

УДК: 159.99

Н. М. Бугайова

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПЕРІОДИ ВІКОВИХ КРИЗ

Відомості про автора: Бугайова Наталія Михайлівна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник, медичний психолог, провідний науковий співробітник лабораторії загальної психології та історії психології імені А.В.Роменця Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України, e-mail: n.m.bugaeva@yandex.ru

В роботі розглядаються вікові аспекти суїцидальної поведінки, аналізуються особливості суїцидального ризику у періоди вікових криз та причини, що призводять до самогубства.

Ключові слова: Суїцидальна поведінка, суїцидальна спроба, аутодеструктивна поведінка.

Однією з найбільш гострих проблем сучасного суспільства є проблема аутодеструктивної поведінки, крайнім проявом якої є суїцид. Аутодеструкція – специфічна форма поведінки в у кризових та екстремальних ситуаціях. Зараз в Україні відбуваються активні процеси етнічного розвитку, на які неминуче накладаються процеси загальноглобалізаційного характеру. Існують фактори ризику, які мають зовнішні або внутрішні умови, що не є етіологічними, але які можуть впливати на формування та розвиток аутодеструктивної поведінки. За офіційними даними Державної служби статистики України, щорічно біля 12 тис. жителів України здійснюють суїцид, який завершується летально. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, рівень самогубств в країні становить більше 20 осіб на 100 тис. населення, що свідчить про належність до групи країн із високим та дуже високим рівнем самогубств. Найбільш гострою проблемою є аутодеструктивна та само руйнуюча поведінка підлітків та молоді.

Постановка проблеми. Проблема аутодеструктивної поведінки в сучасній Україні є досить актуальною. Не дивлячись на різноманітність підходів до існуючої проблеми у вітчизняній та світовій науці, вплив вікових криз на розвиток аутодеструктивної поведінки потребує більш ретельного вивчення.

Аналіз основних досліджень і публікацій. Відповідно до існуючої в офіційній медицині точці зору, у 19 столітті суїцид розглядався як хвороба, психічна аномалія (Ж.Д.Е. Ескіроль, Д.П. Фальре, Н.В. Пономарьов, П.Р. Розанов, В.П. Лебедев, Л.М. Дрознерс). Дана думка зберігалася протягом всього 19 століття. Більшість психіатрів: С. Корсаков, М.І. Сікорський, С.А. Баженов, С.А. Суханов вважали, що самогубства можуть здійснюватися під впливом певних обставин практично здоровими у психічному відношенні людьми.

Друга половина XX століття характеризується появою багатьох теоретичних концепцій (психоаналітичних, когнітивних, навчання), які трактують аутоагресію в залежності від ведучих факторів.

Одними дослідниками суїцидальна поведінка розглядається в рамках когнітивних порушень, пов'язаних з емоційними порушеннями (А. Antoon Leenaars, Aaron Beck). Іншими найбільше значення надається соціальним чинникам, наприклад, факторам навчання в процесі соціалізації (концепція D. Leser). За концепцією Ronald W. Maris домінуюча роль у розвитку аутоагресивної поведінки належить копінг-фактору. На думку А.А. Реана, аутоагресія є складним особистісним комплексом, що функціонує на різних рівнях. А.Р. Амбрумовою у 1971 році була запропонована концепція, згідно з якою суїцид є наслідком соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах переживаємого нею мікросоціального конфлікту.

Соціальні й особистісні чинники аутоагресії досліджуються у роботах О.Г. Пасічного, О.М. Моховикова, В.В. Сулицького. Аутоагресію вважали природженою інстинктивною рисою індивіда З. Фрейд, А. Адлер, Е. Фромм. В.І. Полтавець та В.С. Первий, навпаки, вважають її специфічною формою інстинкту самозбереження. Ступінь психологічної стійкості індивіда та здатність подолання кризової чи екстремальної ситуації залежить від його антивітальної резистентності. Антивітальна резистентність пов'язана з ресурсом особистості, який складається з різних структурно-функціональних характеристик загального плану забезпечення життєдіяльності людини та її специфічних форм реагування та адаптації в умовах, що змінюються.

Мотивації аутоагресивної поведінки присвячені роботи Е. Шнейдмана, К. Маннінгера, В.В. Сулицького, О.М. Моховикова, О.М. Вроно, Д. Васерман, Н. Фарбероу до поведінки, що саморуйнує, відносив не лише завершені самогубства, але й адикції, невиправдану схильність до ризику, необачний азарт, зневагу лікарськими рекомендаціями, трудоголізм та ін. Превенція та корекція суїцидальної поведінки розглядається у роботах Г.Я. Пилягіної та Ю.Р. Сидорик. Негативний вплив наслідування аутоагресивної поведінки відображений у прикладних дослідженнях К.І. Постовалової, С.Б. Борисова, Т. В'ямасон. Соціокультурний аналіз крайнього прояву аутоагресії – суїциду розглядається у роботах Р. Гарфінкель, N. Farberow, M. Atkinson. Відзначаються достовірні відмінності в ризику суїцидальної поведінки між представниками різних етнічних груп. Вплив на частоту суїцидів та їх розподіл серед представників різних етнічних груп населення вивчали Р. Sainsbury, В. Barraclough. Наприклад, високий рівень, порівняно з іншими національностями, відзначається в угро-фінського населення. У США суїциди у білих зустрічаються в 2,5 рази за частіше, ніж у негритянського населення, а в індіанців частіше, ніж у білих. У різних етнічних групах ставлення до суїциду розрізняється. Також розрізняються прояви аутоагресії у представників різних етносів у межах однієї країни. Превенція та корекція суїцидальної поведінки розглядається у роботах Г.Я. Пилягіної, Л.Н. Юр'євої та Ю.Р. Сидорик.

Мета статті: Дослідити особливості суїцидальної поведінки осіб, що належать до різних вікових категорій та визначити вплив вікових криз на

розвиток аутодеструктивної поведінки.

Виклад основного матеріалу. Суїцид – складний біосоціальний феномен, що виникає в результаті несприятливого впливу на людину індивідуально-особистісних, соціокультуральних та природних факторів. Зміст і значення суїцидальної поведінки змінювалися на різних етапах історичного розвитку суспільства. Так, суїцид сприймався як гідне завершення життя в античності (Рим, Стародавня Греція); був наслідуванням звичаєм, демонстрацією мужності у самураїв (Японія) [4]; входив у число релігійних ритуалів (Індія, Китай) [5]; засуджувався суспільством і переслідувався законом у народів, що сповідують християнство (Росія, Англія, Франція, Німеччина та ін.) [7], мусульманство (Аравія, Персія та ін.) [6], іудаїзм (Ізраїльсько-Іудейське царство, Вавилон, Південна Месопотамія, Ассирія, Фінікія) [4].

Види і способи самогубств обумовлені специфікою психологічного клімату у різних соціальних утвореннях і залежать від особливостей релігії та культуральних особливостей, домінуючого світогляду, характеру народних звичаїв і традицій, поширеності певних поведінкових моделей у суспільстві та від рівня їх соціальної оцінки, які у процесі історичного розвитку можуть змінюватися. Відзначаються достовірні відмінності в ризику суїцидальної поведінки між представниками різних етнічних груп. Наприклад, високий рівень, порівняно з іншими національностями, відзначається в угро-фінського населення. У США суїциди у білих зустрічаються в 2,5 рази за частіше, ніж у темношкірого населення, а в індіанців частіше, ніж у білих [16]. У різних етнічних групах ставлення до суїциду розрізняється. Також розрізняються прояви аутоагресії у представників різних етносів у межах однієї країни. К. Меннінгер вважав суїцид специфічним видом смерті, який припускає три невід'ємних елемента: вмирання, вбивства і жертви вбивства [13].

Самогубство розділяють на два основних типи: незапланований (імпульсивний) та запланований (раціональний). Незапланований тип суїциду характеризується раптовістю виникнення аутоагресивної реакції і швидкістю її реалізації. Частіше зустрічається у незрілих особистостей, осіб з певними особистісними та віковими особливостями (максималізм в оцінках, невміння прогнозувати ситуацію, безкомпромісність, емоційна нестійкість, психологічна незрілість, інфантилізм, підвищена уразливість, неадекватний рівень самооцінки, егоцентризм, негативізм, навіюваність, надмірна збудливість, високий рівень тривожності). Скоєнню аутоагресивних дій сприяє алкогольне або наркотичне сп'яніння, що є в багатьох випадках каталізатором у прийнятті індивідом суїцидального рішення. Виникненню суїцидонебезпечних ситуаційно-імпульсних дій також сприяють психогенні або реактивні стани. Такі самогубства найбільш часто виникають у результаті сімейних, навчально-виробничих, інтимно-особистісних конфліктів або можуть з'явитися наслідком делінквентної поведінки. До раціонального типу відносять суїцидальну поведінку психічно здорових осіб, при наявності важкого невиліковного соматичного захворювання. Тип продуманих та ретельно підготовлених суїцидів більш характерний для осіб зрілого та

похилого віку, які переживають стан глибокої психологічної кризи. Думка про добровільну та своєчасну з точки зору суїцидента смерть, приходить після визначення ним негативних перспектив свого подальшого існування.

Нормативні вікові кризи виникають на всьому протязі онтогенезу людини при переході від однієї вікової сходинки до іншої і являють собою нетривалі за часом періоди, в які відбуваються різкі психічні зміни, зумовлені системними якісними змінами у різних сферах життя та діяльності особистості. В результаті фруструючого впливу на психіку індивіда кризової ситуації відбувається зміна особистісної установки, що виражається в переоцінці його ставлення до життя, зміни світовідчуття, встановлення стійкого песимістичного забарвлення світогляду, оцінок і суджень, появі антивітальних думок, видозміні й подальшому переструктуруванні ціннісної ієрархії, блокуванні життєвих цілей. Дана форма суїциду носить запланований, добре підготовлений, ретельно продуманий характер, використовується інформація про ступінь летальності способу, що застосовується, ступеню токсичності речовин, які вживаються та швидкості їх впливу на організм. Подібні суїцидальні дії рідко не закінчуються летальним результатом. Запланованій смерті можуть заважити термін придатності лікарського препарату або отруйної речовини, невірно розрахована сила механічного впливу, випадкове втручання сторонньої особи і своєчасне надання необхідної допомоги та інше). Такі незавершені суїциди мають тенденцію до повторення. Чим більше глибина і значущість існуючої конфлікту для особистості, чим менше можливість реального вирішення кризової ситуації, тим більша ймовірність повторення суїцидальної спроби.

Суїцидальна поведінка залежить не лише від типу особистості і кризової ситуації, у якій виник суїцид, але і від вікових особливостей суїцидента. Суїцидальна поведінка дітей до п'яти років практично не зустрічається. З дев'ятирічного віку відзначається підвищення суїцидальної активності серед молодших школярів. На вік менше дев'яти років припадає 2,5% від загального числа самогубств серед дітей [15]. Збільшення числа самогубств спостерігається до 14-15 років, досягаючи максимального рівня в 16-18 років. За даними А.Е. Личко, що проводив дослідження серед підлітків з незавершеними суїцидами, 4% склали особи у віці 12-13 років, 12% у віці 14 років, 21% 15 років, 31% 16 років і, найбільше число самогубств – 32% було представлено особами у віці 17 років [10]. Суїцид, на думку ряду авторів, досить рідко пов'язаний з психічними захворюваннями та реактивною депресією (Л.Н. Юр'єва, 1998) [11]. У більшості випадків самогубство представлено ситуаційними реакціями, найбільш часто реакціями протесту й опозиції. Найчастіше причиною самогубств і суїцидальних спроб є сімейні сварки, агресивне ставлення до дитини її батьків або близьких, рідше конфлікти з однолітками або вчителями. Джерелом ситуаційних реакцій у 80% випадків є сімейні конфлікти (В.В. Ковальов, 1987). Для дітей до 12 років найбільш характерний імпульсивний тип суїциду. Причиною імпульсивних суїцидальних дій у підлітковому віці 12-17 років є конфлікти з батьками, однолітками, вчителями. У осіб цієї вікової категорії нерідко відзначаються ретельно продумані і заплановані суїцидальні дії, основою

яких є екзистенційна криза, обумовлена психологічною депривацією. У 59,4% дітей з суїцидальною поведінкою, у віці 7-14 років спостерігався замах на самогубство. Для осіб підліткового віку найбільш характерні суїциди, метою яких не є смерть. Це лише спосіб домогтися бажаних результатів (наприклад, заклик про допомогу, протест, помста та інше).

В основі виникнення суїцидальної поведінки у дітей та підлітків лежить емоційна нестійкість, підвищена ранимість, незакінченість процесів формування організму, психологічного формування особистості. Для осіб даної вікової категорії характерні тенденції ідеалізації почуттів дружби, кохання, сексуальних стосунків. Необ'єктивне сприйняття дійсності, відсутність життєвого досвіду, при зіткненні з жорсткою реальністю сприяє виникненню у дітей і підлітків депресивних реакцій, що супроводжуються розчаруванням, ідеями самозвинувачення та виникненням аутодеструктивної та суїцидальної поведінки. Значна роль у механізмах розвитку суїцидальної поведінки належить умовам, що сприяють виникненню і подальшому розвитку суїцидальної поведінки. А.Є. Личко і А.О. Александров, відзначають, що в групі обстежених підлітків у віці 14-18 років, у 49% спостерігався афективний тип суїцидальних реакцій [11]. Для суїцидальної поведінки підлітків найбільш характерне виникнення гострих ситуаційних реакцій, які проявляється на патологічному і на непатологічному рівнях, що супроводжується зміною самооцінки і порушенням комунікативних стосунків. Незрілій особистості властиві завищена самооцінка і егоцентризм, неприйняття системи цінностей старшого покоління, які породжують підвищену потребу в особистій свободі часто виявляються у суперечності з матеріальною залежністю від батьків, а рівень домагань не завжди відповідає місцю, що займає незріла особистість в соціальній структурі. Незначні невдачі в навчанні або професійній діяльності сприймаються як особистий крах, що створює у аутоагресивно налаштованих підлітках відчуття власної неспроможності і породжує почуття неповноцінності, ущемлення, ображеної самозакоханості. Перебільшення понять гідності, обов'язку, честі, гіперболізація уявлень про справедливість, добро і зло, можуть в кризовій ситуації стати каталізатором у розвитку аутоагресивної реакції.

Підлітковий період є перехідним: іде біологічне й статеве дозрівання організму, психічного розвитку, виникає новий рівень самосвідомості (Л.И. Божович, 1992), відбувається соціалізація особистості. Підлітків відрізняє емоційна нестійкість, підвищена ранимість, необ'єктивне сприйняття дійсності, вони схильні до ідеалізації почуттів дружби, любові й сексуальних стосунків. Для осіб цього віку характерні переживання, пов'язані із власною зовнішністю, прийняттям чи неприйняттям їх однолітками, визнанням оточуючими їх здібностей й умінь. Переміна в поведінці викликана гормональною перебудовою організму й психологічними змінами, прагненням до самопізнання, самоствердження й самостійності. Під час підліткової вікової кризи й кризи юності, яка свідчить про завершення особистісної інтеграції й перехід до суб'єктного рівня розвитку [12], найбільше травматичною буде фрустрація інтимно-особистісної й навчальної сфер діяльності. Акцентації характеру, наявність комунікативних проблем (наприклад, внаслідок

дисморфоманії, ерейтопатії або псевдологічної поведінки), конфлікти з однолітками, педагогами або батьками, девіантна поведінка, можуть привести до формування аутодеструктивної поведінки, а саме прагненню до невиправданого ризику і створенню небезпечних ситуацій, самопошкодження, схильності до руйнування й саморуйнування, аж до суїциду.

Роль сім'ї, як найбільш значущого фактора для дитячого і підліткового віку більш суттєва і багатогранна, ніж для дорослої людини. Сім'я є основним середовищем, що формує і направляє духовно-соціальне життя підлітка. Збереження сім'ї грає значиму роль в розвитку аутоагресивної поведінки у дітей та підлітків. Більшість підлітків, які вчинили спробу самогубства, жили в неповних сім'ях. Наявність ранніх шлюбів (15-19 років), на думку американських психологів, не зменшують, а збільшують суїцидальний ризик (серед одружених юнаків в 1,5 рази, серед заміжніх дівчат в 1,7 разів), так як є, як правило спробою за допомогою шлюбу вирішити інші існуючі проблеми, наприклад, позбутися опіки батьків або нестерпної обстановки в батьківській родині та ін. Будь яким суїцидальним спробам, що здійснюються дітьми і підлітками, передують конфлікти в родині, з однокласниками, друзями або викладачами. Неблагополуччя в сім'ї, зрада, глузування товаришів, конфліктні стосунки в навчальному закладі, нерозділене кохання, матеріальні, житлово-побутові проблеми представляють основні причини аутоагресивної та суїцидальної поведінки серед осіб даної вікової категорії. Число самогубств у дітей 5-14 років зросло в 8 разів, порівняно з минулими 30 роками [15]. Співвідношення самогубств і суїцидальних спроб у підлітків 1:100.

У віці 17-29 років найбільш значимими є учбово-виробничі, трудові, інтимно-особистісні й сімейні стосунки, фрустрація яких може викликати розвиток аутодеструктивної поведінки: хімічних та поведінкових залежностей, заняття екстремальними видами спорту, екстремальним туризмом та екстремальними розвагами. Також молодий вік характерний переважанням суїцидальних спроб (100:1 по відношенню до завершених самогубств), зі значним (10:1) переважанням дівчат. У різних дослідженнях варіабельність цих статистичних даних коливається. У більшості випадків подібні суїцидальні дії носять імпульсивний характер і обумовлені сваркою або розривом стосунків з партнером. Приниження, байдужість, страх, самотність, комплекси, що особливо важко переносяться в періоди вікових криз, є найбільш частими причинами самогубств серед осіб даної вікової категорії. При цьому відзначаються такі особливості особистості, як збуджуваність (що досягає в деяких випадках рівня акцентуації) і емоційна нестійкість, завищена або занижена самооцінка, егоцентризм, негативізм, юнацький максималізм. Наявність епізодичній алкоголізації або наркотизації, також, формує підґрунтя для виникнення аутоагресивних ситуацій або є каталізатором реалізації суїцидальних намірів. Значну роль у формуванні аутоагресивної поведінки відіграє дезадаптація, яка пов'язана з порушенням соціалізації (невідповідність рівня домагань положенню, що займає людина, навчальна або професійна неспроможність та інше). Конфлікти в сім'ї найбільш часто пов'язані з розбіжністю у поглядах з батьками, неприйняттям цінностей старшого

покоління, матеріальною залежністю від старших. Значна роль у створенні суїцидонебезпечних ситуацій належить проблемам інтимно-особистісного характеру. Для осіб даної вікової категорії найбільш характерними є протесна і призовна форми суїцидальної поведінки. Зміна звичного життєвого укладу, конфлікти з однокласниками, викладачами та представниками адміністрації навчальних закладів, непереносимість високих навчальних навантажень, вплив психотравмуючих факторів в особистісній та інтимній сферах, втрата одного з батьків, самотність, соціальна ізоляція, виникнення або загострення соматичних, нервово-психічних захворювань, страх психіатричного обліку після суїцидальної спроби є основними причинами соціально-психологічної дезадаптації осіб молодого віку.

Згідно даним ВООЗ, самогубства є другою провідною причиною смерті серед молодих людей 15-29 років [9]. Період дорослості – час самореалізації особистості, генерації, продуктивної трудової й творчої діяльності. Провідними потребами виступають потреба в праці й суспільному визнанні, вираженні власної індивідуальності, соціальної стабільності, вихованні нового покоління, задоволенні особистих потреб, як духовних так і матеріальних, перегляді життєвих програм (Д. Левінсон, 1978, 1986) і способів їх реалізації. Соціальна й професійна неспроможність, розбіжність між особистими планами й суб'єктивними-об'єктивними причинами, які утрудняють їх реалізацію, наявність фінансових проблем, конфліктів в сімейній, інтимно-особистісній і побутовій сферах, падіння соціального престижу, безробіття, проблеми з власною зовнішністю, пов'язані із процесом старіння, наявність егоцентричних налаштувань, можуть стати причиною формування й розвитку аутоагресивної поведінки в середньому віці. У віці 30-55 років характер суїцидальної поведінки знаходиться в прямій залежності від тривалості і суб'єктивної значущості психотравмуючої ситуації. Завершені самогубства частіше зустрічається у чоловіків (4:1). Причиною є фінансові проблеми, безробіття, алкогольна або наркотична залежність. Суїцидальні спроби, найбільш характерні для жінок, зумовлені родинними й інтимно-особистісними причинами (розлучення, зрада та інше).

Для зрілого віку характерна більш реалістична оцінка власних можливостей в плані перспектив на майбутнє. Виникнення психологічної кризи можливе при появі або збільшенні розбіжності між великими особистими планами і наявністю суб'єктивних та об'єктивних причин, що ускладнюють їх реалізацію. В середньому віці значно ускладнюються покладені на індивіда соціальні та професійні функції, що підвищують вимоги до адаптаційних можливостей особистості, її вмінню знаходити і приймати оптимальні рішення, контролювати ситуацію і власні емоції, пристосовуватися до нових життєвих умов і змін, що відбуваються. Невміння впоратися з відповідальністю за власне життя, утриманство, егоцентричні установки, інфантилізм, завищена або занижена самооцінка різко знижують можливості своєчасного і повноцінного включення механізмів психологічного захисту. Особливу значущість набувають сімейні стосунки. Індивід прагне знайти в сімейно-шлюбних стосунках любов, підтримку, розуміння, захист, надійність і стабільність. Сімейні проблеми пов'язані з хворобою або смертю близьких (чоловіка, батьків, дітей), погроза розриву подружніх стосунків в силу яких-

небудь причин (подружня зрада, сексуальна неспроможність та інше), розбіжності з принципових питань у поглядах на життя з близькими (проблема нерозуміння між поколіннями), житлове питання, матеріальне неблагополуччя та інше, є причиною багатьох істинних та демонстративно-шантажних суїцидів. Найбільш поширеними причинами самогубств серед осіб зрілого віку є: конфлікти в сім'ї і інтимно-особистісній сферах, смерть близьких, падіння соціального престижу, професійна неспроможність, важке невиліковне соматичне захворювання (провідне до фізичних страждань, обмеженням у багатьох сферах діяльності або летального результату), наркотизація, алкоголізація (одного або декількох членів сім'ї). Для цієї вікової категорії характерні такі мотиви суїцидальної поведінки як: уникнення, відмова, заклик, самопокарання. Слід враховувати, що такий мотив як відмова не обов'язково передбачає непереносимість будь-якої конкретної ситуації для індивіда, але може виражати гіперреалістичне, песимістично забарвлене ставлення до світу у зрілих, глибоких особистостей.

Одним з найбільш критичних періодів у житті індивіда є старіння. У період пізнього віку 60-70 років виникає необхідність духовної реалізації, переосмислення життя, ретроспективного аналізу пройденого життєвого шляху й підготовки до смерті. Провідними стають тілесні потреби, потреба в безпеці й стабільності. Стресові навантаження і психотравмуючі переживання, що пов'язані зі зміною соціального статусу, виходом на пенсію, появою соматичних недугів, зміною звичного життєвого укладу, звуженням кола спілкування, посиленням страху самотності, беспорядності, залежності від інших людей, танатофобією, а також хворобливим переживанням, пов'язаним зі смертю близьких різко порушують звичні життєві стереотипи, звужують адаптаційні можливості особистості, збільшують ймовірність психогенних реакцій, що у свою чергу провокує виникнення кризових станів та депресій. Поряд з інтересом до власного здоров'я, для осіб літнього й похилого віку релігійне світосприймання набуває актуальності й, у випадку несприятливих складових може привести до аутодеструктивної поведінки, що проявляється у хімічних та поведінкових адиктивних реалізаціях: медикаментозній залежності, алкоголізмі, гамбринізмі, залежності від «здорового способу життя», застосуванні нетрадиційних методів відновлення здоров'я, нав'язливому духовному пошуку й релігійному фанатизмі, посиленні суїцидальної активності. У літньому віці суїцидальна поведінка обумовлена різкою зміною звичного способу життя внаслідок втрати колишнього рольового значення (вихід на пенсію, втрата роботи, сімейно-побутові конфлікти та інше). Суїцидальний мотив може бути не єдиним. Можлива наявність кількох мотивів, один з яких буде провідним, а інші до нього приєднуються. Досить часто, в одному комплексі виступають найбільш поширені мотиви призову і протесту, а також мотиви уникнення моральних і фізичних страждань і самопокарання (при наявності самозвинувачення).

Похилий вік (старіше 70 років) характеризується застосуванням завідомо летальних способів самогубств. У літньому і похилому віці самогубства та суїцидальні спроби зустрічаються в співвідношенні 1:1. Американські дослідники відзначають, що 25% від загального числа самогубств припадає на

вік старіше 65 років. Серед осіб даної вікової категорії найбільш часто суїцидальна активність викликана самотністю, важкими соматичними захворюваннями. Не слід походження суїциду в даній віковій групі пояснювати суто біологічними причинами. Важлива роль серед самогубств належить соціально-психологічним чинникам. У літньому віці більшість людей перебуває на пенсії і змушені перебудувати своє життя залежно від нової ситуації, оточуючих людей і обставин, що змінилися. Старіння, безумовно, пов'язано з фізичним виснаженням, зміною психологічних аспектів і позицій особистості. Це, значною мірою, сприяє формуванню песимістичних налаштувань особистості. Підвищена образливість призводить до зайвої конфліктності, що ускладнюється віковими захворюваннями. З-за підвищеної помисливості і збудливості, навіть не складні стресові ситуації сприймаються як безвихідні. У багатьох літніх людей їх становище починає викликати почуття неповноцінності, беззахисності, ненадійності, підвищується потреба в увазі близьких і оточуючих. Особливо важко в цьому віці переноситься самотність, відсутність спілкування. Хвороби, що насуваються, підсилюють прогресуюче відчуття безпорадності, непотрібності. С.В. Бородин, А.С. Міхлін відзначають, що в цілому, «розгляд вікової структури самогубств показує, що в більшості країн... пік самогубств припадає на старші групи, причому підвищення відбувається рівномірно: чим старіше особи, тим частіше серед них спостерігаються випадки суїцидів» [8].

Похилий вік, також, характеризується поганою адаптацією при переїздах, зміні місця проживання, особливо в результаті вимушеного переселення, що пов'язано з бойовими діями чи екологічними катастрофами, міграції, еміграції, різкій зміні навколишнього оточення, звичного укладу життя, що значною мірою сприяє виникненню суїцидальної поведінки. Суїцидальні акти у випадку незавершеності мають тенденцію до повторення. За даними І. Ovenstone (1973) спроба самогубства збільшує ризик завершеного суїциду для особи, що її здійснила, на найближчий рік в 100 разів. У роботах R. Ettinger (1964), A. Pocorny (1966), D. Byglass, J. McCulloch (1970) й ін. наводяться дані, що свідчать про те, що досить великий відсоток осіб, які вчинили суїцидальні акти, що закінчилися летальним результатом в анамнезі мали суїцидальні спроби [14, С.114]. 76% чоловіків похилого віку зверталися до лікаря за 1 місяць до вчинення самогубства, 33% за 1 тиждень, а 10% за 1 день до суїциду [15]. Здійснюючи суїцид, людина апелює до почуттів близьких та оточуючих людей, прагнучи викликати жалість і співчуття, домогтися розуміння, більш серйозного до себе ставлення або довести власну правоту будь-яким способом. За даними ВОЗ (2014) на кожний летальний випадок суїциду припадає більше 20 випадків суїцидальних спроб, а від 20% до 30% осіб, суїцидальні дії яких не закінчилися летальним результатом, здійснюють повторні суїцидальні спроби протягом року. Найчастіше вчиняють самогубства особи у віці від 15 до 34 років та від 40 до 49 років. У більшості це особи чоловічої статі, що мешкають у великих містах. [9].

Завдяки розвитку інформаційно-комунікаційних технологій суїцидальна поведінка розширила свої межі. Виникнення кіберсуїциду стало новим феноменом сучасного суспільства. Кіберсуїцид – це різновид групового або

індивідуального самогубства, що здійснюються за допомогою використання інтернет-ресурсів. Існує чотири типи кіберсуїциду: комунікативний кіберсуїцид (мережеве спілкування суїцидально налаштованих осіб, раніше не знайомих між собою, що об'єднуються з метою здійснення колективного самогубства внаслідок укладення між ними віртуального договору через інтернет), інформаційний кіберсуїцид (здійснення суїциду з використанням отриманих за допомогою інтернету відомостей про те, яким способом і за допомогою яких засобів вчинити самогубство), адиктивний кіберсуїцид (аутоагресивних дій, спровокованих інтернет-залежністю) та он-лайн кіберсуїцид (скоєння самогубства в реальному часі, перед веб-камерою або обговорення в чаті процесу самогубства, що здійснюється користувачем інтернет-ресурсів) (Бугайова Н.М., 2005) [2].

Суїцидентам притаманний ряд особливостей, зумовлених складом особистості. Крайня ступінь вираженості певних характерологічних рис особистості при несприятливому збігу обставин здатна стати суїцидогенною. У сфері самосвідомості це неадекватний рівень самооцінки [підвищена-занижена]; самозвинувачення [інтрапунітивність, екстрапунітивність]; егоцентризм – самозаперечення; самовпевненість – невпевненість у собі), порушення цілепокладання [відсутність мети – прихильність до якої-небудь однієї мети]. Особливості емоційно-вольової сфери (емоційна нестійкість, імпульсивність – зацикленість на негативно забарвлених переживаннях, емоційна залежність, застрягаємість; підвищена ранимість, недовірливість, схильність до формування песимістичного світогляду); динамічні особливості суїцидентів: високий рівень особистісної та ситуативної тривожності.

Для суїцидентів характерне порушення вольового контролю (утруднений модус прийняття рішення – надмірна швидкість, безкомпромисність у прийнятті рішень; несамостійність – самостійність-залежність, категоричність у прийнятті рішень); у комунікативній сфері це (проблема спілкування: надмірна товариськість – нетовариськість; самотність; яскраво виражена потреба в емпатичному контакті) [3].

Підвищенню суїцидального ризику можуть сприяти: збудливість, емоційна лабільність, емоційна реактивність, сенситивність, експлозивність, імпульсивність у прийнятті рішень, інфантилізм, високий рівень тривожності. Наявність таких психофізіологічних і психомоторних симптомів, як рухове занепокоєння, порушення сну, втрата апетиту, тахікардія, вегето-судинні порушення, шлунково-кишкові розлади, підвищена нервозність та ін., також є ознаками кризи.

Суїцидентам в більшості випадків, притаманний високий рівень ситуативної тривожності і тривожності, що є стабільною властивістю особистості, що цілком співпадає з висновком А.Р. Амбрумової і А.Р. Ратинова, які відзначали, що «... незрівнянно більш високий рівень тривожності, характерний для суїцидентів в поєднанні з... їх психологічним станом, створює підґрунтя для виникнення у них стресового стану, навіть за незначних приводів, в ситуаціях, що не провокують конфліктні переживання та стрес в осіб іншого складу» [1, С.40].

Висновки. Вибір виду і способу самогубства обумовлюється рядом факторів та залежить від тривалості пресуїцидального періоду; особливостей особистісної структури; віку, статі; серйозності суїцидального рішення; інформованості про способи самогубств і про летальність засобів, що використовуються; соціо-культуральних факторів, які включають певні історико-культуральні, етнічні, релігійні, етичні і естетичні уявлення про суїцид і про форми вираження суїцидальних дій; наявності захворювання і ступеня психічної патології (психічно хворі можуть здійснювати надто жорстокі і витончені форми самогубств).

Особливості, обумовлені певним психологічним складом особистості, рисами характеру, значно підвищують ризик вчинення повторних суїцидальних дій. Повторність спроб лише серед осіб, госпіталізованих у зв'язку з суїцидальною спробою, становить протягом наступного року 20-30%. При різних психічних хворобах повторні суїциди відбуваються в 60% випадків протягом півроку.

Спроба самогубства є сама по собі психотравмуючим фактором, який обтяжує загальний стан суїцидента на тлі ситуації конфлікту, що викликала суїцид. При цьому рівень песимістичної особистісної установки суїцидентів щодо психотерапевтичних впливів досить високий і стійкий. Це виражається, насамперед, у зміні світовідчуття, похмурої забарвленості світогляду, появі песимістичних оцінок і суджень, а також у видозміні і подальшому переструктуруванні системи цінностей.

Відсутність повноцінних життєвих програм, різноманітних особистісно значущих інтересів і реальних далеких цілей роблять особистість більш вразливою і створюють умови для порушення цілісності та стійкості життєвого сенсу приводячи її, зрештою, до появи відчуття безглуздості існування.

Перспективи. Своєчасне виявлення суїцидальних тенденцій серед всіх вікових верств населення, усунення соціальних чинників, що сприяють формуванню та розвитку суїцидальної поведінки, проведення психогігієнічної роботи серед населення, виховання соціально позитивно орієнтованої особистості, розробка сучасних ефективних методів роботи з особами, схильними до аутодеструктивної поведінки та вдосконалення реабілітаційних програм щодо осіб, які вчинили спроби самогубства, будуть сприяти зниженню суїцидальної напруженості у суспільстві. Комплексна програма профілактики суїцидальної поведінки повинна об'єднувати напрямки психологічного, педагогічного, медичного, соціального та правового характеру.

Список використаних джерел

1. Амбрумова А.Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // Актуальные проблемы суицидологии. – М., 1978. – Т.82. – С.44-59.).
2. Бугаева Н.М. Киберсуицид. Психология общения. Энциклопедический словарь / Под общ. ред. А.А. Бодалёва. – М. – Изд-во «Когито-Центр», 2015. – 672 с. – С.440.

3. Бугаева Н.М. Психологические факторы суицидального поведения: Дис... канд. психол. наук: 19.00.01 / Киевский ун-т им. Тараса Шевченко. – К. – 1997.– 258 с.
4. Бугаева Н.М. Самоубийство (исторический аспект).– Киев, KSF, 1999.– 47 с.
5. Бугайова Н.М. Аналіз ритуальних самогубств в індуїзмі. Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка АПН України. – Київ, Т.IV, част.6, 2002.– 312 с.– С.34-41.
6. Бугайова Н.М. Проблема суїциду та іслам. Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка АПНУ. – Київ, Т.IV, част.7, 2002.– 332 с.– С.18-25.
7. Бугайова Н.М. Ставлення християнства до проблеми суїциду. Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка АПН України. – Київ, Т.V, част.1, 2003. – 316 с.– С.31-40.
8. Бородин С.В., Михлин А.С. Мотивы и причины самоубийств // Актуальные проблемы суицидологии.– М., 1978.– Т.82.– С.28-43.
9. Доклад ВОЗ «Предотвращение самоубийств: глобальный императив». – 2014. – 102 с. Информационный бюллетень №398, Сентябрь, 2014.
10. Личко А.Е. Психопатология и акцентуации характера у подростков. – СПб., – 2000.
11. Личко А.Е., Александров А.О. Суицидальное поведение подростков.// Клинико-психологические социальные и правовые проблемы суицидального поведения. – М. : 1974. – С.71-79.
12. Максименко С.Д.,Коваль І.А.,Максименко К.С.,Папуча М.В. Медична психологія / За редакцією академіка С.Д. Максименка. – Вінниця: «Нова Книга», 2008.
13. Меннингер К. Война с самим собой / К. Меннингер. – М. : ЭКСМО-Пресс, 2000.– 479 с.
14. Научные и организационные проблемы суицидологии // Сборник научных трудов Московского НИИ психиатрии. – М. – 1983.
15. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – 472 с.
16. Sainsbury P. and Barraclough B. Differences between suicide rates. – 1968.– Nature 220. – p.1252-3.

References transliterated

1. Ambrumova A.G. Individualno-psikhologicheskije aspekty suitsidalnogo povedeniya // Aktualnyye problemy suitsidologii. – М. 1978. – Т.82. – С.44-59.).
2. Buhaiova N.M. Kibersuitsid. Psikhologiya obshcheniya. Entsiklopedicheskij slovar / Pod obshch. red. A.A. Bodaleva. – М. – Izd-vo «Kogito-Tsentr». 2015. – 672 s. – S.440.
3. Buhaiova N.M. Psikhologicheskije faktory suitsidalnogo povedeniya: Dis... kand. psikhol.nauk: 19.00.01/Kiyevskiy un-t im. Tarasa Shevchenko.– К.– 1997.– 258 s.
4. Buhaiova N.M. Samoubiystvo (istoricheskiy aspekt).– Kiyev. KSF. 1999.– 47 s.
5. Buhaiova N.M. Analiz rytualnykh samohubstv v induizmi. Problemy zahalnoi ta pedahohichnoi psykholohii. Zbirnyk naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H.S. Kostiuka APN Ukrainy. – Kyiv, T.IV, chast.6, 2002. – 312 c. – С.34-41.

6. Buhaiova N.M. Problema suitsydu ta islam. Problemy zahalnoi ta pedahohichnoi psykholohii. Zbirnyk naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H.S.Kostiuka APNU.– Kyiv, T.IV, chast.7, 2002– 332 c.– С.18-25.

7. Buhaiova N.M. Stavlennia khrystyanstva do problemy suitsydu. Problemy zahalnoi ta pedahohichnoi psykholohii. Zbirnyk naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H.S.Kostiuka APN Ukrainy. – Kyiv, T.V, chast.1, 2003. – 316 c.– С.31-40.

8. Borodin S.V., Mikhlina A.S. Motivy i prichyny samoubivstv // Aktualnyye problemy suitsidologii.– М., 1978.– Т.82.– С.28-43.

9. Doklad VOZ «Predotvrashcheniye samoubivstv: globalnyy imperativ». – 2014. – 102 s. Informatsionnyy byulleten №398. Sentyabr. 2014.

10. Lichko A.C. Psikhopatolog. i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov.SPb.–2000.

11. Lichko A.C., Aleksandrov A.O. Suitsidalnoye povedeniye podrostkov. // Kliniko-psikhologicheskkiye sotsialnyye i pravovyye problemy suitsidalnogo povedeniya. – М. : 1974. – S.71-79.

12. Maksymenko S.D., Koval I.A., Maksymenko K.S., Papucha M.V. Medychna psykholohiia/Za redaktsiieiu akademika S.D.Maksymenka.–Vinnytsia: «N.K.», 2008.

13. Menninger K. Voyna s samim soboy / K. Menninger. – М. : EKSMO-Ppccc. 2000.– 479 s.

14. Nauchnyye i organizatsionnyye problemy suitsidologii // Сbornik nauchnykh trudov Moskovskogo NII psikhiiatrii. – М. – 1983.

15. Yuryeva L.N. Klinicheskaya suitsidologiya. – Dnepropetrovsk: Porogi. 2006. – 472 s.

16. Sainsbury P. and Barraclough B. Differences between suicide rates. – 1968.– Nature 220. – p.1252-3.

Бугаева Н.М. Особенности развития суицидального поведения в периоды возрастных кризисов.

Сведения об авторе: Бугаева Наталья Михайловна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, медицинский психолог, ведущий научный сотрудник лаборатории общей психологии и истории психологии имени А.В.Роменца Института психологии им. Г.С.Костюка НАПН Украины.

В работе рассматриваются возрастные аспекты суицидального поведения, анализируются особенности суицидального риска в периоды возрастных кризисов и причины, приводящие к самоубийству.

Ключевые слова: Суицидальное поведение, суицидальная попытка, аутодеструктивное поведение, суицид, кризис, фрустрация.

Buhaiova N.M. Features of development of suicidal behavior during periods of crisis age the owls. Information about the author: Buhaiova Nataliia, candidate of psychological Sciences (Ph.D.), senior researcher, clinical psychologist, Leading researcher of the laboratory of General psychology and history of psychology named after A.V.Romanza psychology Institute. G.S.Kostyuk NAPS of Ukraine.

Abstract: *The paper examines the age-related aspects of suicidal behavior. Analyzes the characteristics of suicide risk and reasons leading to suicide.*

Keywords: *Suicidal behaviour, suicide attempt, autodestructive behavior, suicide, crisis, frustration*