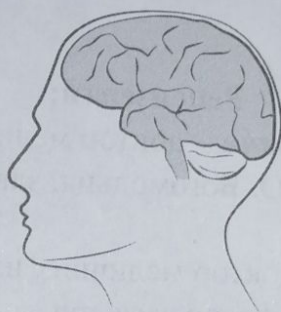


МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ



ТОМ • 2

СПЕЦІАЛЬНА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

За редакцією професора, доктора медичних наук Г. Я. Пилягіної

NK
PUBLISHERS

Вінниця
НОВА КНИГА
2020

УДК 159.97:616.89(075.8)

М42

*Рекомендовано вченою радою НМАПО імені П. Л. Шупика
як підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів
(протокол № 5 від 10.06.2020 р.)*

Колектив авторів:

Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, Н. О. Марута, Ц. Б. Абдяхімова, Н. К. Агішева, К. В. Аймедов, А. Е. Асанова, Ю. О. Асєсва, М. І. Винник, Л. М. Гайчук, Г. В. Гук, М. М. Денисенко, Н. О. Дзеружинська, О. В. Зубатюк, Г. Ю. Каленська, А. В. Канищев, С. П. Колядко, Г. М. Кожина, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь, А. Р. Марков, М. В. Маркова, О. С. Марута, Б. В. Михайлов, В. Д. Мішиєв, І. Р. Мухаровська, Г. М. Науменко, О. П. Олійник, В. Ю. Омельянович, Т. В. Панько, О. В. Піонтковська, О. В. Радзєвілова, О. А. Ревенок, О. Є. Семікіна, О. Г. Сиропятов, І. Ф. Тєрьошина, І. В. Тодорів, В. Ю. Федченко, О. С. Череднякова, В. В. Чугунов, С. А. Чумак, Л. М. Юр'єва, І. О. Явдак.

Рецензенти:

Напреєнко Олександр Костянтинович – доктор медичних наук, професор, Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, завідувач кафедри психіатрії та наркології.

Гриневиц Євгенія Геннадійовна – доктор медичних наук, професор, Національної медичної академії імені П. Л. Шупика, професор кафедри загальної, дитячої та судової психіатрії і наркології.

Медична психологія : в 2-х т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / М42 [Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, Н. О. Марута та ін.] ; за ред. Г. Я. Пилягіної. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 496 с.

ISBN 978-966-382-867-1

Підручник "Медична психологія" складається з двох томів. В 2-му томі підручнику висвітлені основні розділи прикладної медичної психології. В ньому представлено розділи, які присвячені основним питанням щодо порушень психологічного здоров'я; діагностичним аспектам психопатологічних порушень; основам надання медико-психологічної допомоги хворим на психічні розлади; психологічним аспектам девіантної поведінки, проблеми психосоматичних розладів, в тому числі в терапії, хірургії та акушерстві-гінекології та психоонкології, вмирання і смерті; медико-психологічним аспектам, сексуальності, сексуальної поведінки та сексуального здоров'я і його порушень; медико-психологічній реабілітації, психогігієні та психопрофілактиці, інформаційно-психологічній безпеці особистості; процесуальним аспектам призначення і проведення судово-психологічної експертизи; медичній деонтології, етиці взаємодії лікаря з пацієнтом, правовому забезпеченню і психологічним аспектам професійної діяльності медичних працівників.

Даний підручник відповідає навчальним планам та програмам з медичної психології додипломного та післядипломного рівнів освіти та надає можливість набуття знання впровадження за цією спеціальністю. Він призначений для студентів медичних вищих навчальних закладів, інтернатури, магістратури та спеціалізації з медичної психології, а також для безперервного професійного навчання в межах післядипломної освіти.

УДК 159.97:616.89(075.8)

ISBN 978-966-382-867-1

© Колектив авторів, 2020

© Нова Книга, 2020

Зміст

Колектив авторів	8
Список скорочень	11
Передмова	12
1. Здоров'я та хвороба. Від психічної норми до психічного розладу:	
основні концепції, положення, поняття та розуміння	14
1.1. Загальна концепція здоров'я (О. О. Хаустова)	14
1.2. Основні чинники психологічного і психічного здоров'я людини (О. О. Хаустова)	18
1.3. Континуум "норма – патологія" (О. О. Хаустова)	23
1.4. Хвороба, психічна патологія, психічний розлад (О. О. Хаустова)	26
2. Порушення психологічного здоров'я (О. О. Хаустова)	32
3. Діагностичні аспекти психопатологічних порушень. Найрозповсюдженіші симптоми психічних розладів та психопатологічні стани	40
3.1. Основні поняття в діагностиці психопатологічних порушень. Симптом та синдром (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	40
3.2. Найрозповсюдженіші симптоми і стани порушення свідомості й самосвідомості (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	41
3.3. Найрозповсюдженіші симптоми порушень відчуття та сприймання (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	45
3.4. Найрозповсюдженіші симптоми порушень уваги (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	48
3.5. Найрозповсюдженіші симптоми порушень пам'яті (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	50
3.6. Найрозповсюдженіші симптоми порушень емоцій та волі (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	51
3.7. Найрозповсюдженіші симптоми порушень мислення (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	54
3.8. Розвиток моделей інтелекту та найрозповсюдженіші стани при його порушеннях (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	58
4. Медико-психологічна допомога хворим на психічні розлади	60
4.1. Загальні принципи надання медико-психологічної допомоги хворим з різними видами психічних розладів (Г. М. Кожна, І. Ф. Терьошина, Л. М. Гайчук)	60
4.2. Основні положення про психічні розлади внаслідок органічних уражень центральної нервової системи та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим з цими порушеннями (Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, О. Є. Семікіна, І. О. Явдак)	63
4.3. Основні положення про розлади психіки внаслідок вживання психоактивних речовин та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим із цими порушеннями (В. Д. Мішиєв, В. Ю. Омелянович)	70

4.4. Основні положення про розлади шизофренічного спектра (шизофренія, шизоафективний, поліморфний психотичний, шизотиповий і маячні розлади) та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим з цими порушеннями (Н. О. Марута, С. П. Колядко, О. С. Череднякова).	80
4.5. Основні положення про афективні розлади та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим із цими порушеннями (Т. В. Панько., В. Ю. Федченко, О. С. Марута, М. М. Денисенк).	86
4.6. Основні положення про невротичні розлади та принципи надання медико-психологічної допомоги хворим із цими порушеннями	93
4.6.1. Загальні положення про невротичні розлади (Г. Я. Пилягіна)	93
4.6.2. Тривожно-фобічні розлади та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк)	96
4.6.3. Обсесивно-компульсивні розлади та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк).	103
4.6.4. Дисоціативні та конверсійні розлади і принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, С. А. Чумак).	107
4.6.5. Соматоформні розлади та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, С. А. Чумак)	115
4.6.6. Неврастенія та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна)	121
4.7. Розлади харчової поведінки та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна).	124
4.8. Розлади особистості та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна).	134
4.9. Основні положення про розумову відсталість та принципи надання медико-психологічної допомоги цим хворим (Б. В. Михайлов).	149
4.10. Основні положення про розлади психічного розвитку і психопатологічні розлади, які формуються в дитячому та підлітковому віці, та принципи надання медико-психологічної допомоги дітям і підліткам (Б. В. Михайлов, Г. Я. Пилягіна)	155
5. Психологічні аспекти девіантної поведінки.	178
5.1. Девіантна поведінка, її прояви та психологічне підґрунтя девіантної поведінки (Г. Я. Пилягіна)	178
5.2. Поведінкові (нехімічні) адикції як варіант девіантної поведінки та принципи надання медико-психологічної допомоги при таких порушеннях (К. В. Аймедов, Ю. О. Асеева)	184
5.3. Залежність від віртуальної реальності як варіант девіантної поведінки та принципи надання медико-психологічної допомоги при таких порушеннях (Л. М. Юр'єва).	193
5.4. Саморуїнлива та суїцидальна поведінка (Г. Я. Пилягіна).	200
6. Розлади, пов'язані зі стресом, та принципи надання медико-психологічної допомоги при таких порушеннях	214
6.1. Адаптація, теорія стресу та психічний стрес (Г. Я. Пилягіна)	214

6.2. Реакції на важкий стрес і порушення адаптації та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Г. Я. Пилягіна, С. А. Чумак)	220
6.3. Кризові стани, обумовлені соціально-стресовими подіями, та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (Л. М. Юр'єва)	228
6.4. Психічні розлади, обумовлені бойовою психічною травмою, та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим	238
6.4.1. Бойова психічна травма та її основні наслідки (М. І. Винник, І. В. Тодорів)	238
6.4.2. Гостра реакція на бойовий стрес та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (М. І. Винник, І. В. Тодорів)	240
6.4.3. Посттравматичний стресовий розлад, що формується внаслідок бойової психічної травми, та принципи медико-психологічної допомоги таким хворим (М. І. Винник, І. В. Тодорів)	243
7. Психологічні проблеми психосоматичних розладів	256
7.1. Історія розвитку психосоматичного напрямку в медицині й теоретичні основи вивчення психосоматичних та соматопсихічних взаємовпливів у формуванні психосоматичних розладів (О. О. Хаустова)	256
7.2. Сучасні наукові погляди на формування психосоматичних розладів (О. О. Хаустова)	267
7.3. Класифікація, діагностика та принципи медико-психологічної допомоги пацієнтам із психосоматичними розладами (О. О. Хаустова)	271
8. Психосоматичні розлади в терапії, хірургії та акушерстві-гінекології	281
8.1. Психосоматичні розлади, що зустрічаються в терапевтичній практиці (О. О. Хаустова)	281
8.1.1. Психосоматичні розлади серцево-судинної системи	281
8.1.2. Психосоматичні розлади органів дихання	287
8.1.3. Психосоматичні розлади органів травлення	289
8.1.4. Психосоматичні розлади, пов'язані з порушеннями імунітету	291
8.2. Психосоматичні розлади, що зустрічаються в перинатології, акушерстві та гінекології (О. О. Хаустова)	294
8.2.1. Психологічні особливості вагітних жінок	294
8.2.2. Психологічні аспекти пологів та післяпологового періоду	296
8.2.3. Психологічні особливості жінок, хворих на гінекологічні захворювання	297
8.3. Психосоматичні розлади, що зустрічаються в практиці хірургії та травматології (О. О. Хаустова)	304
8.3.1. Психологічні особливості особистості, психічні й психосоматичні розлади, які зустрічаються в пацієнтів у хірургічному стаціонарі	304
8.3.2. Психологічні особливості особистості, психічні й психосоматичні розлади, які зустрічаються в пацієнтів у травматологічному стаціонарі	309
8.3.3. Особливості роботи медичного психолога у клініці хірургії та травматології	310

9. Психоонкологія: психосоматичні аспекти в онкологічній практиці та основні принципи надання медико-психологічної допомоги онкохворим	314
9.1. Загальні питання психоонкології (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	314
9.2. Психологічні особливості пацієнтів з онкологічними захворюваннями (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	316
9.3. Психічні розлади у онкологічних пацієнтів (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	324
9.4. Медико-психологічні проблеми родини онкологічного пацієнта (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	328
9.5. Діагностичні й терапевтичні аспекти психоонкології в дитячому та підлітковому віці (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	331
9.6. Медико-психологічна допомога та психологічна підтримка в онкологічній практиці (М. В. Маркова, І. Р. Мухаровська, О. В. Піонтковська)	334
10. Медико-психологічні аспекти вмирання і смерті	342
10.1. Загальні поняття та принципи надання паліативної допомоги (В. В. Чугунов, Г. В. Гук)	342
10.2. Психологічні особливості та психопатологічні порушення хворих, які помирають. Медико-психологічні аспекти надання паліативної (хоспісної) допомоги (В. В. Чугунов, Г. В. Гук)	346
10.3. Медико-психологічна допомога оточенню пацієнта при наданні паліативної допомоги та втраті близької людини (В. В. Чугунов, Г. В. Гук)	356
10.4. Взаємодія медперсоналу з умираючими пацієнтами. Психологічний супровід медперсоналу, що надає паліативну (хоспісну) допомогу хворим (В. В. Чугунов, Г. В. Гук)	361
11. Медико-психологічні аспекти сексуальності, сексуальної поведінки та сексуального здоров'я і його порушень	365
11.1. Основні поняття сексології: сексуальність, сексуальна поведінка, сексуальне здоров'я та їх багатофакторне забезпечення (М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, Ц. Б. Абдряхімова, Н. К. Агішева, Т. В. Кришталь)	365
11.2. Сексуальна норма і системний підхід в оцінці сексуального здоров'я. Основні види розладів сексуального здоров'я (М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, Ц. Б. Абдряхімова, Н. К. Агішева, Т. В. Кришталь)	372
11.3. Принципи надання медико-психологічної допомоги при розладах сексуального здоров'я (М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, Ц. Б. Абдряхімова, Н. К. Агішева, Т. В. Кришталь)	382
12. Комбіноване лікування психічних розладів із включенням медико-психологічного втручання (Г. М. Кожна, І. Ф. Терьошина, Л. М. Гайчук)	391
13. Медико-психологічна реабілітація: основні положення та принципи проведення	399
13.1. Реабілітація як поняття та основні засади психореабілітаційного процесу (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк)	399

13.2. Основні засади проведення медико-психологічної (психосоціальної) реабілітації при порушеннях соціальної компетентності та соціально-когнітивного функціонування у хворих з важкими й хронічними психічними розладами (Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк)	408
14. Психогігієна та психопрофілактика (Г. М. Кожна, І. Ф. Терьошина, Л. М. Гайчук)	417
15. Медико-психологічні аспекти інформаційно-психологічної безпеки особистості	426
15.1. Інформаційно-психологічна безпека особистості як проблема медичної психології (М. В. Маркова, А. Р. Марков)	426
15.2. Медико-психологічні наслідки надмірного користування екранними технологіями (М. В. Маркова, А. Р. Марков)	433
15.3. Основні принципи медико-психологічної допомоги у відновленні і підтримці інформаційно-психологічної безпеки особистості (М. В. Маркова, А. Р. Марков)	436
16. Судово-психологічна експертиза: організаційні та методологічні аспекти її проведення	441
16.1. Методологія проведення судово-психологічної експертизи (О. А. Ревенок, А. В. Каніщев, О. В. Радзевілова О. П. Олейник)	441
16.2. Організаційні аспекти проведення судово-психологічної експертизи (О. В. Радзевілова)	444
16.3. Загальні питання судово-психологічної експертизи в цивільному та в кримінальному провадженнях (О. В. Радзевілова, О. П. Олійник)	447
16.4. Окремі питання судово-психологічної експертизи в кримінальному та цивільному провадженнях (О. В. Радзевілова)	453
17. Медична деонтологія. Етичні аспекти взаємодії лікаря з пацієнтом. Правове забезпечення професійної діяльності медичних працівників в Україні (О. О. Хаустова, Г. М. Науменко, А. Е. Асанова)	459
18. Основні психологічні аспекти професійної діяльності медичних працівників	469
18.1. Основні засади професіоналізму медичних працівників: їх професійні компетентності та психологічні типи (О. О. Хаустова, Г. М. Науменко)	469
18.2. Психологічні і комунікативні аспекти взаємодії лікаря з пацієнтом (О. О. Хаустова, Г. М. Науменко)	472
18.3. Етапи становлення та кризи у професійній діяльності медичних працівників (Л. М. Юр'єва)	479
18.4. Проблемні аспекти професійної діяльності медичних працівників: синдром емоційного вигоряння і професійна деформація та принципи їх медико-психологічної корекції й психопрофілактики (Н. О. Дзеружинська, О. Г. Сиропятов)	486

5.4. Саморуйнівна та суїцидальна поведінка

Г. Я. Пилягіна

Суїцидальна поведінка, яка може завершитися самогубством — один з найбільш драматичних феноменів порушень психічної діяльності, поведінки людини, тому що вона безпосередньо приводить до неприродно дострокового самознищення унікального людського життя.

Щорічно у світі внаслідок самогубств гине біля мільйона людей. За даними ВООЗ у другій половині ХХ століття самогубства вийшли на четверте місце в ряді причин смерті з тенденцією до росту в останні десятиліття.

Але суїцидальна активність є лише складовою більш широкого поля аутодеструктивних проявів людини — саморуйнвної поведінки

Саморуйнівна поведінка (англ.: *self-destructive behaviour*) — це різноманітні варіанти поведінки людини, метою і результатом яких є навмисне або ненавмисне нанесення шкоди своєму психічному і фізичному здоров'ю від незначного збитку аж до добровільної смерті (самогубства). Розвиток будь-яких форм саморуйнвної поведінки ведуть до закономірної, часто незворотної соціально-психологічної дезадаптації людини (деградації) та/або фізичної деструкції організму та як результат яких неприродно наближають смерть індивіда. За етіологією саморуйнвна поведінка є мультифакторіальним і широкий континуум різноманітних проявів девіантної, патологічної активності людини, включаючи переживання, думки, наміру та дії, яка вона вчиняє.

До основних понять, які вживаються в суїцидології віносяться такі терміни:

- **Суїцидальна поведінка** є будь-яким варіантом поведінкової активності людини у вигляді безпосередньої реалізації суїцидальних дій чи та, яка за зовнішніми ознаками свідчать про суїцидальні наміри чи прийняття суїцидального рішення, а саме, самогубство, спроби самогубства, підготовча суїцидальна поведінка, висловлювання про наявні суїцидальні наміри. Є одним з найжиттєбезпечних варіантів саморуйнвної поведінки людини.
- **Суїцид (самогубство)** є акт позбавлення себе життя, при якому людина робить свідомі та навмисні дії, спрямовані на самознищення з вибором відповідних, свідомо смертельних способів їх здійснення та позбавлення себе життя як їх очікуваним результатом. Одним з частих варіантів здійснення самогубства є імпульсивний суїцид — суїцидальні дії, обумовлені швидким розвитком сильного афекту розгубленості, туги та/або злості з певним тимчасовим когнітивним звуженням свідомості внаслідок виникнення раптової гострої психотравмуючої події, рідше — під впливом акумуляції хронічних психотравмуючих обставин, до котрого додається нова раптова психотравмуюча подія. Виникаючий кризовий стан ви-

кликає тимчасову втрату здатності свідомо управляти своїми емоціями та мислення і контролювати поведінку, а засобами покінчити із життям часто стають предмети, що несподівано виявилися в полі зору суїциденту.

- Суїцидальна спроба є цілеспрямованими суїцидальними діями, направленими на позбавлення себе життя, які не закінчуються власною смертю (не за волею суїцидента) та можуть мати будь-які за важкістю ушкоджуючі наслідки (травмування, соматичні захворювання), котрі можуть мати відстрочений смертальний результат.
- Суїцидент є особою, що виявляє будь-які форми суїцидальної поведінки, у тому числі здійснила суїцидальну спробу або самогубство. Також суїцидентом зазвичай називають особу, що реалізує будь-які зовнішні форми саморуйнівної поведінки (самоушкоджуючі дії), що не мають навмисної суїцидальної спрямованості.
- Суїцидальна підготовча поведінка, яка включає підготовчі дії до здійснення спроби самогубства, які за зовнішніми ознаками свідчать про прийняття суїцидального рішення. Включають не тільки вербальні висловлювання про бажання померти чи прощання з оточуючими, а активні усвідомлені підготовчі дії, спрямовані на реалізацію суїцидальної поведінки (наприклад, збирання таблеток, написання записки про самогубство, віддання речей тощо).
- Суїцидальні наміри, до яких відносяться пасивні, але стійкі думки

про бажаність власної смерті та наміри померти або активні думки щодо позбавлення себе життя, котрі не супроводжуються підготовчою поведінкою.

- Самоушкодження є навмисною спробою завдати собі будь-якої шкоди (здійснити самоушкоджуючі дії), яка, в більшості випадків, не має на меті здійснення суїциду. Найбільш поширеним варіантом самоушкоджень є спричинення собі фізичної шкоди. Зазвичай вони здійснюються шляхом нанесення собі порізів, обпікання шкіри або її екскоріацій (нанесення подряпань), зловживання медикаментами (без медичних призначень та з метою нанести навмисне самоушкодження) або навіть за допомогою ударів себе важкими предметами чи головою об стіну тощо. Одним варіантів самоушкоджуючих дій, котрі досить поширені (особливо серед підлітків чи осіб з диссоціативним та емоційно-нестіким розладом особистості), є навмисні демонстративно-шантажні псевдосуїцидальні вчинки з усвідомленими намірами, які спрямовані на отримання будь-яких вигод від демонстрації намірів позбавити себе життя. Таки дії мають псевдосуїцидальний характер, так як їх метою не є добровільне навмисне припинення власного життя, а тиск на оточуючих, щоб примусити їх змінити на бажане для особи вирішення актуальної психологічно значущої ситуації. Тому демонстрація намірів здійснити самоушкоджуючі дії чи їх реалі-

зація відбувається у присутності оточуючих або в межах їх досяжності. Найчастіше така поведінка здійснюється у вигляді поверхневих порізів шкіри, уживання неотруйних ліків, імітації повішення чи стрибків з висоти. Рідко такі спроби можуть закінчитися летально (кваліфікується як нещасний випадок), коли завчасно людині не перешкоджають здійснити потенціально життєво небезпечні дії (при імітації повішення чи стрибків з висоти, а також при незнанні реальної небезпеки вживаемих речовин).

Суїцидологія (лат.: *sui* — себе, *caedo* — убивати, греч.: *λογος* — вивчення, наука) — як міждисциплінарна наука, котра формувалася на перехресті психіатрії, клінічної та соціальної психології, нейробіології, етології, досліджує та описує всілякі варіанти саморуйнівної поведінки та шляхи їхнього формування і динаміку розвитку, а також методи діагностики, принципи лікування та профілактики.

В суїцидології визначають наступні **фактори ризику формування саморуйнівної (суїцидальної) поведінки та скоєння суїцидальних дій (суїциду) чи самоушкоджень**:

1. **Демографічні фактори.** Для завершення спроби накласти на себе руки факторами ризику є чоловіча стать, підлітковий чи похилий вік. Факторами ризику для незавершеної суїцидальної спроби є жіноча стать, молодий вік, відсутність шлюбу, низький рівень освіти, безробіття. Відмінності у частоті завершених самогубств у чоловіків та жінок

зумовлені тим, що чоловіки частіше вживають більш брутальні методи самогубства.

2. **Психопатологічні фактори,** які є одним з найважливіших чинників, котрі провокують розвиток суїцидальної поведінки, а саме, наявність психічного захворювання, котре або безпосередньо патогенетично впливає на формування саморуйнівної (суїцидальної) поведінки (деліріозний чи галюцинаторно-параноїдний синдром при різних психічних розладах), або є коморбідним фактором його розвитку (депресії, розлади адаптації, особистісні розлади, маячений синдром при шизофренії тощо).

Результати численних досліджень свідчать, що до 90 % суїцидентів у момент здійснення суїциду перебували у стані психічного розладу. Як для завершених, так і для незавершених самогубств основними факторами ризику формування стійкої саморуйнівної поведінки та здійснення суїцидальних дій є імпульсивність, психотичний розлад, маніфест захворювання (особливо у пацієнтів з шизофренією), гостро виникаючі розлади адаптації, афективні й особистісні розлади настрою, наявність розладів, синдром залежності від вживання психоактивних речовин (алкоголю чи наркотиків).

Одним з найбільш небезпечних аспектів формування саморуйнівної (суїцидальної) поведінки серед населення різних країн світу є достатньо високий показник її рецидивування з можливістю реалізації повторних

суїцидальних дій чи самоушкоджень. Попередня суїцидальна спроба вважається одним з найбільш значущих предикторів завершеного суїциду.

3. Психологічні фактори. Багато дослідників вважають, що психологічні фактори, насамперед, суїцидогенезу корелюють з індивідуальною психологічною уразливістю. Три найважливіших області психологічного функціонування, дезадаптація в яких найбільш виражена в потенційних самогубців: порушення регуляція емоцій (емоційна лабільність, нестійкість), безнадійність стосовно майбутнього (втрата життєвих орієнтирів) та деструктивні способи дозволу межперсональних проблем. Також до психологічних факторів розвитку суїцидальної (саморуйнівної) поведінки є особисте відчуття бажаності й можливості вкоротити собі віку на тлі переживання безпорадності, безпомічності та безнадії; психологічні девіації, викликані перенесеним сексуальним чи фізичним насильством, що мало місце у дитинстві; відчуття неможливості швидко допомоги у вирішенні своїх проблем; підвищена емоційна реактивність; агресивні та/або імпульсивні риси особистості; відчуття песимізму щодо майбутнього; низька самооцінка; психологічна закритість тощо. Кожен з цих факторів у стані психологічного дистресу, який виникає в кризових психотравмуючих ситуаціях чи обставинах, надмірно

підвищує рівень особистісної фрустраційної напруги, тоді бажаність власної смерті часто відчувається як єдино можливий спосіб розради у актуальній ситуації або як засіб уникнути непереносних емоційних переживань. До безпосередніх психологічних причин, які призводять до реалізації суїцидальних дій в більшості випадків відносять сварки зі значущими близькими особами (в родині).

4. Біологічні фактори описують складну взаємодію між генетично наслідуваними системними закономірностями, що спричиняються особливості метаболізму і нейрофізіології психічної діяльності людини, його особистісними якостями та когнітивно-емоційними характеристиками в сукупності з його способом переживання індивідуальних зовнішніх соціально-середовіщних факторів. Встановлено, що біологічними маркерами високого суїцидального ризику є порушення нейромедіаторного забезпечення в головному мозку (асоціація між суїцидальною поведінкою та станом серотонінергічної системи мозку; активація 5HT(1A) рецепторів з посиленням нейротрансмісії норадреналіну в фронтальній і темпоральній зонах головного мозку и недостатністю активності 5-HT(2A) рецепторів в префронтальній корі, що корелює з високим рівнем безнадійності, низька концентрація

5-гідроксиіндолацтової кислоти у спинномозковій рідині); порушення роботи гіпоталамогіпофізарно-адреналової системи; низький рівень холестерину; деякі захворювання (хвороба Геттінгтона, синдром Леша-Ніхана).

5. Соціальні фактори. До цієї групи факторів відносять самотність та соціальну ізоляцію (соціальну самотність), міжперсональні конфлікти (насамперед, родинні, особливо якщо вони формуються на тлі обмеженості, щільності життєвого простору для кожного з членів сім'ї), булінг чи остракізм однолітків, низький матеріальний рівень життя (хронічне безробіття), наростання фізичної немічності (часто у сполученні з вираженим больовим синдромом) внаслідок важкого перебігу хронічних хвороб або в їх термінальній стадії, наслідки постійної міграції особистості (відсутність постійного місця для життя і сталих міжособистісних стосунків), доступ до вогнепальної зброї та медикаментів тощо. Важливо розуміти, що соціальні чинники провокують розвиток суїцидальної поведінки у поєднанні зі станом психологічної вразливості особистості та, майже завжди, розвитку депресивних розладів.

В сучасній науці патогенетичний розвиток саморуйнівної (суїцидальної) поведінки розуміється як інтегративний процес, у формуванні якої приймають участь всі складові (при-

чинні фактори): психопатологічні, психологічні та біологічні чинники, тоді як життєвий пусковою ланкою для прийняття суїцидального рішення найчастіше стає стресова подія. Особи, що зайняті на роботі, яка пов'язана із частим стресом (лікарі, військовослужбовці тощо), мають більш високий ризик розвитку суїцидальної поведінки.

Виокремлюють основні групи ризику здійснення самогубств: страждаючими депресивними розладами; страждаючими іншими психічними захворюваннями (зокрема, на шизофренією); ті, хто вже зробили суїцидальну спробу раніше; страждаючі хронічним алкоголізмом, яким-небудь видом токсикоманії або лікарської залежності.

З структурної точки зору суїцидальна поведінка лиш одним з варіантів всього континууму саморуйнівної поведінки, яка з точки зору системного диференціального аналізу всього спектру феноменології поділяється на види (визначає його клінічну та онтологічну сутність) та форми (характеризують безпосередній зовнішній поведінковий прояв саморуйнівної поведінки).

Вид саморуйнівної поведінки — це його певний варіант, цілісний і специфічний у причинності (мотиваційній основі), спрямованості спонукань, клінічній феноменології, патогенетичній динаміці і прогнозі подальшого розвитку. Ключовими характеристиками будь-якого виду саморуйнівної поведінки є: динаміка сукупності його проявів у часі, його адаптивна спрямованість і результируючий результат з погляду ефекту,

що ушкоджує, для психофізичного здоров'я індивіда. Континуум видів саморуйнівної поведінки являє собою континуум всієї палітри аутоагресивних і аутодеструктивних мотиваційних установок, який має чіткі критерії семантичної диференціації і підрозділяється:

1. Аутоагресивна поведінка, яка характеризується відстроченим і нанесенням поступово накопиченої шкоди своєму соматичному або психічному здоров'ю, соціальній адаптації або рівню соціальної компетентності, що не усвідомлюється з погляду результуючого ефекту для життя людини. Це найрізноманітніші варіанти поводження, викликаного непереборним бажанням зменшити різке підвищення рівня фрустрації й негативних емоційних переживань внаслідок нездатності або неможливості індивіда задовольнити свої мета-потреби, коли, в силу різних чинників, об'єктом переадресації наростаючої агресії стає сам суб'єкт. Ушкодження для організму та особистості при аутоагресивній поведінці носять відстрочений і непрямий характер, тому що даний вид не супроводжується здійсненням усвідомлених самоушкоджень як насильницьких деструктивних вчинків, безпосередньо спрямованих на руйнування свого організму.

2. Аутодеструктивна (самоушкоджувальна) поведінка, яка включає різні варіанти саморуйнівної поведінки із навмисними

або ненавмисними, усвідомленими або неусвідомлюваними діями, результатом яких є одномоментна або поступова, але безпосередня деструкція організму, тобто порушення його фізичної цілісності з явним ушкодженням психофізичного здоров'я, включаючи смертельний результат. Аутодеструктивна поведінка поєднує — за принципом результативного результату:

- *несуїцидальний варіант* (різні варіанти навмисної, усвідомленої або неусвідомлюваної, ненавмисної деструктивної активності з одномоментним несмертельним порушенням цілісності організму або тої, яка приводить до поступового швидкого і явного руйнування психічного і фізичного здоров'я людини — найчастіше це самопорізи, самоприпікання, інші ушкодження шкіри, легкі або середньотяжкі самоотруєння, рідше — травматичні самоушкодження або самоампутції, які не викликані суїцидальною мотивацією і не мають суїцидального ризику, що принципово для діагностичної кваліфікації даного підвиду);
- *психотичний варіант* (специфічний підвид аутодеструктивної поведінки, основним диференційно-діагностичним критерієм якого є стан психозу, що виявляється у пацієнта, котрий

і детермінує різноманітні аутодеструктивні прояви. Глибина патологічних порушень при психотичному стані сама по собі має вкрай важкий деструктивний вплив для психіки, не зважаючи на те, які або суїцидальні, або інші аутодеструктивні ідеї висловлюються пацієнтами. Однак суїцидальні ідеї в у хворих стані психозу, не тотожні тим, які мають пацієнти з невротичними розладами. Тому що останні мають усвідомлену суїцидальну мотивацію, а хворі зі станом психозу — ні, так як вона детермінована хворобливими маячними ідеями чи галюцинаторним впливом, незважаючи на явну небезпеку для здоров'я й максимальний рівень ризику здійснення імпульсивних аутодеструктивних самоушкоджень, а відповідні дії не є усвідомленими й добровільними);

- суїцидальна поведінка (див. вище).

Форма саморуйнівної поведінки — це певний варіант її поведінкового вираження, що реалізується людиною в ситуативній або повсякденній активності та може спостерігатися оточуючими (висловлювані переживання та ідеї, дії). Виділено такі форми саморуйнівної поведінки:

1. *Еквівалентна форма* — це будь-які усвідомлені дії або стратегії поведінки, які перебувають під вольовим контролем індивіда, але не розцінюються їм як са-

моруйнівна активність, однак викликають явний, хоча й відстрочений результат у вигляді психофізичної деструкції і просувають людину до більш ранньої фізичної смерті, всупереч її природному та очікуваному строку. Це найбільш широкий континуум різноманітних варіантів реалізації проявів саморуйнівної активності без безпосередніх усвідомлених аутодеструктивних або суїцидальних намірів і прямого здійснення самоушкоджень. Тобто це таке поводження, при якому відсутня привабливість власності смерті, а індивід не усвідомлює або ігнорує психофізичну деструкцію, яка супроводжує його поведінку. Навпроти, реалізуючи будь-який варіант поводження як еквівалентної форми саморуйнівної поведінки, індивід свідомо прагне до максимально швидкого досягнення стану задоволеності (задоволення потреб). Проте, саме таке поводження (без формування усвідомленої суїцидальної мотивації) згодом приводить до деградації, психологічному саморуйнуванню особистості, а також фізичної деструкції організму й супроводжується різними варіантами психопатологічних порушень. Відмінною рисою еквівалентної форми саморуйнівної поведінки є її реалізація на основі коморбідного приєднання клінічно виражених психопатологічних або психосоматических

розладів: насамперед, це розлади особистості та синдроми хімічної й поведінкової залежності, а також розлади харчової поведінки (в першу чергу, нервова анорексія).

2. *Внутрішня форма*, до якої відносяться будь-які варіанти з усвідомленням бажаності власної смерті (суїцидальні інтенції) або несуйцидального калічення (аутодеструктивні інтенції), але без реалізації власних дій, що є принциповим диференціальним критерієм цієї форми. Внутрішня форма включає: антивітальні переживання (ідеї на кшталт небажаності життя або його обставин, але без спрямованості на можливість та бажаність навмисного наближення власної смерті), суїцидальні фантазії, аутодеструктивні або суїцидальні думки, суїцидальні наміри й тенденції, суїцидальний імператив, а також аутодеструктивні несуйцидальні інтенції.

3. *Зовнішня форма* — це конкретні вчинки (самоушкодження), обумовлені маніфестними проявами саморуйнівної поведінки, які призводять до безпосереднього ушкодження фізичної цілісності організму, та мають очевидний деструктивний вплив на психологічне та психічне здоров'я індивіду. Основним діагностичним критерієм цієї форми є реалізація аутодеструктивних несуйцидальних або суїцидальних дій, або тих, що здійснюються хворими під впливом психо-

тичних переживань. Два останні варіанти є найбільш життєвонебезпечними.

Найпоширеніші способами здійснення самогубств (за убуванням) є отруєння медикаментами, повішення, падіння з висоти і під транспорт, порізи життєво важливих судин. Тоді як найпоширеніші способи спроб самогубства (за убуванням) — порізи вен передпліччя, отруєння медикаментами, падіння з висоти і під транспорт. Найбільш частим способом скоєння суїцидальних дій серед чоловіків є повішання, а серед жінок — самоотруєння.

Попередні епізоди самоушкодження є найвагомим показником імовірного самогубства або здійснення повторних епізодів самоушкодження або суїцидальних спроб. Частота повторних спроб самогубств у жінок є більшою порівняно із чоловіками.

Діагностика саморуйнівної (суїцидальної) поведінки складається власне з визначення її проявів, а також створення соціального і психологічного портрету суїцидента, діагностики характеру психопатологічних порушень або виявлення неконструктивних патернів чи типу долаючої поведінки при відсутності у пацієнта психопатологічних порушень.

Основним способом діагностики саморуйнівної (суїцидальної) поведінки є клінічне або психологічне інтерв'ю. Вона проводиться за допомогою клінічних та психодіагностичних методів і спрямована на аналіз аутодеструктивних та/або суїцидальних проявів у всієї сукупності клінічних, особистісних і середовищних факто-

рів, які беруть участь у суїцидогенезі — з визначенням її виду та форми, інших клініко-психологічних характеристик в їх статиці та динаміці, а також оцінки ризику, вірогідності реалізації самоушкоджень та суїцидальних дій. Тому при проведенні діагностики медичний психолог у співпраці з психіатром повинен дослідити всі аспекти суїцидальної активності: психологічний, соціально-демографічний і дескриптивний (визначення наростання суїцидальних тенденцій, динаміки підготовки суїциду, а також психопатологічної основи суїцидальної поведінки).

При наявності гострих або важких психопатологічних розладів основним є визначення коморбідного взаємовпливу розладу та патогенетичних механізмів розвитку саморуйнівної (суїцидальної) поведінки. Тоді як завданням діагностичного психологічного дослідження, яке проводиться пацієнтам з невротичними психічними порушеннями, а також у практично здорових осіб з проявами саморуйнівної (суїцидальної) поведінки, є виявлення основних ситуативних причин (найчастіше міжособистісних конфліктів), особистісних особливостей патопсихологічних установок, що призвели до формування суїцидогенного конфлікту. форм психологічного захисту і долаючої поведінки (індивідуальних факторів антисуїцидального бар'єру).

У діагностиці рівня суїцидального ризику психолог, окрім використання стандартних психодіагностичних шкал, на кшталт опитувальника суїцидальних намірів Аарона Бека (нар. 1921), повинен проаналізувати об'єк-

тивні обставини, пов'язані з формуванням суїцидальних інтенцій чи здійсненою суїцидальною спробою, а також самооцінку суїцидентом своєї поведінки. При оцінці серйозності вчинених суїцидальних дій враховуються: степінь ізоляції при їх здійсненні; тривалість пресуїцидального періоду; приготування до здійсненої суїцидальної спроби з можливим усуненням перешкод при їх реалізації степінь бажаності та очікування смерті; наявність посмертної записки тощо.

Медичний психолог не повинен боятися "прямо" говорити з пацієнтами про суїцидальні думки, оскільки пацієнти часто відверто розповідають про свої переживання та наміри. Використовуючи цю інформацію психолог може з'ясувати фактори ризику та антиризикую щодо рівня стійкості та інтенціональної сили суїцидальних ідей, здійснення самоушкоджень (суїцидальних дій) — зрозуміти рівень безпосередньої загрози. Таким чином, фахівець розробити найбільш адекватну індивідуальну схему втручання.

Основні принципи надання медико-психологічної допомоги пацієнтам з саморуйнівною (суїцидальною) поведінкою враховують мультифакторність її формування, тому мають бути комплексними — психокорекція чи психотерапевтичний вплив поєднуються з призначенням психофармакотерапії (у більшості випадків). Ці впливи, насамперед, кризове втручання (суїцидальна інтервенція), спрямовані на купірування суїцидальних проявів та психопатологічних розладів, якщо вони виявлені.

Значимість роботи психотерапевта, психолога в корекції саморуйнівної (суїцидальної) поведінки пов'язана з тим, що основою добровільного бажання піти з життя є особистість, яка опинилася в ситуації психологічної (екзистенціальної) кризи і суїцидального конфлікту, що, безумовно, є сферою психотерапевтичного, психокорекційного втручання.

До прицільних методів психотерапевтичної корекції саморуйнівної (суїцидальної) поведінки відносяться: кризова психотерапія, когнітивно-поведінкова психотерапія, включаючи майндфулнес-підхід або діалектично-поведінкову терапію. Разом з тим, в її психотерапевтичній корекції часто використовуються такі методи психотерапії, як екзистенціальна, клієнт-центрована, психоаналіз, раціональна, сугестивна, гештальттерапія, тощо. На відміну від кризової психотерапії, спрямованої на перетворення кризової ситуації, традиційні методи психотерапії спрямовані на особистісне зростання (активацію внутрішньоособистісних ресурсів), на зміну основних особистісних налаштувань, установок, які привели до формування саморуйнівної (суїцидальної) поведінки, що частіше використовується або на початкових стадіях суїцидогенезу, або у віддаленому постсуїцидальному періоді.

Кризова психотерапія, що використовується в суїцидології, є варіантом невідкладної, ургентної психотерапевтичної допомоги пацієнтам, які перебувають в кризовому стані і потребують корекції проявів саморуйнівної (суїцидальної) поведінки. Цей метод психотерапії націлений на

виявлення та корекцію неадекватних установок, що привели до її розвитку, а також на пошук і тренінг не апробованих пацієнтом способів розв'язання суїцидогенного конфлікту. Здійснюється, насамперед, в індивідуальній формі. Але може проводитися в, сімейній чи груповій формах. Кризова психотерапія саморуйнівної (суїцидальної) поведінки проводиться пацієнтам з її внутрішньою формою і в тих випадках після здійснення самоушкоджень чи суїцидальних дій (зовнішня форма, постсуїцидальний період), коли пацієнт за станом психофізичного здоров'я та особистісною налаштованістю готовий до корекційного втручання. Вона не застосовується хворим, у яких виявляються важкі та/або гострі варіанти психопатологічних розладів (шизофренія, деліріозний синдром, гостра реакція на стрес, гостра тяжка депресія), а також стійкі наміри щодо здійснення суїцидальних дій (найчастіше на тлі виникнення чи суттєвого загострення депресії) — в таких випадках, в першу чергу, потрібне призначення адекватної психофармаотерапії.

Кризова психотерапія саморуйнівної (суїцидальної) поведінки включає такі етапи:

1. Кризова підтримка: спрямована на встановлення терапевтичного контакту, розкриття суїцидонебезпечних переживань, визначення кризової проблеми і форм її корекції, мобілізацію особистісного захисту (активізацію антисуїцидальних факторів).
2. Кризове втручання: спрямоване на корекцію дезадаптивних

особистісних аутодеструктивних установок, що блокують оптимальні способи подолання кризи та розв'язання суїцидогенного конфлікту, і активізацію особистісних ресурсів та напрацювання нових адаптивних патернів поведінки щодо вирішення внутрішньоособистісного чи міжособистісного конфлікту.

3. Підвищення рівня адаптації та спрямування на подальшу терапію: має на меті подальше опрацювання емоційно-когнітивних та поведінкових способів адаптації, що ведуть до розв'язання психотравмуючих обставин та/або суїцидогенного конфлікту, а також налаштування пацієнта на продовження особистісної (сімейної) терапії.

Звичайно при наданні медико-психологічної допомоги при наявності саморуйнівної (суїцидальної) поведінки застосовуються індивідуальні форми психотерапії, проте, у деяких роботах відзначається ефективність групових методів психотерапевтичного втручання при наявності аутоагресивних проявів. Більшість суїцидологів відзначають, що ефективність психотерапії залежить від якості психотерапевтичного альянсу між терапевтом і суїцидентом.

До психотерапевтичних методів терапії і проілактики (превенції) саморуйнівної (суїцидальної) поведінки, зокрема невідкладної психотерапії, відноситься телефонне консультування осіб з суїцидальними думками та намірами.

Застосування психофармакотерапії при проявах саморуйнівної (суїцидальної) поведінки залежить від синдрому-нозологічної специфіки психічної патології, на яку страждає суїцидент та яка спровокувала розв'язок аутодеструктивних чи суїцидальних інтенцій. Важливість цього обумовлена тим, що особливості саморуйнівної (суїцидальної) поведінки безпосередньо пов'язані з нозологічними характеристиками та провідною клінічною симптоматикою. Так, до провідних клінічних проявів у суїцидентів при непсихопатичному рівні психопатологічних порушень відносяться симптоми як депресивної, депресивно-фобічної, тривожно-астеної, астено-депресивної та істеро-депресивної симптоматики, а також специфічні прояви когнітивних і вольових порушень — аутодеструктивна спрямованість особистісних мотиваційних установок. Це зумовлює характер перед-суїцидального періоду, і відповідно впливає на тривалість і об'єм психофармакологічного втручання.

Окрім того, специфіка терапевтичної тактики пов'язана з тим, що лікування хворих з внутрішніми формами саморуйнівної (суїцидальної) поведінки при непсихопатичних психопатологічних порушеннях проводиться переважно в амбулаторних умовах. Однак значний контингент осіб з психогенними розладами може потребувати госпіталізації. Вирішальним моментом у визначенні амбулаторно чи стаціонарно лікувати суїцидента є ступінь вираженості суїцидального ризику та гостроти психопатологічних порушень.

Основними психофармакологічними препаратами, які застосовуються в терапії саморуйнівної (суїцидальної) поведінки є антидепресанти, транквілізатори, тимолептики та нейролептики (при наявності у пацієнтів психотичних станів).

Основні принципи профілактики саморуйнівної (суїцидальної) поведінки (суїцидальна превенція) має бути різноплановою, із особливим акцентом на проблеми збереження психічного здоров'я населення країни.

Розрізняють первинну, вторинну та третинну профілактику суїцидальної поведінки (попередження підвищення рівня самогубств):

- *Первинна профілактика* має на меті зменшення кількості реалізованих нових самогубств у даній популяції.
- *Вторинна профілактика* має сприяти зменшенню вірогідності здійснення суїцидальних спроб тими особами, які вже здійснили спробу піти з життя і перебувають у зоні підвищеного ризику.
- *Третинна профілактика* спрямована на зменшення кількості спроб самогубства, які виникають у відповідь на суїцид чи спробу самогубства, що мала місце у тій, чи іншій групі людей (родина, трудовий колектив, група друзів) або місцевості.

До основних напрямків профілактичної роботи щодо попередження здійснення самогубств відносять:

1. Просвітницькі та навчальні програми для широких верств

населення та спеціалістів соматичної практики.

2. Широке впровадження скринінг-методів задля виявлення осіб, що перебувають у групах підвищеного ризику задля раннього розпізнавання людей, що мають прояви саморуйнівної (суїцидальної) поведінки, та їх своєчасного направлення на лікування до спеціалістів.
3. Всіляке поліпшення надання медико-психологічної допомоги хворим з будь-якими психічними розладами (в першу чергу, депресивним розладам, розладам особистості та різним видам хімічної залежності).
4. Обмеження доступу до засобів реалізації самогубств (наприклад, вогнепальної зброї), а також відповідне облаштування місць, що можуть бути чи були використані для суїцидальних дій (особливо у випадках кластерних самогубств).
5. Розроблення політики щодо висвітлення проблеми у засобах масової інформації. Просвітницькі компанії для населення мають на меті покращити розпізнавання проявів саморуйнівної (суїцидальної) поведінки; розуміння впливу на її розвиток психічних захворювань і факторів ризику самогубства. Особливу увагу під час проведення просвітницької роботи слід звернути на молодь (учнів та студентів).

Питання для самоконтролю:

1. Що таке саморуйнівна поведінка?
2. Що таке суїцидальна поведінка?
3. Що таке суїцид та суїцидальна спроба?
4. Назвіть фактори ризику формування саморуйнівної (суїцидальної) поведінки та скоєння суїцидальних дій (суїциду) чи самоушкоджень.
5. Які види та форми саморуйнівної поведінки ви знаєте?
6. З яких компонентів складається діагностика саморуйнівної (суїцидальної) поведінки?
7. Яку етапність має кризова терапія саморуйнівної (суїцидальної) поведінки?
8. Назвіть основні напрямки профілактичної роботи щодо попередження здійснення самогубств.

Список джерел та література для самопідготовки до розділу:

1. Адиктологія: навчальний посібник (Під ред. Л. М. Юр'євої). — Дніпро, 2018. — 185 с.
2. Аймедов К. В., Асеева Ю. А., Черевко М. О. Нехімічні залежності — сучасні тенденції // Медична психологія. — 2017. — № 1 (45). — С. 13–19.
3. Акопов А. Ю. Свобода от зависимости. Социальные болезни личности. — СПб.: Речь. 2009. — 224 с.
4. Битенский В. С., Аймедов К. В., Пахмурный В. А., Клинико-психопатологические аспекты трансформации аддиктивного поведения в условиях “информационного взрыва” // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2006. — № 1–2 (9–10). — С. 161–167.
5. Братусь Б. С. Аномалии личности. — М., 1988. — 301 с.
6. Волошин, П. В., Марута Н. О. (Ред.) Сучасні проблеми суїцидології. — Харків, Видавець Строков Д. В., 2017, — 227 с.
7. Егоров А. Ю. Современные представления об интернет-аддикциях и подходах к их коррекции // Медицинская психология в России // Электрон. науч. журн. — 2015. — N 4(33). — С. 4. Режим доступа: URL: <http://mprj.ru> 21.02.2020.
8. Егоров А. Ю., Игумнов С. А. — Расстройства поведения у подростков. — СПб.: Речь, 2005. — 436 с.
9. Змановская Е. В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр “Академия”, 2003. — 288 с.
10. Клейнберг Ю. А. Психология девиантного поведения. — М., 2001. — 160 с.
11. Кондратенко В. Т. Девиантное поведение у подростков: Социально-психологические и психиатрические аспекты. — Минск, 1988. — 206 с.
12. Леонгард К. Акцентуированные личности. — Киев, 1989. — 375 с.
13. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л., 1991. — 301 с.

14. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: Учебное пособие. — СПб. : Речь, 2005. — 445 с.
15. Пилягіна Г. Я. Аутоагресивна поведінка: патогенетичні механізми та клініко-типологічні аспекти діагностики і лікування. — Дис. ... доктора медичинських наук. — К., 2004. — 436с.
16. Пилягіна Г. Я. Аутодеструктивний потенціал в ретроспективному аналізі і прогнозі динаміки саморазрушаючого поведіння // Психічне здоров'я. — 2017.— № 1(50). — С.44 — 55
17. Пилягіна Г. Я. Синергетическая парадигма применительно к патогенезу саморазрушающего поведения // Психічне здоров'я.— 2017.— № 3(52).— С.5 — 20
18. Психіатрія і наркологія: підручник (Ред. В. Л. Гавенко, В. С. Бітенський).— К. : ВСВ "Медицина", 2015. — 512 с.
19. Рождественская Н. А. Девиантное поведение и основные его профилактики у подростков: Учебное пособие. — М. : Генезис, 2015. — 216 с.
20. Хомич А. В. Психология девиантного поведения: Учебное пособие. Южно-Российский Гуманитарный Институт, — Ростов-на-Дону. — 2006 г. — 140 с.
21. Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков. — М. : Академический проект; Трикста, 2005. — 336 с.
22. Юрьева Л. Н., Большот Т. Ю. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика. — Днепрпетровск : Пороги, 2006. — 196 с.
23. Юрьева Л. Н., Марута Н. О., Лінський І. В, (Ред.) Клінічна суїцидологія. — Харків, Видавець Строков Д. В., 2020. — 302 с.
24. Davis S. A. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use // Computers in Human Behavior. — 2001. — Vol. 17, № 2. — P. 187-195.
25. Griffiths M. D. Internet addiction — time to be taken seriously? // Addiction Research. — 2000. — Vol. 8, № 5. — P. 413-419.
26. Karnzler H. R. Personalized treatment of dependences // Cur. Psychiatry Rep. 2015. Vol. 14. P. 86-93.
27. Meenan A. Internet gaming: A hidden addiction // American Family Physician. — 2007. — № 15. — P. 1116.
28. Tao R. , Huang X. , Wang J. Proposed diagnostic criteria for internet addiction // Addiction. — 2010. — Vol. 105. — P. 556-564.
29. Young, K. S. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder // CyberPsychology & Behavior. — 1998. — Vol. 1. — P. 237-244.