

Лисенко Ірина
Крайлюк Анна
Іванова Євгенія

КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСІБ ДОРΟΣЛОГО ВІКУ

В статті порушено проблему суїцидів та ризиків суїцидальної поведінки, особистісних особливостей осіб, які мали «суїцидальний досвід», особливості їх соціально-психологічної адаптації та клінічні предикти. Фахівці ВООЗ вважають, що по статистиці тільки один з чотирьох випадків суїцидальних спроб потрапляє в поле зору фахівців різного спрямування системи охорони здоров'я. Щорічно від самогубства вмирає близько одного мільйона людей, що становить середній показник смертності 16 на 100 000 осіб та приблизно в 20 разів вищою за кількість завершених самогубств. В Україні щорічно відбуваються близько 100-150 суїцидів серед на 8-9 тисяч населення. Важливим, в зв'язку з вищезазначеним, постає питання, вирішити яке намагаються як сучасні теорії, так і практикуючі фахівці: які предикти або чинники, що обумовлюють перехід від суїцидальних думок до суїцидальної спроби. Відомо, що суїцид є слідством соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитого мікросоціального конфлікту та ці конфлікти можуть бути пов'язані з різним колом причин. Коли місце людини в соціальній структурі перестає відповідати рівню його домагань, може виникнути дезадаптація, порушення соціалізації та відчуття відсутності перспектив. Саме тому однією з задач сучасних моделей при вивченні суїцидальної поведінки є оцінка суїциду як результату взаємодії різних груп факторів. Фахівці враховують динамічний фактор і намагаються вибудувати траєкторію суїцидальної поведінки. Суїциду, як правило, передуює нетипова для особистості раніше поведінка: закритість, нетовариськість, ухилення від контактів з оточуючими, підвищена примхливість, егоцентрична спрямованість на свої страждання. Якщо людина зробила спробу суїциду, то ризик повторної спроби зростає в перші 1 - 2 місяці.

В останні роки в суїцидології найбільшим визнанням користується концепція «діатез-стресу», згідно з якою суїцидальна поведінка розвивається в результаті наявності специфічного діатезу

(схильності до суїцидальної поведінки, або підвищеної чутливості до факторів, що знижують поріг його розвитку) і впливу стресорів (тригерів), які прискорюють формування такої поведінки.

В статті проаналізовано наукову літературу з проблеми клініко-психологічних предиктів суїцидальної поведінки у осіб дорослого віку. Розглянуто особистісні особливості осіб, які мають ризики суїцидальної поведінки, феномен суїциду та основні підходи до вивчення суїцидальної поведінки у осіб дорослого віку.

Ключові слова: суїцид, суїцидальна поведінка, агресія, імпульсивність, адаптація, особистість, депресивний розлад, тривога, стрес, онкозахворювання, психічна хвороба, психосоматика

Lysenko Iryna
Krayliuk Anna
Ivanova Yevgenia

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL PREDICTS OF SUICIDAL BEHAVIOR IN ADULTS

The article raises the issue of suicides and the risks of suicidal behavior, the personal characteristics of people who have had a «suicidal experience», the features of their socio-psychological adaptation and clinical predictors. WHO experts believe that according to statistics, only one in four cases of suicide attempts comes to the attention of specialists from various areas of the health care system. About one million people die from suicide every year, which is an average mortality rate of 16 per 100,000 people and approximately 20 times higher than the number of completed suicides. In Ukraine, about 100-150 suicides occur annually among 8-9 thousand of the population. In connection with the above, an important question arises, which both modern theories and practicing specialists are trying to solve: what predictors or factors determine the transition from suicidal thoughts to a suicidal attempt. It is known that suicide is a consequence of the socio-psychological maladaptation of the individual in the conditions of the experienced microsocial conflict and these conflicts can be associated with a variety of reasons. When a person's place in the social structure ceases to correspond to the level of his/her aspirations, maladaptation, socialization disorders and a feeling of lack of prospects may occur. That is why one of the tasks of modern models in the study of suicidal behavior is to assess suicide as a result of the interaction of various groups of factors. Specialists take into account the dynamic factor and try to build a trajectory of suicidal behavior. Suicide, as a rule, is preceded by behavior that is not typical for the individual before: avoidance of contacts with others, increased capriciousness, egocentric focus on his/her suffering. If a person has attempted suicide, the risk of a second attempt increases in the first 1 - 2 months. In recent years, the concept of "diathesis-stress" has gained the greatest recognition

in suicidology, according to which suicidal behavior develops as a result of the presence of a specific diathesis (propensity for suicidal behavior, or increased sensitivity to factors that lower the threshold for its development) and the influence of stressors (triggers) that accelerate the formation of such behavior.

The article analyzes the scientific literature on the problem of clinical and psychological predictors of suicidal behavior in adults. The personal characteristics of individuals at risk of suicidal behavior, the phenomenon of suicide, and the main approaches to the study of suicidal behavior in adults are considered.

Keywords: suicide, suicidal behavior, aggression, impulsivity, adaptation, personality, depressive disorder, anxiety, stress, cancer, mental illness, psychosomatics

Вступ

Дослідження присвячене аналізу змін у механізмі суїцидальної поведінки. До початку ХХ століття переважала психопатологічна концепція, за якою самогубство сприймалося як акт аутоагресії, який пов'язаний з патологічними захворюваннями. В актуальних дослідженнях все частіше визнається концепція непатологічних суїцидальних тенденцій, що є відповіддю на екстремальні стресові чи кризові ситуації. Такі підходи враховують феномени усвідомленості, відповідності у розумінні наслідків тощо.

Мета дослідження – теоретично дослідити психологічні особливості суїцидальної поведінки у осіб дорослого віку через призму різних моделей.

Постановка проблеми. Основні принципи пояснення суїцидальних ризиків ґрунтуються на психодинамічній, біологічній та соціокультурній моделях. У психодинамічному підході Вільгельм Штекель стверджує, що суїцид є наслідком депресії та агресії, спрямованої на інших людей, які кожна людина зрештою може звертати на себе (Shneidman E., 1995). Соціокультурна модель Еміля Дюркгейма (Durkheim E., 2005) пояснює взаємозв'язок можливості скоєння суїциду з рівнем соціальної віднесеності людини до різних груп - сімейних, релігійних та інституціональних. Чим міцніший зв'язок людини з цими групами, тим менша ймовірність вчинення суїциду. Дюркгейм пропонує виокремлювати три типи суїцидів: егоїстичний, альтруїстичний та суїцид на ґрунті аномії. Егоїстичний суїцид вчиняють люди, які не відчувають відповідальності перед суспільством та його нормами. Альтруїстичний суїцид вчиняється тими, хто глибоко інтегрований у суспільство і готовий пожертвувати своїм життям заради нього. Суїцид на ґрунті аномії скоюється людьми, у яких соціальне оточення не забезпечує їх стабільності та структури. У періоди економічних криз, коли громадські інститути послаблюються, підвищується рівень аномії, що може спричинити збільшення суїцидів в таких суспільствах.

Еміль Дюркгейм запропонував наступну класифікацію самогубств: «маніакальне» самогубство (характерне для осіб з продуктивною симптоматикою); самогубство «меланхоліків» (характерне для людей з «занепадами духу»); самогубство у осіб з нав'язливими ідеями, коли воно обумовлюється не реальними

мотивами, а тільки нав'язливими думками про смерть; імпульсивне самогубство, як і попереднє, є мало мотивоване, але різниця полягає в тому, що замість того, щоб бути результатом нав'язливої ідеї, яка більш-менш тривалий час переслідує людину і лише поступово опановує її волею, цей вид самогубства виникає від раптового та непереможного імпульсу (Durkheim E., 2005).

Дослідження Е. Шнейдмана, який виділив 10 характерних рис суїциду, включають такі положення: основною метою суїциду є пошук вирішення проблеми; головне завдання полягає у припиненні свідомості; причиною суїцидальних намірів є нестерпний психічний біль; стресором виступають незадоволені психологічні потреби; ключовою емоцією при суїциді є почуття безпорадності та безнадійності; внутрішнім ставленням до суїциду є амбівалентність; психічний стан при суїциді часто характеризується звуженням когнітивних процесів; типовою дією стає спроба втечі; комунікативним актом є повідомлення оточуючим про свій намір; закономірністю і те, що суїцидальна поведінка відповідає загальному стилю поведінки людини (Shneidman E., 1995).

На думку автора, усі перелічені вище загальні риси суїциду є універсальними та застосовні до всіх випадків самогубства, незалежно від статі, віку, етнічної приналежності, психіатричного діагнозу чи інших факторів, що впливають на суїцидальну поведінку.

Важливо, що на першому місці часто перебувають навмисні самоушкодження. До них можна віднести такі особливості, як відсутність усвідомлення наслідків своїх вчинків, захисні механізми або заперечення власної поведінки, поступовий розвиток деструктивних тенденцій, а також здобуття вторинної вигоди у вигляді співчуття з боку оточуючих тощо.

Нездатність ефективно регулювати емоційні реакції та висока інтенсивність афекту створюють ризик імпульсивної та самоушкоджуючої поведінки, як спроби впоратися з внутрішніми стражданнями. Особистості з ризиком суїцидальної поведінки часто переживають раптові та інтенсивні емоційні сплески, які, як правило, швидко минають, не залишаючи після себе чіткого уявного сліду. Це ускладнює здатність цих людей ділитися своїми переживаннями та станами з оточуючими. Неefективність психічних механізмів, що перетворюють афективні переживання на осмислені розумові процеси, веде до зниження інтенсивності хворобливих переживань та неможливості обговорювати важливі психологічні події. В результаті їх досвід залишається неосмисленим і невираженим вербально.

Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених цій темі, досі залишаються відкритими питання щодо ролі соціокультурних факторів та умовних «стимулів суїциду», які не завжди дозволяють передбачити спробу самогубства. У той самий час, клініцисти часто й досі неспроможні повністю пояснити, чому одні люди, перебуваючи за схожих обставин, наважуються на самогубство, а інші ні. Для глибшого розуміння цієї проблеми необхідно досліджувати як психологічні, так і соціокультурні та клінічні аспекти. Однак зростаюча кількість досліджень у галузі суїциду вселяє надію на те, що ці питання будуть вирішені.

Результати дослідження та їх обговорення. В останні роки в суїцидології найбільш визнаною є концепція «діатез-стресу», згідно з якою суїцидальна поведінка розвивається в результаті поєднання двох факторів: наявності специфічного діатезу (схильності до суїцидальних нахилів або підвищеної чутливості до факторів, які можуть знизити поріг для його виникнення) та впливу стресорів (тригерів), які пришвидшують формування суїцидальних тенденцій.

До факторів, що становлять діатез, відносять: особливості особистості, психічні розлади, відсутність соціальної підтримки, несприятливу спадковість, особливості особистісного розвитку, наявність чи відсутність релігійних переконань, зловживання психоактивними речовинами тощо (Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L., 1999).

Спостереження за людьми із суїцидальними нахилами виявляють кілька характерних станів: мінливість настроїв, що виявляється в коливаннях від позитивного афективного збудження до різкого зниження настрою та навпаки; переважання негативних емоцій; проблеми в регулюванні та контролі афекту; імпульсивність в інтелектуальних рішеннях та діях.

Дж. Манн (Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L., 1999, Mann J.J., 1998). пропонує розглядати суїцидальну поведінку як трьохкомпонентну систему з біохімічних позицій, що включає моноамінергічну медіацію та гіпоталамо-гіпофізарно-кортикоїдну систему (механізм швидкого реагування на стрес), серотонінергічну систему (контроль агресивних імпульсів та депресії), а також імунну систему та ліпідний обмін (здатність посилювати патохімічні зміни у мозку). Генетичні зміни в цих компонентах можуть призвести до недоліків або гіперреакцій, що сприяє формуванню побічних поєднань таких рис, як суїцидальні нахили, агресивність, імпульсивність, нестійкість до стресу та депресія. Ці характеристики можуть активуватися під впливом різних клініко-психологічних факторів (Jager-Hyman S., Cunningham A., Wenzel A., et al., 2014).

Вивчення випадків завершених суїцидів та суїцидальних намірів дозволяють виявити різні смислові типи особистісних позицій, їх змістовні та динамічні особливості, а також емоційний фон. Зазначається, що ключову роль в цих процесах грає вторинне сприйняття ситуації та внутрішньоособистісні кризи. В такі моменти людина, виходячи зі своєї позиції, може відчувати неможливість реалізації або збереження своїх глибоких устремлінь та життєвих цінностей, що призводить до втрати сенсу життя. У зв'язку з цим, найважливішою категорією аналізу є особистісна позиція, яка формулюється на основі осмислення конфлікту та власного місця у ньому (смислового способу ситуації), а також самоставлення суб'єкта. У відповідь на цю кризу, формуються захисні механізми, спрямовані на пом'якшення душевного болю, збереження позитивного самовідчуття та перебудови ціннісної системи особистості, що дозволяє знайти нові життєві сенси на заміну втраченим чи неможливим (Shneidman, E., 1995, Jager-Hyman S., Cunningham A., Wenzel A., et al., 2014).

Наявність психопатологічних розладів не означає тотожності з суїцидальними намірами, думками та поведінкою. Хоча психічний розлад може

бути причиною ризику суїциду, він сам по собі не є прийнятною умовою для того, щоб людина вчинила самогубство. Серед людей, які завершили суїцидальні спроби, зустрічаються ті, хто не страждає на хворобливі захворювання. У той же час є пацієнти з психічними розладами, які ніколи не вдавалися до суїцидальної поведінки. Таким чином, одним із ключових питань в дослідженнях у галузі суїциду є прояв факторів, крім захворювань, але пов'язаних із хворобами, які можуть схилити людину до суїцидальних дій.

Так, при вивченні психологічного стану людини в кризових станах, пов'язаних з онкологічними захворюваннями, особлива увага приділяється вивченню мотиваційної сфери пацієнтів, яка виявляється як перед операцією, так і в післяопераційний період, а також протягом 3-5 років після лікування. Також важливими є дослідження ризиків суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією. Кризова ситуація під час встановлення діагнозу та лікування призводить до зміни життєвої позиції особистості - від «приреченості» до «позиції соціальної адаптації». Ці зміни трансформують усю мотиваційну сферу людини, змінюють домінування й призводять до зміни мотивів. Вивчаючи механізм патологічних змін особистості в кризових ситуаціях, дійшли висновку, що в онкологічних хворих відбувається перебудова мотиваційної сфери, яка проявляється у вигляді «зсуву мети життя на мотив». В онкологічних хворих раніше «діючі мотиви втрачають свою спонукальну силу, переходять у розряд цілей у структурі головного, провідного мотиву збереження життя». Емоційне напруження у хворих з онкологічними захворюваннями спадає тільки через 10-15 років, коли з'являється впевненість в одужанні.

Методи щодо інформування про суїцидальні наміри є важким завданням для фахівців. Вирізняють чотири типи такого інформування: пряме усне повідомлення (коли людина відкрито ділиться планами щодо суїциду); додаткове усне повідомлення (наприклад фраза «Я більше не можу так жити»); пряме невербальне інформування (наприклад, придбання медикаментів) та додаткове невербальне повідомлення (наприклад, раптове продовження планування чи роздача особистих речей без пояснення причин) (Diekstra RF, Garnefski N., 1995).

Нерозвинена тимчасова перспектива та відсутність можливості дивитись у майбутнє також пов'язані між собою та з аспектами, зазначеними вище. Така позиція також має суїцидальні ризики, але не обов'язково приведе до реалізації намірів. Вона поступово трансформується у життєву позицію, яка говорить не лише про «капітуляцію особистості» у цій ситуації.

У свою чергу, пасивність загальної життєвої позиції та блокування віддалених перспективних еквівалентів неможливості самореалізації призводить до втрати цінностей життя та стає основою для формування суїцидальної поведінки.

Таким чином, суїцидальна поведінка пов'язана з будь-якими внутрішніми та зовнішніми психічними актами, що посилюються уявленнями про позбавлення себе життя. Пасивні суїцидальні думки характеризують уявлення чи фантазії про власну смерть, але не включають активний намір позбавити себе

життя. Суїцидальні задуми, своєю чергою, є більш активною формою проявів суїцидальності, суттєво більш спрямованою. Зовнішні прояви суїцидальної поведінки включають суїцидальні спроби та завершені суїцидальні дії. Суїцидальна спроба - це цілеспрямоване використання засобів для позбавлення себе життя, яке не призвело до смерті. Суїцидальні спроби та завершене самогубство проходять два етапи. Перший етап - оборотний, коли людина, або самотійно, або за допомогою оточуючих, може припинити свою діяльність. Другий етап - необоротний, який зазвичай закінчується смертю (завершене самогубство). Тривалість цих етапів залежить як від наміру суїциданту, так і від використовуваного методу (Jager-Hyman S., Cunningham A., Wenzel A., ? et al., 2014). Знижена здатність до швидких змін уваги, нетерпимість до складнощів і підвищена схильність до самоушкоджуючої поведінки є ризиком для суїцидальних думок, які можуть призвести до суїцидальної спроби.

Ще одним великим напрямком, у якому розроблялися проблеми розуміння суїцидальної поведінки, є когнітивний підхід, у якому основним поняттям для пояснення такої поведінки є поняття «безнадійності» як ключової характеристики. На основі концепції когнітивної тріади та депресії А. Бек описав виникнення суїцидальної кризи при переживанні безнадійності та нестерпності (Beck A.T., Weishaar M.E., 1990).

Інтерперсональна теорія Джойнера звертає увагу на специфічне переживання щодо ізоляції людини від інших. Відповідно до цієї теорії, суїцидальна поведінка формується в умовах поєднання вподобань людини та готовності до смерті. Бажання померти визначається базовими поняттями інтерперсональної теорії - відчуттям, що людина є тягарем для оточуючих (особливо близьких) і навіть втрати своєї приналежності до групи.

Один із провідних фахівців у галузі суїцидології Р. О'Коннор розробив мотиваційно-вольову модель суїцидальної поведінки. Згідно з цією моделлю суїцидальна поведінка є результатом складної взаємодії різних факторів, де ключовим предиктором є намір вчинити самогубство. Ці наміри, у свою чергу, враховують відчуття «пастки», які викликані наслідками поразок чи принижень, часто пов'язаних із хронічними чи різкими стресами. У разі такого суїциду - це основний спосіб вирішення проблем. О'Коннор запропонував модель суїцидальної поведінки, що складається з трьох етапів: попередня мотиваційна фаза (вплив фонових факторів та контексту), мотиваційна фаза (формування та розвиток суїцидальних думок) та вольова фаза (реалізація спроби самогубства).

Однією із сучасних теорій суїцидальної поведінки є теорія суїциду Девіда Клонські. Він стверджував, що суїцидальні думки починаються з болю, але сама природа болю не має важливого значення. Переживання болю - це єдиний фактор, що веде до думок про самогубство. Ключову роль відіграє наявність чи відсутність надії на поліпшення ситуації. Поєднання болю та ненадійності призводить до роздумів про самогубство. Крім того, на думку Клонські, наявність у людини соціальних зв'язків із зовнішнім світом забезпечує збереження помірного рівня суїцидальних думок, тоді як їхня відсутність посилює їх інтенсивність (Klonsky

E.D., May A.M., 2015).

Афективна толерантність - це здатність переносити афективні навантаження, які сприймаються як нестерпні (Hintikka J., Honkalampi K., Koivumaa-honkanen H.T., Antikainen R., 2004, Orbach I., 2018, Apter, A., & Wasserman, D., 2003, Fawcett, J., Scheftner, W., Clark, D., et al., 1987). Рівень афективної толерантності індивідуальний та залежить від здібностей людини витримувати емоції залежно від їх інтенсивності. Також необхідною умовою є здатність пом'якшувати хворобливі почуття чи думки про них. У разі низької афективної толерантності, характерної для людей, схильних до суїциду, активізуються механізми уникнення або блокування переживань для швидкого припинення страждань ([Konick, L.C., & Gutierrez, P.M., 2005, Martin, R., Wan, C.K., David, J.P., et al., 1999).

Висновки. Суїцидальна поведінка є складним процесом, який, ймовірно, є результатом взаємодії різних факторів. Незважаючи на те, що соціокультурні аспекти допомагають зрозуміти загальний контекст і стимули, що сприяють суїциду, вони не завжди дозволяють передбачити, коли буде спроба самогубства. Клініцисти, своєю чергою, досі не спроможні повною мірою пояснити, чому одні люди, перебуваючи за аналогічних обставин, вирішуються на самогубство, в той час як інші – ні.

Суїцидальна поведінка часто виникає як континуумі, який починається з бажання та роздумів про смерть (думки та плани завдати собі шкоди) і може згодом перетворитися на спробу самогубства. Ризик суїциду варіюється від низького ступеня (думки про смерть) до високого, коли людина вчиняє самогубство. Дослідження показали, що близько 80% випадків самогубств виявляють різні форми ідей про самогубство до їх скоєння.

Тим не менш, постійне збільшення числа досліджень у галузі суїциду дає надію на те, що в майбутньому вдасться вирішити ці проблеми та краще зрозуміти механізми суїцидальної поведінки.

REFERENCE

1. Apter, A., & Wasserman, D. (2003). Adolescent attempted suicide. In R. A. King, & A. Apter (Eds.), *Suicide in children and adolescents* (pp. 63–85). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511550423.004>
2. Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (1990). Suicide risk assessment and prediction. *Crisis*, 11(2), 22–30.
3. Diekstra, R. F., & Garnefski, N. (1995). On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), 36–57.
4. Durkheim, E. (2005). *Suicide: A study in sociology* (J. A. Spaulding, & G. Simpson, Transl.). Routledge. (The original has been published in 1897).
5. Fawcett, J., Scheftner, W., Clark, D., Hedeker, D., Gibbons, R., & Coryell, W. (1987). Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled

- prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 144(1), 35–40. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.1.35>
6. Hintikka, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Tanskanen, A., Haatainen, K., & Viinamäki, H. (2004). Alexithymia and suicidal ideation: a 12-month follow-up study in a general population. *Comprehensive psychiatry*, 45(5), 340–345. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.06.008>
 7. Jager-Hyman, S., Cunningham, A., Wenzel, A., Mattei, S., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2014). Cognitive Distortions and Suicide Attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 38(4), 369–374. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9613-0>
 8. Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
 9. Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
 10. Konick, L. C., & Gutierrez, P. M. (2005). Testing a model of suicide ideation in college students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(2), 181–192. <https://doi.org/10.1521/suli.35.2.181.62875>
 11. Mann, J. J. (1998). The neurobiology of suicide. *Nature medicine*, 4(1), 25–30. <https://doi.org/10.1038/nm0198-025>
 12. Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L. & Malone, K. M. (1999). Towards a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 181–189.
 13. Martin, R., Wan, C. K., David, J. P., Wegner, E. L., Olson, B. D., & Watson, D. (1999). Style of anger expression: Relation to expressivity, personality, and health. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(10), 1196–1207. <https://doi.org/10.1177/0146167299258002>
 14. Orbach, I. (2001). Therapeutic Empathy with the Suicidal Wish: Principles of Therapy with Suicidal Individuals. *The American Journal of Psychotherapy*, 55(2), 166–184. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2001.55.2.166>
 15. Shneidman, E. (1995). Letters of enforced death versus suicide notes. *Journal of Psychology and Judaism*, 19, 153–160.
 16. Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. Jr (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological review*, 117(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>

Відомості про авторів

Ірина Лисенко, доктор психологічних наук, завідувач кафедри клінічної психології
КІСПП

*Iryna Lysenko, Dr. of psychological sciences, Head of the department of clinical psychology
KIMPP*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2749-3461>

E-mail: kispp@kispp.com

Анна Крайлюк, кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної
психології КІСПП

*Anna Kraylyuk, candidate of psychological sciences, associate professor of the department
of social psychology of KIMPP*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0263-6056>

E-mail: kispp@kispp.com

Євгенія ІВАНОВА, кандидат психологічних наук, доцент кафедри клінічної
психології КІСПП

*Yevheniia Ivanova, candidate of psychological sciences, assistant professor of the
Department of Clinical Psychology in KIMPP*

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7956-2975>

E-mail: burdiug.eo@gmail.com