18BM



Карточка 19



Карточка 20

Бланк Короткого опитувальника тривоги щодо здоров'я (SHA1)

П. Салковскіс у адаптації Т. О. Желонкіної

Інструкція: «Зараз Вам буде пред'явлено список із 18 тверджень. Вам необхідно відповісти на них: «так» чи «ні». Працюйте не поспішаючи».

1. Я витрачаю значну частину часу на турботу про стан свого здоров'я.
2. Я уважний(-а) до різних болей в тілі.
3. Я уважний(-а) до тілесних проявів.
4. Я не можу протистояти думкам про хвороби.
5. Я боюся початку серйозного захворювання.
6. Я вважаю себе хворим.
7. Я не можу перестати думати про своє здоров'я.
8. Я відчуваю полегшення, коли лікар каже, що не потрібно ні про що турбуватися.
9. Коли я чую про якусь хворобу, я починаю думати про те чи може вона бути в мене.
10. Я помічаю бажання дізнатися що означають ті чи інші тілесні симптоми.
11. Я відчуваю ризик розвитку серйозного захворювання.
12. Я часто маю думки про наявність серйозного захворювання у себе.
13. Мені нелегко відволіктися від незрозумілих відчуттів в тілі.
14. Моя сім'я та друзі вважають, що я занадто стурбований(-а) своїм здоров'ям.
15. Я можу продовжувати радіти життю навіть якщо серйозно хворію.
16. Я вірю, що є можливість вилікуватися навіть від найсерйознішої хвороби.
17. Я відчуваю, що серйозне захворювання руйнує моє життя.
18. Я почуваю себе нікчемним(-ою) через хворобу.

Бланк опитувальника «Індекс гарного самопочуття» (WHO-5)

Інструкція: «Обведіть одну із цифр навпроти кожного із п'яти тверджень, залежно від того наскільки вони відображають ваше самопочуття протягом двох останніх тижнів. Більш високий бал свідчить про хороше самопочуття.

1. Я почуваюся бадьорим(-ою) і в хорошому настрої	5	4	3	2	1	0
2. Я почуваюся спокійно та невимушено	5	4	3	2	1	0
3. Я почуваюся активно та енергійно	5	4	3	2	1	0
4. Я відчуваю, що достатньо відпочиваю	5	4	3	2	1	0
5. Кожного дня відбуваються події, що цікавлять мене	5	4	3	2	1	0

Бланк анкети «Суб'єктивна оцінка здоров'я» (СОЗ)

Інструкція: «Зараз Вам буде пред'явлено список із 29 тверджень. Вам необхідно відповісти на них: «так» чи «ні». Працюйте не поспішаючи».

1. Чи турбує вас головний біль?
2. Чи можна сказати, що ви легко прокидаєтесь від будь-якого шуму?
3. Чи турбують вас біль у серці?
4. Чи вважаєте ви, що останніми роками у вас погіршилася чутка?
5. Чи вважаєте ви, що останніми роками у вас погіршився зір?
6. Чи намагаєтесь ви пити тільки кип'ячену воду?
7. Чи поступаються вам місцем у громадському транспорті?
8. Чи турбують вас біль у суглобах?
9. Чи впливає на ваше здоров'я зміна погоди?
10. Чи бувають у вас такі періоди, коли через хвилювання ви втрачаєте сон?
11. Чи турбують вас запори?
12. Чи турбують вас болі в печінці?
13. Чи бувають у вас запаморочення?
14. Чи вважаєте ви, що зосередитись зараз вам стало важче, ніж у минулі роки?
15. Чи турбують вас ослаблення пам'яті, забудькуватість?
16. Чи відчуваєте ви у різних частинах тіла печіння, поколювання, «повзання мурашок»?
17. Чи турбують вас шум чи дзвін у вухах?
18. Чи тримаєте ви собі в домашній аптечці одне з наступних антибіотиків: валідол, нітрогліцерин, серцеві краплі?
19. Чи доводиться вам відмовитись від деяких страв?
20. Чи бувають у вас набряки на ногах?
21. Чи буває у вас при швидкій ходьбі задишка?
22. Чи турбують вас болі в області попереку?

23. Чи доводиться вам вживати з лікувальною метою будь-яку мінеральну воду?
24. Чи турбує вас неприємний смак у роті?
25. Чи можна сказати, що ви легко плакати?
26. Чи буваєте ви на пляжі?
27. Чи вважаєте ви, що зараз ви так само працездатні, як і раніше?
28. Чи бувають у вас такі періоди, коли ви почуваетесь радісно збудженим, щасливим?
29. Як оцінюєте стан свого здоров'я?