

В. І. Пономарьов, О. В. Самойлова

ПОКАЗНИКИ РІВНІВ СУЇЦИДАЛЬНИХ РИЗИКІВ У ДІТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ  
З ПРОЯВАМИ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, м. Харків

v.i.ponomaryov@mail.ru

**Актуальність.** Переживання людиною життєво небезпечних подій зрештою призводить до різних медичних та соціально-психологічних наслідків. Найвразливішою групою для дії психотравмуючої ситуації є діти.

**Мета дослідження** – виявити прояви суїцидальної поведінки, суїцидальні ризики й рівні сформованості суїцидальних намірів у дітей із сімей вимушених переселенців.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано дані 305 дітей та підлітків віком 7–18 років із сімей вимушених переселенців та 60 осіб контрольної групи, які перебували в умовах звичайної сім'ї. Методи дослідження: інформаційно-аналітичний, психодіагностичний, статистичний. Діагностику вираженості суїцидального ризику проводили з використанням «Шкали оцінки суїцидального ризику».

**Результати.** Констатовано наявність у обстежених дітей-переселенців бажання привернути увагу оточуючих до своєї проблеми, домогтися співчуття і розуміння (шкала демонстративності  $34,66 \pm 0,14$ ); наявність домінування емоційної складової над інтелектуальним контролем (шкала афективності  $47,91 \pm 0,21$ ) з гострим уявленням будь-якої неспроможності (шкала неспроможності  $34,73 \pm 0,18$ ) і проявами негативної концепції та ворожості навколишнього світу (шкала соціального песимізму  $29,34 \pm 0,22$ ). Визначено низький рівень механізму пошуку культурних цінностей і нормативів (шкала зламу культурних бар'єрів  $9,54 \pm 0,22$ ) з наявністю інфантильного максималізму ціннісних установок та афективної фіксації на будь-яких невдачах (шкала максималізму  $26,69 \pm 0,21$ ) й неможливістю конструктивного планування свого майбутнього внаслідок трансформації почуття нерозв'язності поточної проблеми в глобальний страх невдач і поразок в майбутньому (шкала тимчасової перспективи  $9,83 \pm 0,20$ ). Встановлено прямий середній рівень впливу на інтегральний тестовий показник виникнення суїцидального ризику соціального песимізму, зламу культурних бар'єрів, тимчасової перспективи та загального антисуїцидального фактора.

**Висновки.** Наявність суїцидальних ризиків й рівнів сформованості суїцидальних намірів у дітей із сімей вимушених переселенців, основні прояви суїцидальної поведінки, низький рівень антисуїцидального фактора у обстежених дітей вказує на необхідність психокорекційної роботи з цим контингентом дітей з боку психологів, реабілітологів та освітніх працівників.

**Ключові слова:**  
суїцидальний ризик,  
посттравматичний  
стресовий розлад,  
«Шкала оцінки  
суїцидального  
ризiku», діти із сімей  
вимушених переселенців,  
психотравмуючий  
фактор.

**Актуальність.** Результати багатьох науково-дослідних праць переконливо вказують на те, що переживання людиною життєво небезпечних подій зрештою призводить до різних поганих медичних та соціально-психологічних наслідків [1, 2]. При розвитку таких ситуацій (найбільш травматичні з них – бойові події, терористичні акти, насилля над особистістю тощо) негативний психотравмуючий вплив отримує психічний стан здоров'я людини, рівень її якості життя та соціально-психологічне благополуччя [3, 4].

Симптоматична картина розвитку психопатології у осіб, які зазнавали дії вищезгаданих травматичних

подій, представлена досить великим розмаїттям різноманітних за своєю структурою розладів – від психологічних реакцій та хворобливих станів до клінічно виражених форм психопатології. Найбільше серед них поширені посттравматичні стресові розлади (ПТСР) та розлади адаптації (РА), які належать за кодуванням МКХ-10 до групи реакцій на тяжкий стрес та порушення адаптації (F43) [5–7]. ПТСР та РА є одними з найпоширеніших та найнесприятливіших проявів психопатологічних порушень у осіб, які перебували під дією ситуацій, що спричинили доволі значну психотравмуючу дію. При цьому найвразливішою групою для дії психотравмуючої

ситуації є діти. Неповна сформованість їх психіки, високий рівень вольового контролю емоційних реакцій викликають у них більш тяжку реакцію на дію вказаної ситуації, що спричиняє порушення сну, емоційно-вегетативні розлади, високу психічну напруженість, які зрештою призводять до таких проявів як стійке порушення поведінки, делінквентність поведінки, низьку успішність, конфліктність на усіх рівнях, порушення дисципліни тощо [8–11].

**Мета дослідження** – за допомогою «Шкали оцінки суїцидального ризику» встановити прояви суїцидальної поведінки, суїцидальні ризики й рівні сформованості суїцидальних намірів у обстежених дітей.

## Матеріали та методи дослідження

Ми проаналізували дані 305 дітей та підлітків віком 7–18 років із сімей вимушених переселенців та 60 осіб контрольної групи, які перебували в умовах звичайної сім'ї.

Діагностику вираженості суїцидального ризику у обстежених дітей з ПТСР проводили за допомогою «Шкали оцінки суїцидального ризику» (ОСР). Ця експрес-методика дозволяє виявити ступінь наявності суїцидального ризику, а також продіагностувати рівень сформованості суїцидальних намірів з метою запобігання явним спробам суїциду.

Опитувальник (ОП) суїцидального ризику в модифікації Т. М. Разуваєвої включає в себе 29 питань [12]. Час тестування 10–15 хвилин. Оцінюється дев'ять субшкальних діагностичних концептів (демонстративність, афективність, унікальність, неспроможність, соціальний песимізм, злам культурних бар'єрів, максималізм, тимчасова перспектива, антисуїцидальний фактор), за кожним з яких підраховується сума позитивних відповідей. Отриманий бал урівнюється у своєму значенні з урахуванням присвоєного індексу. У результаті ми отримуємо загальний рівень сформованості суїцидальних намірів і наявність конкретних факторів суїцидального ризику. Остаточні результати тестування виражаються у відсотках і оцінюються наступним чином: 0 % – тенденція відсутня; 1–20 % – низький рівень суїцидального ризику; 21–40 % – знижений рівень суїцидального ризику; 41–60 % – середній рівень суїцидального ризику; 61–80 % – підвищений рівень суїцидального ризику; 81–100 % – високий рівень суїцидального ризику.

## Результати та їх обговорення

При опрацюванні матеріалу встановлено, що загалом обстежені за показниками субшкали демонстративності ( $34,66 \pm 0,14$  – знижений рівень) мали бажання повернути увагу оточуючих до свого лиха, домогтися співчуття і розуміння (табл. 1).

Така поведінка з зовнішньої позиції певною мірою оцінюється як «шантаж», тоді як зсередини демонстративна суїцидальна поведінка переживається як «крик про допомогу». У хлопчиків та дівчат показник демонстративності виявився майже однаковим –  $34,57 \pm 0,22$  і  $34,74 \pm 0,18$  відповідно; так само як і у міських ( $34,43 \pm 0,21$ ) та сільських дітей ( $34,88 \pm 0,19$ ). Діти віком 11–14 років більшою мірою схильні до демонстративнос-

ті ( $35,03 \pm 0,23$ ), ніж 7–10-річні ( $34,69 \pm 0,24$ ) та 15–18-річні ( $34,08 \pm 0,25$ ).

За шкалою афективності в цілому обстежені діти-переселенці мали показник на рівні  $47,91 \pm 0,21$  (середній рівень), що вказує на домінування емоційної складової над інтелектуальним контролем та готовність реагування на дії психотравмуючої ситуації досить емоційно. Вищі результати за субшкалою «Афективність» були у міських дітей ( $49,09 \pm 0,23$ ), порівняно з сільськими ( $47,3 \pm 0,25$ ); у дітей віком 7–10 років ( $48,72 \pm 0,29$ ) та 15–18 років ( $48,13 \pm 0,33$ ) порівняно з 11–14-річними ( $47,66 \pm 0,31$ ). При цьому встановлено практично однакові показники за субшкалою афективності серед хлопців ( $48,2 \pm 0,25$ ) та дівчат ( $48,16 \pm 0,25$ ).

Отримані дані за субшкалою унікальності (індекс  $23,09 \pm 0,26$  – знижений рівень) свідчать про те, що діти – вимушені переселенці сприймають себе, психотравмуючу ситуацію, і, можливо, власне життя загалом як явище виняткове, не схоже на інше, яке передбачає виняткові варіанти виходу з різних ситуацій, аж до суїциду. Більш вираженими показниками унікальності виявилися у дівчаток ( $22,84 \pm 0,21$ ) та дітей віком 7–10 років ( $22,72 \pm 0,27$ ), ніж у хлопців ( $22,32 \pm 0,24$ ) та дітей віком 11–14 ( $22,42 \pm 0,27$ ) і 15–18 років ( $22,67 \pm 0,28$ ). Більш «винятковими» себе вважають діти із сільської місцевості ( $22,81 \pm 0,22$ ), тоді як у міських дітей показник є меншим –  $22,37 \pm 0,22$ .

Загалом показник за субшкалою «Неспроможність» у обстежених дітей-переселенців був зниженим і сягав  $34,73 \pm 0,18$  (вказує на їх гостре уявлення фізичної, інтелектуальної, моральної або іншої неспроможності, що має вихід у переконливому ствердженні «Я поганий»). Негативна концепція власної особистості майже однаково характерна як для хлопців ( $34,97 \pm 0,20$ ), так і для дівчат ( $34,93 \pm 0,21$ ). Також її виявлено у сільських ( $34,99 \pm 0,20$ ) та міських ( $34,9 \pm 0,21$ ) дітей. Підлітки віком 15–18 років демонструють свою неспроможність, некомпетентність, непотрібність та «виключення» зі світу ( $35,37 \pm 0,29$ ) частіше, ніж діти інших вікових груп.

Як свідчать дані, отримані за субшкалою «Соціальний песимізм» ( $29,34 \pm 0,22$  – знижений рівень), у дітей із постраждалої групи домінує негативна концепція навколишнього світу. Вони сприймають навколишній світ як ворожий, який не відповідає уявленням про нормальні або задовільні для людини стосунки з оточуючими. Їх поведінка підпорядкована вислову «Ви усі недостойні мене». Ці уявлення більшою мірою характерні для дітей, які мешкають в умовах міста ( $29,59 \pm 0,30$ ), порівняно з сільськими дітьми ( $28,82 \pm 0,31$ ), тоді як діти віком 11–14 та 15–18 років проявляють вказані тенденції практично в однаковій мірі – показники за субшкалою  $29,02 \pm 0,36$  і  $29,88 \pm 0,45$  відповідно. При цьому дослідженням встановлено, що до соціального песимізму практично в однаковій мірі схильні як хлопці ( $29,0 \pm 0,32$ ), так і дівчата ( $29,37 \pm 0,30$ ).

Найменші показники у дітей із сімей вимушених переселенців спостерігали за субшкалою «Злам культурних бар'єрів» ( $9,54 \pm 0,22$  – низький рівень). Це означає, що у обстежених дітей-переселенців недостатньо високо розвинений механізм пошуку культурних цінностей і нормативів, що виправдовують їх суїцидальну поведінку або наявність запозичення суїцидальних моделей поведінки

Таблиця 1. Вираженість субшкільних діагностичних концептів у дітей із сімей вимушених переселенців і дітей зі звичайних сімей (X±mр)

Групи дітей	Склад субшкільних діагностичних концептів (%)											
	Абс.	демонстративність	афективність	унікальність	неспроможність	соціальний песимізм	знам культурних бар'єрів	максималізм	тимчасова перспектива	антисуперцидальний фактор	інтегральний тестовий показник	
		P±m <sub>p</sub>	P±m <sub>p</sub>	P±m <sub>p</sub>	P±m <sub>p</sub>	P±m <sub>p</sub>	P±m <sub>p</sub>	P±m <sub>p</sub>	P±m <sub>p</sub>	P±m <sub>p</sub>	P±m <sub>p</sub>	P±m <sub>p</sub>
<b>I група (постраждали)</b>												
Хлопчики	142	34,57±0,22	48,20±0,25	22,32±0,24	34,97±0,20	29,00±0,32	9,07±0,23	26,75±0,25	9,57±0,24	16,18±0,34	25,63±0,08	
Дівчатка	163	34,74±0,18	48,16±0,25	22,84±0,21	34,93±0,21	29,37±0,30	9,19±0,21	27,06±0,25	9,46±0,20	16,55±0,27	25,80±0,08	
Діти 7–10 років	114	34,69±0,24	48,72±0,29	22,72±0,27	34,68±0,23	28,91±0,36	8,91±0,25	26,80±0,27	9,71±0,26	16,56±0,36	25,79±0,09	
Діти 11–14 років	113	35,03±0,23	47,66±0,31	22,42±0,27	34,92±0,24	29,02±0,36	9,54±0,27	26,85±0,30	9,44±0,25	16,14±0,35	25,66±0,09	
Діти 15–18 років	78	34,08±0,25	48,13±0,33	22,67±0,28	35,37±0,29	29,88±0,45	8,87±0,29	27,18±0,36	9,32±0,32	16,45±0,45	25,72±0,11	
Сільські діти	155	34,88±0,19	47,30±0,25	22,81±0,22	34,99±0,20	28,82±0,31	9,20±0,22	26,73±0,24	9,67±0,21	16,34±0,30	25,65±0,07	
Міські діти	150	34,43±0,21	49,09±0,23	22,37±0,22	34,90±0,21	29,59±0,30	9,07±0,22	27,11±0,26	9,35±0,23	16,42±0,32	25,81±0,09	
У цілому	305	34,66±0,14	47,91±0,21	23,09±0,26	34,73±0,18	29,34±0,22	9,54±0,22	26,69±0,21	9,83±0,20	16,34±0,22	25,54±0,10	
<b>II група (контрольна)</b>												
Хлопчики	30	10,03±0,37	12,50±0,37	7,96±0,36	9,700±0,41	5,66±0,24	2,10±0,16	11,33±0,45	1,93±0,14	52,23±0,64	12,53±0,12	
Дівчатка	30	9,96±0,46	11,97±0,36	7,80±0,51	10,10±0,42	5,56±0,25	2,06±0,17	11,53±0,57	2,03±0,14	51,87±0,59	12,60±0,15	
Діти 7–10 років	20	9,50±0,55	11,75±0,44	8,00±0,66	10,25±0,55	5,30±0,31	2,20±0,22	11,30±0,58	2,05±0,15	51,40±0,59	12,50±0,17	
Діти 11–14 років	20	10,00±0,47	12,45±0,45	8,10±0,42	9,20±0,50	6,05±0,28	2,05±0,18	11,40±0,64	1,95±0,19	52,65±0,77	12,60±0,18	
Діти 15–18 років	20	10,50±0,5	12,50±0,46	7,55±0,53	10,25±0,47	5,50±0,29	2,00±0,22	11,60±0,68	1,95±0,18	52,10±0,89	12,60±0,16	
Сільські діти	30	10,27±0,44	12,13±0,36	7,70±0,49	9,36±0,43	5,30±0,19	2,10±0,18	11,33±0,51	1,83±0,14	52,27±0,62	12,43±0,15	
Міські діти	30	10,500±0,5	12,50±0,46	7,55±0,53	10,25±0,47	5,50±0,29	2,00±0,22	11,60±0,68	1,95±0,18	52,10±0,89	12,60±0,16	
У цілому	60	10,00±0,29	12,23±0,26	7,88±0,31	9,90±0,29	5,61±0,17	2,08±0,12	11,43±0,36	1,98±0,10	52,05±0,43	12,57±0,09	

з літератури і кіно. Вивчаючи гендерні особливості ми прийшли до висновку, що дівчата схильні до вищевказаного дещо більше ( $9,19 \pm 0,21$ ), ніж хлопці ( $9,07 \pm 0,23$ ); сільські діти ( $9,20 \pm 0,22$ ) – більше, ніж міські ( $9,07 \pm 0,22$ ) та діти віком 11–14 років ( $9,54 \pm 0,27$ ) порівняно з 7–10-річними ( $8,91 \pm 0,25$ ) та 15–18-річними ( $8,87 \pm 0,29$ ).

За субшкалою максималізму у обстежених дітей – вимушених переселенців показник склав  $26,69 \pm 0,21$  (знижений рівень). Цей рівень характеризує наявність у обстежених інфантильного максималізму ціннісних установок та афективної фіксації на будь-яких невдачах. Це більше виражено у дівчат ( $27,06 \pm 0,25$ ), порівняно з хлопцями ( $26,75 \pm 0,25$ ), та у сільських дітей ( $26,73 \pm 0,24$ ), порівняно з міськими ( $27,11 \pm 0,26$ ). Неможливість компенсації вищевказаного є головною ознакою для дітей віком 15–18 років ( $27,18 \pm 0,36$ ).

Показники за субшкалою тимчасової перспективи загалом фіксувалися на невисоких рівнях і склали  $9,83 \pm 0,20$ , що вказує на наявність у дітей-переселенців неможливості конструктивного планування свого майбутнього внаслідок трансформації почуття нерозв'язності поточної проблеми в глобальний страх невдач і поразок у майбутньому. Хлопці неспроможні до конструктивного планування майбутнього ( $9,57 \pm 0,24$ ) більшою мірою, ніж дівчата ( $9,46 \pm 0,20$ ). Показник тимчасової перспективи виявився вищим у сільських дітей ( $9,67 \pm 0,21$ ) та дітей віком 7–10 років ( $9,71 \pm 0,26$ ).

Слід вказати, що навіть при досить високих показниках усіх інших субшкальних концептів, є фактор, який знімає глобальний суїцидальний ризик. Це глибоке розуміння почуття відповідальності за близьких та почуття обов'язку, уявлення про гріховність самогубства, його антиестетичність та страх болю й фізичних страждань. У певному сенсі цей напрям є основою передумов для психокорекційної роботи з вказаним контингентом дітей. Загалом у обстежених він складає  $16,34 \pm 0,22$ , що відповідає низькому рівню. Дещо переважає показник антисуїцидального фактора у обстежених дівчаток ( $16,55 \pm 0,27$ ), міських дітей ( $16,42 \pm 0,32$ ) та дітей віком 7–10 років ( $16,56 \pm 0,36$ ).

Загалом інтегральний тесовий показник суїцидального ризику у обстежених дітей-переселенців досяг рівня  $25,54 \pm 0,10$ , що відповідає невисокому рівню тенденції до заподіяння суїцидальних дій, що свідчить про необхідність психокорекційної роботи з даним контингентом дітей з боку психологів, реабілітологів та освітніх працівників.

У контрольній групі обстежених (діти зі звичайних сімей) індекс демонстративності в цілому склав  $10,00 \pm 0,29$ . Серед них хлопчики більшою мірою мають бажання привернути увагу оточуючих до своїх негараздів, домогтися співчуття і розуміння ( $10,03 \pm 0,37$ ), ніж дівчата ( $9,96 \pm 0,46$ ). Вища демонстративність притаманна дітям з міста ( $10,50 \pm 0,5$ ) та дітям віком 15–18 років ( $10,50 \pm 0,5$ ), тоді як у сільських дітей ( $10,27 \pm 0,44$ ) й дітей віком 7–10 ( $9,5 \pm 0,55$ ) та 11–14 років ( $10 \pm 0,47$ ) ці показники менші.

Усереднений показник афективності дітей контрольної групи сягає  $12,23 \pm 0,26$ . Домінування емоцій над інтелектуальним контролем в оцінці ситуації переважає у хлопців ( $12,5 \pm 0,37$ ). Встановлена однакова готовність у дітей віком 15–18 років та міських дітей ( $12,50 \pm 0,46$ )

реагувати на психотравматичну ситуацію безпосередньо емоційно. Аналізуючи вікові особливості ми визначили, що для підлітків віком 15–18 років ( $12,50 \pm 0,46$ ) більш характерна афективна блокада інтелекту, ніж для дітей 7–10-річних ( $11,75 \pm 0,44$ ) та 11–14-річних ( $12,45 \pm 0,45$ ).

Ступінь вираженості унікальності у дітей із звичайних сімей в цілому дорівнює  $7,88 \pm 0,31$ . Вивчаючи віково-статеві їх особливості ми виявили, що більш унікальними себе вважають хлопці ( $7,96 \pm 0,36$ ) та діти віком 11–14 років ( $8,10 \pm 0,42$ ), порівняно з дівчатами ( $7,80 \pm 0,51$ ) та 7–10-річними ( $8,00 \pm 0,66$ ) і 15–18-річними ( $7,55 \pm 0,53$ ) дітьми. Майже однаковим цей субшкальний показник виявився у сільських ( $7,70 \pm 0,49$ ) та міських ( $7,55 \pm 0,53$ ) дітей.

Дівчата з контрольної групи ( $10,10 \pm 0,42$ ) та міські діти ( $10,25 \pm 0,47$ ) частіше демонструють свою неспроможність та некомпетентність в навколишньому світі, порівняно з хлопцями ( $9,70 \pm 0,41$ ) та сільськими дітьми ( $9,36 \pm 0,43$ ). Вираженість негативної концепції власної особистості більш притаманна дітям віком 7–10 років ( $10,25 \pm 0,55$ ) та 15–18 років ( $10,25 \pm 0,47$ ). Загалом складова неспроможності субшкальних діагностичних концептів сягає у них рівня  $9,90 \pm 0,29$ .

Усереднений показник «Соціального песимізму» у дітей із контрольної групи складає  $5,61 \pm 0,17$ . Сприйняття ворожості навколишнього та екстрапунітивності за формулою внутрішнього монологу «Ви всі не гідні мене» характерне більшою мірою для дітей віком 11–14 років ( $6,05 \pm 0,28$ ). До соціального песимізму однаково схильні як хлопці ( $5,66 \pm 0,24$ ), так і дівчата ( $5,56 \pm 0,25$ ), але, залежно від місця мешкання, міські діти більш схильні до песимізму ( $5,50 \pm 0,29$ ), ніж сільські ( $5,30 \pm 0,19$ ).

Також у дітей зі звичайних сімей виявлена відсутність культу самогубства, індекс показника зламу культурних бар'єрів в цілому склав ( $2,08 \pm 0,12$ ). У міських та сільських дітей показник за цією субшкалою виявився майже однаковим –  $2,00 \pm 0,22$  й  $2,10 \pm 0,18$  відповідно. Хлопці ( $2,10 \pm 0,16$ ) та дівчата ( $2,06 \pm 0,17$ ) також однаковою мірою проявляють відсутність схильності до культу самогубства й запозичення суїцидальних моделей поведінки з літератури та кіно.

Усереднений показник максималізму у дітей із контрольної групи –  $11,43 \pm 0,36$ . Міські діти ( $11,60 \pm 0,68$ ) більше схильні до інфантильного максималізму, ніж сільські ( $11,33 \pm 0,51$ ). У дівчат ( $11,53 \pm 0,57$ ) більше виражене поширення на всі сфери життя змісту локального конфлікту в якійсь одній життєвій сфері. У підлітків віком 15–18 років дещо переважає неможливість компенсації максималізму ( $11,6 \pm 0,68$ ), порівняно з дітьми інших вікових груп.

Показники за субшкалою тимчасової перспективи у контрольній групі дітей в цілому виявилися незначними і склали  $1,98 \pm 0,10$ . Хлопці цієї групи виявляли меншу неспроможність до конструктивного планування майбутнього ( $1,93 \pm 0,14$ ), ніж дівчата ( $2,03 \pm 0,14$ ). Дещо більші показники за цією субшкалою виявлені у дітей віком 7–10 років ( $2,05 \pm 0,15$ ), порівняно з 11–14-річними ( $1,95 \pm 0,19$ ) та 15–18-річними ( $1,95 \pm 0,18$ ) дітьми.

Також у контрольній групі дітей виявлені досить високі рівні субшкального діагностичного концепту антисуїцидального фактора, який в цілому склав  $52,05 \pm 0,43$ .

Переважає він у хлопців (52,23±0,64 ) та у дітей віком 11–14 років (52,65±0,77). Майже однакові показники даного субшкального концепту виявлені у міських і сільських дітей – 52,27±0,62 і 52,10±0,89 відповідно.

Загалом інтегральний тестовий показник суїцидального ризику у дітей із звичайних сімей встановлено на рівні 12,57±0,09 (низький рівень), що вказує на практичну відсутність тенденції до заповідання суїцидальних дій серед цієї когорти обстежених дітей.

Проаналізувавши ступінь взаємозв'язку субшкальних діагностичних концептів опитувальника суїцидального ризику ми встановили наявність прямого середнього рівня впливу на інтегральний тестовий показник суїцидального ризику наступних складових: соціальний песимізм (коефіцієнт кореляції 0,5065;  $p < 0,05$ ), злам культурних бар'єрів (коефіцієнт кореляції 0,3220;  $p < 0,05$ ), тимчасова перспектива (коефіцієнт кореляції 0,3235;  $p < 0,05$ ) та загальний антисуїцидальний фактор (коефіцієнт кореляції 0,4143;  $p < 0,05$ ), що свідчить про досить високий рівень впливу виникнення суїцидального ризику сприйняття негативної концепції навколишнього світу, його «ворожості»; виправдання суїцидальної поведінки завдяки пошуку певних культурних цінностей і нормативів в оточуючому середовищі і неможливість конструктивного планування свого майбутнього (табл. 2).

Але у обстежених дітей – вимушених переселенців наявний фактор, що знімає глобальний суїцидальний ризик і корелює із інтегральним тестовим показником суїцидального ризику – почуття відповідальності за близьких

та оточуючих, усвідомлення гріховності самогубства та його антиестетичності, страх болю та фізичних страждань.

## Висновки

1. За результатами дослідження наявності суїцидального ризику констатовано присутність у обстежених дітей-переселенців бажання привернути увагу оточуючих до своєї проблеми, домогтися співчуття і розуміння (шкала демонстративності 34,66±0,14); наявність домінування емоційної складової над інтелектуальним контролем (шкала афективності 47,91±0,21) з гострим уявленням будь-якої неспроможності (шкала неспроможності 34,73±0,18) та проявами негативної концепції та ворожості навколишнього світу (шкала соціального песимізму 29,34±0,22).

2. Встановлено наявність у дітей із сімей вимушених переселенців низького рівня механізму пошуку культурних цінностей і нормативів (шкала зламу культурних бар'єрів 9,54±0,22) з наявністю інфантильного максималізму ціннісних установок та афективної фіксації на будь-яких невдачах (шкала максималізму 26,69±0,21) й неможливістю конструктивного планування свого майбутнього внаслідок трансформації почуття нерозв'язності поточної проблеми в глобальний страх невдач і поразок в майбутньому (шкала тимчасової перспективи 9,83±0,20).

3. Констатовано наявність у обстежених дітей низького рівня антисуїцидального фактора (16,34±0,22), що вказує на необхідність психокорекційної роботи з цим контингентом дітей з боку психологів, реабілітологів та освітніх працівників.

Таблиця 2. Кореляційна матриця субшкальних діагностичних концептів у дітей-переселенців за методикою ОСР

	Демонстративність	Афективність	Унікальність	Неспроможність	Соціальний песимізм	Злам культурних бар'єрів	Максималізм	Тимчасова перспектива	Антисуїцидальний фактор	Інтегральний тестовий показник
Демонстративність	1	0,0314 (*)	-0,0107 (*)	-0,1152 (*)	0,0198 (*)	0,0549 (*)	-0,1364 (*)	-0,0466 (*)	0,0647 (*)	0,2147 (*)
Афективність	0,0314 (*)	1	-0,1034 (*)	0,1389 (*)	0,0430 (*)	-0,0373 (*)	0,0738 (*)	-0,0405 (*)	-0,1080 (*)	0,2617 (*)
Унікальність	-0,0107 (*)	-0,1034 (*)	1	0,0679 (*)	-0,0407 (*)	0,0498 (*)	-0,1410 (*)	-0,0715 (*)	0,0266 (*)	0,2063 (*)
Неспроможність	-0,1152 (*)	-0,1389 (*)	0,0679 (*)	1	0,0692 (*)	0,1282 (*)	0,0198 (*)	-0,0288 (*)	0,0329 (*)	0,2890 (*)
Соціальний песимізм	0,0198 (*)	0,0430 (*)	-0,0407 (*)	0,0692 (*)	1	-0,0543 (*)	-0,0374 (*)	0,0611 (*)	0,1749 (*)	0,5065 (*)
Злам культурних бар'єрів	0,0549 (*)	-0,0373 (*)	0,0498 (*)	0,1282 (*)	-0,0543 (*)	1	0,0410 (*)	0,1315 (*)	-0,0919 (*)	0,3220 (*)
Максималізм	-0,1364 (*)	0,0738 (*)	-0,1410 (*)	0,0198 (*)	-0,0374 (*)	0,0410 (*)	1	0,0051 (*)	-0,0590 (*)	0,2346 (*)
Тимчасова перспектива	-0,0466 (*)	-0,0405 (*)	-0,0715 (*)	-0,0288 (*)	0,0611 (*)	0,1315 (*)	0,0051 (*)	1	0,0048 (*)	0,3235 (*)
Антисуїцидальний фактор	0,0647 (*)	-0,1080 (*)	0,0266 (*)	0,0329 (*)	0,1749 (*)	-0,0919 (*)	-0,0590 (*)	0,0048 (*)	1	0,4143 (*)
Інтегральний тестовий показник	0,2147 (*)	0,2617 (*)	0,2063 (*)	0,2890 (*)	0,5065 (*)	0,3220 (*)	0,2346 (*)	0,3235 (*)	0,4143 (*)	1

Примітка. \* –  $p < 0,05$ .

4. Дослідженням встановлений прямий середній рівень впливу на інтегральний тестовий показник виникнення суїцидального ризику соціального песимізму (коефіцієнт кореляції 0,5065), зламу культурних бар'єрів (коефіцієнт кореляції 0,3220), тимчасової перспективи (коефіцієнт кореляції 0,3235) та загального антисуїцидального фактора (коефіцієнт кореляції 0,4143), що наголошує на досить високий рівень впливу на виникнення суїцидального ризику сприйняття негативної концепції навколишнього світу, його «ворожості»; виправдання суїцидальної поведінки завдяки пошуку певних культурних цінностей і нормативів в оточуючому середовищі і неможливості конструктивного планування свого майбутнього, що нівелюється дією почуття відповідальності за близьких та оточуючих, усвідомленням гріховності самогубства та його антиестетичності, боязню болю та фізичних страждань.

## Список використаної літератури

1. Корольчук М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності у звичайних та екстремальних умовах / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк. – К.: Ніка-Центр, 2006. – 580 с.
2. Критерії діагностики та принципи лікування розладів психіки і поведінки у дітей та підлітків; під ред. проф. П. В. Волошина, проф. В. М. Пономаренка, проф. В. С. Підкоритова [та ін.]: клінічний посібник. – Харків: Фоліо, 2001. – 271 с.
3. Cumulative Trauma the Impact of Child Sexual Abuse, Adult Sexual Assault and Spouse Abuse / V. M. Follette, M. A. Polusny, A. E. Bechtle, A. E. Naugle // *Journal of Traumatic Stress*. – 1996. – Vol. 9, issue 1. – P. 25–35.
4. Тарабрина Н. В. Психологія посттравматического стресса: теория и практика / Н. В. Тарабрина. – М.: Ин-т психологии РАН, 2009. – 303 с.
5. Цихоня В. Памятка про посттравматичний стресовий розлад / В. Цихоня // *Мистецтво лікування*. – 2014. – № 7–8 (113–114). – С. 57–58.
6. Бундало Н. Л. Депрессивные проявления при посттравматическом стрессовом расстройстве различной степени тяжести / Н. Л. Бундало // *Актуальные проблемы психиатрии и неврологии: матер. Всероссийской юбилейной науч.-практич. конф. с международным участием*. – СПб.: Человек и здоровье, 2007. – С. 28–29.
7. Курицына А. А. Клинические проявления агрессии и враждебности при посттравматическом стрессовом расстройстве / А. А. Курицына, Н. Л. Бундало // *Актуальные проблемы психиатрии и неврологии: матер. Всероссийской юбилейной науч.-практич. конф. с международным участием*. – СПб.: Человек и здоровье, 2007. – С. 34–35.
8. *Подростковая медицина: руководство*. 2-е изд.; под ред. Л. И. Левиной, А. М. Куликова. – СПб.: Питер, 2006. – 544 с.
9. Frederick C. J. Children Traumatized by Catastrophic Situations / C. J. Frederick // *Post-traumatized stress disorders in children*; Eds. S. Eth, R. S. Pynoos. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1985. – P. 73–99.
10. Бундало Н. Л. Особенности агрессии у детей при ПТСР / Н. Л. Бундало, А. А. Курицына // *Клинико-биологические проблемы охраны психического здоровья материнства и детства: матер. региональной науч.-практич. конф.* – Томск, 2007. – С. 29–34.
11. Бундало Н. Л. Проявления агрессивности у подростков при посттравматическом стрессовом расстройстве / Е. А. Печень, Н. Л. Бундало, А. А. Курицына // *Актуальные проблемы психиатрии и неврологии: матер. Всероссийской юбилейной науч.-практич. конф. с международным участием*. – СПб.: Человек и здоровье, 2007. – С. 35–36.
12. Разуваева Т. Н. Диагностика личности / Т. Н. Разуваева. – Шадринск, 1993. – 26 с.

## References

1. Korolchuk, M. S., & Krainiuk, V. M. (2006). *Sotsialno-psykholohichne zabezpechennia diialnosti u zvychnykh ta ekstremalnykh umovakh* [Social and psychological support of activities in normal and extreme conditions]. Kyiv, Nika-Tsentr, 580 p. (In Ukrainian).
2. Voloshyn, P. V., Ponomarenko, V. M., & Pidkorytov, V. S. (Eds.). (2001). *Kryterii diahnozyky ta pryntsyypy likuvannia rozladiv psykhyky i povedinky u ditei ta pidlitkiv* [Diagnostic criteria and principles of treatment of mental and behavior in children and adolescents]. Kharkiv: Folio, 271 p. (In Ukrainian).
3. Follette, V. M., Polusny, M. A., Bechtle, A. E., & Naugle, A. E. (1996). Cumulative Trauma the Impact of Child Sexual Abuse, Adult Sexual Assault and Spouse Abuse. *Journal of Traumatic Stress*, vol. 9, issue 1, pp. 25–35.
4. Tarabrina, N. V. (2009). *Psihologija posttravmatycheskogo stressa: teorija i praktika* [Psychology of post-traumatic stress: theory and practice]. Moscow: Institut psihologii RAN, 303 p. (In Russian).
5. Tsykhonia, V. (2014). *Pam'iatka pro posttravmatychny stresovy rozlad* [A memo about post-traumatic stress disorder]. *Mystetstvo likuvannia – Journal "Art of Treatment"*, issues 7–8 (113–114), pp. 57–58. (In Ukrainian).
6. Bundalo, N. L. (2007). *Depressivnyye proyavleniya pri posttravmatycheskom stressovom rasstrojstve razlichnoj stepeni tjazhi esti* [Depressive manifestations in posttraumatic stress disorder of varying severity]. *Aktual'nye problemy psihiatrii i nevrologii: materialy Vserossijskoj jubilejnoj nauchno-prakticheskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem – Actual problems of psychiatry and neurology: materials of the All-Russian Jubilee Scientific and Practical Conference with International Participation*. SPb.: Chelovek i zdorov'e, pp. 28–29. (In Russian).
7. Kuricyna, A. A., & Bundalo, N. L. (2007). *Klinicheskie proyavleniya agressii i vrazhdebnosti pri posttravmatycheskom stressovom rasstrojstve* [Clinical manifestations of aggression and hostility in posttraumatic stress disorder]. *Aktual'nye problemy psihiatrii i nevrologii: materialy Vserossijskoj jubilejnoj nauchno-prakticheskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem – Actual problems of psychiatry and neurology: materials of the All-Russian Jubilee Scientific and Practical Conference with International Participation*. SPb.: Chelovek i zdorov'e, pp. 34–35. (In Russian).
8. Levina, L. I., & Kulikova, A. M. (Eds.). (2006). *Podrostkovaja medicina: rukovodstvo* [Adolescent Medicine: A Guide]. SPb.: Piter, 544 p. (In Russian).
9. Frederick, C. J. (1985). Children traumatized by catastrophic situations. In S. Eth & R. S. Pynoos (Eds.). *Posttraumatic Stress Disorder in children* (pp. 73–99). Washington, DC: American Psychiatric Press.
10. Bundalo, N. L., & Kuricyna, A. A. (2007). *Osobennosti agressii u detej pri PТСR* [Features of aggression in children with PTSD]. *Kliniko-biologicheskie problemy ohrany psichicheskogo zdorov'ja materinstva i detstva: materialy regional'noj nauchno-prakticheskoj konferencii – Clinical and biological problems of mental health of motherhood and childhood: materials of the regional scientific-practical conference*. Tomsk, pp. 29–34. (In Russian).
11. Pechen', E. A., Bundalo, N. L., & Kuricyna, A. A. (2007). *Proyavleniya agressivnosti u podrostkov pri posttravmatycheskom stressovom rasstrojstve* [Manifestations of aggression in adolescents with post-traumatic stress disorder]. *Aktual'nye problemy psihiatrii i nevrologii: materialy Vserossijskoj jubilejnoj nauchno-prakticheskoj konferencii s mezhdunarodnym uchastiem – Actual problems of psychiatry and neurology: materials of the All-Russian Jubilee Scientific and Practical Conference with International Participation*. SPb.: Chelovek i zdorov'e, pp. 35–36. (In Russian).
12. Razuvaeva, T. N. (1993). *Diagnostika lichnosti* [Diagnosis of personality]. Shadrinsk, 26 p. (In Russian).

## ПОКАЗАТЕЛЬ УРОВНЯ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ДЕТЕЙ-ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

В. И. Пономарев, Е. В. Самойлова

**Актуальность.** Переживания человеком жизненно опасных событий в конечном итоге приводит к различным медицинским и социально-психологическим последствиям. Уязвимой группой для действия психотравмирующей ситуации являются дети.

**Цель исследования** – установить проявления суицидального поведения, суицидальные риски и уровни сформированности суицидальных намерений у детей из семей вынужденных переселенцев.

**Материалы и методы.** Проанализированы данные 305 детей и подростков в возрасте 7–18 лет из семей вынужденных переселенцев и 60 человек контрольной группы, находившихся в условиях обычной семьи. Методы исследования: информационно-аналитический, психодиагностический, статистический. Диагностику выраженности суицидального риска проводили с помощью «Шкалы оценки суицидального риска».

**Результаты.** Констатируется присутствие у обследованных детей-переселенцев желания привлечь внимание окружающих к своей проблеме, добиться сочувствия и понимания (шкала демонстративности 34,66±0,14), наличие доминирования эмоциональной составляющей над интеллектуальным контролем (шкала аффективности 47,91±0,21) с острым представлением любой несостоятельности (шкала несостоятельности 34,73±0,18) и проявлениями негативной концепции и враждебности окружающего мира (шкала социального пессимизма 29,34±0,22). Определен низкий уровень механизма поиска культурных ценностей и нормативов (шкала слома культурных барьеров 9,54±0,22) с наличием инфантильного максимализма ценностных установок и аффективной фиксации на любых неудачах (шкала максимализма 26,69±0,21) и невозможностью конструктивного планирования своего будущего в результате трансформации чувства неразрешимости текущей проблемы в глобальный страх неудач и поражений в будущем (шкала временной перспективы 9,83±0,20). Установлен прямой средний уровень влияния на интегральный тестовый показатель возникновения суицидального риска социального пессимизма, излома культурных барьеров, временной перспективы и общего антисуицидального фактора.

**Выводы.** Наличие суицидальных рисков и уровней сформированности суицидальных намерений у детей из семей вынужденных переселенцев, основные проявления суицидального поведения, низкий уровень антисуицидального фактора у обследованных детей указывает на необходимость психокоррекционной работы с этим контингентом детей со стороны психологов, реабилитологов и образовательных работников.

**Ключевые слова:** суицидальный риск, посттравматическое стрессовое расстройство, «Шкала оценки суицидального риска», дети из семей вынужденных переселенцев, психотравмирующий фактор.

## INDICATOR OF THE LEVEL OF SUICIDAL RISK OF INTERNALLY DISPLACED CHILDREN WITH MANIFESTATIONS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

V. I. Ponomarov, O. V. Samoilova

**Background.** Man's experience of life-threatening events ultimately leads to various medical and socio-psychological consequences. Children are a vulnerable group for the psychotraumatic situation.

**Objective:** to identify manifestations of suicidal behavior, suicidal risks and levels of suicidal intentions in children from families of internally displaced persons.

**Materials and methods.** The data of 305 children and adolescents aged 7-18 years from the families of internally displaced persons and 60 persons of the control group who were in the usual family were analyzed. We used information-analytical, psycho-diagnostic and statistical methods. Diagnosis of the severity of suicidal risk was carried out by "Scale of Suicide Risk Assessment".

**Results.** In the internally displaced children was observed such characteristics: the presence of the desire to attract the attention of others to their problem, to achieve empathy and understanding (the demonstrative scale is  $34.66 \pm 0.14$ ), the presence of the dominance of the emotional component over intellectual control (scale of affectivity  $47.91 \pm 0.21$ ) with a acute representation of any insolvency (insolvency scale  $34.73 \pm 0.18$ ) and manifestations of the negative concept and hostility of the surrounding world (the scale of social pessimism  $29.34 \pm 0.22$ ). Low level of the mechanism for the search for cultural values and standards (scale of scrapping cultural barriers  $9.54 \pm 0.22$ ) with the presence of infantile maximalism of value orientations and affective fixation on any setbacks (the maximalism scale is  $26.69 \pm 0.21$ ) has been determined. The impossibility of constructively planning their future as a result of transforming the sense of insolubility of the current problem into a global fear of failures and future defeats (the time horizon scale of  $9.83 \pm 0.20$ ) has been discovered. A direct average level of influence on the integral test indicator of the occurrence of suicidal risk of social pessimism, a break in cultural barriers, a temporary perspective and a general anti-suicidal factor has been established.

**Conclusions.** Presence of suicidal risks and levels of suicidal intentions in children from families of IDPs, the main manifestations of suicidal behavior, and the low level of anti-suicidal factor in the children surveyed indicate the need for psycho-corrective work with this group of children with psychologists, rehabilitation specialists and educational workers.

**Keywords:** suicide risk, post-traumatic stress disorder, "Suicide risk assessment scale", children from families of internally displaced persons, psychotraumatic factor.

*Стаття надійшла до редакції 13.10.2016 р.*

**ПОНОМАРЬОВ Володимир Іванович**, д.мед.н., професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, неврології і медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: v.i.ponomaryov@mail.ru

**САМОЙЛОВА Олена Вячеславівна**, асистент кафедри психіатрії, наркології, неврології і медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: 15Samoylova@mail.ru

**ПОНОМАРЕВ Владимир Иванович**, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, г. Харьков, Украина; e-mail: v.i.ponomaryov@mail.ru

**САМОЙЛОВА Елена Вячеславовна**, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, г. Харьков, Украина; e-mail: 15Samoylova@mail.ru

**PONOMAROV Volodymyr Ivanovych**, MD, Sc.D., Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: v.i.ponomaryov@mail.ru

**SAMOILOVA Olena Viacheslavivna**, MD, Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of V. N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: 15Samoylova@mail.ru