

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЛЬВІВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ЗАДОРОВНИЙ НАЗАР МИХАЙЛОВИЧ

УДК 343.9:343.614

ДИСЕРТАЦІЯ
КРИМІНОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ САМОГУБСТВА В УКРАЇНІ

081 – Право

08 Право

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Н. М. Задорожний

Науковий керівник **Коваль Марія Мирославівна**, кандидат юридичних наук,
доцент

Львів – 2025

АНОТАЦІЯ

Задорожний Н. М. Кримінологічний аспект самогубства в Україні. – Кваліфікаційна наукова робота на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії (081 «Право»). – Національний університет «Львівська політехніка», Львів, 2025.

У дисертації досліджено особливо важливу для України проблему самогубства, зокрема, кримінологічний аспект самогубства в Україні та звернено особливу увагу на стратегії та методи запобігання самогубствам. Досліджено підходи щодо визначення самогубства в українській науці, з урахуванням міждисциплінарного характеру цього явища, що охоплює кримінологічний, психологічний, медичний та правовий аспекти. Проаналізовано рекомендоване визначення самогубства з правових позицій. Розмежовано поняття, що стосуються суїцидальності.

У Розділі 1 досліджено з науково-історичної перспективи ставлення до самогубства в українському соціумі та українській культурі, а також окремо проаналізовано законодавчі згадки про самогубство на території України. Звернено окрему увагу на новітній історичний етап, що дало змогу досягти унікальних висновків щодо трендів у рівнях самогубств на території України. Уточнено причини різкого сплеску рівня самогубств в Україні після 1991-го року, доведено зв'язок вживання алкоголю та суїцидальності з історичної перспективи.

Проаналізовано філософський та теологічний підходи до дослідження і сприйняття самогубства з акцентом на Західну цивілізацію з давньогрецького періоду дотепер, обґрунтовано позицію щодо їхнього історичного взаємозв'язку. Досліджено соціально-географічний підхід, зокрема уявлення про самогубство в психології та психотерапії, медично-психологічний підхід з урахуванням історичного сприйняття самогубства як медичної проблеми.

Розкрито й уточнено позиції як українських, так і зарубіжних вчених щодо зв'язку самогубств зі злочинністю. Обґрунтовано взаємозв'язок між цими явищами в Україні та світі, як у сучасних реаліях, так і з історичної перспективи, доведено неоднозначність такого зв'язку. Застосовано під час аналізу домінантні зарубіжні

теорії, що вивчають самогубство та його зв'язок зі злочинністю, зокрема, теорію потокової аналогії.

У Розділі 2 досліджено та проаналізовано масив статистичних даних щодо вчинених в Україні самогубств, а також статистичні дані міжнародних організацій. Наведено цілісну кримінологічну картину суїцидальності в Україні, зацентровано увагу на недоліках методології у зв'язку з ненадійністю українських статистичних даних, описано високу ймовірність помилкової кваліфікації причин смерті та надано пропозиції щодо удосконалення цього процесу. Обґрунтовано необхідність ширшого застосування в українській науці наукових джерел та досліджень з країн ЄС.

Окрім аналізу статистичних даних, що стосуються України, проведено дослідження аналогічних даних з Польщі, Угорщини, США та Великої Британії та порівняно ці дані з українськими. Досліджено не тільки загальну, а й нішову статистику вчинення самогубств – до прикладу, гендерний розподіл, віковий розподіл, регіональні відмінності, статистичні дані, що стосуються низки інших соціальних феноменів, таких як нерівність у розподілі доходів, економічний достаток та інші. На основі цього виведено низку новітніх висновків щодо природи суїцидальності в Україні з одночасним дослідженням її у інших країнах Західного світу.

Розроблено портрет жертви самогубства на окремій вибірці. У 65 % випадків жертвами, яких довели до самогубства, були жінки. Чоловіки в Україні вчиняють самогубства приблизно в п'ять разів частіше, ніж жінки. Мінімальний вік самогубця – 10–14 років. Кількість спроб і завершених самогубств неповнолітніх постійно збільшується. Переважно юнаки вчиняють самогубства вдвічі частіше від дівчат, зрештою така тенденція відповідає показникам дорослого населення з тією лише поправкою, що співвідношення жіночих і чоловічих самогубств становить у кілька разів більше. Середній вік неповнолітніх самогубців жіночої статі становить 15 р., чоловічої – 16 р. Від 15–20-річного віку відбувається поступове посилення суїцидної активності неповнолітніх. Найвищі показники смертності з причин самогубства в Україні були в групі чоловіків віком 40–49 р., в групі жінок – 70 р. і старші. Для

вивченої групи самогубців характерні також показники сімейного стану: одружені – 31 %, самотні (неодружені, розлучені, вдівці) – 69 %. Найбільше одружених припало на вікову групу 32–44 р. Для чоловіків, особливо розлучених, діти не є стійким стримувальним антисуїцидальним чинником. Для жінок – навпаки. Майже третину самогубств вчинили особи, які не мали постійної роботи, незалежно від соціального походження, належності до певної професії, культурно-освітнього рівня. 96 % досліджених самогубців мали громадянство України, 3 % були особами без громадянства і, відповідно, 1 % були громадянами інших держав. Щодо освіти можна зауважити, що загалом освіченість впливає на поведінку людини. Так, 37 % самогубців мали незакінчену середню освіту, 25 % – середню та середню технічну, 41 % – вищу.

Визначено низку чинників, які детермінують вчинення самогубства: 1) стать (причиною значного переважання чоловічих самогубств над жіночими вважаємо маскуліністську, яка виражає суспільну роль чоловіків і полягає у приховуванні своїх емоцій, надмірний акцент на матеріальній успішності та небажання звернутися по допомогу в разі виникнення внутрішніх психічних проблем); 2) сімейний стан (найяскравішу групу ризику щодо самогубств, пов'язаних зі сімейним статусом, можна виокремити в осіб (особливо чоловіків), що недавно пережили розлучення з партнером. Одружені особи є найменш схильними до самогубств); 3) соціальна та економічна категорія населення (цей чинник частково пов'язаний із загальним рівнем економічного розвитку держави (який, як ми виявили, негативно корелює з рівнем самогубств, принаймні у постсоціалістичних країнах), однак фокусується на індивідуальних характеристиках населення, а не на ситуації загалом. Узагальнюючи, люди з нижчим рівнем матеріального забезпечення і доходів, а також безробітні середнього віку частіше вчиняють самогубства); 4) освіта (вищі рівні самогубств серед людей з вищою освітою є несподіваним явищем. Тим не менше, на нашу думку, така тенденція може бути виправданою. Вищий рівень освіти формує критичне мислення, що, своєю чергою, допомагає аналізувати та ставити під питання багато наративів, що їх інші люди сприймають як належне та не сумніваються в них. Разом із щораз меншим значенням релігії у житті соціуму,

часто запитання (на зразок «у чому сенс життя» або «заради чого я живу») можуть, своєю чергою, посилювати або спричиняти депресивні думки, які в теорії здатні призвести до самогубства); 5) кліматичні чинники (можуть лише частково пояснити або сигналізувати про ризики самогубств для населення – до прикладу, високі температури можуть зменшувати врожай або знищувати його, що, своєю чергою, негативно впливає на ментальний стан сільського населення); 6) трудова еміграція населення, відсутність стійкості трудового ринку та вищі рівні алкоголізму також є важливими загострювальними чинниками; 7) наявна кореляція між геомагнітними збуреннями та рівнями самогубств (аналіз річних даних доводить, що у місяці з більшою геомагнітною активністю рівні самогубств є вищими, і навпаки; тим не менше, така асоціація існувала тільки для самогубств, що їх вчиняли чоловіки, а не жінки); 8) показник релігійності населення (нижчі показники самогубств на Заході та вищі показники на Півдні можна частково пояснити силою релігійної афіліації населення); 9) медично-психологічними чинниками ризику для вчинення самогубства в Україні є розлади настрою (зокрема депресія та біполярний афективний розлад).

Детально розкрито потенційне застосування теорії потокової аналогії в Україні. Досліджено зв'язок рівня самогубств і згаданих соціально-економічних показників, таких як коефіцієнт Джині та показник ВВП на особу.

У Розділі 3 докладно проаналізовано зв'язок самогубств і психічного здоров'я, обґрунтовано позицію, що ці явища нерозривно пов'язані та їх потрібно розглядати в комплексі. Уточнено важливість депресивних розладів та біполярного афективного розладу як основних прекурсорів суїцидальної поведінки. Схарактеризовано зв'язок вживання психоактивних речовин та самогубств, наголошено на негативному впливі алкоголю та опіатів, водночас виділено позитивний вплив деяких психоделічних речовин. Надано рекомендації щодо подальших досліджень цієї тематики. Описано особливості інтерперсональної теорії самогубств як новітнього інструменту раціоналізації суїцидальності та рекомендовано враховувати чинники ризику, що пропонує ця теорія як психологічні.

Проаналізовано успішність та ефективність різноманітних методів, а також стратегій запобігання самогубствам, переважно зі запозиченням досвіду інших країн. Досліджено доцільність застосування цих стратегій та методів в Україні, надано рекомендації щодо їх застосування. Запропоновано авторську систему поділу методів запобігання самогубствам на методи скринінгу та методи інтервенції. Обґрунтовано доцільність чи недоцільність імплементації низки методів саме в контексті України. Надано пропозиції щодо розроблення національної стратегії запобігання самогубствам в Україні.

Ключові слова: самогубство, агресія, насильство, емоційний стан, агресивна поведінка, ідентичність, суїцидальна поведінка, темперамент, запобігання, право людини на смерть, правосвідомість, девіантна поведінка, психічне здоров'я, детермінанти, соціально-психологічна дезадаптація.

ANNOTATION

Zadorozhnyi N. Criminological Aspect of Suicide in Ukraine. – Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy (081 «Law»). – Lviv Polytechnic National University, Lviv, 2025.

The dissertation examines the problem of suicide, which is particularly important for Ukraine, in particular, the criminological aspect of suicide in Ukraine and pays special attention to strategies and methods of suicide prevention. Approaches to the definition of suicide in Ukrainian science are studied, taking into account the interdisciplinary nature of this phenomenon, which covers criminological, psychological, medical and legal aspects. The author analyzes the recommended definition of suicide from a legal perspective. The concepts related to suicidality are differentiated.

Section 1 examines the attitude to suicide in Ukrainian society and culture from a scientific and historical perspective, and analyzes legislative references to suicide in Ukraine. Special attention has been paid to the recent historical stage, which allowed for unique conclusions regarding suicide rate trends in Ukraine. The causes of the sharp surge in suicide rates in Ukraine after 1991 have been clarified, and the connection between alcohol consumption and suicidality has been proven from a historical perspective.

Philosophical and theological approaches to the study and perception of suicide have been analyzed, focusing on Western civilization from the ancient Greek period to the present, substantiating the position regarding their historical interconnection. The socio-geographical approach has been studied, particularly the understanding of suicide in psychology and psychotherapy, and the medical-psychological approach, taking into account the historical perception of suicide as a medical problem.

The positions of both Ukrainian and foreign scientists regarding the connection between suicide and crime have been revealed and clarified. The interrelation between these phenomena, both in Ukraine and globally, both in modern realities and from a historical perspective, has been substantiated, proving the ambiguity of such connection. Dominant foreign theories studying suicide and its connection with crime have been applied in the analysis, particularly the stream analogy theory.

Section 2 examines and analyzes a set of statistics on suicides committed in Ukraine, as well as statistics from international organizations. A comprehensive criminological picture of suicidality in Ukraine has been presented, with emphasis on methodological shortcomings due to the unreliability of Ukrainian statistical data, describing the high probability of incorrect qualification of causes of death, and providing suggestions for improving this process. The necessity of wider use of scientific sources and research from the EU countries in Ukrainian science is substantiated.

In addition to analyzing statistical data related to Ukraine, similar data from Poland, Hungary, the USA, and Great Britain has been studied and compared with Ukrainian data. Not only general but also niche suicide statistics have been studied – for example, gender distribution, age distribution, regional differences, statistical data related to a number of other social phenomena such as income inequality, economic prosperity, and others. Based on this, a number of novel conclusions regarding the nature of suicidality in Ukraine have been derived while simultaneously studying it in other Western countries.

A portrait of a suicide victim was developed out of a separate cohort. In 65 % of cases, the victims of suicide were women. Men in Ukraine commit suicide about five times more often than women. The minimum age of a suicide victim is 10–14 years old. The number of attempted and completed suicides by minors is constantly increasing. In general, boys commit suicide twice as often as girls, and this trend corresponds to the figures for the adult population, with the only correction that the ratio of female to male suicides is two orders of magnitude. The average age of female juvenile suicides is 15 years, and 16 years for males. Starting from the age of 15–20, there is a gradual increase in suicidal activity among minors. The highest rates of mortality due to suicide in Ukraine were in the group of men aged 40–49, and in the group of women – 70 years and older. The studied group of suicides is also characterized by indicators of marital status: married – 31 %, single (unmarried, divorced, widowed) – 69 %. Most of the married people were in the age group of 32–44 years old. For men, especially divorced men, children are not a stable deterrent to suicide. For women, the opposite is true. Almost a third of suicides were committed by people who did not have a permanent job, regardless of social background, profession, or cultural and educational level. 96 % of the suicides

studied were citizens of Ukraine, 3 % were stateless, and, accordingly, 1 % were citizens of other countries. Regarding education, it can be noted that, in general, education affects human behavior. For example, 37 % of suicides had incomplete secondary education, 25 % had secondary and technical education, and 41 % had higher education.

A number of factors have been identified that determine suicide: 1) gender (the reason for the serious predominance of male suicides over female suicides is masculinity as an expression of the social gender role for men, which consists in hiding their emotions, excessive emphasis on material success and unwillingness to seek help in case of internal mental problems); 2) marital status (the most prominent risk group for suicide in terms of marital status can be identified as persons (especially men) who have recently experienced a divorce from a partner. Married people are the least likely to commit suicide); 3) social and economic category of the population (this factor is partly related to the overall level of economic development of the state (which we found to be negatively correlated with suicide rates, at least in post-socialist countries), but focuses on individual characteristics of the population rather than the situation as a whole. In general, people with lower levels of material security and income, as well as the unemployed in middle age, are more likely to commit suicide); 4) education (higher suicide rates among people with higher education are not an unexpected phenomenon. Nevertheless, in our opinion, this trend may be justified. A higher level of education stimulates additional mental activity, which in turn leads to analyzing and questioning many narratives that other people take for granted and do not question. Together with the decreasing role of religion in society, such questions (such as «what is the meaning of life» or «what am I living for») can often exacerbate or cause depressive thoughts, which can theoretically lead to suicide); 5) climatic factors (can only partially explain or signal the risk of suicide for the population – for example, high temperatures can negatively affect the harvest, which in turn negatively affects the mental state of the rural population); 6) labor emigration, lack of stability of the labor market and higher levels of alcoholism are also important aggravating factors; 7) there is a correlation between geomagnetic disturbances and suicide rates (analysis of annual data shows that in months with higher geomagnetic activity, suicide rates are higher, and vice versa; however, this

association existed only for male, but not female, suicides); 8) an indicator of the population's religiosity (lower suicide rates in the West and higher rates in the South can be partially explained by the strength of the population's religious affiliation); 9) medical and psychological risk factors for suicide in Ukraine are mood disorders (in particular, depression and bipolar affective disorder).

The potential application of stream analogy theory in Ukraine has been detailed. The connection between suicide rates and the mentioned socio-economic indicators, such as the Gini coefficient and GDP per capita, has been studied.

Section 3 analyzes in detail the relationship between suicide and mental health, and argues that these phenomena are inextricably linked and should be considered in a comprehensive manner. The importance of depressive disorders and Bipolar Affective Disorder as primary precursors of suicidal behavior has been clarified. The connection between psychoactive substance use and suicide has been characterized, emphasizing the negative impact of alcohol and opiates and the positive impact of certain psychedelic substances. Recommendations for further research on this topic have been provided. The features of the interpersonal theory of suicide as a modern tool for rationalizing suicidality have been described, and it has been recommended to consider the risk factors proposed by this theory as psychological.

As the final part of the work, an analysis of the success and effectiveness of various suicide prevention methods and strategies has been conducted, mainly borrowing experience from other countries. The feasibility of applying these strategies and methods in Ukraine has been studied, and recommendations for their application have been provided. An author's system for dividing suicide prevention methods into screening methods and intervention methods has been proposed. The feasibility or infeasibility of implementing various methods specifically in the context of Ukraine has been substantiated. Proposals for developing a national suicide prevention strategy in Ukraine have been provided.

Keywords: suicide, aggression, violence, emotional state, aggressive behavior, identity, suicidal behavior, temperament, prevention, human right to death, legal

awareness, deviant behavior, mental health, determinants, socio-psychological maladjustment.

Список публікацій здобувача

Публікації, в яких подано основні наукові результати дисертації

Статті у наукових виданнях, що входять на дату опублікування до переліку наукових фахових видань України

1. Задорожний Н. М., 2022а. Кримінологічний та кримінально-правовий аспекти визначення самогубства. *ScienceRise: Juridical Science*. № 1(19). С. 64–69.
2. Задорожний Н. М., 2022б. Філософський та теологічний підходи до розуміння та аналізу самогубства: історія та сучасний стан. *Право і суспільство*. № 5. С. 210–217.
3. Задорожний Н. М., 2024а. Самогубство як фонове для злочинності явище та теорія потокової аналогії. *Право і суспільство*. № 2. С. 230–235.
4. Задорожний Н. М., 2024б. Аналіз статистичних зв'язків між рівнями самогубств та випадків смерті внаслідок ушкоджень з невизначеним наміром як свідчення потенційної латентності рівня самогубств в Україні. *Вісник Нац. ун-ту «Львівська політехніка» «Юридичні науки»*. № 2. С. 56–60.

Публікації, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

1. Задорожний Н., 2022в. Бойові самогубства учасників українського визвольного руху (1940–1950-х рр.): юридично-кримінологічний аспект. *Розвиток сучасної освіти і науки: результати, проблеми, перспективи. Т. XIII: Утилітарна цінність наукових досліджень. (Конін – Ужгород – Перемишль – Херсон, 25 жовтня 2022 р.)*. С. 18–21.
2. Задорожний Н., 2024в. Метод скринінгу та метод інтервенції – інструменти запобігання самогубства. *Актуальні проблеми забезпечення захисту прав та свобод людини в умовах інтеграції України в європейський простір: збірник матеріалів Міжнародної конференції. (Львів: Сполом, 29 березня 2024 р.)*. С. 228-230.

3. Задорожний Н. М., 2024г. Майбутня важливість питання запобігання самогубствам серед ветеранів війни в Україні. *Сучасні напрями розвитку економіки, підприємництва, технологій та їх правового забезпечення: матеріали Міжнародної конференції здобувачів вищої освіти. (Львів: Вид-во Львівського торговельно-економічного університету, 29-30 травня 2024 р.), С. 427–428.*

4. Задорожний Н.М., 2024г. Прояви суїцидальної поведінки. *Вдосконалення правового механізму захисту прав та свобод людини і громадянина в умовах євроінтеграції: збірник матеріалів Всеукраїнської конференції. (Львів: Сполом, 25 жовтня 2024 р.). С. 151-152.*

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ВСТУП.....	14
РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ НАУКОВІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ САМОГУБСТВА.....	25
1.1. Огляд теоретичного дослідження феномену самогубства в контексті кримінології та міждисциплінарних підходів аналізу.....	25
1.2. Історичний розвиток уявлень про самогубство та його правова оцінка в різних етапах цивілізаційного розвитку	42
1.3. Самогубство як фонове явище для злочинності: виміри потокової аналогії	52
Висновок до розділу 1.....	58
РОЗДІЛ 2. КРИМІНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА САМОГУБСТВА В УКРАЇНІ ТА СВІТІ.....	61
2.1. Кримінологічний аналіз проявів самогубства: стан, динаміка та структура.....	61
2.2. Кримінологічна характеристика жертви самогубства.....	75
2.3. Фактори, що детермінують поведінку особи до вчинення самогубства.....	100
Висновок до розділу 2.....	123
РОЗДІЛ 3. КРИМІНОЛОГІЧНІ ЗАХОДИ ЗАПОБІГАННЯ САМОГУБСТВУ	127
3.1. Загально-соціальні заходи запобігання самогубству	127
3.2. Спеціально-кримінологічні заходи запобігання самогубству.....	134
3.3. Індивідуальні заходи запобігання самогубству.....	144
Висновок до розділу 3	154
ВИСНОВКИ	159
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	169
ДОДАТКИ	204

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Життя та здоров'я людини на конституційному рівні визначено найвищою соціальною цінністю, відповідно, таке положення є фундаментом правової системи України як правової держави. Вказана правова аксіологема зумовлює особливу увагу держави до охорони життя кожної особи, зокрема у випадках загрози його передчасного припинення — як внаслідок злочинних посягань, так і за умов, коли особа сама вчиняє замах на власне життя.

Актуальність вивчення самогубств у кримінально-правовій площині затребувано у зв'язку із зростанням кількості випадків, що супроводжуються ознаками зовнішнього впливу, маніпуляції чи доведення особи до стану безвиході. Самогубство як соціально-правовий феномен не обмежується виключно медико-психологічними чинниками — у ряді випадків воно є наслідком кримінально протиправних дій інших осіб. Саме тому питання кваліфікації діянь, які сприяли позбавленню себе життя, особливо в контексті статті 120 КК України (доведення до самогубства), потребує глибокого кримінологічного аналізу. Злочини, пов'язані з цькуванням, психологічним насильством, жорстоким поведінням або дискримінацією, здатні створити умови, за яких особа втрачає здатність адекватно реагувати на дійсність і вчиняє фатальний крок.

Окремої уваги заслуговує вивчення особистості потерпілого в динаміці — особливо вразливих груп, таких як діти, військовослужбовці, жертви домашнього насильства. Самогубство в контексті соціального тиску, зловживання владою або бездіяльності державних інституцій — це не лише трагедія, а й потенційний об'єкт кримінально-правової оцінки. Таким чином особливо затребуваним є кримінологічне дослідження самогубства, котре спрямовано на виявлення прихованого злочинного діяння, вдосконалення механізмів правової реакції та формування превентивних стратегій, які спрямовані не лише на зниження рівня самогубств, а й на підвищення рівня захищеності особи в умовах соціальної вразливості.

Незважаючи на наявність унормованих правил у нашій державі критичною є ситуація з рівнем самогубств серед населення. Ведення повномасштабної війни з

росією значно посилило вплив на цю проблематику – у 2023-му році більш ніж третина населення України повідомляли про симптоматику, що відповідає міжнародній медичній класифікації як психічного розладу, що є вагомим фактором можливий суїцидальних дій.

Кримінологічний підхід до проблеми самогубства передбачає дослідження його детермінант, аналіз правових механізмів запобігання, а також вивчення випадків, коли самогубство стає наслідком злочинних дій. Водночас стабільної активної практики соціальних реакцій на явище самогубства та його особисті вияви в Україні дотепер не відпрацьована, немає належних, науково-обґрунтованих методичних розробок щодо низки складних і актуальних питань реагування на це негативне соціальне явище і насамперед запобігання йому.

Визначену проблематику аналізували науковці різного галузевого спрямування. Зв'язок самогубства зі злочинністю та запобігання самогубствам ставало предметом уваги таких українських вчених: Р. О. Бундза, О. М. Гуміна, О. М. Джуджи, С. В. Жабокрицького, Ю. Ф. Іванова, І. В. Козакової, В. Г. Лихолоба, А. А. Тернавської, Л. М. Шестопалової, В. В. Шкуро.

Самогубства, насильницькі кримінальні правопорушення, а також доведення до самогубства досліджували фахівці у різних галузях знань. У сфері кримінального права та кримінології: О. М. Костенко досліджував соціально-правові аспекти самогубств та їхні кримінологічні детермінанти; І. А. Нестерова проводить вивчення кримінологічних і психологічних питань, пов'язаних із злочинними проявами в різних сферах суспільних відносин; проблеми кримінологічного профайлінгу, В. В. Сташис аналізував проблематику насильницьких злочинів, зокрема доведення до самогубства; М. І. Мельник розглядав питання кримінально-правової відповідальності за злочини, пов'язані зі заподіянням шкоди здоров'ю, що може призвести до суїциду; В. І. Борисов досліджував особливості кримінологічного аналізу самогубств і профілактики таких явищ. У сфері психології та психіатрії: В. О. Антонян вивчав психічні стани, що передують суїцидальній поведінці; О. Г. Данильченко досліджував вплив психологічного насильства та соціальних факторів на схильність до самогубства;

С. О. Глузман – психіатр, який аналізував патологічні стани, пов'язані зі самогубством, та вплив криміногенного середовища на психічне здоров'я; З. Фрейд – хоча його праці загалом є психоаналітичними, вони стали основою для подальших досліджень самогубств у психології.

У межах загальнотеоретичних підходів аналізується правова природа людського життя як об'єкта правової охорони, співвідношення свободи волевиявлення особи та обов'язку держави щодо його захисту, зокрема І. М. Жаровська вказує на аспекти правової автономії індивіда, І. П. Андрусак аналізує проблему домашнього насильства як причини суїцидальних дій, О.Ф. Скакун, яка розглядала філософсько-правові основи цінності життя людини та його правової охорони; В.В. Сущенко, що акцентував увагу на природно-правовому розумінні права на життя та межах втручання держави; М.В. Цвік, який досліджував конституційно-правові аспекти захисту прав людини, зокрема права на життя; Ю.С. Шемшученко, який у своїх роботах звертався до проблем формалізації права на життя у правовій системі України; І. В. Козакова досліджує правові питання права на смерть, а також прояви суїцидальної поведінки.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами, грантами.

Дисертаційне дослідження виконано відповідно до положень стратегічних документів, що регулюють питання захисту життя та здоров'я людини, зокрема Закону України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» від 15 січня 2025 року № 4223-IX, Указу Президента України «Про Національну стратегію у сфері прав людини» від 24 березня 2021 року № 119/2021, Стратегії громадської безпеки та цивільного захисту України, затвердженої Указом Президента України від 29 червня 2021 року, Закону України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» від 7 грудня 2017 року №2229; Указу Президента України від 30 вересня 2019 року №722 «Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року».

Дослідження відповідає Пріоритетним напрямкам розвитку правової науки на 2021–2025 роки, затвердженим Національною академією правових наук України 26 березня 2021 року, які визначають пріоритетні напрями фундаментальних та

прикладних досліджень у галузях правового забезпечення інформаційної сфери, цифрової трансформації, національної безпеки та оборони, а також правового захисту прав і свобод людини в умовах сучасних викликів.

Також роботу виконано відповідно до плану науково-дослідної діяльності кафедри міжнародного та кримінального права Інституту права, психології та інноваційної освіти Національного університету «Львівська політехніка» у межах теми «Концептуальна доктрина правового механізму захисту прав та свобод людини і громадянина в умовах розбудови правової держави» (номер державної реєстрації 0122U000732, термін виконання: 2021-2026 роки).

Мета та завдання дослідження. Метою дослідження є розроблення теоретичних засад щодо запобігання самогубству в Україні з урахуванням сучасного стану кримінально-правового регулювання, кримінологічних закономірностей, а також військово-політичних, соціальних, психологічних і філософсько-правових аспектів цього явища.

Сформульована мета зумовила необхідність вирішення таких завдань:

- з’ясувати ступінь розроблення аспектів самогубства в кримінологічній теорії, досліджуючи наявні підходи та концепції, що включають психологічні, соціальні та правові аспекти цього феномена в контексті сучасної кримінології;
- розглянути історичний розвиток поняття самогубства, проаналізувати еволюцію соціальних і правових поглядів на це явище в різні історичні періоди, а також його взаємозв’язок з кримінальною політикою та правовими системами;
- осмислити самогубство як фонове явище для злочинності, визначаючи, як самогубства можуть бути наслідком або передвісниками злочинних дій, а також вивчити його зв’язок з іншими кримінальними правопорушеннями;
- дослідити стан, динаміку та структуру проявів самогубств у різних соціально-демографічних групах населення з урахуванням таких чинників, як вік, стать, рівень освіти, соціальний статус, а також простежити зміни у їх проявах у часовому вимірі та в контексті соціально-економічних і культурних трансформацій;

– надати кримінологічну характеристику жертви самогубства, враховуючи її соціально-демографічні ознаки, психоемоційний стан, спосіб життя, наявність або відсутність асоціальної поведінки;

– визначити детермінанти вчинення самогубства шляхом аналізу комплексу соціальних, психологічних, економічних, культурних, медичних та кримінологічних чинників, що безпосередньо або опосередковано впливають на формування суїцидальної поведінки;

– окреслити загально-соціальні заходи запобігання самогубству, які включають формування сприятливого соціального середовища, розвиток системи психосоціальної підтримки, підвищення рівня обізнаності населення про проблеми психічного здоров'я, зниження стигматизації психічних розладів, впровадження освітніх програм з розвитку емоційного інтелекту та стресостійкості, а також державна підтримка вразливих верств населення;

– за результатами кримінологічного моделювання жертви самогубства, розробити напрями вдосконалення спеціально-кримінологічного запобігання вчиненню самогубства;

– удосконалити тактичну схему індивідуальних заходів запобігання самогубству.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, що пов'язані з виникненням явища самогубства та його зв'язку зі злочинністю.

Предметом дослідження є кримінологічні чинники, що зумовлюють самогубство, його взаємозв'язок із злочинністю, а також шляхи запобігання цьому явищу в Україні.

Методи дослідження. Методологічна основа дослідження фокусується на загальнонаукових, спеціальних методах та підходах, що забезпечують досягнення мети дослідження. Історичний метод допоміг дослідити сучасний стан дослідження згаданої тематики (підрозділ 1.2). Герменевтичний метод застосовано для пізнання та інтерпретації наукових розвідок, що сприяло розкриттю змісту й узагальненню відповідних теоретико-прикладних положень (підрозділи 1.1–1.3). Формально-логічний метод застосовано для формулювання понять, їхньої класифікації

(підрозділ 1.3). Функціональний метод – для визначення чинників, які детермінують вчинення самогубства (підрозділ 2.3). Порівняльний метод допоміг навести базові основи для імплементації зарубіжних досліджень в українських реаліях (підрозділ 1.1). Метод аналізу та синтезу – для проведення та виділення окремих елементів кримінологічної характеристики самогубства (підрозділ 2.1, 2.2). Метод контрольної групи використовувався в процесі пізнання відмінностей поведінки особи схильної до суїцидальних дій, порівно зі здоровою особою (підрозділи 2.2, 2.3). Метод моделювання – для формулювання позицій щодо системи заходів запобігання самогубству (розділ 3). Метод узагальнення – для формулювання висновків. Проведено документальний та статистичний аналіз даних, що стосуються самогубства в Україні та світі.

Емпіричну базу дослідження становлять українські та зарубіжні статистичні дані щодо самогубств, а також дослідження, що фокусуються на самогубствах та запобіганні самогубству. Також емпіричною базою дослідження є статистичні дані щодо самогубств в Україні та за кордоном, а також інформація, що фокусуються на факторах, які сприяють самогубствам, та на заходах щодо їх запобігання; аналітичні звіти, матеріали соціологічних опитувань, психологічні дослідження та дані правоохоронних органів щодо випадків доведення до самогубства.

Науково-теоретичну базу дисертації становили наукові праці українських та зарубіжних учених у сфері суїцидології, кримінального права, кримінології, психології, соціології, медицини, судової психіатрії, філософії права та загальнотеоретичної юриспруденції тощо. Нормативну основу роботи становить Конституція України, чинне кримінальне законодавство України, постанови та роз'яснення Пленуму Верховного Суду України, національне законодавство у сфері правової поведінки особи. Важливим аспектом є міжнародний правовий контекст, зокрема кримінальні кодекси зарубіжних країн, які встановлюють відповідальність за доведення до самогубства або вчинення інших дій, що можуть привести до самогубств. Актуальними також є міжнародні документи та рекомендації, що регулюють профілактику самогубств та захист прав осіб із

психічними розладами, зокрема конвенції та резолюції, прийняті в рамках ООН, Ради Європи, НАТО та інших міжнародних організацій.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у тому, що в дисертації вперше здійснено комплексне дослідження феномену самогубства в контексті його зв'язку з кримінальністю та механізмами запобігання, з особливим акцентом на порівняльний аналіз міжнародного досвіду країн ЄС та НАТО, що дозволяє запропонувати нові підходи до розв'язання цієї соціально-правової проблеми на національному рівні.

Проведене дослідження дозволило сформульовано положення, висновки й рекомендації, для яких характерна наукова новизна, важливе теоретичне та практичне значення:

вперше:

— виокремлено історичні етапи соціального аналізу самогубства як суспільного явища: теологічне сприйняття гріховності самогубства (V–XVII ст.); світоглядна трансформації розуміння самогубства через пошук етико-моральних причин діяння (XVIII – середина XIX століття); інформаційна закритість феномену в межах державної політики (1940-ті – 1980-ті роки XX століття в СРСР); становлення сучасного дискурсу про психологічну природу суїцидальної поведінки та державну охоронну політику у цій сфері (1991 р – до цього часу) та охарактеризовано основні патерни такого розуміння;

— доведено, що самогубство, як фонове для злочинності явище, має двосторонню кореляцію з насильницькою злочинністю, і його аналіз через призму теорії потокової аналогії дозволяє зрозуміти взаємозв'язок між соціальними факторами, що сприяють виникненню обох явищ, зокрема соціальною нерівністю та економічним розвитком;

— окреслено авторську систему поділу методів запобігання самогубствам, що фокусується на спрощенні їх застосування: метод скринінгу (полягають у допомозі попередньої ідентифікації осіб, у яких уже наявні суїцидальні ідеї та які ще не вчиняли суїцидальну поведінку) та метод інтервенції (полягають у прямому

запобіганні вчиненню самогубства вже після або незалежно від визначення потенційних суїцидентів);

– запропонований комплексний підхід до запобігання самогубствам шляхом інтеграції міжсекторальних зусиль та розробки національної стратегії, що враховує медичні, соціальні та культурні аспекти для створення ефективної системи підтримки і запобігання серед вразливих груп населення та залучення регіональних та громадських секторів соціально-правового життя;

– з'ясовано суть людей-охоронців у контексті сучасного українського соціуму щодо запобігання самогубству та виокремлено їх типові групи: військовослужбовці та родичі військовослужбовців; працівники органів опіки та піклування; вчителі, що виступають як важливі ланки в системі соціального контролю та запобігання правопорушень;

удосконалено:

- тлумачення кримінологічної характеристика жертви самогубства в Україні через доведення, що жінки складають значну частину жертв самогубств, особливо через психологічне і фізичне насильство, обмеженість можливості протистояти агресії, соціальну уразливість та депресивні стани, тоді як чоловіки частіше вчиняють самогубства через соціально-економічні труднощі в кризові ситуації; підвищена схильність до самогубства спостерігається серед осіб з вищим рівнем освіти, непостійною роботою та в умовах депресивних розладів або алкогольної залежності;

- розуміння основних чинників, які детермінують вчинення самогубства, зокрема враховано гендерні, соціальні, економічні, освітні, кліматичні та медико-психологічні фактори, що підвищують ризик самогубства, а також взаємозв'язок між трудовою еміграцією, геомагнітними збуреннями та релігійністю населення, що дозволяє створити більш комплексний підхід до профілактики цього явища;

- образ суїцидентів в Україні з фокусом як на соціально-географічних, так і на медично-психологічних характеристиках: особа чоловічої статі віком 40–49 р., жіночої – 70 р. і старші; більшість неодружені, розлучені, вдівці; третина осіб,

які не мали постійної роботи; громадянин України; вища освіта; розлад настрою; алкогольна та тютюнова залежність; шизофренія;

- характеристику стану та динаміку самогубств в Україні, що відображають загрозливо високі показниками цього соціального явища та вказує на його серйозне поширення та потребу в комплексному правовому механізмі подолання причин і факторів, які сприяють його виникненню та розвитку;

набули подальшого розвитку:

- низка тренінгів, які потенційно можна використати в Україні для медичних працівників та людей-охоронців;

- оцінка ефективності спеціально-кримінологічного запобігання вчиненню самогубства, за допомогою методу скринінгу (полягають у допомозі попередньої ідентифікації осіб, у яких уже наявні суїцидальні ідеї та які ще не вчиняли суїцидальну поведінку) та методу інтервенції (полягають у прямому запобіганні вчиненню самогубства вже після або незалежно від визначення потенційних суїцидентів);

- індивідуальні методи інтервенції: медикаментозне лікування (забезпечення доступності антидепресантів для населення на основі державного втручання в цінове регулювання; легалізація терапії психоделіками, зокрема, псилоцибіном; підтримка доступності терапії кетаміном), психотерапія (популяризація психотерапії як найефективнішого індивідуального методу інтервенції та збільшення доступності психотерапії для населення; збільшення освіченості психологів, психотерапевтів та психіатрів щодо різних методів психотерапії, популяризація методів психотерапії з емпірично доведеною ефективністю (як когнітивно-поведінкова терапія) та депопуляризація методів психотерапії без доведеної ефективності (як психоаналізу та гештальт-психотерапії); популяризація новітніх методів психотерапії з доведеною ефективністю, які не є поширеними в Україні (як діалектично-поведінкова терапія та терапія прийняття та зобов'язання)) та інші індивідуальні методи інтервенції, серед них: примусова госпіталізація та електроконвульсивна (шокова) терапія.

Практичне значення отриманих результатів полягає у потенційному застосуванні висновків роботи у:

- науково-дослідній роботі – для удосконалення, вивчення та подальшого розвитку аспектів кримінологічної характеристики самогубства, зокрема для формулювання нових підходів до його класифікації та аналізу, розробки більш ефективних методів дослідження;

- правозастосовній діяльності – для формулювання рекомендацій щодо вдосконалення кримінального законодавства України в частині, що стосується запобігання самогубствам, а також для розробки механізмів правового реагування на випадки доведення до самогубства або інших видів насильства, що можуть призвести до такого результату, створення ефективних соціальних та медичних програм, спрямованих на запобігання самогубств, включаючи спеціалізовані заходи для підтримки осіб з високим ризиком скоєння самогубства, а також для розробки стратегій національної безпеки, що враховують кримінологічні та соціально-психологічні чинники;

- навчальному процесі – для використання результатів дослідження в навчальних програмах, курсах і семінарах, присвячених кримінології, правам людини, з метою підготовки майбутніх фахівців у цих галузях, а також для підвищення їх кваліфікації в питаннях запобігання та протидії самогубствам, під час підготовки підручників, навчальних посібників та курсу лекцій з навчальних дисциплін «Кримінологія», «Кримінальне право» (довідка про використання у навчальному процесі результатів дисертаційного дослідження видана в Національному університеті «Львівська політехніка» від 11.04.2025 р. № 67-01-482).

Особистий внесок здобувача. Дисертація виконана здобувачем самостійно, є особистим дослідженням. У праці, написаній у співавторстві, персональний внесок становить обсяг, визначений у списку наукових праць, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації.

Апробація результатів дослідження. Основні положення і результати дисертаційного дослідження оприлюднено у таких виступах міжнародних та

всеукраїнських наукових конференціях: «Розвиток сучасної освіти і науки: результати, проблеми, перспективи. Т. XIII: Утилітарна цінність наукових досліджень» (Конін – Ужгород – Перемишль – Херсон, 25 жовтня 2022 р.), «Актуальні проблеми забезпечення захисту прав та свобод людини в умовах інтеграції України в європейський простір» (м. Львів, 29 березня 2024 р.), «Сучасні напрями розвитку економіки, підприємництва, технологій та їх правового забезпечення» (м. Львів, 29-30 травня 2024 р.), «Вдосконалення правового механізму захисту прав та свобод людини і громадянина в умовах євроінтеграції» (м. Львів, 25 жовтня 2024 р.)

Публікації. Основні результати дисертаційного дослідження відображені у 8 наукових працях, із яких 3 наукові статі у фахових виданнях, 1 – у науковому періодичному виданні іноземної держави, а також 4 тези доповіді на науково-практичних заходах. Загальний обсяг публікацій становить 6,17 друк. арк., з яких особисто автору належить 5,25 друк. арк.

Структура та обсяг дисертації. Робота складається з анотації, вступу, трьох розділів, що містять дев'ять підрозділів, висновку, списку використаних джерел (402 назви) і 11 додатків. Повний обсяг дисертації становить 220 сторінок, обсяг основного тексту дисертації – 156 сторінок.

РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ НАУКОВІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ САМОГУБСТВА

1.1. Огляд теоретичного дослідження феномену самогубства в контексті кримінології та міждисциплінарних підходів аналізу

Задовго до того, як сформувалася суїцидологія (наука про самогубство), філософи вивчали питання добровільного позбавлення себе життя. Феномен самогубства невіддільний від таких понять, як життя і смерть, свобода вибору і сенс людського життя. Разом з філософськими дискусіями про самогубство, релігійний вимір цього акту також розглядали протягом майже всієї історії людства, особливо в християнстві.

У Давній Греції до самогубства загалом ставилися з презирством. Причина цього криється в працях і поглядах Піфагора, Платона, Аристотеля і Плутарха, які негативно ставилися до самогубства. Піфагор і Платон, зокрема, вважали людину «воїном Божим», а отже, вважали, що позбавлення себе життя не повинно відбуватися без рішення «командира». Платон також стверджував, що самогубство є протиприродним актом і що людина є «найближчим другом для себе» і не має права завдавати собі шкоди. За Платоном, людина є власністю Бога і її життя їй не належить. Філософ навіть закликав карати самогубців, ховаючи їх за межами кладовища і не встановлюючи надгробків [165, с. 310].

Подібну позицію займав і Аристотель, який стверджував, що людина має обов'язок перед державою, і що позбавити себе життя – означає ухилитися від цього обов'язку. Філософ вважав, що людина не має права робити те, нащо вона немає прямого дозволу від держави. Оскільки держава не визнає права людини на самогубство, самогубство прирівнюється до кримінального правопорушення.

Після епохи Аристотеля (приблизно 340–320 роки до н. е.) філософська думка про самогубство зазнала змін. Зокрема, Епікур і його послідовники, вважаючи задоволення основною метою життя, ставились до самогубства набагато лояльніше [27]. Проте справжній перелом у підході до цього питання відбувся

завдяки вченню Зенона Кітійського, засновника школи стоїцизму. Стоїки вважали, що самогубство є радше практичною, аніж моральною проблемою, тому його можна вважати виправданим – сам Зенон зрештою наклав на себе руки. Стоїцизм змінив ставлення до самогубства в Давній Греції та Давньому Римі. Діоген Лаєртський, зокрема, зазначав, що «розумна людина з практичних причин може добровільно завершити своє життя на користь батьківщини, друзів або якщо вона страждає від невимовного болю чи хвороби». Сенека, провідний філософ-стоїк свого часу, стверджував, що ніхто не має обов'язку жити і може покінчити з життям, якщо воно не приносить йому задоволення [265, с. 311].

Після утвердження християнства як головної релігії в Європі самогубство стало одним із найважчих гріхів, що визначило ставлення до нього, зокрема і філософів. У ті часи самогубство часто призводило до знущань над тілом померлого або конфіскації його майна. Наприклад, одне з найдавніших джерел на цю тему – розпорядження французького міста Лілль XIII століття – встановлювало правила поводження з тілами самогубців: чоловічі тіла мали бути повішені, а жіночі – спалені [272, с. 35]. Однак варто зазначити, що таке ставлення до самогубців спочатку не було притаманне юдаїзму і навіть християнству. У Старому Завіті самогубства не мали негативної конотації і часто їх сприймали як акти героїзму [272, с. 20]. У Новому Завіті ставлення до самогубств не акцентовано, але у Євангелії від Івана є слова Христа: «Як Отець Мене знає, так і Я Отця знаю, і власне життя Я за вівці кладу... Ніхто в Мене його не бере, але Я Сам від Себе кладу його» (Іван 10:15, 10:19). Відповідно, можна припустити, що смерть Христа була певною мірою альтруїстичним самогубством, що вплинуло на подальше ставлення до цього явища в ранньому християнстві. Існують численні свідчення про ранніх християн, які вибирали самогубство перед обличчям в'язниці чи страти. До того ж серед ранніх християн поширювались переконання, що самогубство навіть необхідне і бажане, щоб уникнути запламування душі гріхами [165, с. 313]. Негативне ставлення до суїциду в християнській церкві розвивалося поступово і через деякий час після написання Нового Завіту. Зокрема, Карфагенський собор 348 року засудив суїцид, а у 426 році Аврелій Августин опублікував працю «Про

град Божий», де зазначав: «Християни не мають права вчиняти самогубство за жодних обставин... Заповідь говорить “не вбивай”, отже, ні іншого, ні себе, бо той, хто вбиває себе, вбиває людину» [317, с. 50].

Так закладено основи категоричного відторгнення самогубства, які наявні в християнських вченнях і сьогодні.

У Середньовіччі самогубство перебувало під юрисдикцією Церкви, і про нього мало говорили в суспільстві. Однак ситуація змінилася в епоху Відродження. Значна доступність книг і друкарських верстатів призвела до відновлення інтересу до праць античних філософів, що, своєю чергою, призвело до посилення суспільної уваги та інтересу філософів до самогубства і прийняття самогубства [272, с. 63]. Наприклад, у трактаті Бальтазара Кастільйоне «Придворний» (1528) позитивно оцінено самогубство з благородних мотивів. Однак певна амбівалентність переважала. Низка джерел демонструє двоїсте ставлення до самогубства, водночас демонструючи толерантність до цього явища в контексті античних вчень і висвітлюючи його в типово негативному світлі з погляду християнства. Наприклад, англійський філософ Томас Мор у знаменитій праці «Утопія» 1515 року висловив позицію, подібну до давньогрецьких стоїків, моделюючи ідеальне суспільство, і стверджував, що самогубство можливо виправдати у випадках нестерпних страждань через хворобу. Однак разом з такими прогресивними на той час ідеями в «ідеальному суспільстві» Мора самогубство, в розумінні автора, можливе лише після схвалення священника, який тлумачить волю Господа.

З часом кількість згадок та інтенсивність обговорення самогубства тільки зростала, а висвітлення самогубства змінилось зі засудження до двоякого тлумачення цього явища. Сам термін «суїцид» також вперше з'явився у XVII столітті в Англії, щоб розділити вбивства самого себе та іншої людини, і був продиктований суспільним пом'якшеним ставленням до самогубства [155].

Варто наголосити, що християнське ставлення до самогубства у період Відродження стало ще суворішим, а депресивні настрої й суїцидальні думки вважалися одними з найбільших гріхів [272, с. 68]. Іспанський теолог Домінго де Сото у праці «De justitia et jure» наводить три основні аргументи проти самогубства:

по-перше, це злочин проти природи; по-друге, це заперечення любові до себе, держави та суспільства; і, по-третє, це образа Бога, який наділив нас життям. Тридентський собор Римо-Католицької Церкви (1545–1563) прирівняв самогубство до вбивства, отже, до порушення п'ятої заповіді Божої [173, с. 423]. Протестантська Церква також займала жорстку позицію щодо самогубства: Мартін Лютер вважав його вбивством, котре вчинив диявол, який переконував людей у тому, що вони роблять щось інше, але таке діяння все ж має бути суворо покаране [271, с. 320].

На початку XVII століття питання самогубства почали активно обговорювати у філософських працях. Суїцид став темою для роздумів у творах таких мислителів, як Франческо Пікколоміні в Італії, П'єр Шаррон у Франції та Юст Ліпсій у Нідерландах. Англійський поет Джон Донн написав окрему книгу про самогубство (*Biathanatos*). Особливо варто звернути увагу на роздуми французького філософа Мішеля Монтеня, який у «Пробах» аналізує античні погляди на самогубство, займаючи позицію, близьку до стоїцизму. Він стверджує: «Так само, як я не порушую закону, беручи свої гроші, не стаю палієм, спляючи свої дрова, так і не є вбивцею, коли позбавляю себе життя... Життя залежить від волі інших – смерть же від нашої власної» [188].

Проте Монтень також розглядає аргументи противників самогубства і зазначає, що суїцид можливо виправдати лише в крайніх випадках. Його есе варто сприймати як початок ширшої дискусії, а не як пряме визнання права на самовбивство [227]. Навіть такі висловлювання були сміливими для того часу. Вплив Монтеня відчув і його друг П'єр Шаррон, який також підтримував можливість самогубства. Однак Шаррон, будучи католицьким теологом, викликав значний скандал у Католицькій Церкві своїми поглядами на цю тему [272, с. 92].

Важливу роль у філософському осмисленні самогубства відіграє також праця «Анатомія меланхолії» англійського священника і письменника Роберта Бартона. Автор визнає меланхолію причиною суїциду, однак трактує цей стан як захворювання, а не як гріх, і критикує як Католицьку, так і Протестантську Церкви за надмірний тиск на меланхоліків, через що вони приходять до переконання, що їх вже не можна врятувати, і в розпачі вчиняють самогубство [166]. Бартон вперше

намагається відокремити явище самогубства від релігійних поглядів і пов'язати його з психологією та медициною.

У XVII столітті позиція християнської Церкви щодо самогубства суттєво не змінилася, а навпаки, стала ще суворішою: вже в 1581 році іспанський теолог Мартін де Аспілкуета у творі «Enchiridion» оголосив неприпустимими майже всі випадки самогубства, враховуючи жертвоприношення. Навіть бажання померти або не народитися вважалося смертним гріхом [272, с. 118]. Його погляди підтримали богослови Жан Бенедикті та Франциско де Толедо. У той час серед теологів була поширена софістика, яка надзвичайно докладно аналізувала всі можливі ситуації, пов'язані зі самогубством. Наприклад, іспанський єзуїт, філософ і теолог Франциско Суарес, опинившись після корабельної аварії на відкритому океані, розглядав ситуацію, коли людина перебуває в морі і має перед собою дерев'яну дошку. Якщо вона ще не тримає дошку в руках, то може передати її іншій особі, і це не буде вважатися гріхом. Якщо ж вона вже тримає дошку, то не має права передавати її іншому. Подібні погляди висловлювали й інші католицькі та протестантські богослови. Тіла самогубців часто принижували – волочили по вулицях на конях, а іноді проводили ритуальну страту через відсічення голови [195].

Такий жорсткий підхід Церкви був спрямований на протидію ідеям стоїцизму, які в той час набували популярності [227]. Однак він, безумовно, мав і негативні наслідки. Люди часто обирали самогубство, оскільки не бачили сенсу в продовженні життя, розуміючи, що, потрапивши до пекла, вони будуть приречені на вічні муки. Водночас священнослужителі та інші члени духовенства здебільшого уникали відповідальності за самогубства, і їх хоронили згідно з християнським обрядом [272, с. 143].

У 1637 році протестантський теолог Джон Сим опублікував роботу «Життєві запобігання самогубству» – обширний твір, який повністю на проблематику суїциду. Хоча основні тези цієї праці повторювали вже відомі в суспільстві та церкві погляди, Сим висловив кілька цікавих і прогресивних для того часу думок. Зокрема, він вважав, що для запобігання самогубствам потрібно не боротися з

самими діями, що призводять до самогубства, а з глибинними мотиваціями і причинами, що спонукають до цього, «як лікують хвороби, борючись із їхніми причинами, а не симптомами» [345, с. 323]. Сим також описав методи допомоги потенційним самогубцям – зокрема, він радив таким людям поділитися своїми переживаннями з близькими чи друзями, а тим, своєю чергою, рекомендував реагувати з розумінням і співчуттям [345, с. 316, 332].

Наприкінці XVII століття відмінність між усталеними поглядами Церкви на самогубство і світським ставленням до самогубства, яке вже помітно пом'якшилося, стала більш очевидною. Утім, філософи того часу все ще здебільшого засуджували самогубство. Відомий французький філософ Рене Декарт, говорячи про смерть, стверджував, що нерозумно поспішати в «незвідані землі, з яких ніхто ніколи не повертався [272, с. 160].

На початку XVIII століття низка гучних самогубств у Британії призвела до зростання інтересу до цього явища. Філософські та релігійні підходи до тлумачення самогубства продовжували різнитися. Зокрема, у 1700 році Джон Адамс опублікував «Есе з приводу самогубства» – перший аналіз самогубства з передусім філософської перспективи, без акценту на теології. Адамс стверджував, що самогубство є злочином проти суспільства, а тому незаконним, і що визнання самогубства означає нівелювання значення смертної кари як найсуворішої міри покарання [142, с. 26]. Період 1680–1720 рр. також називають «європейською кризою свідомості», і одним з аспектів цієї кризи було ставлення до самогубства. Пізніше, з настанням епохи Просвітництва, питання «Бути чи не бути» стає все актуальнішим для європейських філософів та інтелектуалів: наприкінці XVIII ст. у Франції з'являється дискусія «Чи самогубство є актом сміливості?» [272, с. 210]. У результаті в Європі XVIII століття сформувалися два табори: ті Церкви, які виступали за безумовне засудження самогубства з богословського погляду, і ті, які стверджували, що питання самогубства потрібно розглядати через людську та раціональну системи моральних цінностей. Однак про виправдання самогубства все ще не могло бути й мови. Філософи також стверджували, що самогубство є ганебним вчинком, хоча і з інших причин, ніж Церква.

Французький філософ XVIII століття Шарль-Луї де Монтеск'є у 1721 році в одному з «Перських листів» рішуче розкритикував європейські закони, що забороняють самогубство, назвавши їх несправедливими. Він запитує: «Якщо я переповнений смутком, чому хтось має позбавляти мене права покласти край моїм стражданням і відбирати ліки, які я маю в своїх руках?» [224, с. 130]. Така позиція Монтеск'є, яка вперше поставила під сумнів уявлення про самогубство як неприродний акт, започаткувала новий етап дискусій [187].

Вольтер також виступав як поміркований критик надмірного покарання за самогубство, стверджуючи, що суїцид не можна вважати проявом боягузтва, оскільки для подолання інстинкту самозбереження необхідна значна відвага. Він зазначав, що причинами самогубств є «огида від власного існування» і пояснював, чому в селах їх трапляється менше, ніж у містах: «на полях страждає лише тіло, а в містах – душа. Робітники не мають часу на меланхолію» [379, с. 20]. Таким чином позиції Монтеск'є та Вольтера стали важливими кроками у розвитку дискусії про самогубство в епоху Просвітництва [379, с. 24].

Однією з найзначніших праць про самогубство в епоху Просвітництва є «Есе про самогубство і вічність душі» шотландського філософа Девіда Г'юма, написане приблизно в 1755 році та опубліковане вперше у 1777 році, вже після його смерті. У цьому творі Г'юм підсумовує суспільні та філософські дебати щодо суїциду, що точилися в попередні десятиліття. Він стверджує, що самогубство не є образою Бога чи смертним гріхом, оскільки «всі тварини мають право... змінювати все, що відбувається в природі», враховуючи право людей на самогубство [231, с. 6]. Філософ йде далі у висновках, заявляючи, що «коли я падаю на свій власний меч, я отримую смерть від Божества так само, як би від [нападу] лева, [падіння в] прірву чи води» [231, с. 9].

Г'юм також запевняє, що люди, які вчиняють самогубство, не завдають шкоди суспільству, вони лише перестають приносити йому користь. Він також стверджує: «..... я більше не маю можливості відстоювати інтереси суспільства, я є тягарем для нього, якщо моє життя заважає комусь бути набагато кориснішим для суспільства... В такому випадку, мій відхід з життя повинен бути не просто

невинним, а ще й бажаним» [231, с. 12], – стверджує він. Аналізуючи Святе Письмо, цей філософ дотримується думки, що жодна частина Біблії не забороняє самогубство і що заповідь «Не вбий» стосується лише інших, а не себе. Таке переконання було набагато радикальнішим, ніж попередні обережні спроби зробити самогубство прийнятнішим. Як наслідок, у Західній Європі посилювався тиск на державу з метою декриміналізації цього явища: у XVIII–XIX століттях самогубство було декриміналізоване в більшості європейських країн [272, с. 297].

Позицію свого попередника розвинув Артур Шопенгавер. У «Вченні про песимізм», опублікованому в 1851 році, філософ зазначав: «Самогубство є найвищим проявом боягузтва... Самогубство – це неправильно... кажуть, але очевидно, що немає нічого в світі, на що людина має більше права, ніж на своє життя та свою особистість» [319, с. 43]. Шопенгавер наголошує, що самогубство вважається злочином суспільством, однак пропонує порівняти емоції, які переживає людина, коли, скажімо, знайомий скоює крадіжку або вбивство, і коли та сама особа вчиняє самогубство. У першому випадку домінує обурення і прагнення покарання, а в другому – скорбота і співчуття.

Звичайно, м'яка позиція щодо самогубства не була притаманна всім філософам. Наприклад, Іммануїл Кант рішуче виступав проти суїциду. У праці «Метафізика моралі» він стверджує, що самогубство є вбивством і порушенням зобов'язань людини перед іншими людьми та Богом, підкреслюючи, що основною метою людини є самозбереження [242, с. 218].

Данський філософ XIX століття і засновник екзистенціалізму Серен К'єркегор звертав значну увагу на аналіз «безвиході», який, на його думку, переживають усі люди в тій чи іншій формі. Він вважав, що самогубство є наслідком цієї безвиході. К'єркегор зазначав, що «особа, яка вчиняє самогубство, усвідомлюючи свою безвихідь, перебуває в більш очевидному стані безвиході, ніж та, яка здійснює самогубство, не усвідомлюючи цього» [246, с. 79]. К'єркегор надавав великого значення самоусвідомленню та розумінню сутності суїцидальних намірів.

Незважаючи на загальну тенденцію до пом'якшення ставлення до самогубства, це питання залишається спірним у філософії, навіть у XX столітті. Людвіг Вітгенштайн, один з найзначніших філософів нового часу, у своєму щоденнику за жовтень 1917 року висловлював суперечливі думки щодо самогубства: «Якщо самогубство дозволене, тоді дозволено все. Якщо щось заборонене, то й самогубство заборонене» [249]. На думку Вітгенштайна, основна проблема полягає в тому, чи варто вважати самогубство фундаментальним етичним злочином, чи розглядати його як явище, що не можливо аналізувати традиційними етичними категоріями.

У філософії самогубство визначається як надзвичайно складне і суперечливе явище. В історії можна виділити періоди, коли до самогубства ставилися суворіше (рання антична Греція, Середньовіччя), і періоди, коли ставлення до нього пом'якшувалося (епоха Відродження, епоха Просвітництва). Утім, навіть у сучасному світі ставлення філософів і суспільства до теми самогубства є максимально суперечливим, що видно з порівняно нових праць на цю тему [226].

На відміну від соціально-філософського дискурсу, ставлення християнської Церкви до самогубства залишається винятково негативним. Однак у кінці XX століття позиція католицької церкви стала м'якшою: зокрема, у 1980-х роках визнано християнське поховання самогубців [195], а у 1992 році у Катехизмі Католицької Церкви, що його затвердив папа Іван Павло II, в розділі, що стосується п'ятої заповіді, хоча і засуджувався суїцид загалом, однак була висловлена безпрецедентно м'яка позиція щодо самогубців: «Ми не повинні впадати у відчай через вічні страждання тих, хто забрали своє життя. Бог дає нам можливість покаяння у спосіб, відомий тільки Йому. Церква молиться за тих, хто позбавив себе життя» [172].

Позиція юдаїзму щодо самогубства є дещо м'якшою, ніж у християнстві. Міжнародне зібрання рабинів у 2005-му році визначило, що «самогубство є забороненим, однак розглядається зі співчуттям» [303, с. 10]. Юдаїзм також не розглядає п'яту заповідь як пряму заборону суїциду та дозволяє релігійні поховання самогубців.

Водночас у ісламі самогубство (інтихар), як і вбивство, прямо заборонене в аяті 29 4-ї сури Корану, де зазначено «не вбивайте себе, адже Аллаг милостивий до вас». Самогубство вважають неймовірно тяжким гріхом, так само тяжким або навіть тяжчим, ніж вбивство. Однак багато мусульманських богословів не зараховують до самогубства випадки, коли під час війни воїн кидається на ворога із усвідомленням, що буде вбитий, якщо він мав бажання врятуватись або якщо його вчинок посприє боротьбі чи перемозі над ворогом. До цього, своєю чергою, не належать акти тероризму [140].

Дещо спокійнішим та двояким є ставлення до самогубства у східних релігіях. Зокрема, буддизм, хоч і засуджує загалом і визнає, що суїцид не є спасінням від страждань через віру в реінкарнацію, однак загалом ставиться терпимо до самогубств, що були вчинені в стані «внутрішнього спокою» [156, с. 136]. Подібна ситуація і в індуїзмі – загалом самогубства засуджуються, однак релігійні суїциди схвалювалися у минулому і частково таке ставлення збереглося і дотепер [376].

Підсумовуючи зазначене вище, можна погодитися з тим, що самогубство визнавали філософи і теологи неймовірно складним явищем протягом майже всього періоду розвитку людства, а ставлення до нього характеризувалося певною амбівалентністю. У ранній Давній Греції самогубство здебільшого засуджували, але з розвитком стоїцизму ставлення до нього змінилося на терпиміше. Ранні християни толерантно ставилися до самогубства, іноді навіть схвалювали його. Однак у III–IV століттях позиція Церкви почала кардинально змінюватися і аж до 80-х років XX століття самогубство рішуче засуджували і вважали одним з найтяжчих гріхів. Сучасні тенденції свідчать про певне пом'якшення ставлення Римо-Католицької Церкви до самогубства, тоді як Православна і Греко-Католицька Церкви все ще займають різко засуджувальну позицію.

Позиція відомих філософів здавна де-факто залежала від позиції Церкви. У Середньовіччі про самогубство майже не говорили. Лише в епоху Відродження з'явилися дебати на цю тему, а в епоху Просвітництва самогубство стало прийнятним, а деякі філософи навіть прямо визнавали право людини на смерть.

Водночас цей дискурс залишався дуже суперечливим і не сповна «визнавав» право людини на добровільну смерть.

Детальне та всебічне дослідження кримінологічної природи самогубства неможливе без визначення його меж та прогнозування обсягу наукового аналізу. У зв'язку з цим особливого значення набуває визначення самогубства, яке використовуємо в цій роботі.

Оскільки самогубство як явище вийшло з тіні соціальної стигматизації та його почали вивчати порівняно недавно, дискусія щодо його визначення є доволі новою. Одним з перших своє визначення самогубства запропонував Е. Дюркгейм у праці 1897 року, охарактеризувавши його як «будь-який летальний випадок, який прямо або опосередковано є результатом позитивного чи негативного вчинку, здійсненого самим потерпілим, якщо останній знав про наслідки, яких він може очікувати» [199, с. XLII]. З того часу різні науковці та дослідники цієї теми розробили безліч інших визначень суїциду, однак основна дискусія щодо того, що саме можна вважати самогубством, продовжує існувати і тривала протягом практично всього періоду існування Західної цивілізації [198, с. 350].

Українське слово «самогубство» походить від поєднання двох слів: «само» і «губити», що буквально означає «губити (вбивати) самого себе». Термін «суїцид» походить від англійського «suicide», який, своєю чергою, виник від латинського *suicidium* – «вбивати себе». Термін «суїцид» є порівняно новим — в англійській мові він з'явився лише в 50-х роках XVII століття, а в мовах романської групи — лише в другій половині XVIII століття [155, с. 620]. Варто зазначити, що в українській мові терміни «самогубство» та «суїцид» є синонімічними і загальновизнаними у науковій спільноті [25], тому їх використовуватимемо взаємозамінно в цій дисертації.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає самогубство як «акт навмисного вбивства самого себе» [389]. Центр контролю та профілактики захворювань у США надає подібне визначення: «смерть, спричинена ушкодженням себе з метою померти» [174]. Водночас Центр визнає, що обмежена точність і надійність доступної статистики про самогубства призводить до того, що наразі не

існує загальноприйнятого визначення цього явища [208, с. 165]. Американська психологічна асоціація визначає суїцид як «акт вбивства самого себе» [147]. Міністерство охорони здоров'я України не надає окремого визначення самогубства – ймовірно, через очевидність терміна в українській мові.

Протягом історії різноманітні світові енциклопедії надавали досить лаконічні визначення самогубства.

В українських підручниках з кримінології самогубство згадується рідко, незважаючи на загальну тенденцію до пом'якшення ставлення до цього питання. Наприклад, Ю. Ф. Іванов та О. М. Джуджа визначають самогубство як «умисне, заздалегідь обмірковане позбавлення себе життя; один із видів насильницької смерті» [31, с. 115]. Це визначення також використовують інші дослідники [22, с. 208]. Проте друга частина цього визначення, що характеризує самогубство як насильницьку смерть, є спірною. Міністерство охорони здоров'я, Міністерство внутрішніх справ та Генеральна прокуратура визначають насильницьку смерть як «смерть від механічних ушкоджень (дія тупих предметів, у тому числі транспортна травма, падіння з висоти, дія гострих предметів, вогнепальної зброї), асфіксії, дії крайніх температур, електричного струму, променевої енергії, низького та високого атмосферного тиску, отруєнь тощо» [55]. Водночас деякі форми самогубства, такі як вдихання інертних газів або голодування, складно назвати насильницькими і вони не зовсім відповідають цьому визначенню.

Потрібно також зауважити, що однією з причин рідкісного висвітлення теми самогубства у підручниках з кримінології є дискусійність питання щодо доцільності включення так званих «фонових явищ злочинності» до предмета кримінології загалом [61, с. 13]. Водночас можна погодитися з позицією В. Г. Лихолоба, який зазначає, що «для глибинного, детального та всестороннього вирішення завдань кримінологічна наука досліджує суміжні деструктивні процеси, у сфері злочинності», до яких нерідко зараховують і самогубство [45, с. 521].

Одним із перших українських дослідників, які звернули увагу на проблему визначення самогубства, був С. В. Жабокрицький. У 1996 році він запропонував трактувати це явище як «свідомі та умисні дії, спрямовані на позбавлення себе

життя» [20, с. 6]. Однак таке визначення має істотний недолік: воно зосереджується на діях особи, а не на їхньому результаті, фактично прирівнюючи суїцидальну поведінку до завершеного акту самогубства. Такий підхід піддається критиці, оскільки не враховує відмінність між намірами людини та їхньою фактичною реалізацією.

В українському науковому просторі існують й інші підходи до визначення самогубства. Так, у 2001 році Л. М. Шестопалова охарактеризувала його як «цілком усвідомлені дії, що здійснюються окремою особою (або групою осіб) з метою припинення власного існування, наслідком яких стає її (їхня) смерть» [129].

Водночас В. В. Шкуро пропонує «удосконалене визначення» суїциду, трактуючи його як «різновид аморальної поведінки людини, спрямованої на припинення власного життя, що має свідомий, вольовий (контрольований, бажаний) характер, є результатом складної взаємодії зовнішніх психотравмуючих чинників та особистісних особливостей суб'єкта й призводить до його смерті» [130, с. 36].

Розглянемо докладніше наведені наукові визначення самогубства. Як можна помітити, дефініції, що їх використовують міжнародні та впливові організації, значно простіші та лаконічніші порівняно з формулюваннями українських дослідників. Питання доцільності ускладнення наукових термінів залишається дискусійним [25, с. 66].

Наприклад, у визначенні Л. М. Шестопалової слова «цілком», «окремою», «особами», «їх» не мають значного смислового навантаження, що робить дефініцію надмірно складною. Визначення, запропоноване В. В. Шкуро, ще більше ускладнює поняття самогубства та є доволі спірним. Серед його суперечливих аспектів: трактування самогубства як «аморальної» діяльності є суб'єктивним; термін «діяльність» у правовій сфері зазвичай застосовується для триваліших процесів, тому коректнішим було б слово «діяння»; крім того, не всі випадки самогубства є наслідком впливу «зовнішніх психотравмуючих факторів» (варто згадати про альтруїстичний суїцид або так званий «суїцид честі»).

Перевантаження наукових визначень має і латентнішу негативну дію – воно ізолює науку від широких мас населення. Так, новітні дослідження демонструють, що надмірне ускладнення наукового лексикону зменшує доступність науки і впевненість у наукових публікаціях [158]. До того ж у сучасній науці тенденція до ускладнення лексикону і перевантаження визначень розуміють як значну проблему, з якою потрібно боротися [356]. Влучне і лаконічне визначення наводять, до прикладу, М. І. Мельник та М. І. Хавронюк, визначаючи самогубство як «умисне позбавлення себе життя» [54, с. 370].

Деякі інші підходи українських науковців до моделювання поняття самогубства також є спірними. До прикладу, А. А. Тернавська наводить у праці тезу про те, що «У сучасній науковій кримінологічній літературі суїцид визначають, як навмисне насильницьке позбавлення себе життя, яке вчиняється за власною волею, і не обумовлене непереборними зовнішніми факторами (наприклад, голодом) або психічними розладами» [114, с. 44]. Автор опісля визнає, що це визначення є суперечливим, оскільки «не повною мірою розкриває соціально-правову сутність суїциду». Тим не менше, головна проблема цього визначення – в твердженні, що самогубство «не обумовлене... психічними розладами». Така позиція повністю суперечить сучасному науковому консенсусу – насправді психічні розлади визнаються одним з головних факторів ризику суїцидальної поведінки [164; 223; 255, с. 192]. До прикладу, у 2017-му році приблизно половину усіх суїцидентів у США діагностували як таких, що страждають від психічних розладів [345], а превалентність психічних розладів у суїцидентів, включно з недіагностованими, може перевищувати 90 % [365, с. 2; 267; 207]. На нашу думку, вилучення психічних розладів як чинників ризику самогубства є навіть небезпечним, оскільки значно применшує важливість тематики і нівелює проблему суїцидальності у людей з психічними розладами.

Одним з перших елементів визначення ВООЗ є слово «акт», що передбачає можливість вчинення самогубства тільки через дію. Питання про реальність самогубства, яке здійснюється через бездіяльність, є досить спірним. Деякі автори стверджують, що, наприклад, відмова від уникнення зустрічі з автомобілем, що

наближається, може вважатися пасивним самогубством [251, с. 167]. На нашу думку, з такою аргументацією складно погодитися. Якщо людина просто не помітила автомобіля, що рухається в її напрямку, і її рішення залишитися на дорозі було імпульсивним, це не варто вважати самогубством, оскільки в такому разі особа не здійснювала конкретних дій для досягнення смерті, а обставини, що до цього призвели, є випадковими. У таких прикладах доцільно кваліфікувати смерть як результат нещасного випадку. Проте, якщо людина заздалегідь усвідомлювала можливість загинути через зіткнення з автомобілем і вийшла на дорогу, це вже можна трактувати як дію, спрямовану на самогубство. Водночас варто зазначити самогубство через голодування, яке, ймовірно, є єдиним способом вчинити самогубство через бездіяльність.

Одним з центральних аспектів визначення самогубства є «навмисність», яка по-різному згадується практично у всіх визначеннях самогубства. Таким чином, щоб смерть людини вважалася самогубством, вона повинна була навмисно заподіяти собі смерть. Вважаємо, що особа, яка вчинила самогубство в стані неосудності і, як наслідок, не усвідомлює своїх дій, не належить до категорії самогубців. З юридичного погляду, найдоречніше було б сказати, що самогубство має бути вчинено з прямим умислом, тобто коли людина передбачає і бажає, щоб наслідки її дій виявилися у вигляді її смерті.

Можуть здійснюватися так звані «демонстративні» або «загрозливі» суїцидальні спроби – заподіяння собі шкоди або підготовка до самогубства, але основною метою таких дій є не сама смерть, а привернення уваги соціального оточення до своїх внутрішніх проблем і психологічного тиску [97, с. 8]. Розмежовуючи суїцидальні спроби та власне суїцид, доцільно погодитися з тим, що необхідно уникати конкретизації мети спроби. Як зазначає В. В. Шкуро, «у практичному вимірі запобігання суїцидам й протидії суїцидальності більш доцільним видається розглядати суїцидальну спробу як етап на шляху до досягнення віддаленої цілі – смерті особи» [130, с. 30]. Вважаємо за можливе погодитися з наведеною позицією, акцентуючи увагу лише на виразі «практично», який стосується діяльності, пов'язаної з профілактикою суїцидів. Насправді

суїцидальна поведінка не завжди є вираженням бажання померти в довгостроковій перспективі, і здебільшого люди, які вчинили суїцидальну поведінку, не йдуть на самогубство [366].

Аналізуючи випадки спроб самогубства, які спочатку були демонстративними, але завершилися смертю, можна радше говорити про непрямий умисел. У таких ситуаціях особа, хоча й не прагнула власної смерті, усвідомлювала можливість її настання та допускала такий результат.

На перший погляд, питання про можливість самогубства з необережності може здаватися спірним, оскільки одна з форм необережності в кримінальному праві – зокрема, злочинна самовпевненість – частково перегукується з демонстративними спробами суїциду. У таких випадках особа «особа передбачала можливість настання суспільно небезпечних наслідків свого діяння (дії або бездіяльності), але легковажно розраховувала на їх відвернення» [42].

Однак варто врахувати, що в разі злочинної самовпевненості передбачення наслідків є доволі абстрактним, і особа не сповна усвідомлює реальний механізм причиново-наслідкових зв'язків [54, с. 87]. Якщо ж дії людини вже оцінюють як достатньо усвідомлені, щоб кваліфікувати їх як спробу самогубства, то малоймовірно, що вона не розуміла прямого зв'язку між власними вчинками та можливими наслідками.

Крім того, якщо спроба самогубства завершилася смертю особи, встановити глибинні мотивації або психологічну картину її дій є надзвичайно складно, а в деяких випадках неможливо. Тому можна зробити висновок, що в контексті розробки ознак складу кримінального правопорушення самогубство не може бути кваліфіковане як злочин, вчинений з необережності.

Особливо варто звернути увагу на таке страшне явище, як самогубство неповнолітніх. Цікавим є погляд Л. М. Шестопалової, з яким погоджується і В. В. Шкуро. Вони стверджують, що суїцидальні дії дітей не можна вважати самогубством, оскільки вчинення самогубства є цілком усвідомленою дією, а суїцидальні дії потребують такого ж рівня усвідомлення, як і вчинення злочину [130, с. 25]. Проте така позиція може бути прийнятною лише в межах гіпотетичного

кримінально-правового аналізу з метою кращого розуміння концепції (як подано раніше). В інших випадках не вважати неповнолітніх, які вчинили суїцид, самогубцями є недоцільно і небезпечно – це може призвести до маргіналізації цього явища, яке в Україні є значною проблемою. Лише за 5 місяців 2021 року зареєстровано приблизно 50 самогубств дітей віком до 14 років [121]. Наприклад, кваліфікація самогубств неповнолітніх як «нещасний випадок», яку пропонує Л. М. Шестопалова, зменшує значення суїцидальної поведінки, що не призвела до самогубства як важливого попереджувального чинника. Безперечно, запобігання самогубствам серед неповнолітніх має свої особливості, однак їх профілактика потребує таких самих заходів та аналізу, що й для самогубств серед дорослих – своєчасне втручання, психологічна підтримка, а у разі вчинення самогубства – детальний аналіз обставин.

Важливим є розділити низку термінів, що пов'язані з суїцидальністю та позначають різні ступені конкретності суїцидальних намірів. Вважаємо доцільним, проаналізувавши закордонні та українські джерела, виділити такі терміни:

1) суїцидальна ідеяція. Полягає у думках, фантазіях або бажаннях покінчити з життям, що не були конкретизовані або вербалізовані;

2) погроза самогубства. Думки щодо самоушкодження є вербалізованими та спрямовані на те, аби інші повірили в їхню істинність, хоча реальний намір вчинити самогубство є недоведеним;

3) планування самогубства. Особа будує конкретні плани, пов'язані з процесом самогубства;

4) суїцидальна поведінка. Вираження самоушкоджувальної поведінки, не спрямованої на самовбивство;

5) спроба самогубства. Вираження самоушкоджувальної поведінки, спрямованої на самовбивство, що не спричинило фатальних наслідків;

5) закінчене самогубство.

Доцільно зазначити, що створення визначення самогубства з метою досягнення цілей цієї дисертації є непотрібним та недоцільним, так само як і адаптація надмірно ускладнених дефініцій. Ускладнення визначень самогубства

може також утруднити можливість використання досвіду інших країн у боротьбі зі суїцидами. Вважаємо найточнішим визначення самогубства, яке наводить ВООЗ, а саме «акт навмисного вбивства самого себе», і це визначення буде застосоване у цій дисертації.

Хоча доцільно погодитися з тим, що перевантаження визначення не є корисною практикою, для успішного аналізу кримінологічного аспекту самогубства обране визначення однаково потребує часткового тлумачення з використанням кримінально-правової термінології. Варто однозначно погодитись, що самогубство не можна кваліфікувати як злочин, однак гіпотетичне формулювання його як складу злочину допоможе краще зрозуміти його сутність.

1.2. Історичний розвиток уявлень про самогубство та його правова оцінка в різних етапах цивілізаційного розвитку

Самогубство було відоме суспільству протягом чи не всієї людської історії, однак соціальне ставлення до цього явища змінювалося й еволюціонувало відповідно до поточної епохи. Це відображалось на законодавчому закріпленні суспільних відносин, пов'язаних зі суїцидом. Україна і українське законодавство не є винятком.

Становлення українського законодавства та суспільного ставлення до самогубства можна поділити на декілька періодів. О. А. Гусак виокремлює п'ять етапів становлення такого законодавства, серед яких:

- 1) старослов'янський дохристиянський етап;
- 2) києворуський християнський етап;
- 3) імперський етап;
- 4) радянський етап;
- 5) сучасний етап [14].

Ця класифікація є прагматичною, підкріплена фактажем, її застосовували і інші автори під час аналізу спорідненої тематики, до прикладу, В. Кірієнко [38] та М. Шуп'яна [133]. Водночас вона випускає з уваги проміжок часу між

дезінтеграцією Київської Русі та виведенням регулювання суспільних відносин, пов'язаних зі самогубством, із церковної монополії. Автор пояснює це тим, що в той час суспільні відносини, пов'язані із самогубством, регулювались винятково через церковні установлення. Така аргументація виглядає доцільною, оскільки відсутність законодавства навряд чи можна вважати періодом його розвитку.

Найдавнішим періодом етногенезу українського народу, про який збереглися певні документальні свідчення, є період, коли слов'янські народи ще об'єднувала спільна язичницька релігія, а також період дохристиянської історії Київської Русі. У ті часи ставлення слов'ян до самогубців і самогубства було дуже подібним. Оскільки тоді українці ще не мали своєї писемності, до нас дійшло небагато матеріалів щодо їх життя, більшість із них – праці зарубіжних істориків того часу. Наші предки вірили в життя після смерті і в перехід душ померлих до потойбічного світу, ділячи померлих на дві категорії – тих, які померли природною та тих, які померли неприродною смертю: перших назвали терміном «батьки», а других – термін «заложні мерці». До категорії заложних мерців зараховували людей, що померли раніше, ніж їм «було відведено» – в результаті, до прикладу, нещасних випадків, вбивства або передозування алкоголем. Сюди ж зараховували і самогубців. Заложними також вважались чаклуни та відьми, незалежно від того, чи померли вони природною смертю. Водночас варто зазначити, що не всі самогубства під час старослов'янського етапу несли у собі негативну конотацію. Так, О. Гусак зазначає, що у той час вони подекуди несли «позитивну соціальну функцію» і мали на меті забезпечення інтересів роду і родини [14].

Багато хто вважав, що заложні мерці вважались небезпечними і такими, що шкодять живим людям. Багато джерел передають слов'янські повір'я, що після смерті душі самогубців стають демонами – до прикладу, упирями, рокітами [49, с. 121, 329]. Особливе місце у слов'янській міфології відводилося русалкам. Передає повір'я, що це – жінки-утоплениці, зокрема і ті, хто покінчили з життям [28], хоча звичаї та вірування відчутно відрізнялись залежно від регіону.

Оскільки вважалось, що самогубці мають щось спільне з нечистою силою, то ставлення до них після їхньої смерті було настороженим і характеризувалось

бажанням відсторонення і страхом. Обряду захоронення це стосувалось насамперед. У дохристиянський та ранньохристиянський період самогубців часто взагалі не ховали [69]. Пізніше, коли захоронення відбувалось, існує багато свідчень, що тіла самогубців не ховали згідно з християнськими традиціями. Митрополит Іларіон згадує, що самогубців ховали «не на цвинтарі, а при ньому» [33]. Чубинський в етнографічній праці стверджує, що «самогубців погребують на перехресних дорогах і поблизу кладовищ» [63]. На Поліссі самогубців не вводили до рангу русалок, бо їх не ховали «на могилках», а це позбавляло шансу на перетворення [159, с. 129]. Насторожене ставлення до самогубців переважало і у світі – до того ж, тіла людей, які покінчили з собою, часто підлягали нарузі – до прикладу, їх могли повісити за ноги, тягнути по вулицях або спалювати [284, с. 372].

Варто зауважити, що посмертну стигматизацію самогубців передовсім посилила християнізація українських земель. Ставлення до тих, хто сам позбавляв себе життя у християнській традиції того часу було категорично негативне, адже християнство як релігія базувалось на сутності людського життя заради служіння Богові і закінчувати його раніше, ніж відведено, людина не мала права [2]. Самогубство стало вважатися одним з найважчих гріхів проти Бога [13]. П. Чубинський згадує, що паралельно з дохристиянським віруванням, що душі самогубців залишаються на землі, з'явилося тлумачення, що душа самогубця вже загинула і тому просити про неї Бога не має сенсу. Як наслідок, ім'я самогубців було заборонено згадувати у заупокійній молитві і вони позбавлялись звичайних поминок. У різних регіонах України існувало багато інших традицій та вірувань щодо самогубців – до прикладу, на Хмельниччині самогубців, які повісилися, визнавали «дітьми диявола» і знищували їх оселю [29].

Багато українських наукових джерел наводять тезу про те, що в період Київської Русі на українських землях вперше з'явилося законодавство, що стосувалось самогубств [13; 38; 133]. У ст. 24 короткої редакції Статуту Ярослава Мудрого вказано, що якщо батьки насильно віддавали дочку заміж і це приводило до її самогубства, то батьки визнавались винними у доведенні до самогубства і їм

призначався штраф. Згадується також про положення Руської Правди, де згадувався суд у разі душогубства і зворот «від своїх рук загубиться» при згадці про самогубство [13].

Під «короткою редакцією Статуту Ярослава Мудрого», вочевидь, мається на увазі Устав князя Ярослава про церковні суди, де справді є згадана норма (номер статті відрізняється залежно від списку). Однак комплексний аналіз наявних сьогодні списків та редакцій «Руської Правди» не дозволив віднайти згадки про «суд при душогубстві» або «загублення від своїх рук», на які посилаються деякі автори – схожі норми там відсутні [4; 20; 136].

У Середні віки ставлення до самогубства не змінилось, ба навіть погіршилося. І в Україні, і у світі спостерігалась тенденція до переходу цього питання під повну церковну юрисдикцію, а справи про самогубство розглядали духовні суди [13].

Тоді випадки суїцидів рідко коли документували чи вводили до складу хронік – як наслідок, збереглося дуже мало відомостей про самогубства, що фактично позбавляє можливості провести порівняння з іншими періодами розвитку людства [272, с. 10]. Суворість позиції Церкви, вочевидь, повпливала на кількість самогубств і доцільно стверджувати, що в ті часи їх було порівняно небагато. У Європі серед християн самогубств було відчутно менше, ніж серед євреїв, язичників або мусульман [172, с. 314]. Жорж Мінуа у комплексній праці про суїцид у Західній культурі зазначає, що самогубство було значно більш поширене серед бідніших верств населення, адже багатії мали чим себе зайняти, щоб уникнути суїцидальних намірів [165, с. 16]. Світське законодавство, що діяло на території України, не містило жодних згадок про самогубство, що перебувало тоді під повною церковною юрисдикцією; зокрема, не було згадок про самогубства у Віслицькому, Вартському статутах 1347 та 1423 років, а також у жодному з Литовських статутів 1529, 1566 та 1588 років [133].

Суспільне ставлення до самогубства у першій половині – середині XIX століття не зазнало особливих змін. Самогубців все ще боялись і вважали пов'язаними з потойбіччям чи дияволом – зокрема, є багато задокументованих

випадків розорення могил самогубців з наміром повпливати на погоду, що траплялись на Київщині, Слобожанщині, Волині та інших регіонах України. До прикладу, у 1885 році у селі Кричильськ (тепер Рівненська область) місцеві селяни два рази викопували з могили труп селянина, що повісився, аби запобігти «семилітньому голоду», після чого багатьох селян притягнули до відповідальності, а у 1890 році поліція завадила двом чоловікам і п'яти жінкам з села Жабокрич та Поділля розкопати могилу селянки, що повісилась, щоб полити її водою і таким чином накликати дощ.

Деякі свідчення є нейтральнішими, однак описана поведінка однаково суттєво впливає на потойбічні вірування. Зокрема, Тарас Шевченко у дописі свого щоденника 1857 року згадує про обряд, що вчинявся на могилах самогубців, який він називає «поетичним». Самогубців хоронили в полі та на перехресній дорозі, після чого протягом року будь-хто, хто проходив повз могилу, повинен був щось на неї кинути, «хоч рукав сорочки відірвати і кинути, якщо не було чогось іншого» [128, с. 56]. Про звичаї кидати щось на могилу самогубців сказано у великій кількості різноманітних історичних джерел [5]. Після року те, що назбиралось на могилі спалювали і тоді ставили там хрест. Згадувалось і інше «християнське» повір'я, згідно з яким родичі самогубця посипали його могилу хлібним зерном. Письменник додатково зауважує, що Церква критикувала і прагнула ліквідувати подібні обряди.

На вплив християнства щодо ставлення до самогубців наголошують багато авторів, хоча деякі позиції є суперечливими. Зокрема, О. Замура наводить свідчення, що ще в XVIII ст. до самогубців «ставились спокійно, принаймні, до «своїх», і не вбачали у способі їхньої смерті непереборної перепони для християнського поховання», і саме православна традиція виховала в народі зневагу до самогубців [28]. Хоча вплив християнства на стигматизацію самогубців годі заперечувати, однак є наявні свідчення, що до тіл самогубців ставились насторожено ще набагато давніше ніж XVIII ст. Зокрема, Н. Понікаровська наводить свідчення Н. І. Костомарова, що у XVI–XVII ст. самогубців навіть не ховали у скудельницях – спеціальних усипальницях для зложних мерців, а

«заривали в лісі чи полі» [69, с. 101]. Селянські звичаї центральної України на той час були схожими. Далі автор цитує дослідника Є. Є. Голубинського, який стверджував, що традиція особливим чином ховати «удавлеників, потопельників» є старою і навіть давньою [69, с. 102], після чого доходить висновку, що ставлення до заложних мерців було негативним ще у дохристиянську добу і, станом на другу половину XIX століття, таким і залишилося.

У країнах західної Європи дискусія про самогубство і зміна суспільного дискурсу щодо нього розпочалась ще в XVIII столітті, коли більшість теоретиків-юристів перестали вважати його злочином [272, с. 210]. Лише у другій половині XIX століття в суспільстві активізувалася дискусія з приводу самогубства і того, яким повинне бути ставлення до нього соціуму. Якщо раніше самогубство вважали безумовним злочином та діянням, що потребує покарання, то кінець XIX століття був ознаменований зміною суспільного сприйняття щодо самогубців на лояльніше. Оскільки самогубство не посягає на правові відносини (людина не може перебувати у правових відносинах сама зі собою), то у такому складі кримінального правопорушення, як самогубство, немає об'єкта – як наслідок, самогубство не може бути кримінальним правопорушенням.

Серед українських територій найбільша кількість самогубців-чоловіків посеред осіб, які померли раптово і насильницькою смертю, була у Херсонській губернії, куди тоді належала і Одеса (10,7 на 100), найменша – у Таврійській (5,9 на 100). У жінок найвищий коефіцієнт був у Полтавській губернії (8,4), а найнижчий – у Волинській (4,7). Коефіцієнти самогубств у містах були значно вищі, ніж у селах (у 2–3 рази).

Після Лютневої революції 1917-го року на території України розпочався період політичної нестабільності, що відобразилося і на сфері права. Багато джерел стверджують, що ключовим нормативно-правовим актом тоді було Кримінальне уложення 1903-го року [6, с. 316; 30, с. 264; 113, с. 39], однак у контексті дослідження криміналізації самогубства так стверджувати недоцільно, адже глава 23 цього Уложення, де містилися норми зі згадкою про самогубство, так і не набула чинності. Кримінальне уложення 1903-го року справді відіграло центральну роль

у відображенні ключових принципів і засад кримінального права тодішньої епохи, адже саме загальна частина цього документа була повноцінно чинною [124, с. 116], однак для особливої частини кримінального законодавства УНР було актуальнішим Уложення про покарання кримінальні та виправні у редакції 1885-го року, що все ще криміналізувало самогубство і спробу самогубства. Тим не менше, враховуючи загальну правову хаотичність тієї епохи (єдина система кримінального права в УНР так і не сформувалася [37, с. 306]) та тенденцію на лібералізацію кримінального законодавства і кримінальних покарань (зокрема, III Універсал скасував смертну кару в УНР) доцільно стверджувати, що де-факто самогубство в УНР не було криміналізовано, хоча де-юре ситуація залишалась доволі неоднозначною.

У період Української Держави (Доба гетьманства) істотних змін у кримінальному законодавстві не відбулося. Після повалення Гетьманату та встановлення влади Директорії УНР хаос у законодавстві тільки посилювався, однак у кримінальній сфері, зважаючи на відсутність власного законодавства, продовжували діяти згадані імперські норми законів [30, с. 292]. Подібною була ситуація й у Західноукраїнській Народній Республіці, де через нестачу кадрів та часу продовжували діяти норми кримінального права Австрійської імперії, які не передбачали відповідальності за самогубство [37, с. 339; 30, с. 306]. На Закарпатті, яке у 1920 році відійшло до Чехословаччини, також продовжувало діяти імперське Австрійське законодавство [6, с. 334–336].

Після укладення Ризького миру у 1921 році Західна Україна остаточно перейшла під владу Польщі. Хоча на території Західної України, яка колись належала до Австрійської імперії, продовжувало діяти австрійське кримінальне законодавство [6, с. 333]. Лише у 1932-му році прийнято новий кримінальний кодекс Польщі, який уніфікував законодавство на всій території країни, згідно з яким самогубство не вважалось злочином, лише доведення до самогубства каралось позбавленням волі терміном до п'яти років [260, с. 326]. Так, після визвольних змагань 1917–1921 років Західне Полісся до 1932-го року залишалось єдиним регіоном України, де все ще було криміналізоване самогубство. У 1932 році

самогубство та його спроба остаточно перестали бути злочином на території України.

Аналіз рівня самогубств в СРСР дає змогу виокремити декілька цікавих закономірностей. В історії Радянського Союзу дані про самогубства були відкритими лише на початку і в кінці існування цієї держави.

Коефіцієнт самогубств у СРСР, порівняно з країнами західної Європи та США, був не дуже високим. В Україні дані збирали тільки по окружним містам, кількість самогубств з 1923 по 1927 роки зросла не так відчутно, приблизно на 30 % [68]. Коефіцієнт самогубств на 1000 померлих в Україні зріс у проміжку між 1923 та 1924 роками, однак після того лишався порівняно стабільним.

Найвні дані також вперше дають змогу зробити певні висновки про кримінологічний аспект самогубств. Чоловіки вчиняли самогубства більш ніж вдвічі частіше, ніж жінки, однак якщо брати до уваги і спробу самогубств, то серед жінок показник був навіть більшим [68, с. 97], а «успішність» жіночих самогубств зросла з 26,7 % у 1875–1887 рр. до 67,3 % у 1923–1927 рр. Цьому феномену можна знайти пояснення у тодішній суспільній фабриці – у минулому залученість жінок до публічних процесів була меншою, що, певною мірою, охороняло їх від низки складних конфліктів, пов'язаних з боротьбою за існування.

Можна виділити декілька причин зростання рівня самогубств у ранньому СРСР. Однією з головних була загальна різка переміна державного і суспільного ладу, що змусила багатьох людей втратити своє місце в житті. Суттєвим чинником могло бути зняття заборони на продаж міцних алкогольних напоїв, що корелюється з різкістю зростання рівня самогубств у 1925-му році. Подекуди вказується на зростання безробіття у згаданий період, однак в Україні, до прикладу, коефіцієнт інтенсивності самогубств серед чоловіків, які працюють, був значно вищим, ніж серед безробітних [68, с. 99].

У кінці 1920-х років короткий період «ліберального» раннього СРСР закінчився, а з ним закінчилась і свобода обговорення теми суїциду. Хоча самогубство перестало бути злочином, державна ідеологія засуджувала його як явище. Тема суїциду замовчувалась та стала табуованою [38], а саме: самогубство

стали розглядати як «чуже для соціалістичного суспільства явище». Хоча і тоді уся статистика самогубств була засекречена і не публікувалась відкрито.

Під час радянсько-німецької війни кількість зареєстрованих самогубств різко впала, однак це можна пов'язати з окупацією значної території СРСР, а також з тим фактом, що кількість самогубств під час війн загалом знижується [382, с. 209]. Після війни кількість самогубств було меншою, ніж до її початку (5050 у 1945-му і 5424 у 1946-му), що частково корелюється із зменшенням кількості населення після війни, однак далі кількість і рівень самогубств продовжили зростати, досягши 8298 у 1950-му, 9368 у 1952-му і 10434 у 1954-му.

У 1991-му році рівень самогубств в Україні починає зростати тривожними темпами. Цікавим та важливим є те, що як «алкогольний» спад у коефіцієнтах самогубств в Україні у 1985–1987 роках стосувалися майже винятково чоловічих самогубств – рівень жіночих самогубств протягом цього періоду зріс дуже незначно [384].

За даними ВООЗ, в Україні рівень самогубств зріс з 16,9 на 100,000 населення у 1988-му році до 26,3 у 1996-му [382, с. 204]. Дослідження причин цієї проблеми давали, подекуди, конфліктні результати. Зокрема, помітна позитивна кореляція між рівнем самогубств і рівнями вживання алкоголю та політичних свобод у одній з груп пострадянських країн, до яких належала й Україна, а також негативна кореляція між рівнем самогубств і очікуваною тривалістю життя та економічним розвитком [261]. Однак такі кореляції були характерні лише для власне пострадянських країн; у інших країнах колишнього соціалістичного блоку вони були нечітко виражені, а у деяких навіть зворотні. Така ситуація спростовує твердження, що різкі соціальні, політичні та економічні зміни спричиняють зростання рівня самогубств *per se* та наштовхує на думку, що додаткову роль грають, зокрема, соціокультурні особливості населення. На користь цього свідчить те, що у низці пострадянських країн, переважно мусульманських (до прикладу, у Азербайджані, Туркменістані та Узбекистані, а також у мусульманських регіонах) рівні самогубств протягом 1990-х фактично не змінились, а подекуди навіть впали [382, с. 204]. З іншого боку, відсутність різкого зростання рівня самогубств була

характерна і для деяких пострадянських християнських країн, таких як Молдова та Грузія.

Для розуміння природи зростання рівня самогубств в Україні 1990-х важливо згадати про гендерну сторону питання, на яку часто звертають мало уваги. Вибухове зростання рівня самогубств в Україні 1990-х стосувалось насамперед чоловічих самогубств, коефіцієнт яких зріс на 40 %, з 30 у 1988-му році до майже 50 у 1996-му. Коефіцієнт ж жіночих самогубств зріс трохи більше ніж на 10 %, з 7 у 1988-му році до 8 у 1998-му [306].

Такий розподіл дає змогу стверджувати, що зростання рівня самогубств в Україні у 1990-х роках було домінантно продиктоване чоловічими самогубствами. Відштовхуючись від цього, можна зробити висновки про суспільну фабрику суспільства того часу, які можуть приховувати істинні причини «суїцидального буму» – вочевидь, політична та економічна невпевненість 90-х вплинула саме на чоловіків як на гендерно стереотипізованих «добувальників». Так, у зв'язку зі складною економічною ситуацією зменшилися перспективи досягнення стереотипізованої матеріальної та соціальної успішності, що, у зв'язку з суспільними стандартами маскулінності, сприймалось чоловіками як особиста невдача [273].

Окремо варто наголосити на різкому підвищенні вживання рівня алкоголю як одного з факторів зростання рівня самогубств у 1990-х. Історично підвищення рівнів вживання алкоголю в СРСР позитивно корелювало з рівнем самогубств, як це було особливо помітно у 1920-х та 1980-х. Наявні дані дають змогу зробити висновок, що алкоголь прямо вплинув на рівні самогубств і у 1990-х – так, рівні споживання алкоголю в ті часи були найвищими у слов'янських та балтійських країнах, що фіксували найвищі рівні самогубств, та нижчими у центральноазіатських та кавказьких країнах, де рівні самогубств були найнижчі [374, с. 157].

Як висновок, вважаємо за можливе виокремити таке:

1) центральний стимул до зростання рівня самогубств у 1990-х, що був актуальний насамперед для України, визначаємо громадський шок від різкої зміни

соціальної, політичної та економічної будови держави та зростання суспільної невпевненості;

2) згаданий громадський шок, у зв'язку з суспільними стереотипами щодо маскулінності, критично вплинув передовсім на чоловіків, тож саме чоловічі самогубства стали домінантною причиною загального зростання рівня самогубств;

3) важливим додатковим фактором у зростанні рівня самогубств слугувало зростання рівня споживання алкоголю.

Із здобуттям незалежності і різким зростанням рівня самогубств розпочинається новий, сучасний період досліджень самогубств в Україні. Варто зазначити, що подальші дані з різних джерел дещо відрізняються, однак більшість із них фіксують підйом рівня самогубств до максимуму у часовому проміжку з 1995 до 2000 років, після чого розпочався їхній поступовий спад. У цьому контексті можна виділити два періоди:

- 2000–2009 роки – падіння рівня самогубств;
- 2010 – дотепер – стабілізація рівня самогубств.

Докладніше новітній період, що охоплює сучасні підходи до розуміння та правової оцінки самогубства, буде розглянуто в контексті актуальних тенденцій в Україні. У наступному розділі ми детально проаналізуємо сучасний стан проблеми самогубств, зокрема звернемо увагу на основні соціальні, психологічні та правові чинники, що впливають на розвиток цієї проблеми в умовах сучасного українського суспільства.

1.3. Самогубство як фонове явище для злочинності: виміри потокової аналогії

У кримінологічному аналізі самогубств значну роль відіграє поняття так званих «фонових для злочинності явищ». Визначення цих явищ викликає більше дискусій, ніж саме поняття самогубства. За поширеним визначенням О. М. Литвинова, вони становлять «асоціальні, деструктивні види поведінки, які сприяють формуванню особистості злочинця, мають детермінуюче значення у

структурі криміногенної ситуації та виконують компенсаторну функцію соціальних інститутів, статусів, ролей» [47, с. 147].

Інші дослідники, зокрема Ю. В. Александров і В. Б. Харченко, визначають ці явища як «сукупність аморальних проявів, що суперечать загальноприйнятим нормам поведінки, і органічно пов'язані зі злочинністю, оскільки детермінують одне одного і тягнуть за собою соціальну деградацію особи, а зрештою – і всього суспільства» [16, с. 38; 123, с. 103]. Це трактування підтримують також О. М. Джуджа та Ю. Ф. Іванов [31, с. 257].

Власне визначення пропонує В. В. Шкуро, розглядаючи фонові явища злочинності як «форму соціальної девіантності, що виражається у масових, статистично стійких проявах незлочинної аморальної поведінки (діяльності), яка відображає особистісні деформації, а також дію (видових) групових суспільних протиріч, здатних детермінувати вчинення окремих злочинів та злочинність в цілому» [130, с. 22].

Беззаперечно, треба погодитися, що для визнання певного явища фоновим щодо злочинності воно має бути тісно з нею взаємопов'язане [45, с. 522, 117, с. 256]. Такий взаємозв'язок, очевидно, передбачає наявність позитивної кореляції між поширеністю цього явища та рівнем злочинності. Водночас необхідно чітко розрізняти фонові явища та детермінанти злочинності. Особливість останніх полягає в їхньому криміногенному спрямуванні, тобто вони безпосередньо спричиняють та підтримують злочинність [123]. Фонові ж явища, хоча й супроводжують злочинність і мають з нею певний зв'язок, не обов'язково є її причиною, хоча, безперечно, впливають на неї. Точніше буде ствердити, що вплив злочинності на фонові явища та, навпаки, вплив фонових явищ на злочинність є взаємним, оскільки вони безпосередньо впливають одне на одне [45, с. 522; 31, с. 257; 46, с. 207; 130, с. 12]. Варто також погодитися з думкою О. М. Джуджі, Д. М. Тичини та В. В. Шкуро, що фонові для злочинності явища не можуть вважатися суспільно небезпечними, оскільки вони не підпадають під криміналізацію [45, с. 521; 130, с. 12].

Таким чином, основним питанням у визначенні самогубства як фонового явища щодо злочинності є наявність кореляційного зв'язку між рівнем самогубств і рівнем злочинності, а також природа цієї залежності [26].

В українських наукових джерелах існування позитивного зв'язку між рівнем самогубств і насильницькою злочинністю (саме насильницькою, оскільки загальний рівень злочинності має менш очевидну кореляцію з рівнем самогубств [29]) часто подається як беззаперечний факт [114, с. 16; 131; 138]. На перший погляд, статистичні дані щодо самогубств і злочинності в незалежній Україні справді демонструють чітку наявність такої кореляції – наприклад, показники самогубств і навмисних убивств зростали в 1990-х роках, досягли свого піку приблизно у 2000 році, а потім знижувалися у 2000-х і порівняно стабілізувалися у 2008–2012 роках [130, с. 243; 186; 360; 384]. Проте треба врахувати кілька важливих нюансів.

Насамперед позитивна кореляція між рівнем самогубств і вбивств не є універсальним явищем для всіх суспільств. Так, порівняльний аналіз рівня самогубств і вбивств у країнах Північної та Південної Америки свідчить про відсутність статистично значущої кореляції між цими явищами, а в деяких країнах Азії вона взагалі є негативною [77]. Ба більше, Європа, схоже, є єдиним регіоном у світі, де спостерігається позитивна кореляція між цими показниками. Дослідники пропонували різні пояснення цього явища, зокрема, культурні та релігійні особливості населення. Існує навіть так звана «фіно-угорська гіпотеза суїцидів», згідно з якою високий рівень самогубств у Північно-Східній Європі можна пояснити генетичною схильністю до самогубства [216, с. 169; 380].

По-друге, упродовж XX століття питання кореляції між рівнем самогубств і насильницькою злочинністю в Україні залишалося дискусійним. У другій половині 1930-х років кількість вбивств справді зростала паралельно з рівнем самогубств, однак після Другої світової війни цей зв'язок поступово слабшає і, вочевидь, зникає. Надалі тенденції розвитку насильницької злочинності (зокрема, умисних вбивств) і самогубств починають відрізнятися.

У період з 1957 по 1972 рік показники умисних вбивств і спричинення тяжких тілесних ушкоджень у СРСР зростали незначно, варіюючись у межах 5,5–6,5 та 7–9 на 100 000 осіб відповідно. Водночас рівень самогубств зростав дуже швидкими темпами. На початку 1970-х років, коли темпи зростання самогубств почали сповільнюватися, коефіцієнти вбивств і тяжких тілесних ушкоджень у СРСР почали зростати набагато швидше і до 1980 року досягли 8,1 на 100 000 населення для вбивств і 17,5 для тяжких тілесних ушкоджень. Згодом ситуація знову змінилася: рівень самогубств знову почав зростати, а рівень вбивств залишився відносно стабільним [101].

Чітка кореляція між рівнем самогубств і насильницькою злочинністю стала помітною лише в другій половині 1980-х років, після початку антиалкогольної кампанії в СРСР. Описані факти дають змогу зробити кілька важливих висновків:

- чітка позитивна кореляція між насильницькою злочинністю та самогубствами не є глобальним явищем і обмежена Європою;
- чітка позитивна кореляція між насильницькою злочинністю та самогубствами в Україні не була історичною рисою і сформувалась лише в кінці XX століття.

Ці висновки мають важливе значення в разі запозичення міжнародного досвіду для боротьби зі самогубствами. Водночас вони не спростовують іншого факту – протягом періоду незалежності України зв'язок між рівнем вбивств та самогубств був і залишається актуальним. Хоча така залежність не була завжди і не охоплювала всі регіони, на сучасному етапі в Україні самогубства справді є явищем, тісно пов'язаним з насильницькою злочинністю.

Саме цей важливий чинник дає змогу зарахувати самогубства до фонових явищ злочинності в сучасній Україні. Враховуючи це, не вважаємо необхідним враховувати самогубства до визначень фонових явищ злочинності, наведених раніше, оскільки це може призвести до суперечностей. Наприклад, у визначенні О. М. Литвинова фонові явища злочинності «мають детермінуюче значення в структурі криміногенної ситуації», що навряд чи можна застосувати до самогубств. Своєю чергою, визначення Ю. В. Александрова, В. Б. Харченка та В. В. Шкуро

характеризують фонові явища як «аморальні», що також не зовсім відображає природу самогубств. Тому пропонуємо власне визначення фонових явищ злочинності, зокрема враховуючи самогубства: «негативні соціальні явища, які тісно взаємодіють зі злочинністю та мають позитивну кореляцію з нею».

Не менш важливим є вивчення природи зв'язку між самогубствами та насильницькою злочинністю. Це питання стало предметом дискусій серед західних учених ще з моменту зняття суспільних обмежень на дослідження самогубств як соціального явища. У XIX столітті когорта європейських дослідників висловлювали думку, що самогубство і вбивство є різними виявами того самого феномена, тоді як інші, зокрема Еміль Дюркгейм, заперечували цю ідею [349, с. 7–8].

У 1994 році деякі науковці, серед яких малайсько-американський кримінолог Прабга Уннітан, запропонували власне трактування так званої «поточної аналогії летальної жорстокості» (SALV). Відповідно до цієї концепції, як самогубства, так і вбивства походять із загальної форми «летальної жорстокості» (lethal violence), що зароджується та формується у суспільстві.

Як вже зазначено, позитивна кореляція між рівнем самогубств і вбивств не є універсальною. Водночас у контексті українських реалій потокова аналогія справді може частково пояснити природу цього зв'язку.

По-перше, концепція потокової аналогії не передбачає, що підвищений рівень самогубств безпосередньо спричиняє зростання рівня вбивств або навпаки. Натомість вона пояснює ці явища як наслідок спільного чинника – «летальної жорстокості», що формується під впливом так званих «сил виникнення». Ця жорстокість може виявлятися або у формі самогубства, або у вигляді вбивства, залежно від так званих «сил спрямування» – соціокультурних чинників, які визначають, чи буде агресія спрямована на саму людину, чи на оточення [349, с. 96]. Такий підхід частково пояснює випадки глобальної синхронізації у збільшенні або зниженні рівнів самогубств і вбивств, водночас не суперечачи локальним відмінностям у тенденціях цих явищ. Залежно від сил спрямування, між ними може існувати як позитивний, так і негативний зв'язок.

По-друге, згідно з потоковою аналогією, якщо сили виникнення виявляться недостатньо потужними, то як самогубства, так і вбивства зникнуть, а роль і вплив сил спрямування втратить своє значення [349, с. 98]. Саме тому, щоб ефективно зменшити рівень самогубств і вбивств, першочергову увагу треба звернути на боротьбу зі силами виникнення, а не зі силами спрямування.

Природа сил виникнення та спрямування залишається предметом наукових дискусій. Стосовно сил виникнення Уннітан у комплексній праці доходить висновку, що до них (а частково й до сил спрямування) передусім належать такі чинники, як нерівність у розподілі доходів та рівень економічного розвитку. У країнах із високою соціально-економічною нерівністю та слабкою економікою населення відчуває фрустрацію, яка залежно від того, кого вважають відповідальним за цю фрустрацію, виявляється у формі вбивств або самогубств.

Щодо сил спрямування, насамперед варто зазначити відсутність кореляції між рівнем економічного розвитку (вираженим у ВВП на особу) та рівнем самогубств. Це спростовує припущення, що самогубства мали б зменшуватися в економічно розвинених країнах [349, с. 141]. Навпаки у країнах третього світу рівень самогубств загалом є значно нижчим [387]. Водночас економічний розвиток впливає на співвідношення між рівнями самогубств і вбивств: що вищий рівень економічного розвитку, то нижча кількість убивств, але водночас зростає частота самогубств [349, с. 120].

Цей феномен частково можна пояснити тим, що самогубства мають певний позитивний вплив на економічні показники, оскільки серед осіб, які вчиняють самогубство, переважають ті, хто залежить від соціальної підтримки держави [393]. Однак існують дослідження, які вказують на зворотну тенденцію: зростання рівня нерівності в доходах супроводжується збільшенням кількості вбивств і порівняно нижчим рівнем самогубств [286, с. 37].

Крім того, не виявлено кореляції між рівнем розлучень і самогубствами, хоча деякі автори наполягають на її наявності [214, с. 49]. Так, у 1990–2010 роках рівень розлучень в Україні залишався порівняно стабільним, тоді як рівень самогубств спочатку зростав, а згодом знижувався [104; 132, с. 243].

Деякі джерела визначають рівень дитячої смертності як один із факторів виникнення [391, с. 221], проте в Україні істотної кореляції між цим показником і рівнем самогубств також не виявлено [368].

Як наслідок, сучасні дослідження роблять висновок, що вирішальними у силах спрямування є соціокультурні чинники. Наприклад, у певних країнах чи регіонах (як-от на півдні США) люди схильні звинувачувати у фрустрації зовнішні обставини, що підвищує ймовірність вчинення вбивств. Водночас в інших суспільствах (наприклад, у Японії) фрустрація спрямовується всередину особистості, що збільшує ризик самогубства [349, с. 164–165].

Тому ці висновки та концепцію потокової аналогії можна застосувати до України. Зокрема, після розпаду СРСР в Україні різко зросла соціальна нерівність у розподілі доходів, а перехід до ринкової економіки тимчасово призвів до зниження рівня економічного розвитку, що пояснює зростання рівня летальної жорстокості – як самогубств, так і вбивств. Одночасне зростання частоти обох явищ свідчить про нечітко визначений соціокультурний напрям українського суспільства.

Висновок до розділу 1

Отже, у першому розділі представлено результати наукового дослідження щодо загальних засад вивчення проблеми самогубства. Проведений аналіз дозволив сформулювати такі висновки:

1. Самогубство протягом майже всього періоду існування людства філософи та теологи розглядали як надзвичайно складне явище, а ставлення до нього було дещо двозначним. На ранньому етапі розвитку Давньої Греції суїцид здебільшого засуджували, проте з утвердженням стоїцизму ставлення до нього стало більш поблажливим. Ранні християни сприймали самогубство доволі терпимо, а подекуди навіть схвально. Однак у III–IV століттях позиція Церкви зазнала кардинальних змін, і аж до 1980-х років XX століття самогубство суворо засуджувалося, вважаючись одним із найтяжчих гріхів. Сучасні тенденції свідчать про певне пом'якшення ставлення до самогубств з боку Римо-Католицької Церкви,

тоді як Православна та Греко-Католицька Церкви продовжують займати категорично засуджувальну позицію.

2. Позиції відомих філософів протягом тривалого часу фактично залежали від поглядів Церкви. У Середньовіччі обговорення самогубств майже не велося. Лише в епоху Відродження з'явилися перші дискусії на цю тему, а в період Просвітництва ставлення до суїциду стало поблажливішим – деякі мислителі навіть прямо визнавали право людини на добровільну смерть. Утім, цей дискурс залишався вкрай суперечливим, і повноцінного «визнання» права на самогубство так і не відбулося. Як наслідок, навіть у сучасному суспільстві це явище залишається надзвичайно дискусійним.

3. Проаналізувавши закордонні та українські джерела, виділено такі терміни, як: 1) суїцидальна ідеяція. Полягає у думках, фантазіях або бажаннях покінчити з життям, що не були конкретизовані або вербалізовані; 2) погроза самогубства. Думки щодо самоушкодження є вербалізованими та спрямовані на те, аби інші повірили в їхню істинність, хоча реальний намір вчинити самогубство є недоведеним; 3) планування самогубства. Особа будує конкретні плани, пов'язані з процесом самогубства; 4) суїцидальна поведінка. Вираження самоушкоджувальної поведінки, не спрямованої на самовбивство; 5) спроба самогубства. Вираження самоушкоджувальної поведінки, спрямованої на самовбивство, що не спричинило фатальних наслідків; 6) закінчене самогубство. Константовано, що найточнішим визначення самогубства, є визначення яке наводить ВООЗ, а саме «акт навмисного вбивства самого себе».

4. З'ясовано, що найдавнішим періодом етногенезу українського народу, про який збереглися певні документальні свідчення, є період, коли слов'янські народи ще об'єднувала спільна язичницька релігія, а також період дохристиянської історії Київської Русі. У ті часи ставлення слов'ян до самогубців і самогубства було дуже подібним. У Середні віки ставлення до самогубства не змінилось, ба навіть погіршилося. І в Україні, і у світі спостерігалась тенденція до переходу цього питання під повну церковну юрисдикцію, а справи про самогубство розглядали духовні суди. Суспільне ставлення до самогубства у першій половині – середині

XIX століття не зазнало особливих змін. Самогубців все ще боялись і вважали пов'язаними з потойбіччям чи дияволом – зокрема, є багато задокументованих випадків розорення могил самогубців з наміром повпливати на погоду, що траплялись на Київщині, Слобожанщині, Волині та інших регіонах України.

5. Встановлено, що в історії Радянського Союзу дані про самогубства були відкритими лише на початку і в кінці існування цієї держави. У кінці 1920-х років короткий період «ліберального» раннього СРСР закінчився, а з ним закінчилась і свобода обговорення теми суїциду. Хоча самогубство перестало бути злочином, державна ідеологія засуджувала його як явище. Тема суїциду замовчувалась та стала табуованою. У 1991-му році рівень самогубств в Україні починає зростати тривожними темпами, причиною став суспільний шок, викликаний раптовою зміною соціального, політичного та економічного устрою держави, а також посиленням загальної невизначеності в суспільстві. Цей шок, у контексті стереотипів щодо маскулінності, найбільше вплинув на чоловіків, тому саме чоловічі самогубства стали основною причиною загального зростання рівня суїцидів.

6. В Україні періоду незалежності рівень самогубств корелюється з рівнем насильницької злочинності, однак така кореляція наявна не у всіх країнах і з'явилась в Україні тільки в кінці XX століття. Застосування теорії потокової аналогії дозволяє стверджувати про можливість боротьби і з рівнями самогубств, і з рівнями насильницької злочинності одночасно, якщо спрямувати увагу на сили виникнення, а не на сили спрямування. Головними силами виникнення, на які варто звернути увагу в Україні, є соціальна нерівність у розподілі доходів та рівень економічного розвитку.

Наукові результати досліджень автора, які висвітлені у Розділі 1, викладені в опублікованих працях (Задорожний Н. М., 2022б. Задорожний Н. М., 2024а. Задорожний Н., 2022в. Задорожний Н.М., 2024г.)

РОЗДІЛ 2. КРИМІНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА САМОГУБСТВА В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

2.1. Кримінологічний аналіз проявів самогубства: стан, динаміка та структура

Розпочинаючи аналіз, важливо зазначити про недоліки наявної в Україні статистики щодо вчинених самогубств. Так, статистичні дані щодо смертності формуються на основі адміністративних даних, таких як актові записи про смерть, у яких немає інформації щодо більшості показників, які визначені як актуальні для теми цієї дисертації [18]. Дані про вчинені самогубства в Україні специфікуються лише за такими ознаками:

- стать (чоловіча, жіноча);
- вік (5-річні вікові групи);
- регіон (області).

Національна поліція України, хоч і володіє інформацією про кількість вчинених самогубств, теж не виділяє відомості щодо інших характеристик суїцидентів (таких як сімейний стан, вид занять або стан здоров'я) [59].

Іншим важливим чинником є потенційна латентність самогубств в Україні, докази якої можна віднайти у статистичній методології. Після розпаду СРСР у пострадянських країнах різко зросла поширеність кваліфікації причин смерті як «випадків ушкодження з невизначеним наміром» (Y10-Y34 за класифікатором ICD-10). До них належать випадки отруєнь, смертей від вогнепальної чи холодної зброї, падінь та утоплень, де не вдалось точно встановити, було це самогубство чи нещасний випадок. В Україні від 1992 до 2005 року кількість таких випадків класифікації причин смерті серед чоловіків зросла на 347 %, тоді як самогубств – лише на 23 % [263]. У 2021-му році в Україні зафіксували майже таку саму кількість смертей від ушкоджень з невизначеним наміром, як і самогубств (5914 самогубств та 5736 випадків ушкоджень з невизначеним наміром) [17]. У перерахунку на 100 000 населення коефіцієнт таких смертей становив 13,79, тоді як коефіцієнт самогубств – 14,22. Така ситуація абсолютно нетипова для країн

західної Європи і США – у Європейському Союзі коефіцієнт смертей від ушкоджень з невизначеним наміром упродовж останніх 20-ти років коливався в межах 1,7–2,2, а в країнах-членах ЄС станом на 2003 рік у проміжку 1,2–1,6 [386], тоді як коефіцієнт самогубств становив 13–14 [360]. У США у 2019-му році цей коефіцієнт становив 1,7 на 100 000 населення [225], а коефіцієнт самогубств – 14,4 (Додаток Є).

Чинниками зростання кваліфікації причин смерті як ушкоджень із невизначеним наміром у пострадянських державах у 1990-х і 2000-х роках можна вважати послаблення принципу «попереднього» визначення такої кваліфікації, підвищені вимоги до встановлення причин смерті та обмеженість ресурсів для ретельного розслідування обставин загибелі [263]. Крім цих «процедурних» факторів, доведеним є також той факт, що з 1990-х років у пострадянських країнах значну кількість смертей від зовнішніх причин (зокрема, убивств і самогубств) свідомо класифікували як випадки ушкоджень із невизначеним наміром, щоб знизити офіційну статистику [24]. В Україні рівень таких класифікацій досі залишається надто високим без помітної тенденції до зменшення, і, ймовірно, певну частину цих смертей становлять нерозпізнані самогубства.

Хоча з певністю з'ясувати, яку частину смертей з причин ушкоджень з невизначеним наміром становлять самогубства, не видається можливим, така кількість вочевидь, є значною. Деякі дослідження намагалися визначити статистичні ознаки неправильної кваліфікації самогубств як смертей з причин ушкоджень з невизначеним наміром, однак безуспішно [337]. Однак деякі патерни можливо виокремити. Розглянемо поділ за статтю і віком для кодів «навмисне самоушкодження», «випадки ушкоджень з невизначеним наміром» та деяких інших у 2021-му році (табл. 2.1).

Коефіцієнти співвідношення чоловічих і жіночих смертей за деякими причинами смерті в Україні у 2021 році [337]

Причини смерті	Коефіцієнт співвідношення чоловічих та жіночих смертей
Навмисне самоушкодження	4,48
Випадки ушкодження з невизначеним наміром	3,57
Падіння	3,54
Випадкове утоплення та занурення у воду	5,83
Випадкове отруєння, спричинене іншими отруйними речовинами	3,44

Як можна помітити, інтервал зміни коефіцієнтів доволі значний, а обсяг даних недостатній, щоб стверджувати про наявність значущих зв'язків.

Інша ситуація з патернами вікового поділу (Додаток Б) [17].

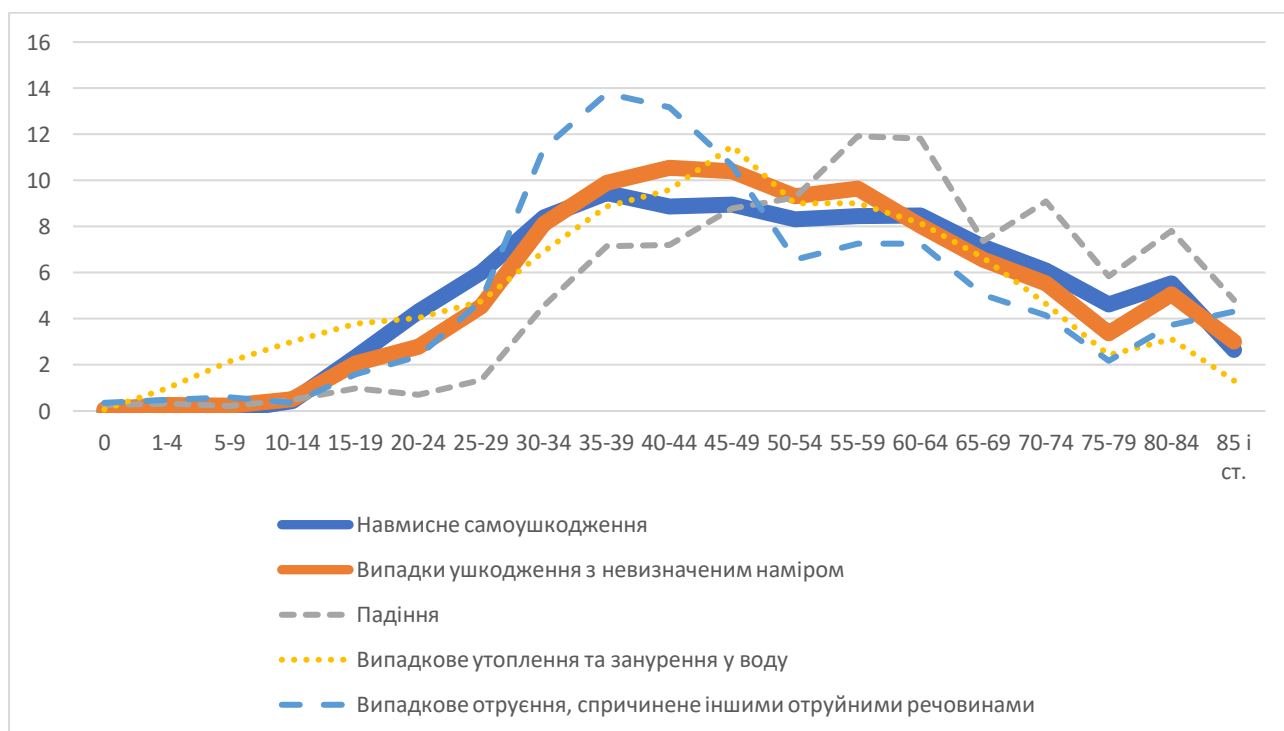


Рис. 2.1. Відсотковий поділ вікових груп за причинами смерті

Застосовуючи коефіцієнт кореляції Пірсона (ККП), можна спостерігати, що найбільша кореляція ($r = 0.9715$, $P\text{-value } 4.582e-12$) спостерігається між показниками навмисного самоушкодження та випадків ушкодження з невизначеним наміром (рис. 2.2).

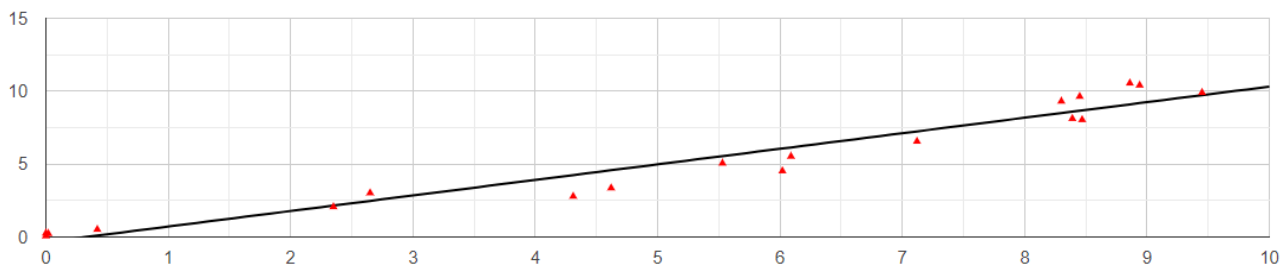


Рис. 2.2. Графік відповідно до коефіцієнта Пірсона (ККП)

ККП між відсотковими значеннями вікових груп для навмисного самоушкодження та інших показників хоч і був статистично значущим, однак відчутно меншим (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

ККП між відсотковими значеннями вікових груп для навмисного самоушкодження та інших показників

	НС/Падіння	НС/ВУЗВ	НС/ВОСІОР
ККП	$r = 0,809$	$r = 0,9014$	$r = 0,8761$
	$P\text{-value } 0,00002739$	$P\text{-value } 1,386e-7$ (0,000014)	$P\text{-value } 8,826e-7$ (0,000088)

Додатковим доказом ненадійності статистичної інформації щодо смертей через ушкодження з невизначеним наміром є різкий спад коефіцієнта у 2009-му році (рис. 2.3).

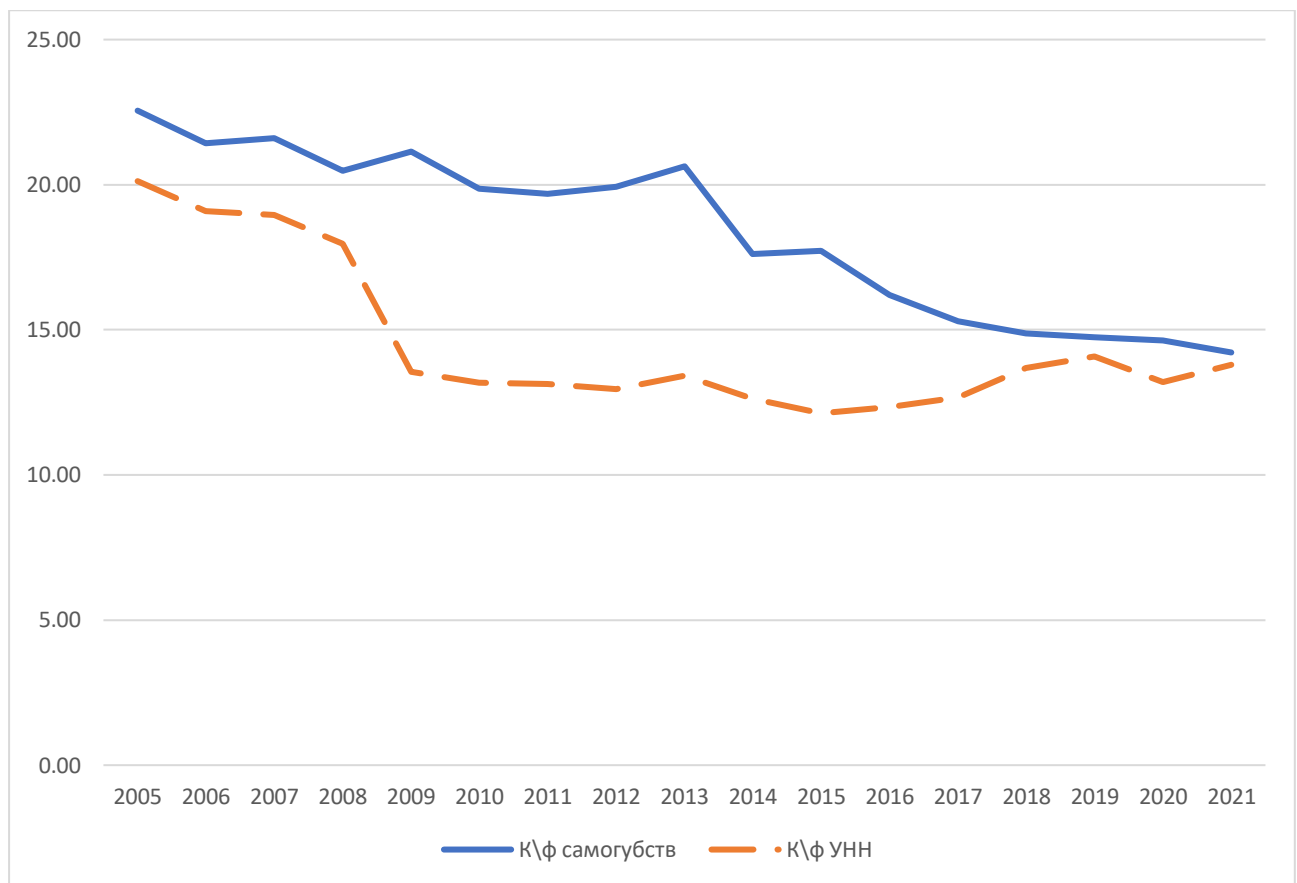


Рис. 2.3. Коефіцієнти самогубств та ушкоджень з невизначеним наміром [382].

Як можна помітити, зміни коефіцієнта самогубств були порівняно м'якими, тоді як коефіцієнт УНН у 2009-му році раптово впав аж на 25 %. Найрізкіше падіння коефіцієнта самогубств відбулося у 2014-му році на 15 % – однак це падіння можна пояснити початком війни з росією, адже під час війни рівні самогубств переважно знижуються [382, с. 209]. Падіння ж коефіцієнта УНН у 2009-му році не має чіткого підґрунтя і у країнах Європи та США протягом останніх 15-ти років цей показник залишався доволі стабільним.

На ненадійність показників рівня смертності від ушкоджень із невизначеним наміром вказують й інші статистичні відхилення. Наприклад, у 2020 році в Україні рівень таких смертей у Харківській області перевищував аналогічний показник у Закарпатській у десять разів [100]. Подібні коливання явно не можна пояснити об'єктивними відмінностями між регіонами України.

Так, можна стверджувати, що в Україні рівні смертності внаслідок навмисного самоушкодження (самогубств) та від ушкоджень із невизначеним наміром є майже однаковими, що суттєво відрізняється від даних з Європи та США, де коефіцієнт самогубств зазвичай значно перевищує коефіцієнт УНН. В Україні між рівнем смертності внаслідок навмисного самоушкодження (самогубств) та смертності від ушкоджень із невизначеним наміром спостерігається виражена статистична подібність у віковому розподілі. Крім того, коефіцієнт УНН в Україні демонструє необґрунтовані значні коливання.

Це, своєю чергою, може свідчити про те, що значна частина смертей, класифікованих як ушкодження з невизначеним наміром, насправді були випадками самогубства. З огляду на те, що питома вага таких смертей в Україні значно перевищує аналогічні показники в Європі та США, проблема самогубств в Україні, ймовірно, відзначається високим рівнем латентності.

До того ж протягом останніх семи років спостерігається зростання коефіцієнта УНН, що нівелює тенденцію до зниження рівня самогубств. Це може свідчити про те, що реальне зменшення рівня самогубств в Україні відбувається значно повільніше, ніж демонструє офіційна статистика, а можливо, навіть і навпаки – цей показник зростає.

Тож офіційні дані Державної служби статистики щодо загальної кількості самогубств і розраховані на їхній основі коефіцієнти не можна вважати повністю точними, тому їх використання в цій роботі буде обмеженим. Водночас ці відомості все ж можуть бути корисними для аналізу статевого та вікового розподілу осіб, які вчинили самогубство.

Важливою складовою успішного дослідження є визначення країн, які доцільно врахувати в процедуру порівняльного аналізу. Після попереднього огляду літератури ми як першочергово актуальні визначили такі юрисдикції (аналіз буде сконцентрований на них, та не обмежений ними):

- США (як країна з найбільшою кількістю наукового та статистичного матеріалу для аналізу; як модельна країна з трендом на підйом коефіцієнта самогубств);

– Велика Британія (як країна західної Європи з великою кількістю наукового та статистичного матеріалу для аналізу; як країна з трендом на стабільність коефіцієнта самогубств);

– Польща (як культурно близька країна-сусідка України із подібною кількістю населення; як країна із подібною новітньою історією; як країна з трендом на зниження коефіцієнта самогубств);

– Угорщина (як країна-сусідка України із подібною новітньою історією; як країна з трендом на зниження коефіцієнта самогубств);

Як було згадано вище, дані Державної служби статистики, вочевидь, не повністю відображають ситуацію із самогубствами в Україні і не враховують багато самогубств, класифікуючи їх як смерті з причин ушкоджень з невстановленим наміром. У зв'язку з цим для дослідження загального тренду будуть використані дані Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Розглянемо загальну картину рівня самогубств у аналізованих країнах у період з 2005 до 2019 року (надалі – досліджуваний період) на рис. 2.4.

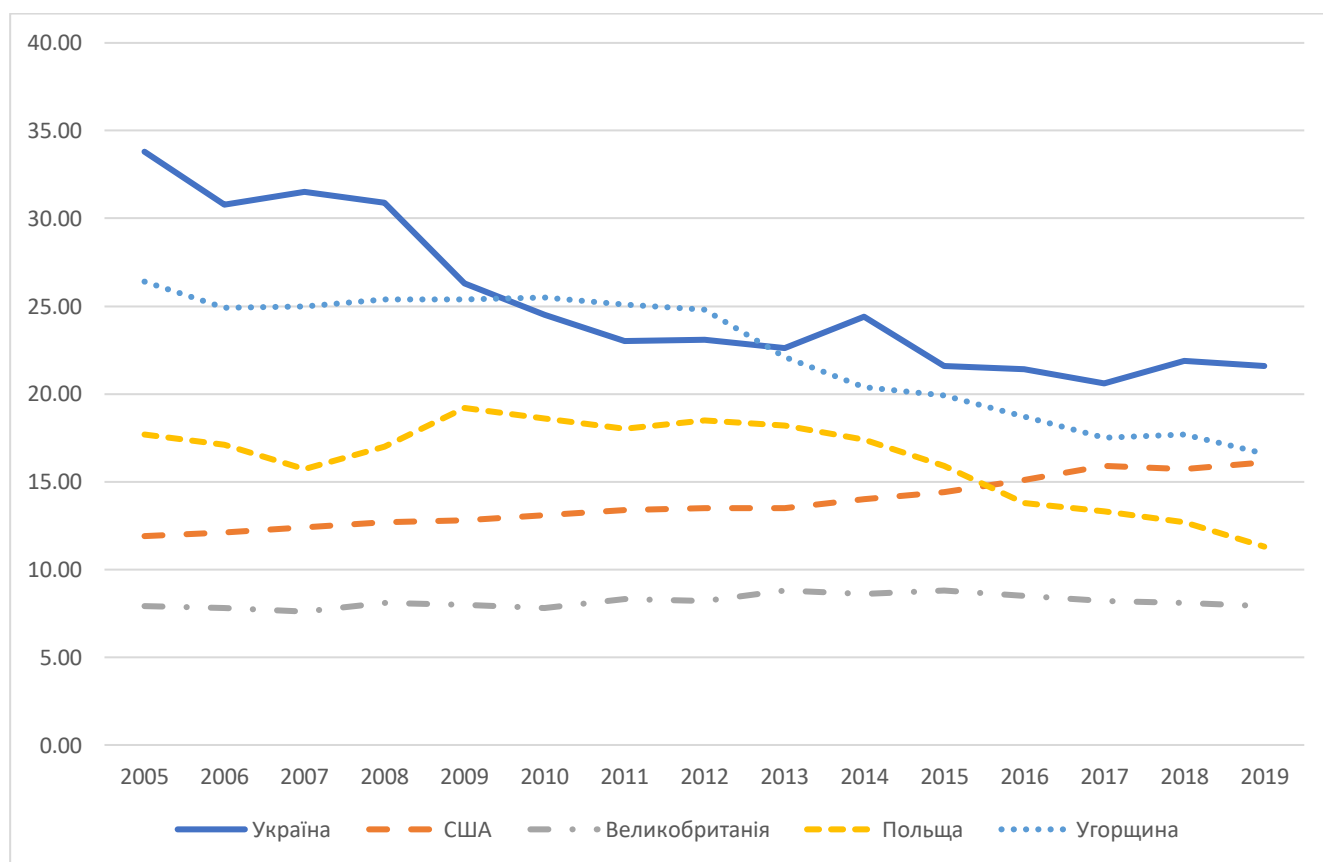


Рис. 2.4. Коефіцієнт рівня самогубств на 100 000 населення [360].

Як можна помітити, в Україні впродовж майже всього періоду спостереження рівні самогубств були вищі, ніж у інших аналізованих країнах [360]. У США рівень самогубств поволі зростав, рівень самогубств у Великій Британії був порівняно стабільним упродовж усього досліджуваного періоду. Особливо цікавою у контексті дослідження є інформація з Польщі та Угорщини. Якщо від 2008 до 2011 років в Україні рівень самогубств падав, а в Польщі та Угорщині був порівняно стабільним, то з 2012-го року спостерігається зворотна тенденція – рівень самогубств в Україні стабілізувався, тоді як у Польщі та в Угорщині можна спостерігати відчутний тренд на зниження кількості самогубств. Польща та Угорщина становлять особливий інтерес через схожість історичного фону: і Україна, і Угорщина, і Польща з початку 1990-х пережили період глобального соціально-державного перетворення, пов'язаного з переходом від соціалістичної економічної моделі та тоталітарного режиму до ринкової економіки та політичної лібералізації.

У цій роботі в під час аналізу суїцидальності в Україні та засобів запобігання самогубствам сконцентруємося на найактуальнішій наявній інформації про рівні суїцидів. Для кращого розуміння природи суїцидальності в Україні важливим є аналіз наведених змін у рівнях самогубств для України та країн, що будуть проаналізовані.

Вважаємо можливим застосування щодо України теорії потокової аналогії. Згідно з цією теорією, ключовими силами виникнення летальної жорстокості є: 1) нерівність у розподілі доходів; 2) рівень економічного розвитку.

Для визначення першого показника будуть застосовані дані Світового банку щодо коефіцієнта Джині розподілу доходів для країн світу (Gini coefficient), а другого – показник величини валового внутрішнього продукту на особу за паритетом купівельної спроможності з поправкою на інфляцію (GDP per capita, PPP (constant 2017 international \$)). Окрім даних з досліджуваного періоду, ми також окремо вирахуємо історичні дані щодо рівня самогубств та рівня ВВП на особу за ПКС від 1990 до 2005 років.

Розглянемо згадані показники для досліджуваного періоду в табл. 2.3.

Співвідношення коефіцієнта самогубств, коефіцієнта Джині і ВВП на особу в Україні за період 2005–2024 років

Рік	Коефіцієнт самогубств	Коефіцієнт Джині	ВВП на особу за ПКС, \$
2005	33,8	29	11320
2006	30,8	29,8	12259
2007	31,5	27	13346
2008	30,9	26,6	13719
2009	26,3	25,3	11694
2010	24,5	24,8	12221
2011	23	24,6	12933
2012	23,1	24,7	12985
2013	22,6	24,6	13021
2014	24,4	24	12386
2015	21,6	25,5	11216
2016	21,4	25	11536
2017	20,6	26	11861
2018	21,9	26,1	12337
2019	21,6	26,6	12805
2020	22,1	26,8	12900
2021	24,4	24	12386
2022	26,3	25,3	11694
2023	30,9	26,6	13719
2024	26,3	25,3	11216

Розрахунок коефіцієнта кореляції для трьох наведених категорій подано в табл. 2.4.

Результати розрахунку трьох коефіцієнтів кореляції

Коеф. самогубств/коеф. Джині, 2005–2024	Коеф. самогубств/ВВП на особу за ПКС, 1990–2024	Коеф. самогубств/ВВП на особу за ПКС, 2005– 2024
r = 0,704 P-value 0,003397	r = -0,9178 P-value 5,459e-7 (0,000055)	r = 0,1627 P-value 0,5623

Для наявності підстав стверджувати про статистично вагомий результат, ККП повинен бути вищим, ніж 0,7 (для позитивної кореляції) або нижчим, ніж -0,7 (для негативної кореляції), а p-value (показник статистичної вагомості коефіцієнта) – меншим ніж 0,5. Як можна помітити, в Україні наявна статистично помірна кореляція між показниками самогубств та коефіцієнта Джині для досліджуваного періоду та статистично вагома зворотна кореляція між показниками самогубств та ВВП на особу за ПКС з поправкою на інфляцію у період від 1990 до 2005 років. Для досліджуваного періоду статистично вагомої кореляції для останнього показника немає.

Такий результат дає змогу стверджувати, що припущення теорії потокової аналогії про вплив економічної нерівності населення та рівня економічного розвитку на рівень самогубств є актуальним для України. Хоча аналіз у періоді від 2005 до 2024 років не дає змогу говорити про чітку кореляцію, в період від 1990 до 2005 років кореляція є дуже сильною. До того ж варто звернути увагу на високу флуктуацію показника ВВП під час періоду 2005–2024 років, що пов'язано із економічними кризами 2008 та 2014–2015 років та ускладнює можливість проведення повноцінно якісного аналізу. Отож, як висновок, можна стверджувати про практичність застосування теорії потокової аналогії до ситуації в Україні.

Розглянемо ці співвідношення в інших країнах з вибірки у період від 2005 до 2024 років у табл. 2.5.

Кореляція коефіцієнта самогубств, коефіцієнта Джині, коефіцієнта самогубств та показника ВВП на особу за паритетом купівельної спроможності для Польщі, Угорщини, Великої Британії та США

Країна	Коеф. самогубств/Коеф. Джині	Коеф. самогубств/ВВП на особу за ПКС
Польща	r = 0,7348 P-value 0,002756	r = -0,7505 P-value 0,001265
Угорщина	r = -0,1614 P-value 0,5656	r = -0,9187 P-value 0,000001324
Велика Британія	r = -0,5531 P-value 0,03247	r = 0,1143 P-value 0,685
США	r = 0,4823 P-value 0,06863	r = 0,9244 P-value 8,417e-7 (0,000084)

Джерела: The World bank, Office for National Statistics (Велика Британія) [287].

У Польщі впродовж досліджуваного періоду наявна статистично вагома помірна кореляція для обох показників. В Угорщині наявна статистично вагома сильна негативна кореляція з показником ВВП, однак немає кореляції з коефіцієнтом Джині. У Великій Британії значущі кореляції відсутні. У США наявна сильна статистично важлива позитивна кореляція для показника ВВП та немає статистично важливої кореляції для коефіцієнта Джині.

Відсутність вагомих кореляцій у Великій Британії можна пояснити недоліком методології, а саме вкрай низькою коваріацією показника самогубств, що упродовж усього досліджуваного періоду коливався в межах 7,6–8,8, та показника Джині, що коливався у межах 34–35,7.

З наведених даних можна зробити висновок, що для усіх досліджуваних країн, окрім Великої Британії та України в період від 2005 до 2024 років, вагомим показником, що передбачує рівень самогубств, є рівень економічного розвитку та

достатку населення. У постсоціалістичних країнах (Україна, Польща, Угорщина) підвищення рівня достатку населення зменшує рівень самогубств. Для США характерна зворотна ситуація. Відсутність кореляції між показниками самогубств та рівнем достатку населення у Великій Британії можна пояснити низькою коваріацією показника самогубств. Відсутність кореляції для України у період від 2005 до 2024 років може бути пов'язана з високою флуктуацією показника ВВП, що спричинене економічними кризами 2008-го та 2014–2015-го років (Додаток І).

Щодо поширення самогубства окремих регіонах країни, враховуючи географічні та часові межі, кількість жителів цих регіонів можна отримати на підставі статистичних даних, здобутих із різних джерел. Рівень самогубств у різних регіонах України не однаковий. Варто звернути увагу, що латентність самогубств має вплив на значні розбіжності, а сама стабілізація коефіцієнта самогубств викликає сумнів. Особливо відрізняються за інтенсивністю вчинення самогубств Західний та Східний регіони. У 2020 році в Україні зафіксовано 7654 випадки самогубств, що на 76 менше, ніж у 2019 році (7730 випадків). Найбільше суїцидів сталося в Дніпропетровській області (745 випадків), Харківській області (597) та Одеській області (523). У місті Києві зареєстровано 461 випадок самогубств. Найменше суїцидів зафіксовано в Тернопільській області — 108 випадків.

У Львівській області у 2020 році було зареєстровано 155 випадків самогубств, що на 12,4 % менше порівняно з попереднім роком. Це становить приблизно 6 випадків на 100 тисяч населення, що є нижчим за середній показник по Україні (15 випадків на 100 тисяч).

Рівень і коефіцієнти самогубств не залежать від кліматичних умов і безпосередньо від щільності населення, адже в різних регіонах показники різні. Щільність населення у Львівській області чи не найбільша в країні, проте суїцидні показники там незначні. Це саме стосується Києва, де щільність населення перевищує такий самий показник Хмельницької області, проте для столиці і цієї області коефіцієнти самогубств майже однакові, тощо.

Проте визнаємо, що розрізняються показники сільськогосподарських і промислових районів. В останніх загалом рівень і коефіцієнт самогубств значно вищі,

ніж в аграрних. Отож найменше самогубств вчинено на заході, найбільше – на сході та півдні країни. Житомирська, Вінницька, Черкаська, Київська, Хмельницька, Одеська, Миколаївська області посідають проміжне положення. Справді «ці регіональні відмінності можна спробувати пояснити відмінностями в релігійності населення, інтенсивності міграційних процесів і силі традицій, а стосовно Київської області – наслідками Чорнобильської катастрофи» [98, с. 43].

У сільській місцевості суїцидів було на 21 % більше, ніж у містах. Ми ж уточнимо: рівень самогубств селян перевищував такий показник містян приблизно в 1,5 раза, хоча в містах проживає 62,5 % населення, а в селах – 37,5 %, ця тенденція триває. Проте різняться коефіцієнти самогубств для мешканців великих і малих міст, для мешканців міст і прилеглих околиць, для різних регіонів України. Високі показники здебільшого характерні великим промисловим центрам Півдня та Сходу України. До речі, «великі міста є більш криміногенними, ніж середні і малі» [127, с. 17]. Однак А. П. Чуприков вважає що, рівень самогубств у Києві малий [107, с. 6].

Щодня в Києві від власних рук гинуть одна–дві особи У 2020 р. в Києві загинуло внаслідок вчинення самогубств понад 461 особа. Коефіцієнт самогубств у столиці нині сягає 23,1. Проте в різних районах Києва рівень самогубств також є різним. Він залежить від соціальних умов окремого району: коефіцієнти самогубств помітно вищі у бідних передмістях і в районах із високою щільністю населення, етнічною сегрегацією, поганими житловими умовами і високим рівнем безробіття.

Нещодавні випадки та тенденції:

- у жовтні 2023 року двоє підлітків, 17-річна Вікторія та 18-річний Володимир, здійснили самогубство, стрибнувши з 24-го поверху багатоповерхівки у Дніпровському районі Києва. Вони транслювали це онлайн у TikTok. Підлітки були зведеними братом і сестрою та приїхали до Києва з міста Березань Київської області, щоб вчинити самогубство [11];
- у червні 2024 року працівниця гарячої лінії київської поліції врятувала чоловіка від самогубства [134];

- у листопаді 2024 року у Печерському територіальному центрі комплектування та соціальної підтримки Києва один із працівників здійснив спробу самогубства [3].

Вивчаючи залежність кількості вчинених самогубств від дня тижня, ми дійшли висновку, що суїцидальна активність населення посилюється ближче до вихідних і святкових днів, коли нагромаджується негативна енергія, а розпруження, порозуміння, очікуваного подолання проблем немає. Інші дані наводять науковці: «Розподіл самогубств серед населення м. Києва за днями тижня виявляє прогресивне зниження абсолютних значень частоти випадків від понеділка до неділі; до того ж статистично достовірні відмінності зареєстровані в разі порівняння понеділка і п'ятниці, а також понеділка і неділі – за загальною вибіркою. Понеділок в порівнянні з неділею – достовірно “складний” день» [98, с. 29].

Здійснивши аналіз емпіричного матеріалу, вважаємо, що найчастіше самогубства відбуваються у святкові та вихідні дні, а також у темний час доби [9, с. 136] та у другій половині дня, коли людина належить сама собі чи коли вона більше стомлюється. Справді, тільки-но прокинувшись, особа не чинить суїцидальних дій. Для Києва самогубства за днями тижня розподілилися так: понеділок, вівторок – 30 %; середа, четвер, п'ятниця – 31 %; субота, неділя, святкові дні – 39 %. За часом доби відповідно самогубства розподілилися так: ранок (від 6 до 12 год) – 18 %; день (від 12 до 18 год) – 31 %; вечір (від 18 до 24 год) – 35 %; ніч (від 24 до 6 год) – 16 %.

Підсумовуючи викладене, треба визнати, що в Україні спостерігаємо тенденцію зростання всіх показників, що характеризують самогубство як явище, яке набуває рис *епідемії*. Хоча офіційні дані свідчать на користь припинення суїцидальної активності населення, наші спостереження спростовують їх. Найбільше самогубств вчиняється в промисловому східному регіоні, найменше – в аграрному та найбільш релігійному західному. Містян в Україні помирає майже 1,5 раза більше від селян, але коефіцієнт самогубств селян в 1,4 раза вищий за такий показник городян. Збільшуються суїцидні показники весняною порою. Кількість самогубств зростає наприкінці тижня, у вихідні та святкові дні, а також у темний час доби. Найбільша кількість осіб в Україні протягом досліджуваного періоду померла внаслідок

повішання та від падінь з висоти, найменша – від залізничних травм. Більшість самогубств є монологічними. На діалогічні самогубства припадає трохи більше ніж 2 %. Колективні самогубства не характерні для сучасної України. Отож нині в нашій країні спостерігається нова хвиля епідемії самогубств, адже відповідно до критеріїв ВООЗ психічне здоров'я нації перебуває під загрозою, якщо кількість суїцидів перевищує 20 на 100 тис. населення [103, с. 6].

2.2. Кримінологічна характеристика жертви самогубства

Під поняттям «жертва» об'єднуємо всіх осіб, які вчинили спроби вчинити самогубство незалежно від того, чи було воно наслідком злочинних дій з боку інших осіб, а також незалежно від того, чи закінчилося настанням смерті. Взагалі поняття «жертва» означає людину, яка «...постраждала або загинула від неправомірних дій інших осіб, особистої поведінки, негативних життєвих обставин, нещасного випадку...». Жертва – це людина, яка за результатом суб'єктивного бажання злочинця або за об'єктивними обставинами зазнала фізичної, моральної або майнової шкоди від протиправного діяння незалежно від того, визнано це законом у встановленому порядку потерпілою чи оцінює вона себе такою... Поняття «жертва кримінального правопорушення» ширше за поняття «потерпілий від кримінального правопорушення» і не завжди збігається з кримінально-правовим. Отже, коли йтиметься про кримінальне правопорушення доведення до самогубства, доцільно буде говорити про потерпілих. За відсутності ознак такого кримінального правопорушення самогубців правильно вважати жертвами.

Самогубство – це соціальне явище, яке існувало в суспільстві завжди. Під цим поняттям пропонують трактувати, неадекватну форму реагування на зовнішні обставини, що, своєю чергою, можуть виявлятися у вигляді краху ціннісних орієнтацій, які є соціально значущими саме для потенційного суїцидента [44, с. 333].

Так, самогубцем є особа, яка вчинила певні суїцидальні дії з метою позбавити себе життя. Крім того, для позначення такої особи, з огляду на ступінь інтенсивності та вид суїцидальних дій, використовують поняття «суїцидент» та

«суїцидент». Так, суїцидантом називають особу, яка залишилась живою після спроби самогубства; а суїцидентом – особу, яка померла внаслідок учинення самогубства [129, с. 8]. Використовуючи це розмежування, можна повніше розкрити всі особливості віктимності особи, для поведінки якої характерні суїцидальні риси. У разі доведення до самогубства подібні суїцидальні дії зумовлюються неможливістю, як правило, терпіти насильницькі дії, спрямовані проти неї з боку злочинця. Тобто така особа вчиняє самогубство через відчуття безнадії й відчаю, розглядаючи суїцид як єдиний спосіб вирішення всіх своїх проблем.

Для розуміння людини та її поведінки як цілісного утворення необхідно досліджувати її з позиції індивіда, суб'єкта, особистості й індивідуальності. Якщо проігнорувати хоча б одну з цих складових, уявлення про психологію людини як цілісне утворення буде деформованим [34]. Тому, розглядаючи чинники, які вивчає, аналізує і досліджує експерт під час проведення психологічної експертизи самогубств, враховують риси, характерні для суїцидентів як індивідів, суб'єктів, особистостей та індивідуальностей.

Оскільки категорії «індивід», «індивідуальність» і «особистість» не є предметом дослідження кримінально-правової науки, а загальноприйняті визначення зазначених понять використовують лише певні науковці в цій сфері, вважаємо за необхідне звернутися до знань таких наук, як соціологія, психологія, антропологія, філософія.

Насамперед кожна людина, незалежно від того, є вона злочинцем чи жертвою, залишається живою істотою – індивідуумом. Антропологи розглядають індивіда як окрему біологічну істоту, представника виду *Homo sapiens*, який наділений певними фізіологічними особливостями, стабільністю психічних процесів і властивостей, а також здатністю до активної та гнучкої реалізації цих характеристик залежно від конкретних обставин.

До загальних ознак індивіда належать: цілісність психофізіологічної організації (системна взаємодія між різними функціями та механізмами, що забезпечують життєдіяльність); сталість у взаємодії з довкіллям, що певною мірою

підтримується завдяки гнучкості й здатності до адаптації; активність, яка виражається у здатності до самозмін і водночас у діалектичному поєднанні залежності від обставин із можливістю визначати їхній безпосередній вплив.

Досить важливою ознакою індивіда є те, що він може бути носієм певних ознак. Наприклад, у психології – носієм індивідуальних властивостей (рівень інтелектуального розвитку, пам'яті, уяви); в соціології – носієм соціальності (соціальних властивостей); у юриспруденції – носієм певних прав і обов'язків (громадянських властивостей). До того ж поняття «індивід» у кожному окремому випадку розглядається абстрактно. З одного боку, це дає змогу фіксувати насамперед «зовнішнє» щодо психіки особи, але те, що визначає в абстрактній формі його зміст – соціокультурні параметри, а з другого – припускає переінтерпретацію в термінах на основі методологічних та онтологічних припущень тієї чи іншої концепції або наукової дисципліни.

У психології індивіда трактують як представника людського виду, що має характерні психофізіологічні риси, стабільність психічних процесів і особливостей, а також певний рівень активності та гнучкості в застосуванні цих властивостей у повсякденному житті.

Поняття індивіда в психології частково збігається з концепцією індивідуальності в соціології, яка визначається як унікальне поєднання природних (психофізіологічних) та соціальних характеристик особистості [125, с. 119].

Психологічне ж визначення індивідуальності як сукупності психічних і соціальних особливостей, притаманних кожному окремому індивіду, з погляду унікальності, своєрідності й неповторності, за нашою темою, ширше розкриває це поняття [67].

Під час соціалізації під впливом певних суб'єктивних (навички, моральність) і об'єктивних (виховання) чинників у індивіда виявляються риси індивідуальності, особистості та суб'єкта. Під час проведення аутопсії експерт намагається дослідити самогубця передусім як особистість. І саме тому, на нашу думку, жертву доведення до самогубства необхідно розглядати як особистість. Адже певні властивості (віктимні), притаманні жертві, виявляються саме в соціумі (конфлікт), уже коли

індивід внаслідок соціалізації перетворився на особистість. Своєю чергою, особистість може розглядатися лише через призму певної сукупності притаманних їй властивостей: структуру, розвиток, мотивацію поведінки, її психічне здоров'я і наявність психопатологій.

Саме поняття «особистість» як філософська категорія надає можливість визначити вроджені й набуті якості, притаманні кожному конкретному індивіду. Серед учених немає єдиного загального визначення цього поняття. Кожен із них пропонує робити акцент на певну складову, притаманну кожній конкретній особистості, або їх сукупності – групі особистостей.

Словник визначає особистість як соціальну сторону, соціальну якість у особі. Це конкретна людина, представник певних соціальних спільнот, яка займається певним видом діяльності й усвідомлює своє відношення до навколишнього середовища, а також носій своїх індивідуальних особливостей [62].

О. М. Джужа пропонує таку систему структури особистості:

- 1) соціально-демографічні якості (стать, вік, освіта, сімейний стан тощо);
- 2) кримінально-правова характеристика (роль жертви в генезисі злочинної поведінки та у створенні криміногенної ситуації);
- 3) соціально-рольова характеристика (сукупність видів діяльності особи в системі суспільних відносин як громадянина, сім'янина, члена трудового колективу тощо);
- 4) морально-психологічна характеристика (ставлення особи до соціальних цінностей і соціальних функцій, які вона виконує) [43, с. 57].

Своєю чергою, О. М. Гумін виділяє такі три компоненти підсистеми кримінологічної характеристики жертв насильницьких дій:

- 1) соціально-демографічні якості (стать, вік, освіта, сімейний стан, соціальні зв'язки тощо);
- 2) морально-психологічна характеристика;
- 3) кримінально-правові ознаки (відображає дані про попередню поведінку потерпілого) [12, с. 98].

Обидві наведені класифікації мають право на існування, проте для розкриття віктимних особливостей жертви доведення до самогубства в нашому дослідженні буде застосовуватись така структура:

- 1) біологічно-психологічні ознаки (біопсихологічні й індивідуальні властивості та мотивотворчі чинники психічного життя і поведінки особистості);
- 2) соціально-демографічні ознаки (соціально зумовлені якості, стать, вік і соціальні ролі особистості).

На нашу думку, така структура особистості дасть змогу охарактеризувати внутрішні й зовнішні причини й умови формування в неї схильності до суїцидальних дій і прояву її віктимності.

Хоча теорію наявності в самогубців фізичних патологій відхилено, деякі вчені стверджують, що схильність до суїцидальної поведінки може передаватися генетично. Спочатку це презюмували, зокрема, у зв'язку з дослідженнями, що знаходять підвищені ризики самогубства для осіб з сімейною історією самогубств чи серед близнюків. Детальні генетичні дослідження демонстрували конфліктні результати [200]. На нашу думку, більша превалентність самогубств за наявності сімейної історії сама по собі не означає, що схильність до самогубства передається генетично. Підвищений ризик самогубств для осіб, рідні яких вчиняли або пробували вчинити самогубство є радше соціальним фактором, адже коли хтось з членів родини демонструє суїцидальну поведінку, вона таким чином частково нормалізується серед їхніх близьких і перестає бути віддаленим феноменом; як наслідок, підвищується шанс на її втілення та реалізацію.

Однак деякі сучасніші дослідження виділяли окремі локуси та гени на різних хромосомах, що можуть бути актуальними для передбачення суїцидальної поведінки, однак дослідження на цю тему все ще перебувають у початкових стадіях. З більшою певністю можна стверджувати про генетичний зв'язок між деякими психічними розладами, зокрема, депресією і суїцидальною поведінкою [218, 312].

Варто зазначити, що наявність у людини певних, особливо термінальних хворіб значно підвищує імовірність самогубств – до прикладу, серед осіб з раком

такий ризик вищий на 85 % [340]. Існує також багато досліджень, що підтверджують значно вищі рівні депресій та самогубств серед хворих на ВІЛ/СНІД, ниркову недостатність, епілепсію, розсіяний склероз, хворобу Гантінгтона та інші термінальні хвороби [250, с. 106–113]. Хворі на термінальні хвороби безперечно є групою ризику і потребують підвищеної уваги в контексті запобігання самогубствам. Тим не менше, на нашу думку, ключовим стимулом до здійснення самогубств у таких випадках є не так власне наявність термінальних хворіб, як розвиток депресії в результаті наявності цієї хвороби. Звісно, не варто забувати про альтруїстичні самогубства, головною мотивацією яких є не так смерть з безвиході, як бажання зменшити страждання близьких до суїцидента осіб, що виникає у зв'язку з погіршенням його стану – однак вважаємо, що доцільніше сконцентрувати увагу та аналіз на психічних розладах, оскільки: 1) їх складніше ідентифікувати і на них звернено менше уваги у науковій літературі; 2) здебільшого психічні розлади є похідними від термінальних хворіб, тож концентруючи увагу на них, ми не применшуємо важливості та не ігноруємо ці хвороби.

Водночас існують і деякі медичні стани, що асоціюються з підвищеним ризиком самогубства без подальшого зв'язку з депресією. Одним з чинників ризику є зараження паразитом *Toxoplasma gondii*. Саме ці паразити заслуговують окремої уваги, адже у здорових дорослих зараження здебільшого перебігає асимптоматично; вчені резюмують, що зараженими є від 30 до 50 % світового населення [363]. Утім, зараження *Toxoplasma gondii* впливає на людську психіку, переважно у формах, що не дають змогу стверджувати про очевидний розлад або хворобу. Так, особи, заражені цим паразитом, у півтора рази частіше демонстрували суїцидальну поведінку, а ймовірність закінченого самогубства серед них була більша удвічі порівняно з незараженою популяцією [366].

Окрім хворіб та розладів, деколи ймовірність самогубства може підвищувати вживання деяких легальних медикаментів (які не належать до наркотиків; дані психоактиви будуть детальніше розглянуті нижче). Серед таких і інші, деякі седативи, опіати та антибіотики, а також знеболювальні (до прикладу, парацетамол в поєднанні з кофеїном збільшував ймовірність самогубства у більш ніж півтора

рази) [266]. Проте не вважаємо за необхідне концентрувати увагу на зв'язку суїцидальної поведінки та вживанням легальних препаратів, оскільки на цю тему все ще проведено надто мало досліджень і здебільшого вони обмежуються констатацією кореляції; по-друге, вживання таких препаратів здебільшого відбувається у контрольованих умовах і малоймовірно, що власне вживання цих препаратів відчутно глобально впливає на рівні самогубств.

Останніми роками більше уваги здобувають дискусії щодо виділення суїцидальності у окремий психічний розлад з назвою «суїцидальний поведінковий розлад». Опублікований у 2013-му році оновлений класифікатор психічних розладів DSM-5 вказав, що суїцидальний поведінковий розлад як такий потребує подальшого дослідження [211]. Суїцидальна поведінка є порівняно добре дослідженою, асоціюється з біологічними маркерами та загалом відповідає критеріям виділення у окремий психічний розлад [290].

На нашу думку, виділення суїцидальної поведінки як захворювання психіки справді може полегшити й удосконалити надання допомоги потенційним самогубцям. Насамперед це допоможе краще інтегрувати підходи до ідентифікації суїцидальної поведінки у лікарську практику. Варто, однак, зазначити, що Україна використовує не DSM, а Міжнародну класифікацію хвороб (МКХ) для ідентифікації психічних розладів, тож для нашої держави наразі ці дискусії мають меншу релевантність.

Отож коректніше визначити самогубство як комплексний феномен, що може проявлятися і в інший спосіб серед здорових людей, однак насправді більшість випадків самогубств є пов'язаними із наявністю у суїцидента одного чи декількох психічних розладів [164; 223; 255, с. 192; 25]. Превалентність психіатричного діагнозу серед самогубців часто недооцінюють. Так, деякі українські джерела наводять інформацію, що лише у 25–30 % самогубців були діагностовані психічні захворювання [122, с. 46]. Зарубіжні джерела демонструють іншу тенденцію – багато досліджень показують, що поширеність діагностованих психічних розладів серед самогубців може досягати від 50 до 90 % [151; 157]. На нашу думку, така

відмінність пояснюється більшою латентністю психічних проблем в Україні, що було помітно в минулому і спостерігається дотепер (Додаток В).

Дослідження демонструють відмінні показники наявності різних психічних розладів у самогубців. Варто зазначити високу імовірність коморбідності декількох діагнозів, однак аналіз 31-го тематичного дослідження, що був проведений у різних країнах світу, дає змогу виокремити такі головні потенційні детермінанти суїцидальної поведінки в контексті психічних розладів (діагнози були визначені як з використанням DSM, так і з МКХ) (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Співвідношення діагнозу та випадків суїциду

Діагноз	Відсоток діагнозів серед суїцидентів
Розлади настрою	30,2 %
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин	17,6 %
Шизофренія	14,1 %
Розлади особистості	13,0 %

Дані подано за джерелом [157].

Як можна стверджувати з результатів досліджень, найпоширенішим діагнозом для самогубців є один з розладів настрою, до яких зараховують насамперед депресію та біполярний афективний розлад (БАР), коли у хворого чергуються періоди (фази) депресивної та манійної симптоматики. Але ключовим фактором, що становить найбільшу загрозу суїцидальної поведінки, є саме власне депресія та депресивна фаза у хворих на БАР. Так, хоча наявність манійних симптомів є відчутним відхиленням від нормальної поведінки та характеризується імпульсивністю думок та дій, однак для манійного стану передовсім є актуальними піднятий настрій і переоцінка своїх можливостей. У такому стані хворі не схильні демонструвати вищі рівні суїцидальної поведінки або вчиняти самогубства, хоч і є схильними до аморальної поведінки та, подекуди, суїцидальних думок [262; 346].

Депресивна ж симптоматика призводить до зовсім інших наслідків. Хворі на клінічну депресію (рекурентний депресивний розлад) були у більш ніж 7 разів схильні до спроб самогубства протягом року до проведення дослідження та у 3,5 раза загалом протягом життя, порівняно не тільки зі здоровими людьми, а й з особами з іншими психічними розладами; вони у 10 разів більш схильні будувати плани самогубства та у них у 50 разів частіше виникають суїцидальні думки [299]. Загалом ризик вчинення самогубства особами з депресією впродовж життя досягає 15 % [323]. Як наслідок, саме депресія є найпоширенішим діагнозом, пов'язаним із закінченими самогубствами [264].

Така ситуація пояснюється особливістю депресивної симптоматики. Інтенсивні негативні та сумні думки, що характерні для депресивних епізодів, змушують хворих ставити під питання доцільність свого існування, а постійний сумний настрій та відсутність мотивації зумовлюють переконання, що краще піти з життя, щоб завершити ці страждання. Як висновок, вважаємо доцільним зазначити, що саме депресивні розлади (враховуючи депресивні фази в разі БАР) є головними факторами ризику вчинення самогубства в контексті психічних розладів.

Вимірювання рівнів поширеності депресії є складним явищем, насамперед через ризик високої латентності цього розладу. Насамперед варто зазначити, що у світі немає надійних джерел інформації, що можуть надати інформацію про рівні депресивності в різних країнах. Згідно з даними Інституту оцінки та дослідження здоров'я університету Вашингтона у США (IHME) частина осіб з депресією впродовж досліджуваного періоду (2005–2019) у вибраних країнах змінювалась незначно [236]. Окремі дані станом на 2015 рік публікувала і ВООЗ [241] (Додаток Г).

Таблиця 2.7

**Частина осіб з депресією (2005, 2015, 2019 роки) на основі даних
Інституту оцінки та дослідження здоров'я університету Вашингтона**

Країна	Відсоток людей з депресією, 2005 (дані ІНМЕ)	Відсоток людей з депресією, 2019 (дані ІНМЕ)	Відсоток людей з депресією, 2015 (дані ВООЗ)
Україна	5,6 %	5,2 %	6,3 %
Польща	2,5 %	3 %	5,1 %
Угорщина	3,8 %	3,9 %	5,1 %
Велика Британія	4,8 %	5 %	4,5 %
США	5,1 %	4,9 %	5,9 %

Як можна помітити, дані ІНМЕ та ВООЗ відчутно відрізняються, навіть не зважаючи на те, що ВООЗ стверджує про запозичення даних у ІНМЕ [385, с. 7]. Дані, надані ІНМЕ та ВООЗ, також кардинально відрізняються від інших внутрішніх досліджень. До прикладу, під час опитування STEPS в Україні у 2019 році про наявність депресивних симптомів повідомили 12,4 % опитаних [328, с. 52].

Частково такі відмінності можна пояснити різною методологією – до прикладу, опитування стосувалося саме депресивних симптомів, а дані ІНМЕ та ВООЗ презюмують наявність діагнозу. Однак, додатково враховуючи те, що наведені ІНМЕ та ВООЗ дані є лише припущеннями, головне, що варто зазначити, це те, що збір інформації та статистики з приводу захворюваності на депресію є складним і неточним процесом, що нівелює можливість детального аналізу наявних даних. До того ж ці дані також не корелюють з рівнями самогубств – за даними ІНМЕ, у США та Великій Британії фіксовані рівні депресії вищі, ніж у Польщі та Угорщині, однак рівень самогубств у цих країнах був і є вищим, ніж у Великій Британії та США.

Відсутність надійних даних щодо рівнів депресії не є несподіваним явищем, адже діагностика депресії не є очевидним процесом у зв'язку з психологічним характером її симптоматики, а багато людей переживають депресивні періоди без

звернень до лікарів. Якщо, до прикладу, такі значні психічні розлади, як шизофренія, переважно діагностують, то депресія часто перебігає приховано.

Особливої уваги ця проблема набуває в Україні і саме на це варто звернути додаткову увагу. У нас в державі осіб з психічними захворюваннями досі часто стигматизують; поширеною також є самостигматизація, коли люди з психічними проблемами соромляться визнати їх та звернутися за допомогою. Ця проблема має відчутні історичні корені, серед яких – використання психіатрії з каральною метою в радянські часи, що поширило та вкорінило страх не тільки перед психіатричними лікарнями, а й перед психіатрією як наукою [39]. Ця проблема є особливо актуальною для депресії – багато людей з цим розладом не визнають своїх емоційно-психічних проблем, а навіть коли такі люди звертаються за допомогою, лікарі здебільшого не призначають правильне лікування [126].

Окремо варто наголосити на існуванні так званих «маскованих» депресій, коли афективні ознаки депресії є прихованими за «фасадом» соматовегетативної симптоматики [36]. Причина «прихованості» таких депресивних станів може бути пов'язана з небажанням хворого визнати свої проблеми або необізнаністю і діагностувати такі депресії ще важче, оскільки для цього необхідно вчасно розпізнати глибинну психічну депресивну симптоматику, що може бути дуже важко, коли хворий повідомляє лише, до прикладу, про біль голови.

На нашу думку, саме на латентності депресії необхідно сконцентрувати найбільшу увагу, якщо бажаємо зменшити кількість самогубств серед людей з депресивними симптомами. Депресія є ключовим детермінантом суїцидальної поведінки не тільки серед психічних розладів, а й загалом, і водночас саме цей розлад найчастіше лишається недіагностованим.

На цьому фоні БАР є діагнозом, який діагностують порівняно частіше через більш виражену абнормальну поведінку під час манійних фаз. Тим не менше депресивні фази цього розладу є подібними до загальної депресивної симптоматики, тож БАР, як і депресія, є потенційним детермінантом суїцидальної поведінки.

Важливою також є проблема коморбідності психічних розладів, що є дуже поширеним явищем. Дослідження показують, що коморбідні з депресією розлади, такі як тривожність або зловживання алкоголем чи наркотиками, додатково підвищують імовірність самогубства [313]. Відсоток коморбідності у осіб з депресією може досягати 40–90 %, до того ж у приблизно половини випадків наявний більш ніж один коморбідний діагноз [296].

Проблема коморбідності, наряду з латентністю депресій, на нашу думку, є ще одним важливим аспектом, на який звертають недостатньо уваги. Причина необхідності докладнішого розбору коморбідних діагнозів полягає у відмінностях у стратегіях боротьби та запобігання таким розладам. Часто такі розлади взаємно впливають на симптоматику один одного, але визначити корінь проблеми є важливою віхою на шляху запобігання суїцидальній поведінці.

На нашу думку, у випадках коморбідності психічних розладів центральну позицію в контексті підвищеного ризику самогубства займає саме депресія у зв'язку з симптоматикою у вигляді меланхолії та негативного сприйняття життя, що з більшою імовірністю призводить до самогубства. Так, у разі зловживання алкоголем чи наркотиками така поведінка часто є методом коупінгу з депресією; хворі на шизофренію або на розлади особистості часто також хворіють на депресію у зв'язку з важкістю симптоматики. Тож запобігання самогубствам та психічним розладам, які можуть до нього привести, повинне концентруватися передовсім на депресивних симптомах.

Згідно з наявними даними, наявність розладу вживання будь-яких психоактивів корелюється з підвищеним рівнем самогубств (Додаток Д).

Таблиця 2.8

Ймовірність смерті від самогубства порівняно з контрольною групою

Речовини-психоактиви	Чоловіки	Жінки
Будь-який розлад вживання	2,29	5,95
Алкоголь	2,26	4,72
Кокаїн	1,35	3,97

Канабіс	2,17	3,89
Опіати	2,37	8,19
Амфетамін та інші стимулянти	2,63	5,90
Седативи	4,74	11,36

Дані подано за джерелом [331].

Хоча в наведених даних йдеться саме про розлади і це не означає, що саме собою вживання всіх видів наркотиків, яке не переросло у чітку залежність, спричиняє підвищення рівнів депресії та самогубств, тож такі потенційні зв'язки варто проаналізувати докладніше.

Найпоширенішою речовиною, якою зловживають особи з депресією, є алкоголь, у зв'язку з його легальністю, поширеністю та суспільною прийнятністю (на відміну від нелегальних речовин). Зв'язок є також і зворотним – дослідження демонструють, що приблизно 64 % осіб із алкогольною залежністю страждають також від депресії, до того ж що критичнішою є залежність від алкоголю, то більша превалентність депресивних симптомів [60]. Зважаючи на тісний взаємозв'язок депресії та суїцидальної поведінки, алкоголь також є і прекурсором самогубств. Це очевидно не тільки на індивідуальному рівні (дослідження показують, що люди, залежні від алкоголю у 60–120 разів схильніші вчинити самогубство [312]), а й у глобальному та історичному вимірі – ми попередньо продемонстрували докази, що рівні вживання алкоголю корелюють з рівнями самогубств, особливо в Україні. Люди, що вживають алкоголь, схильніші як до суїцидальних ідеацій, так і до спроб самогубства [332; 145], до того ж саме вживання алкоголю потенційно є фактором-причиною.

Проблема вживання алкоголю є значною через загальну доступність цього психоактиву та у зв'язку зі суспільним сприйняттям його вживання. Багато людей вживають алкоголь, щоб знизити рівні стресу, однак небезпека алкоголізму серед суїцидальних людей полягає в тому, що алкоголь змінює свідомість і збільшує імовірність імпульсивних дій, здійснення яких у тверезому стані є менш ймовірним [297]. У такий спосіб люди з алкогольною залежністю є більш схильними до

імпульсивних самогубств, тоді як люди з депресією схильні до попереднього їх планування. В поєднанні ці два розлади є особливо небезпечними і потребують паралельної терапії. До того ж саме собою надмірне вживання алкоголю вже може бути показником до потенційних депресивних думок або суїцидальних намірів, особливо серед чоловіків, адже в соціумі з поширеними стандартами щодо незаохочення вираження емоцій алкоголь може бути способом втечі від депресивних чи суїцидальних думок.

Доведеним є також зв'язок куріння та самогубств – люди, які курять, у 1,83 рази частіше покінчують з життям та майже у 3 рази частіше вчиняють спроби суїциду [295]. Наявні дані дають змогу з більшою імовірністю припустити, що куріння спричиняє суїцидальні ідеації, а не навпаки [400].

Не такою однозначною є ситуація з канабісом. Існує підтверджений зв'язок між вживанням марихуани і наявністю суїцидальних ідеацій та ймовірністю спроб самогубства [168; 241], хоча такий зв'язок і є відчутно слабшим, ніж з алкоголем або іншими нелегальними наркотиками [309]. Утім, варто зауважити декілька деталей. Насамперед, якщо щодо алкоголю є підстави стверджувати, що саме вживання алкоголю підвищує імовірність суїцидальної поведінки, то з марихуаною такий зв'язок є недоведеним [162]. До прикладу, зв'язок вживання канабісу зі суїцидальною поведінкою слабшає з урахуванням факторів вживання інших наркотиків і алкоголю [168]. До того ж на глобальному рівні легалізація медичного канабісу не призводить до підвищення рівня суїцидів [139], а деякі дослідження демонструють навіть зворотний зв'язок, коли легалізація медичного канабісу зменшувала рівні самогубств як серед чоловіків, так і серед жінок [146]. На нашу думку, це пояснюється ситуацією зворотної кореляції, коли канабіс вживають люди з уже наявними депресивними чи суїцидальними думками, як спосіб позбутися їх або зменшити їхню інтенсивність. Оскільки легалізація медичного канабісу, як видається, може зменшити рівні самогубств, така теорія знаходить більше емпіричної підтримки.

Вживання низки інших наркотичних речовин теж прямо пов'язано з підвищенням ризику самогубства. Серед них – опіати, зокрема, героїн, до того ж

вищі дози вживання опіатів корелювали з вищою ймовірністю самогубства, а самі опіати були призначені як метод лікування, що зменшує ймовірність самотійного вибору пацієнтами дози, і, як наслідок, дає змогу припускати, що саме вживання опіатів є фактором, що підвищує ризик самогубства [289]. Окрім того, наявний зв'язок ймовірності самогубства і вживання багатьох інших психоактивів, до прикладу, седативів, транквілізаторів та снодійних [170; 318].

Проте не всі заборонені психоактиви і наркотики характеризуються негативною кореляцією з суїцидальністю. Так, особи, які вживали класичні психоделіки, такі як ЛСД, диметилтриптамін та псилоцибін, повідомляли про зниження рівнів тривожності та депресивності, суїцидальних ідецій та спроб суїциду [179].

Враховуючи вищевикладене, вважаємо можливим виділити три теорії-пояснення зв'язку між вживанням психоактивних речовин та наявності суїцидальних ідецій та спроб самогубства. Звісно, аналізуючи наявні дані, неможливо стверджувати, що одна з них істинна для усіх психоактивних речовин – радше психоактиви можна поділити на категорії залежно від того, яка теорія є правдивішою саме для них. Розглянемо їх:

1) теорія самолікування. Наявність депресивних та суїцидальних думок спричиняє вживання наркотиків як спосіб справитися з цими думками або зменшити їх інтенсивність. Актуальна для канабісу, ЛСД, псилоцибіну;

2) теорія впливу психоактивів. Вживання психоактивних речовин спричиняє підвищення чи зниження рівнів депресивності чи самогубств через біологічні або інші причини. Актуальна для алкоголю, опіатів;

3) теорія спільної причини. Наявність депресивних або суїцидальних думок та вживання психоактивів не перебувають у взаємозв'язку і походять із спільних біологічних або інших причин. На цю теорію звертають мало уваги у науковій літературі і для її тестування потрібне проведення специфікованих досліджень.

Окрім того, вплив вживання психоактивних речовин на депресивні стани та, як наслідок, на суїцидальні ідеції та ймовірність вчинення самогубства також відрізняється залежно від психоактиву. Вживання деяких речовин схильне

підвищувати рівні депресії та ймовірність самогубства (алкоголь, нікотин), деяких – знижувати ці показники (псилоцибін, ЛСД). Щодо деяких речовин природа взаємодії є недостатньо дослідженою або дослідження демонструють суперечливі результати (канабіс).

Як висновок, можна підтвердити значні відмінності між впливом діагностованих розладів вживання психоактивів та обмеженого їх вживання. Якщо розлади, будучи значними порушеннями поведінки та призводячи до чималої шкоди психічному здоров'ю, схильні однозначно збільшувати ризик суїцидальної поведінки, то періодичне вживання демонструє різні результати для різних психоактивів.

Ризик самогубства впродовж життя у осіб з шизофренією становить приблизно 10 % [324]. Саме самогубство є ключовим чинником зниженої очікуваної тривалості життя у хворих на шизофренію. Додатковими групами ризику є особи, молодші 45 років, чоловіки, неодружені, безробітні, а також особи з вищим рівнем інтелекту та хорошою освітою [321]. Як можна помітити, всі додаткові чинники ризику, характерні для шизофренії, спостерігаються і серед самогубств загалом. Механізм самогубств для хворих на шизофренію є дещо складнішим, ніж для депресії, де власне негативні думки та пригнічений настрій прямо стимулюють суїцидальну поведінку. Докладніший аналіз причин суїцидальної поведінки серед хворих на шизофренію дає змогу виокремити таке:

1) психоз. Цей стан, для якого характерні делюзії та галюцинації, є невід'ємним аспектом шизофренії. Саме в стані психозу ймовірність суїцидальної поведінки різко зростає. Це пов'язано зі змінами в сприйнятті та мисленні – у стані психозу стає набагато складніше мислити раціонально і логічно, зв'язок з реальністю є розмитим, що підвищує як ризик суїцидальної, так і ризикованої поведінки загалом;

2) депресія. Як було згадано вище, похідні депресивні стани часто є головним чинником, що підвищує ймовірність суїциду за коморбідності психічних розладів. Особи, хворі на шизофренію, часто впадають у депресію через складність сприйняття своєї симптоматики та відсутність перспектив на життя. Додатковим

чинником тиску є поширена стигматизація хворих та шизофренію у соціумі [324]. Коморбідний діагноз, що поєднує шизофренію та депресію, деколи називають шизоафективним розладом; однак, на нашу думку, важливо відрізнити, чи депресивний стан є похідним від шизофренії і тоді кваліфікувати його як додатковий.

Ідентифікація та аналіз суїцидальності у людей з розладами особистості можуть бути ускладненими в Україні через відмінності в діагнозах, виділених у DSM та МКХ. Перелік та ознаки розладів особистості є схожими у МКХ-10 та DSM-5, однак у новому варіанті МКХ-11 класифікація радикально відрізняється від DSM – у класі «розлади особистості» наявні лише два індекси: «розлад особистості» та «домени особистісних рис» [66]. Враховуючи те, що МКХ-11 ще не була офіційно затверджена в Україні, і, як наслідок, відсутність досліджень з урахуванням цієї класифікації, доцільніше застосувати МКХ-10 з урахуванням спільних ознак з DSM-5.

Наявність розладу особистості загалом є важливим чинником ризику щодо самогубства – деякі дослідження повідомляють, що такий ризик у пацієнтів з розладом особистості зростає у приблизно 20 разів [341]. Однак не всі розлади особистості однозначно підвищують ймовірність самогубства. Дослідження дають змогу виокремити передусім емоційно нестійкий (межовий) розлад особистості (ЕНРО) як актуальний у контексті передбачення суїцидальної поведінки.

Наявність у особи емоційно нестійкого розладу особистості була основним передбачувальним чинником щодо спроб самогубства; інші розлади особистості або демонстрували значно меншу, майже статистично незначущу кореляцію, або не демонстрували її взагалі [292]. Суїцидальну поведінку фіксували в 71–84 % хворих на ЕНРО, порівняно зі 17,5 % хворих на інші розлади особистості; ризик самогубства впродовж життя становить приблизно 10 % [333; 220]. Особливо небезпечною є коморбідність ЕНРО з розладами настрою (депресією та біполярним розладом) [161] та вживанням алкоголю [341], що додатково підтверджує важливість фокусування уваги на цих факторах під час аналізу методів та стратегій запобігання самогубствам.

Причиною особливої небезпеки ЕНРО є його емоційна та симптоматична природа – люди, що страждають на ЕНРО, схильніші до імпульсивної, агресивної та емоційно нестабільної поведінки, мають розмите відчуття особистості, а також часто бачать життя лише у «чорних» і «білих» фарбах, що поглиблює інтенсивність негативних думок та настроїв.

Превалентність суїцидальної поведінки та спроб самогубства серед людей, що страждають на інші розлади особистості, була значно нижчою. Дещо частіше спроби самогубства вчиняли особи з параноїдним розладом особистості, диссоціальним (антисоціальним) розладом особистості, істеричним розладом особистості та залежним розладом особистості; під час вчинення спроб самогубства особи з нарцисичним розладом вчиняли їх більшу кількість разів [292].

На сучасному етапі розвитку суспільства спостерігається істотна трансформація уявлень про існування окремих особистостей у соціумі. Через постійні зміни в економічній, соціальній, політичній та культурній сферах життя країни люди змушені адаптуватися до навколишніх умов, беручи до уваги свої фізичні, психологічні та матеріальні можливості.

Водночас упродовж задоволення власних потреб важливу роль відіграють певні соціально-демографічні характеристики, притаманні індивіду, які в сукупності з біологічними та психологічними чинниками сприяють ідентифікації осіб, схильних до віктимної поведінки.

Найбільше заслуговує на увагу динамічна структура особистості, що її запропонував К. К. Платонов [300], який в основу розрізнення рівнів заклав ступінь зумовлення властивостей соціальними та біологічними факторами. Отож вважатимемо значущими і звернемо увагу на: *біологічно-демографічні ознаки* (вік, стать, рівень освіти, расову належність, національність, сімейний стан, рівень здоров'я, віровизнання, рівень матеріального забезпечення тощо); *інтенсивність суїцидальної діяльності самогубців*; *спонукальну сферу* (мотиви, потреби, правосвідомість, нахили, звички тощо) та *морально-психологічний бік особистості* (погляди, цілі, психологічні особливості). Отже, вивчати явище як феномен означає вивчати окремі самогубства та окремих самогубців, адже саме ці люди, особи,

індивіди їх здійснюють. Усереднюючи, утиповуючи суїцидальні акти й індивідуальні характеристики самогубців, досліджуємо закономірності розвитку явища, щоб у підсумку попереджати і їх і, власне, саме це явище.

Так, до демографічних ознак, які можуть мати суттєве значення під час вироблення способів запобігання вчинення самогубства, пропонуємо звернути увагу на такі, як: стать, вік, соціальні ролі.

На нашу думку, саме під час дослідження цих демографічних ознак можна встановити наявність у особи індивідуальної або рольової схильності, в силу особистих властивостей, у майбутньому перетворитися на жертву самогубства.

Критерій можливості чинити опір може виступати як основний і в разі характеристики віку жертви. Сам собою вік не є криміногенним, але в характеристиці особи він набуває певного означення віктимності у зв'язку зі специфічними властивостями людини певного віку та обраним видом кримінального насильства злочинцем [8, с. 224]. Варто зауважити, що представникам певних вікових груп властиві непатологічні (не зумовлюють визнання особи недієздатною або обмежено дієздатною) порушення норм безпечної поведінки за певних умов (наявний страх, стан тривоги, фрустрації під час вчинення стосовно неї певних насильницьких дій), які можуть сприяти реалізації вчинення самогубства.

Так, Л. М. Шестопалова проаналізувала й зіставила статистичні дані стосовно того, особи якої статі найчастіше вчиняють самогубство. У результаті вона дійшла висновку, що чоловіки частіше вчиняють самогубства, ніж жінки. Потерпілими від доведення до самогубства здебільшого є дівчата 16–17 років [129, с. 10]. Провівши емпіричне дослідження, спираючись на 10 кримінальних справ за ст. 120 Кримінального кодексу України останніх років (вироки у яких були винесені протягом 2018–2020 рр.), ми встановили, що в 65 % випадків жертвами доведення до самогубства були жінки. На нашу думку, така відмінність показників пов'язана з тим, що самогубства вчиняють з різних мотивів. Чоловіки справді болісніше за жінок переносять певні кризові ситуації (зраду дружини, втрату роботи, хворобу тощо), але жінки мають меншу можливість чинити опір

насильницьким діям, спрямованим проти них, що створює вигіднішу обстановку реалізації їхньої власної вигоди. Тож мотивація вчинення самогубства жінками й чоловіками відрізняється.

Чоловіки в Україні вчиняють самогубства приблизно в п'ять разів частіше, ніж жінки. У 2019 році з 6 190 випадків самогубств 5 112 припадали на чоловіків і 1 078 – на жінок.

Отож в Україні спостерігаємо превалювання самогубств чоловіків, їх співвідношення для різних періодів є неоднаковим: від 1 : 3 до 1 : 5. Розрив «жіночого» та «чоловічого» показника впродовж останніх 10 років в Україні збільшувався. Отже, від самогубств чоловіки в Україні помирають достовірно частіше за жінок, причому наш державний показник перевищує світову кореляцію (3:1).

Відповідно до теорії психологічного та соціального становлення людини у віковій еволюції та інволюції разом зі статтю вік є одним з найважливіших психофізіологічних факторів. Його розглядають як якісний етап становлення та розвитку особистості, період з притаманними саме йому особливостями сприймання людиною навколишнього світу. Саме тому вікові особливості не можуть не впливати на суїцидальність. Самогубство вчинюють особи будь-якого віку, але суїцидальна активність різних вікових груп не однакова. Мінімальний вік самогубця – 10–14 років. Безсумнівно, що кількість спроб і завершених самогубств неповнолітніх постійно збільшується. У 2022 році було зафіксовано 127 спроб самогубства серед дітей, а станом на 15 листопада 2023 року — 116 випадків [9]. Останні доступні дані свідчать про таке: 2017 рік – 106 випадків самогубств серед дітей, 2018 рік – 82 випадки, 2019 рік – 88 випадків, 2020 рік – 94 випадки, 2021 рік – 94 випадки. З огляду на незначні цифри, протягом чотирьох років спостерігається порівняно стала картина щодо вчинення самогубств неповнолітніми. Переважно юнаки вчиняють самогубства вдвічі частіше від дівчат, а така тенденція відповідає показникам дорослого населення з тією лише поправкою, співвідношення жіночих і чоловічих самогубств становить у кілька разів більше. Середній вік неповнолітніх самогубців жіночої статі становить 15 р., чоловічої – 16 р. Отож, дівчата і тут «дорослішають»

раніше від хлопців. Починаючи з 15–20-річного віку, відбувається поступове посилення суїцидної активності неповнолітніх.

В. В. Сулицький та Р. В. Ващенко пишуть: «Якщо враховувати вікову статистику самогубств, то наймолодшому суїцидентові було 5 років... а старшому – 102» [9, с. 127]. Інші автори пишуть, що «...у світі за останні тридцять років кількість самогубств, вчинених дітьми у віці від 5 до 14 років збільшилася у 8 разів» [194, с. 42]. Це свідчить про те, що майже в будь-якому віці людина здатна вчинити самогубство. Проте тут маємо нагадати, що малолітні ще не можуть повністю усвідомлювати значення своїх дій.

Самогубство посідає друге місце у списку смертності, у молодому віці (15–24 р.), ось чому О. Дугін зауважує, що значна частина самогубств припадає на юнаків і дівчат перехідного віку. Справді, молодь серед самогубців – значна частина. Так, за досліджуваний період тільки особи у віці від 15 до 29 р. вчинили 34,25 % самогубств від загальної кількості. Те, що серед самогубців багато молоді, пов'язано зі соціальним статусом особистості (відсутність сім'ї, дітей як стримувального чинника, відсутність спеціальності, кваліфікації, низька професійна підготовленість, незначний життєвий досвід тощо як стримувальних чинників) та їх нерозвиненою психікою, незагартованою волею, психологічною нетривкістю. Станом на початок 2022 року, за офіційними даними Державної служби статистики України, чисельність населення країни становила 41 170,4 тис. осіб, з яких 19 107,5 тис. чоловіків (46,4 %) та 22 062,9 тис. жінок (53,6 %) [110].

Наші дослідження показали, що найвищі показники смертності з причин самогубства в Україні були в групі чоловіків віком 40–49 р., у груп жінок – 70 р. і старші. Отже, самогубство чоловіків «старішає». Віковий суїцидальний пік для жінок залишається постійним. Істотне зростання коефіцієнта самогубств для жінок, як і для чоловіків, спостерігається протягом останніх 14 років, починаючи з вікової групи 40–49 р. Проте виявлено, що замахуються на своє життя найчастіше молоді жінки [115, с. 102]. На осіб, що вчинили самогубства у віці до 15 р., припадає лише 1,1 %; у віці від 15 до 19 р. – 7,6 %; 20–34 р. – 44,09 % (Додаток Е).

Протягом п'яти років картина залишалася сталою, а показники в різних вікових групах коливалися у проміжку від 1 до 4 % максимум, а отже, можна впевнено стверджувати, що найбільше самогубств вчиняють особи в інволюційному віці. За ними йдуть групи зрілого віку та середнього й молодого віку. Зважаючи на те, що до групи осіб 22–39 р. належать як молодь, так і особи середнього віку, треба зауважити, що відносні показники для цих обох груп приблизно однакові.

Отже, з огляду на вікову суїцидальну активність населення Україна має так звану японську модель самогубства: високий суїцидальний рівень для молоді, спад для людей середнього віку і новий, значний, підйом суїцидальної активності в найстаршому віці.

Для вивченої групи самогубців характерні також показники сімейного стану: одружені – 31 %, самотні (неодружені, розлучені, вдівці) – 69 %. За сімейним станом популяцію самогубців ми поділили на: одружених, розлучених, вдів і вдівців, неодружених, але важливо було в такому разі враховувати, чи мають вони дітей. Сімейні в низці інтенсивності вчинення самогубств посідають останнє місце, проте є виняток – члени молодого подружжя у віці 25–30 р. Найчастіше чинять самогубства одинокі люди, які втратили партнера, зв'язки з родиною, дітьми, або такі, що не мали в дорослому житті сімейних стосунків. Упродовж досліджуваного періоду сталість показників зберігалася. Коефіцієнт розлучених, вдівців, зрозуміло, разом із віком підвищувався, а неодружених, навпаки, зменшувався, проте на 2–4 пункти, не більше. Найбільше одружених припало на вікову групу 32–44 р. Опрацювання даних про наявність дітей у самогубців засвідчило, що для чоловіків, особливо розлучених, діти не є стійким стримувальним антисуїцидальним чинником. Для жінок – навпаки. Саме для жінок, які мають дітей (особливо двох), самогубство не є характерним (жінок-самогубців, які мали двох і більше неповнолітніх дітей, було зареєстровано лише 6 %). Але дорослі, самостійні діти, зокрема такі, що проживають окремо від батьків, антисуїцидальним чинником не були.

Протягом досліджуваного періоду майже третину самогубств вчинили особи, які не мали постійної роботи, незалежно від соціального походження, належності до певної професії, культурно-освітнього рівня. Загалом самогубців, не зайнятих у

суспільному виробництві, у досліджуваній популяції було 40,4 %. Статистичні дані показують, що найвищі коефіцієнти самогубства властиві особам, які проходять службу в силових структурах, перебувають у закритих системах; які за видом зайнятості виконують роботу, пов'язану з високим професійним ризиком, мають значні психологічні навантаження тощо. Наприклад, ось основні категорії:

1) військовослужбовці та ветерани. Військові часто стикаються з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та іншими психічними проблемами, що підвищує ризик суїциду;

2) медичні працівники. Лікарі та медсестри, особливо ті, хто працює в стресових умовах, мають підвищений ризик самогубства через емоційне вигорання та тиск;

3) молодь. Підлітки, особливо ті, хто відчуває труднощі в соціальних відносинах або стикається з булінгом, також є уразливими. Самогубство є другою причиною смерті серед молоді у віці 15–29 років;

4) люди з психічними розладами. Особи, які страждають від депресії, біполярного розладу або зловживають наркотиками й алкоголем, мають високий ризик самогубства;

5) соціально ізольовані особи. Люди, які відчувають самотність або соціальну ізоляцію, можуть бути більш схильні до суїцидальних думок;

6) літні люди. Особи похилого віку, які переживають втрату близьких або страждають від хронічних захворювань, також перебувають в групі ризику.

Щодо раси варто зазначити, що дослідники сходяться на думці, ніби чорношкірі почуваються менш захищеними на нашому континенті ніж білі, проте вони чинять рідше самогубства, ніж білі [115, с. 102]. Ми не досліджували це питання через його малозначущість для України. Громадянство самогубців під час нашого дослідження до уваги не бралися, адже будь-які порівняння за умови незначного показника для громадян інших країн були б некоректними, але можна сказати, що 96 % досліджених самогубців були громадянами України, 3 % були особами без громадянства і, відповідно, 1 % – громадянами інших держав. Тому можна запевнити, що особистості прощаються з життям на своїх територіях.

Висока також суїцидальна активність спостерігається у місцях позбавлення волі України [41, с. 147]. Рівень суїциду серед спецконтингенту (засуджених) в установах виконання покарань у різні роки в 1,5–2,2 рази перевищував середньостатистичний рівень по країні. Якщо засуджених в Україні приблизно 200 тис., то за середнього рівня суїцидів – 50 на 100 тис. – це означає 100 смертей у рік [116, с. 7–8]. Рівень самогубств засуджених є пропорційним до віку, кількості років утримання, терміну покарання тощо, а також відповідає статі, рольовим функціям та психологічним реакціям засуджених до ізоляції. Наприклад, жінки вдвічі рідше від чоловіків вчиняють самогубство, бо за «...психологічною конституцією вони менш агресивні, як чоловіки, і до них частіше застосовуються амністії, відстрочки виконання вироків, а ставлення суду до жінок має менш суворий і більш гуманний характер. ...Найбільш схильні до вчинення самогубства особи обох статей, засуджені за насильницькі злочини, а також рецидивісти».

Однак інші автори заперечують такий підхід: «Серед працівників МВС України рівень суїцидальної активності нижчий, ніж у середньому по країні і становив 19,3 % самогубств на 100 тис. особового складу [171, с. 34]. В. А. Удод пише, що поліпшення системи відбору кандидатів на службу в МВС дало змогу скоротити ймовірність самогубств серед його працівників, проте кількість самогубств, які вони вчиняють, залишається значною [117, с. 170].

Для порівняння: рівень самогубств у МПВ США майже такий самий (15 на 100 тис.), як серед населення цієї країни (12 на 100 тис.) [48, с. 5]. На нашу думку, це свідчить головно про оптимальні соціально-психологічні умови виправних установ США.

Щодо освіти можна зауважити, що загалом освіченість впливає на поведінку людини. Достовірно відомо, що найбільше самогубств вчиняють найбільш і найменш освічені суїциданти. Найактивнішими є особи, що мають незакінчену середню освіту, за ними в ряду суїцидальної активності слідує особи з вищою та середньою технічною освітою. Так, 37 % самогубців мали незакінчену середню освіту, 25 % – середню та середню технічну, 41 % – вищу.

Оскільки у сучасних складних економіко-політичних умовах України освітній рівень, як і культурний, не дуже впливає на рівень добробуту громадян, стає зрозумілим, чому в дослідженій популяції, рівень самогубств пов'язується з рівнем матеріального забезпечення. Самогубство є характерним явищем як для бідніших, так і для багатих, але останні сильніше реагують на негативні зміни їхнього добробуту. Це залежить від багатьох чинників, зокрема від вищого рівня загальної культури та того, що їм є, що втрачати. За нашими спостереженнями, в поляризованому українському суспільстві суїцидні показники все ж таки вищі в групі бідних, проте освічених самогубців, особливо високі вони для тих осіб, які втратили роботу, засоби для існування.

Важливим також є спосіб вчинення. Жінки найчастіше застосовували повішання, падіння з висоти й отруєння (у двох третинах випадків), а чоловіки найчастіше вдавалися до повішання та падіння з висоти (такі самі показники). Суто «чоловічим» способом виявилися стріляні ушкодження. Тут чоловіки були винахідливі. Вони зверталися до табельної та мисливської зброї, пневматичних і дюбельних пістолетів. Справді, «у виборі способу самогубства виразно простежуються статеві відмінності суїцидентів. Чоловіки достовірно частіше (у відсотковому відношенні), ніж жінки, вчиняють його шляхом застосування вогнепальної зброї (в 7 разів) і самоповішення (в 1,5 рази), а утоплення (в 7 разів) і самоотруєння (в 2 рази) частіше спостерігаються у жінок». За нашими підрахунками, 10–15 % самогубців (кожен шостий) залишають по собі *передсмертні записки*. За даними сучасних суїцидологів, передсмертні записки залишають від 12 до 30 % всіх самогубців [327, с. 18]. Дослідники не виявили різниці щодо таких показників самогубців, як стать, вік, професія, раса, соціальне становище, стан психічного здоров'я тощо між тими, хто залишає записки, і тими, хто цього не робить [240, с. 41]. Найчастіше записки сповнено турботами про матеріальний спадок – тіло та майно, а також проханням пробачити.

Жінки здебільшого обирають болісні способи, але такі, що залишають шанс врятуватися. Вчиняючи самогубство жінки, особливо середнього віку, вочевидь, приділяють деяку увагу його «естетиці». Саме це, на наш погляд, допомагає їм

вижити, бо вони використовують «пасивні» засоби, які дають час і можливість медикам повернути суїцидантку до життя, або дози, застосування яких є недостатніми для настання смерті (наприклад, наркотики, газ, отрути).

Охарактеризувавши самогубця, доцільно створити його узагальнений портрет. Завершені самогубства найчастіше здійснюють самотні (розлучені або вдови) чоловіки (фінішні суїциденти); психічно здорові, хоча їхній фізичний стан може бути ослаблений. Така людина живе окремо від дорослих дітей або взагалі не має нащадків. Він є громадянином України. Зазвичай він не працює, а якщо має роботу, то займає малозначну посаду, тому його фінансовий стан є незадовільним. Найчастіше причиною самогубства є нестерпні матеріальні труднощі (рідше – проблеми зі здоров'ям або психологічні труднощі). Цей самогубець має меланхолійний темперамент, середній чи низький рівень інтелекту, не прагне до досягнення високих чи нездійснених цілей. Основною метою його життя є досягнення матеріального добробуту. Він є пасивним у політичному, громадському та релігійному житті, проте його моральні якості можна вважати високими. В момент самогубства він зазвичай не перебуває в стані алкогольного сп'яніння. Для смерті він обирає повішення.

2.3. Фактори, що детермінують поведінку особи до вчинення самогубства

Методологією пізнання причин і умов кримінальних правопорушень слугують закони діалектичного та історичного матеріалізму, насамперед єдності та боротьби протилежностей, закони детермінації. Детермінанта – чинник або елемент, який визначає появу іншого чинника, іменованого наслідком (грец. *Determinans* – визначальний). Детермінізм – загальний взаємозв'язок, взаємодія всіх речей, об'єктів, явищ і процесів [62].

На основі аналізу наукових праць кримінологів вважаємо, що кримінологічний детермінізм – це взаємозв'язок і взаємодія негативних для суспільства, держави явищ і процесів, що продукують і породжують кримінальні правопорушення.

Кримінологічна детермінація використовує три види зв'язків – функціональний, зумовлювальний (або статичний), причиновий та зв'язок станів.

Причинний зв'язок описує таку взаємозалежність між об'єктами, за якої один з них (причина) спричиняє інший (наслідок). Тобто між причиною і наслідком існує необхідний та достатній зв'язок. Однак діяння не можна розглядати окремо, оскільки воно є свідомим волевиявленням (зазвичай) конкретної особи. Таким чином причиною кримінального правопорушення можна вважати саму людину (особистість). Зумовлювальний зв'язок описує взаємозалежність між об'єктами, за якої один з них (умова) сприяє або створює можливість для виникнення та прояву іншого – причини, яка, своєю чергою, зумовлює наслідок. Тобто умова є тим, що саме собою не може призвести до наслідку, а лише впливає на його виникнення. Отже, без умови причина може не спричинити наслідок, тобто не може стати причиною.

Функціональний зв'язок відображає об'єктивну відповідність у співіснуванні певних об'єктів, а також паралельність у співіснуванні та змінюваності двох факторів. Наприклад, функціональну залежність можна спостерігати між попитом та пропозицією, рівнем безробіття та злочинністю тощо. У цих випадках немає прямого безпосереднього зв'язку між явищами. Вони взаємопов'язані через інші чинники. У зв'язку між безробіттям і злочинністю таким фактором є зниження рівня доходів населення, що активізує мотивацію до задоволення життєвих потреб, зокрема, через вчинення кримінального правопорушення.

До системи кримінологічної детермінації належать детермінанти: причини та умови.

Практично кожне дослідження в галузі кримінології тією чи іншою мірою заторкує проблеми причиновості.

Під причинами злочинності розуміють такі явища, які за певних умов призвели до вчинення кримінального правопорушення. Причини – це явища, що породжують, виробляють інші явища – наслідки. У кримінології під причиною (причинами) злочинності розуміють явище (сукупність явищ), що породжує злочинність як наслідок.

Умови ж злочинності самі собою не породжують її, але сприяють формуванню причин та їхній практичній реалізації.

Водночас під час вивчення злочинності необхідно враховувати відносність, умовність поділу явищ і процесів на причини та умови. Те, що в одному відношенні є причиною, в іншому – умова і навпаки.

Причини та умови злочинності можна класифікувати за різними підставами. Наприклад, за рівнем розрізняють: 1) причини та умови злочинності загалом як масового соціально негативного явища; 2) причини та умови різних видів (груп) кримінального правопорушення: умисних і необережних, первинних і рецидивних, насильницьких і корисливих тощо; 3) причини та умови окремих кримінальних правопорушень (конкретних діянь, передбачених кримінальним законом).

За видом причини й умови злочинності поділяються на: 1) об'єктивні, що існують незалежно від свідомості та волі людей (наприклад, недосконалість техніки), якщо ці причини зіграли визначальну роль у генезі злочинного акту, то особу звільняють від кримінальної відповідальності; 2) суб'єктивні, до яких можна зарахувати антигромадські погляди, мотиви та звички, деформації духовно-моральної сфери.

Іншими підставами класифікації причин та умов злочинності можуть бути: спрямованість і механізм дії, глибина (сила дії), часова та просторова поширеність, зміст.

Причини та умови кримінальних правопорушень досить різноманітні. Однак причиновість самогубства вирізняється значною специфікою. Зокрема, вона полягає в тому, що під час скоєння самогубства у співвідношенні ситуаційних і особистісних чинників останні загалом відіграють помітнішу роль, ніж у генезі умисних кримінальних правопорушеннях.

Відштовхуючись від наявних даних, статя є одним із визначальних факторів ризику суїцидальної поведінки у західному світі. Одним з важливих, на нашу думку, чинників є показник гендерної рівності. Серед науковців панує фактичний консенсус, що рівні гендерної рівності мають вплив на рівні самогубств [274, с. 273]. Природа цього впливу – чи підвищення рівня гендерної рівності збільшує, чи зменшує рівні самогубств – є більш спірною тематикою. Загалом більше емпіричного підтвердження знаходить так звана «теорія статусної інтеграції».

Згідно з нею, більша інтеграція жінок у суспільство, що виражається у вищому рівні здобутої освіти та більшій залученості на ринку праці, підіймає рівень самогубств.

Причина цього феномена криється у гендерному рольовому конфлікті, що відбувається з більшою адаптацією жінок у суспільство. Так, хоча жінки все частіше починають працювати, більшість із них однаково залучені до непропорційно значної частини домашньої роботи і догляду за дітьми, що призводить до «перевантаження» жіночих суспільних ролей, і, як наслідок, більших рівнів тривожності, невдоволення шлюбом, депресії, та, як наслідок, самогубств [178, с. 484]. Однак це стосується не тільки жінок – більша гендерна рівність у розподілі домашніх обов'язків та економічної залученості у шлюбі спричиняє негативний вплив також і на чоловіків, різко збільшуючи рівень стресу [222; 347]. Як і в попередньому випадку, це також пов'язане із гендерними суспільними ролями – чоловіки відчувають більшу відповідальність за економічну складову забезпечення родини, і коли жінки починають заробляти більше, вони відчувають себе менш потрібними.

Правдивість впливу статусної інтеграції на рівень самогубств підтверджують і недавні дослідження, одне з яких фокусувалось на даних зі 124-х країн світу та віднайшло чітку кореляцію між рівнем гендерної рівності, що виражався у рівнях освіти та залученості жінок до ринку праці в країні та рівнем як чоловічих, так і жіночих самогубств [274, с. 281].

Існує і інша теорія – так звана теорія рольової акумуляції, згідно з якою підвищення рівня гендерної рівності навпаки зменшує рівні самогубств. Деякі дослідження, які фокусуються не на порівняльному аналізі поточних даних з багатьох країн, а на тенденції на зміни показників гендерної рівності всередині країн упродовж певного періоду, підтверджують зниження рівнів самогубств для жінок, однак не для чоловіків [322].

Дослідження країн, обраних для аналізу не претендує на високу репрезентативність у зв'язку з малою вибіркою. У зв'язку з цим проаналізуємо

зміни в Індексі гендерної нерівності (Gender Inequality Index) за даними програми розвитку ООН та рівнями самогубств для досліджуваного періоду (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Кореляція коефіцієнта гендерної рівності та коефіцієнта самогубств для України, Польщі, Угорщини, Великої Британії та США

Україна, дані Світового банку	r =	0,8017
	P-value	0,0003251
Україна, дані Держстату	r =	0,9508
	P-value	4,94e-9
Польща	r =	0,8438
	P-value	0,00007673
Угорщина	r =	0,2645
	P-value	0,3408
Велика Британія	r =	-0,478
	P-value	0,0715
США	r =	-0,9589
	P-value	1,743e-8

Аналіз знову демонструє чіткі відмінності між країнами колишнього соціалістичного блоку, США та Великою Британією. Тоді як ситуація у США (і Великій Британії, однак високе значення Р не дає змогу кваліфікувати ККП як статистично значущий) демонструє чітке підтвердження правдивості теорії статусної інтеграції, в Україні, Польщі і, меншою мірою, Угорщині наявний чіткий статистично значущий зворотний тренд. Пояснити такий значний контраст значною різницею між рівнями самогубств також не видається можливим, адже рівні самогубств в Польщі станом на 2019 рік вже були значно меншими, ніж у США, а в Угорщині – майже однаковими зі США. Можливим поясненням такої кореляції може, однак, бути диспропорційне вибухове зростання самогубств у 1990-х, яке не було початково пов'язано із впровадженням заходів з підвищення рівня гендерної рівності і, який, як наслідок, знижується без прив'язки до змін

такого рівня. Як наслідок, не заперечуючи дійсності теорії статусної інтеграції у глобальному вимірі, видається можливим зазначити її неактуальність для постсоціалістичних країн з вибірки у досліджуваний період і більшої актуальності для цих країн теорії рольової акумуляції.

Іншим безумовно важливим чинником, що стосується статі в контексті самогубств, є різке переважання чоловічих самогубств над жіночими (рис. 2.5).

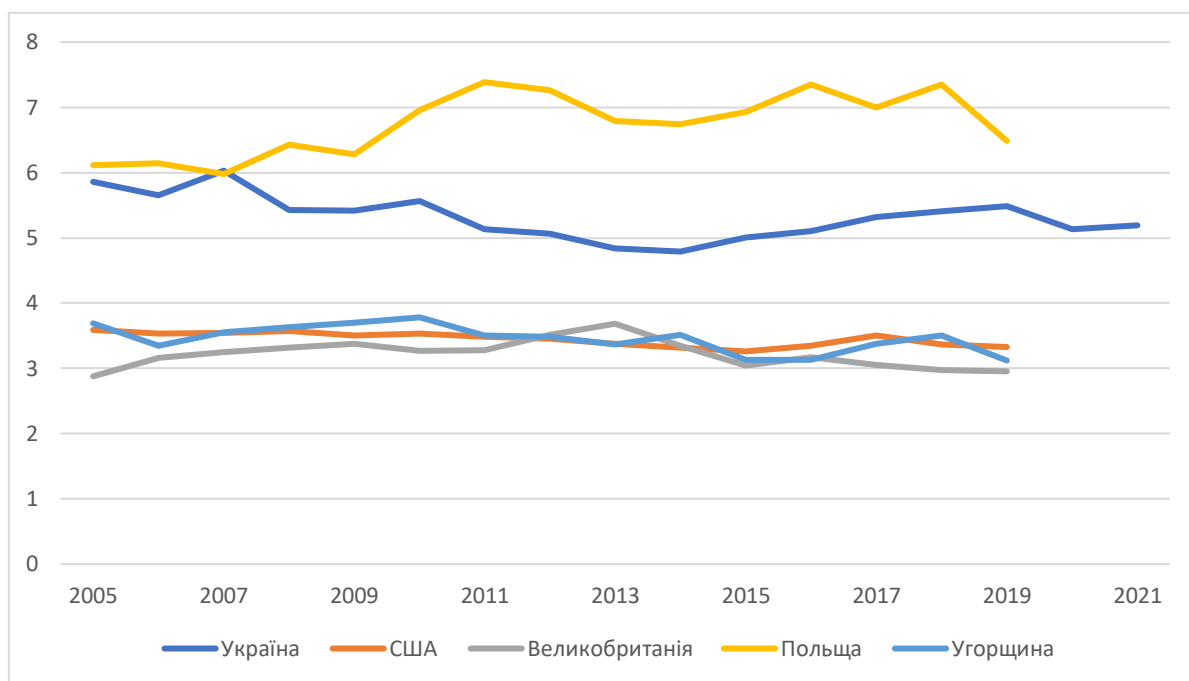


Рис. 2.5. Співвідношення чоловічих та жіночих самогубств (дані The World Bank; Держстат України)

Як можна помітити, рівень чоловічих самогубств у всіх країнах, обраних для аналізу, є значно вищим, ніж жіночих. Найвища гендерна нерівність у рівнях самогубств спостерігається у Польщі, де чоловіки у 2019-му році вчиняли у 6,48 раза більше самогубств, ніж жінки; найнижча – у Великій Британії (у 3,12 раза). У США та Угорщині співвідношення подібне до такого у Великій Британії. В Україні у 2021-му році чоловіки вчиняли самогубства у 5,2 раза частіше, ніж жінки (Додаток Ж).

Така ситуація не обмежена досліджуваними країнами – чоловіки вчиняють самогубства частіше, ніж жінки, фактично у всіх країнах світу, однак коефіцієнти співвідношення відчутно різні. Найбільший коефіцієнт співвідношення

спостерігається у країнах східної Європи з акцентом на пострадянські країни (5–7). У західній Європі він коливається в межах 2–4, а найнижчі значення демонструє східна Азія, зокрема, Китай та Індія (1–2) [234].

Важливо зазначити, що такий статевий розподіл стосується тільки закінчених самогубств. Так, жінки в 2–3 рази частіше, ніж чоловіки, демонструють суїцидальну поведінку [255, с. 191], однак вона здебільшого не призводить до смерті. Частково це пов'язано з тим, що чоловіки схильні вибирати летальніші засоби здійснення самогубства [389, с. 223]. Це називають «гендерним парадоксом самогубств» [163, с. 457].

Вчені пропонували різні пояснення цьому парадоксу. Сильвія Сара Канетто та Ісаак Сакінофський [167] описують чотири теорії:

1) теорія летальності: чоловіки схильні вибирати летальніші методи самогубства, ніж жінки, що призводить до різних рівнів «успішності» самогубства;

2) теорія викривлення пам'яті: оскільки жінки більше схильні звернутися по допомогу, зокрема медичну, вони з більшою імовірністю повідомлятимуть про свою суїцидальну поведінку, тоді як чоловіки радше схильні про неї не розголошувати;

3) теорія різних рівнів депресивності та алкоголізму: оскільки жінки частіше страждають на депресію, вони частіше вчиняють суїцидальну поведінку, але оскільки вони й частіше проходять від неї лікування, така поведінка не так часто закінчується смертю. Чоловіки ж частіше страждають на алкоголізм, що є важливим чинником ризику щодо суїцидальної поведінки;

4) теорія соціалізації: різні рівні самогубств пояснюються суспільними гендерними стереотипами, коли спроби самогубства та висловлення суїцидальних намірів розглядають як більш «жіночу» поведінку, а власне закінчене самогубство розглядають як маскулінне явище.

Описані теорії мають свої переваги і недоліки, що по-різному характеризує потенційну можливість їх застосування в Україні. Насамперед навіть за виокремлення окремих способів самогубств, рівень летальності спроб покінчити з життям був усе ще вищим у чоловіків, ніж у жінок – до прикладу, рівень

«успішності» самогубств під час розподілу за методом усе ще набагато вищий у чоловіків. Так, дослідження даних з Нюрнбергу та Вюрцбургу у Німеччині показують, що смертю закінчуються 83,5 % самогубств через повішення у чоловіків і лише 55,3 % тих самих самогубств через повішення у жінок [298]. Подібна ситуація і для інших методів самогубств. На основі цього доцільно зазначити, що суть не у виборі власне методу самогубства, а радше у патернах поведінки.

Хоч теорія летальності і має підтримку в деяких інших емпіричних даних з-за кордону, однак не вважаємо її актуальною для пояснення гендерного розриву у закінчених самогубствах в Україні – згідно з даними 2014-го року, відмінності між способами вчинення самогубств для чоловіків і жінок в Україні були мінімальними. Приблизно 90 % самогубств серед чоловіків і 85 % самогубств серед жінок вчинені через повішення [103]. Жінки були трохи більш схильні до самогубства за допомогою стрибків з висоти або отруєння, однак такі випадки можна характеризувати як одиничні.

Окрім того, ця теорія є обмеженою, адже вона ігнорує аспект мотиву самогубців, акцентуючи увагу повністю на методах, що, вочевидь, не може повністю пояснити настільки великий і стабільний розрив між чоловічими і жіночими самогубствами.

Актуальною можна вважати теорію різних рівнів депресивності та алкоголізму (порівняння між даними в різних країнах неможливі через різну методологію) (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Порівняння превалентності депресивних симптомів, діагностованої депресії, проходження терапії від депресії в Україні, США, Великої Британії, Польщі, Угорщині

Країна, стать	Загальна превалентність депресивних симптомів, %	Діагностована або сильна депресія, %	Проходження терапії від депресії (психічних розладів), %
Україна, чоловіки	8,7	2	0,2
Україна, жінки	16,2	4	0,6
США, чоловіки		4,5	2,8
США, жінки		7,3	5,5
Велика Британія, чоловіки	15		9,6
Велика Британія, жінки	23		16,5
Польща, чоловіки	12,2		
Польща, жінки	19,2		
Угорщина, чоловіки	8,6		
Угорщина, жінки	12,3		

Джерела: [328, с. 52; 217; 390; 380; 308; 330]. Дані за 2017–2024 роки.

Як можна помітити, депресія є набагато поширенішою серед жінок, аніж чоловіків, так само як і превалентність отримання терапії від депресії. Водночас підтвердження має і більша поширеність алкоголізму серед чоловіків, аніж серед жінок. Так, в Україні 50 % чоловіків, порівняно з 22 % жінок вживають алкогольні напої принаймні кілька разів на місяць. Частіше ніж раз на тиждень п'ють 16 % чоловіків та лише 2 % жінок [106]. Подібна ситуація з діагностованим алкоголізмом – чоловіки загалом набагато схильніші до алкоголізму, ніж жінки [233; 330] (табл. 2.11).

Таблиця 2.11

**Превалентність діагностованого розладу вживання алкоголю в Україні,
Польщі, Угорщині, Великої Британії та США у гендерному розподілі**

Країна	Чоловіки, %	Жінки, %
Україна	3,77	1,53
Польща	4,19	2,42
Угорщина	2,80	2,03
Велика Британія	5,48	1,48
США	3,22	1,80

Підсумовуючи вищевикладене та враховуючи те, що на зв'язок рівнів вживання алкоголю та самогубств в Україні вже вказано, доцільно додатково зазначити, що нижчі рівні самодіагностованої та діагностованої депресій у чоловіків в Україні можуть спричиняти менші обсяги надання допомоги за передсуїцидальних станів у чоловіків. Усе це свідчить на користь правдивості теорії різних рівнів депресивності та алкоголізму.

Тим не менше, наведені вище теорії упускають один з ключових факторів – пояснення такої поведінки чоловіків та жінок, у чому може бути прихована ключова причина гендерної нерівності у рівнях самогубств в Україні та західному світі. Особливо важливо дослідити глибинні чинники гендерного парадоксу самогубств задля окреслення актуальних теорій із запобігання самогубствам.

На нашу думку і також цю позицію підтримують багато західних вчених, ключовою причиною того, що чоловіки частіше помирають від самогубств, хоча рідше висловлюють суїцидальні наміри, є самі суспільні установки західної цивілізації. Історично в країнах західного світу бути поширені і заохочувалися стандарти маскулінності, які полягають у «твердості» чоловіків і не заохочують вираження емоційності та звернення по допомогу. Так, дослідження у Великій Британії показало, що чоловіки на 32 % менш схильні звертатися по медичну допомогу в разі проблем зі здоров'ям, ніж жінки; це стосується і психічного здоров'я [196]. Саме стандарти «традиційної маскулінності» незалежно від рівнів

депресії та особливо в поєднанні з іншими факторами ризику відчутно позитивно корелюють із імовірністю спроб самогубства в чоловіків [182; 209].

Теорія впливу гендерних ролей на рівні самогубств, яку вперше повноцінно сформував у 2011-му році Даніел Коулман, пересікається із наведеними вище теоріями викривлення пам'яті та соціалізації, а також є одним з найактуальніших способів пояснити гендерну нерівність у закінчених самогубствах. Головними факторами «маскулінності» у західному світі можна визначити:

- 1) схильність приховувати свої емоції;
- 2) акцент на суспільній «успішності» з великою вагою матеріальної складової;
- 3) покладання тільки на себе у разі наявності особистих проблем.

Описані чинники непрямо впливають на рівні закінчених самогубств. Оскільки чоловіки більше схильні приховувати свої емоції та звертатися по допомогу, їхні внутрішні психічні проблеми не знаходять зовнішнього вираження та розпущення і часто є прихованими. Це пояснює вищі рівні депресії та проходження терапії від депресії серед жінок, а також вищі рівні нестерпимості суїцидальної поведінки, які можуть бути способом комунікації зі соціумом, а не прямим бажанням померти [137]. Водночас внутрішня напруга у чоловіків нікуди не зникає і, досягаючи високого рівня, виражається, знову ж таки, через стандарти маскулінності, не в звертанні по допомогу, а у ризикованих поведінках (таких як алкоголізм) або у крайній спосіб, через самовбивство. Чоловіки таким чином уникають зовнішнього розкриття своїх внутрішніх переконань у недосягненні запланованого і стереотипізованого суспільного успіху [305]. Додатковим підтвердженням цьому є те, що рівні самогубств набагато вищі серед безробітних чоловіків, ніж тих, у кого є робота [183]. Така ситуація, коли чоловікам допустиміше померти, аніж визнати свої внутрішні проблеми, свідчить про крайню інтенсивність та актуальність суспільних маскулінних стереотипів і є дуже небезпечною.

Враховуючи типово високі рівні чоловічих самогубств, теорія гендерних ролей є актуальною і для України. До прикладу, дослідження суспільного

ставлення до гендерних ролей 2021-го року показало, що 75 % українців вважають, що чоловік має повністю забезпечувати сім'ю, однак 58 % – що успішна кар'єра є важливішою чоловіку, ніж жінці і лише 21 % – що бути домогосподинею для жінки є повноцінною реалізацією для себе [105]. Такі результати підтверджують, що на чоловіків здійснюється значно більший суспільний тиск у контексті матеріальної успішності як маскулінної якості. Недосягнення таких суспільних стандартів призводить до внутрішнього стресу, який не може віднайти вираження через інший фактор маскулінності (невираження емоцій та незвертання по допомогу), тож виливається у ризиковану поведінку і самогубства.

Як висновок, можна виокремити таке:

1) для постсоціалістичних країн з вибірки підвищення гендерної рівності в країні корелює із зменшенням рівнів самогубств;

2) чоловічі самогубства є значно поширенішими як в Україні, так і у інших аналізованих країнах. Цей феномен актуальний для країн західної цивілізації. Водночас жінки більш схильні демонструвати суїцидальну поведінку, ніж чоловіки;

3) поверхневими причинами цього феномена є вищі рівні відкритої депресії в жінок, ніж у чоловіків, і, як наслідок, вища імовірність звернення по допомогу серед жінок, а також вищі рівні алкоголізму та ризикованої поведінки серед чоловіків;

4) глибинною причиною значного переважання чоловічих самогубств над жіночими вважаємо маскулінність як вираження суспільної гендерної ролі для чоловіків, що полягає у приховуванні своїх емоцій, надмірний акцент на матеріальній успішності та небажання звернутися по допомогу в разі виникнення внутрішніх психічних проблем.

Іншим важливим показником у контексті стратегій запобігання самогубствам є аналіз вікових груп, серед яких ризик самогубств є найсуттєвішим, оскільки різні вікові групи, як наслідок різного соціокультурного оточення, можуть потребувати коригування відповідних засобів превенції. Задля уникнення потенційного впливу пандемії ковіду-19 на рівні самогубств, використання даних ВООЗ з 2019-го року

демонструють таку превалентність рівнів самогубств серед вікових груп досліджуваних країн (рис. 2.6).

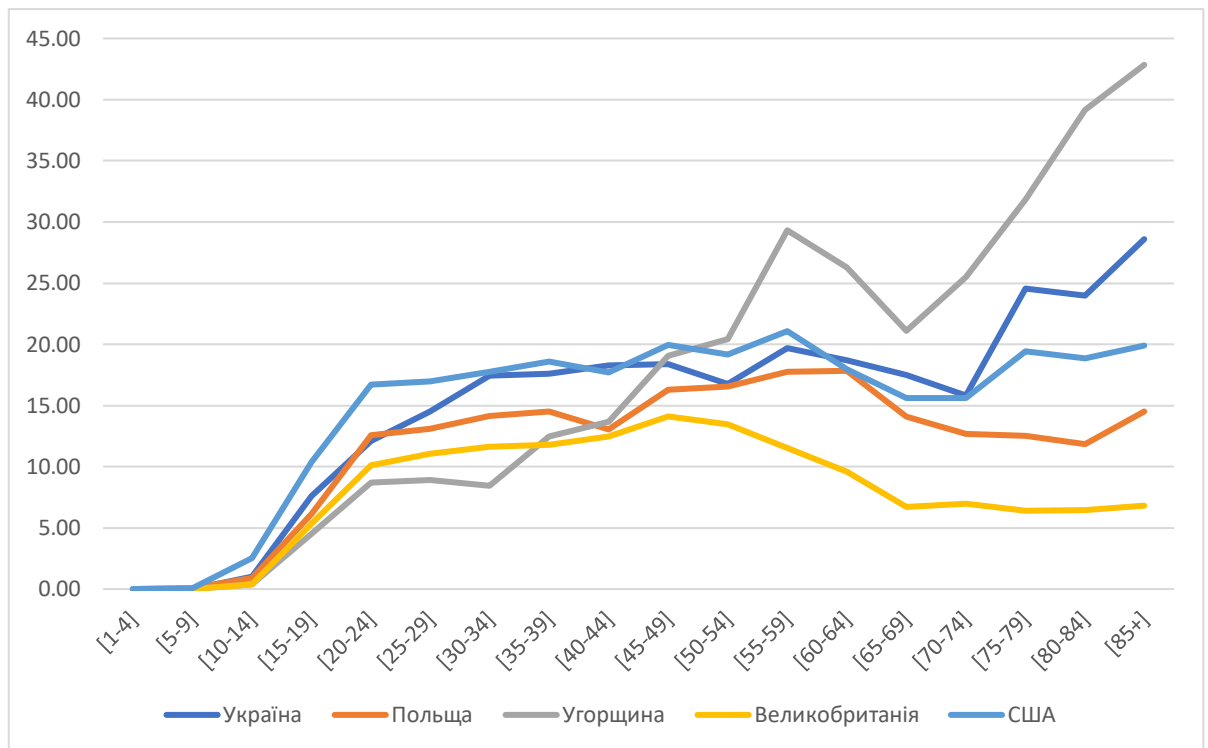


Рис. 2.6. Рівень самогубств на 100 000 населення за віковими групами

Як можна помітити, у більшості країн з вибірки рівні самогубств досягають локального піку у віковій групі 30–34 роки, після чого порівняно стабілізуються і зростають не сильно. Після 60–64 років рівні падають, після чого знову зростають у вікових групах, старших за 75 років. Дещо відрізняється ситуація в Угорщині, де рівні самогубств менші, ніж в інших країнах у віковій категорії 20–35 років та значно вищі після досягнення 54 років.

Важливим також є дослідження трендів рівнів самогубств. В Україні за досліджуваний період відчутно впала відносна частина самогубств осіб віком від 35 до 74 років; у інших вікових категоріях значних змін не відбулося. Подібна ситуація спостерігалась в Угорщині, для групи 35–54, в Польщі та не була характерною для США та Великої Британії [390]. Це свідчить у користь правдивості теорії про різке зростання рівня самогубств у 1990-х через соціоекономічний шок, що найбільше вплинув на осіб середнього віку.

Віковий розподіл самогубств у сучасний період в Україні не дає змогу виокремити чіткі статистичні відмінності між різними віковими групами суїцидентів, окрім груп, старших за 74 роки. Вищі рівні самогубств серед старшого населення пояснюють погіршенням здоров'я, перспектив на життя, втратою близьких та зміною в соціальних ролях, що неминуче настають з віком [189]. Це особливо актуально для України, де особи похилого віку часто позбавлені можливості комфортно доживати свій вік [122, с. 98]. Тим не менше порівняно стабільні рівні самогубств у молодшого населення є тривожною тенденцією. В Україні у віковій групі 25–34 років самогубства досі є домінантною причиною смерті – від навмисних самоушкоджень помирають на 30 % більше осіб (1021 смерть у 2019-му році), ніж від дорожньо-транспортних пригод [390]. До речі, у світі спостерігається тенденція до «омолодження» самогубств – частина самогубств серед населення віком до 45 років постійно зростає [157]. Не заперечуючи важливості запобігання самогубствам у пізньому віці, порівняно високі рівні самогубств серед молодого населення та населення середнього віку є значною проблемою. До того ж деякі дослідження показують, що ставлення до самогубств осіб старшого віку є більш негативним, ніж осіб молодшого та середнього віку [152], що додатково ставить молодше покоління під загрозу.

Дослідження показують, що сімейний стан є одним з потенційних детермінантів суїцидальної поведінки. Аналіз звітності про самогубства у Києві у кінці 1990-х, що його здійснила Л. М. Шестопалова, показав, що 71 % самогубств вчинили самотні особа (неодружені, розлучені або вдівці) [129, с. 76]. Наявність дітей була стримувальним фактором для жінок, однак не для чоловіків. Така непропорційність збігається з даними з-за кордону, однак з деякими зауваженнями. Дані, що їх надала Л. М. Шестопалова, не розділяють самотніх осіб на неодружених, розлучених та вдівців, а цей чинник має важливе значення. Так, дослідження, проведені у США показали, зокрема, що найбільший ризик самогубства, порівняно з людьми з іншим сімейним станом, спостерігається у розлучених чоловіків, які були у 2,5 раза більше схильні вчинити самогубство, ніж одружені чоловіки. Для вдівців цей показник становив 1,58; для неодружених – 1,16

[252]. Подібні результати демонструють і інші дослідження – у Норвегії, зокрема, розлучені чоловіки у 3,37 рази частіше покінчували з життям, ніж одружені, а неодружені – у 2,21 рази [287]. Інше норвезьке дослідження дійшло висновків, що рівні самогубств найвищі серед чоловіків-вдівців віком 18–34 роки [277]. Особливу вразливість молодих вдівців-чоловіків до самогубства зауважували й інші дослідження [325]. Дещо інша ситуація для жінок. У США розлучені жінки були у 1,27 рази більш схильні до самогубства, ніж неодружені, що значно менше, ніж чоловіки. У Норвегії ж показники для жінок не надто відрізнялись від чоловічих. Дослідження також не фіксують особливої суїцидальної вразливості для молодих вдовиць.

Утім, більшість досліджень демонструють «тренд», що найсхильнішими до самогубства є розлучені особи (враховуючи і тих, хто перед тим не перебував у шлюбі з партнером), особливо чоловіки; одружені ж особи демонстрували найменший ризик померти від суїциду. У групі більшого ризику також перебували чоловіки-вдівці, однак не жінки [253].

Наведені дані дають змогу зробити декілька важливих висновків. Насамперед поширена позиція, що одруження є ключовим стримувальним чинником для суїцидальної поведінки, не є істинною *per se* – головний ризик вчинення самогубств полягає у втраті партнера, а не в неодруженому статусі як такому. Безперечно, одруження знижує рівні потенційної соціальної напруги через можливість поділу емоціями та надання підтримки партнеру, однак негативний вплив втрати партнера, вочевидь, є набагато сильнішим, аніж неодруженість. Це підтверджує і той факт, що рівні самогубств під час розлучення залежать від часових меж – що менше часу минуло від розлучення, то вища імовірність самогубств [277].

По-друге, рівні самогубств серед розлучених осіб загалом є вищими, ніж серед вдівців. Частково це можна пояснити тим, що люди стають вдівцями переважно у вже старшому віці, коли втрата партнера є явищем, до якого (наскільки це можливо) можна бути частково готовим. Вікову особливість підтверджує також те, що особливо вразливими до самогубств є чоловіки-вдівці саме молодого віку.

Загалом найяскравішу групу ризику стосовно самогубств, пов'язаних зі сімейним статусом, можна виокремити в осіб (особливо чоловіків), які недавно пережили розлучення з партнером. Одружені особи є найменш схильними до самогубств.

Соціальна та економічна категорія населення теж має вплив на рівні самогубств. Цей чинник частково пов'язаний із загальним рівнем економічного розвитку держави (який, як ми виявили, негативно корелює з рівнем самогубств, принаймні у постсоціалістичних країнах), однак фокусується на індивідуальних характеристиках населення, а не на ситуації загалом.

Загалом люди з нижчим рівнем матеріального забезпечення і доходів, а також безробітні середнього віку частіше вчиняють самогубства [354; 278; 302]. Особливо це стосується чоловіків – дані про вплив цих факторів на жінок порівняно конфліктні [176]. У кінці 1990-х в Україні 31 % самогубств вчинили безробітні [129, с. 77]. Така закономірність підтверджує попередні тези про те, що одним з чинників переважання чоловічих самогубств над жіночими є конструкції суспільних гендерних норм – безробіття сильніше впливає на чоловіків, від яких соціум очікує утримання родини. Тим не менше для досліджуваного періоду 2005–2019 років аналіз кореляції між загальним рівнем самогубств та рівнем безробіття дає конфліктні результати (табл. 2.12).

Таблиця 2.12

Кореляція між рівнем самогубств та рівнем безробіття населення (дані World Bank, ВООЗ, Держстат України), 2005–2019

Україна, дані Держстату для самогубств (2005–2021)	$r = -0,7363$ P-value 0,0007515
Україна, дані ВООЗ для самогубств	$r = -0,7162$ P-value 0,002668
Польща	$r = 0,6831$ P-value 0,004998
Угорщина	$r = 0,7859$

	P-value 0,0005143
Велика Британія	r = 0,1679 P-value 0,5498
США	r = -0,4159 P-value 0,1231

Як можна помітити, для України і, меншою мірою, США, характерна навіть зворотна кореляція – тобто, більший рівень безробіття означав меншу кількість самогубств. Для Польщі та Угорщини, однак, ситуація є протилежною. Така різниця між досліджуваними країнами додатково свідчить про те, що ситуація у різних юрисдикціях може визначально відрізнятися через чинники, що потребують подальшого тлумачення. З іншого боку, загальний тренд не бере до уваги індивідуальність кожної ситуації, однак пояснити наявні різкі відмінності у трендах рівнів безробіття на самогубств у країнах з вибірки в межах цього дослідження не вважаємо можливим.

Важливо зазначити, що соціоекономічний клас є важливим потенційним детермінантом самогубств і в ретроспективі – дослідження підтверджують, що діти з неблагонадійних сімей мають значно більші шанси вчинити самогубство після досягнення дорослого віку [212].

Дещо можливо неочікуваним є взаємозв'язок рівня освіти і ймовірністю вчинення самогубства. У 2000-му році 20,4 % українців, старших 15-ти років мали вищу освіту [359], однак, до прикладу, частина самогубців з вищою освітою у Києві становила 33 % [129]. Закордонні дослідження підтверджують більшу поширеність самогубств серед осіб з вищою освітою – зокрема, такий тренд на збільшення рівнів самогубств із підвищенням рівня освіти виділяли у Німеччині [278], Італії [197]. У США, однак, наявність вищої освіти відчутно зменшувала ймовірність вчинення самогубства [294; 203].

На перший погляд, вищі рівні самогубств серед людей з вищою освітою є несподіваним явищем. Тим не менше, на нашу думку, така тенденція може бути виправданою. Зокрема, деякі дослідження свідчать, що надмірна розумова

активність мозку зменшує тривалість життя та є шкідливою [373]. Вищий рівень освіти дає основу для додаткової розумової діяльності, внаслідок чого особа аналізує та ставить під питання багатьох наративів, що інші люди сприймають як належне та не сумніваються в них. Тому на фоні щоразу меншої ролі релігії у житті соціуму, часто такі запитання (на зразок «у чому сенс життя» або «заради чого я живу») можуть посилювати або спричиняти депресивні думки і в теорії призвести до самогубства. Якщо вищі рівні матеріального достатку роблять доступнішою допомогу за наявності суїцидальних думок, то освіченість і, як наслідок, додаткова допитливість, можуть мати побічну дію на людську свідомість, що полягає у ставленні під питання самої сутності людського існування. Тим не менше наявних емпіричних даних недостатньо для формування остаточних висновків.

Вплив клімату на рівні самогубств залишається порівняно малодослідженим, а наявні дослідження дають суперечливі результати. Останніми роками науковий фокус спрямований на проблему глобальної зміни клімату та її впливі на суїцидальність. Головною складовою є підвищення рівня температури – низка сучасних досліджень фіксують кореляцію між зростанням температури і рівнями самогубств у локальних регіонах, особливо серед людей, що не мають кондиціонерів та нижчого рівня доходів, та прогнозують, що глобальна зміна клімату тільки погіршить ситуацію [229; 386]. Вплив підвищення температури є як прямим (погіршення здоров'я та самопочуття), так і непрямим – до прикладу, високі температури можуть негативно впливати на урожай, що також негативно впливає на ментальний стан сільського населення [169]. Негативний вплив на рівні самогубств мають і інші чинники, які побічно пов'язані із зміною клімату – зокрема, в Азії у періоди відчутного погіршення якості атмосферного повітря фіксувалося збільшення ризику самогубства у 3–4 рази [180, с. 562].

Важливо зазначити, що кореляція між збільшенням температури та самогубствами стосується тільки досягнення екстремальних для місцевості температур, а не підвищення температури як такої – загалом рівні самогубств є вищими у холодних країнах, ніж у країнах з помірним або жарким кліматом [310]. Як висновок, доцільно вказати, що як підвищення навколишньої температури до

екстремальних показників, так і холодний клімат є чинниками, що сприяють вищим рівням самогубств. У місцевостях, де середні температури є максимально комфортними для людини (в межах 18–24 градусів), фіксують менші ризики високих рівнів самогубств для населення [150, с. 4].

Доведеним є і зв'язок рівнів самогубств із висотою проживання. Так, існує пряма позитивна кореляція із висотою проживання над рівнем моря та рівнями самогубств [335]. Аналіз такого взаємозв'язку є складнішим, ніж його фіксація, однак, на нашу думку, така закономірність перегукується із фактором комфортної для проживання температури, адже вища висота проживання означає холодніше навколишнє середовище. Іншим пов'язаним фактором ризику можуть виступати рівні кисню в повітрі, однак ця проблема потребує подальших досліджень.

Звісно, варто зазначити, що кліматичні фактори як такі можуть лише частково пояснити або сигналізувати про ризики самогубств для населення – суїцидальність є дуже складним феноменом і під час його аналізу потрібно керуватися набагато ширшим простором фактів та досліджень.

Проживання у містах або селах також пов'язують із відмінностями у рівнях суїцидальності. Дослідження, проведені у США показують, що рівні самогубств серед сільського населення є майже вдвічі вищими, ніж серед населення великих міст [343]. Багато інших аналізів статистичних даних демонструють такий самий тренд. В Україні ситуація подібна – рівні самогубств серед сільського населення України на приблизно 40 % вищі, ніж серед урбанізованого населення [23]. Існують і дослідження, які демонструють зворотну кореляцію – однак якщо взяти до уваги такі фактори, як відмінності у сімейному стані та рівень доходу, то рівні самогубств серед сільського населення однаково вищі [301]. Рівень самогубств серед сільського населення, порівняно з міським, є також вищим для чоловіків, аніж для жінок [171].

Така закономірність є, вочевидь, очікуваною через специфіку життя у сільських регіонах. Важливо зазначити, що в Україні розрив між рівнями самогубств у селах і містах значно збільшився у 2000-х роках – у 1996-му році рівень сільських самогубств перевищував міські на 18 %, а не на 40 %, як у 2008-

му. На нашу думку, таку тенденцію можна пояснити загальною стагнацією у розвитку українського села, що з часом тільки загострюється – рівень урбанізації в Україні увесь час зростає, а сільське населення зменшується значно швидшими темпами, ніж міське, що загрожує демографічною кризою [120]. Трудова еміграція населення, відсутність стійкості трудового ринку та вищі рівні алкоголізму також можуть бути важливими загострювальними чинниками. Згадана проблема є особливо актуальною і для інших країн із соціалістичним минулим. До прикладу, у Польщі істотним чинником збільшення суїцидальних настроїв серед населення сіл називають розформування колгоспів та нездатність колишніх працівників колективних господарств швидко адаптуватися до правил ринкової економіки. У зв'язку з цим у селах загострилися проблеми, що були актуальні для міст – послаблення родинних та громадських зв'язків та пов'язане з цим відчуття самотності [188, с. 230]. Видається, що в Україні реформування всієї суспільної системи, що відбулося у 1990-х, призвело до подібних наслідків, а початок різкого збільшення розриву між сільськими та міськими самогубствами лише у кінці 1990-х можна пояснити повільнішими темпами розформування колгоспів в Україні, на відміну від Польщі.

Хоча в Україні рівні самогубств серед сільського населення є вищими, варто зауважити на ефекті, який чинить урбанізація на жителів міст. Переселення людей у міста має і негативні наслідки – зокрема, варто зазначити більший акцент на важливості економічного добробуту та зменшення ролі релігійних та культурних цінностей, збільшення робочого навантаження на жителів міст і збільшення рівнів стресу та депресивності як наслідок, на чому наголошують деякі українські науковці [99, с. 186].

Вплив на рівні самогубств мають і інші географічні чинники, зокрема, зовнішньокосмічні. Так, наявна кореляція між геомагнітними збуреннями та рівнями самогубств – аналіз річних даних доводить, що у місяці з більшою геомагнітною активністю рівні самогубств є вищими, і навпаки; тим не менше, така асоціація існувала тільки для чоловіків, а не жінок [221; 153; 154]. Про наявність кореляції між геомагнітною активністю та самогубствами в Україні писав, зокрема,

В. В. Шкуро [130, с. 144]. Пояснити цю закономірність поки неможливо через недостатню вивченість впливу магнітних бур на психіку людини, однак наявні дані дають змогу кваліфікувати його як негативний, принаймні в контексті чоловічих самогубств.

Важливими та цікавими з погляду глобального аналізу рівнів самогубств в Україні є закономірності регіонального розподілу їхньої поширеності. Станом на 2021-й рік, згідно з даними Держстату, коефіцієнти самогубств у регіонах України розподілено так, як наведено на рис 2.7 (дані з тимчасово окупованих АР Крим та окремих районів Донецької та Луганської областей відсутні, колір колонки відповідає регіону України).

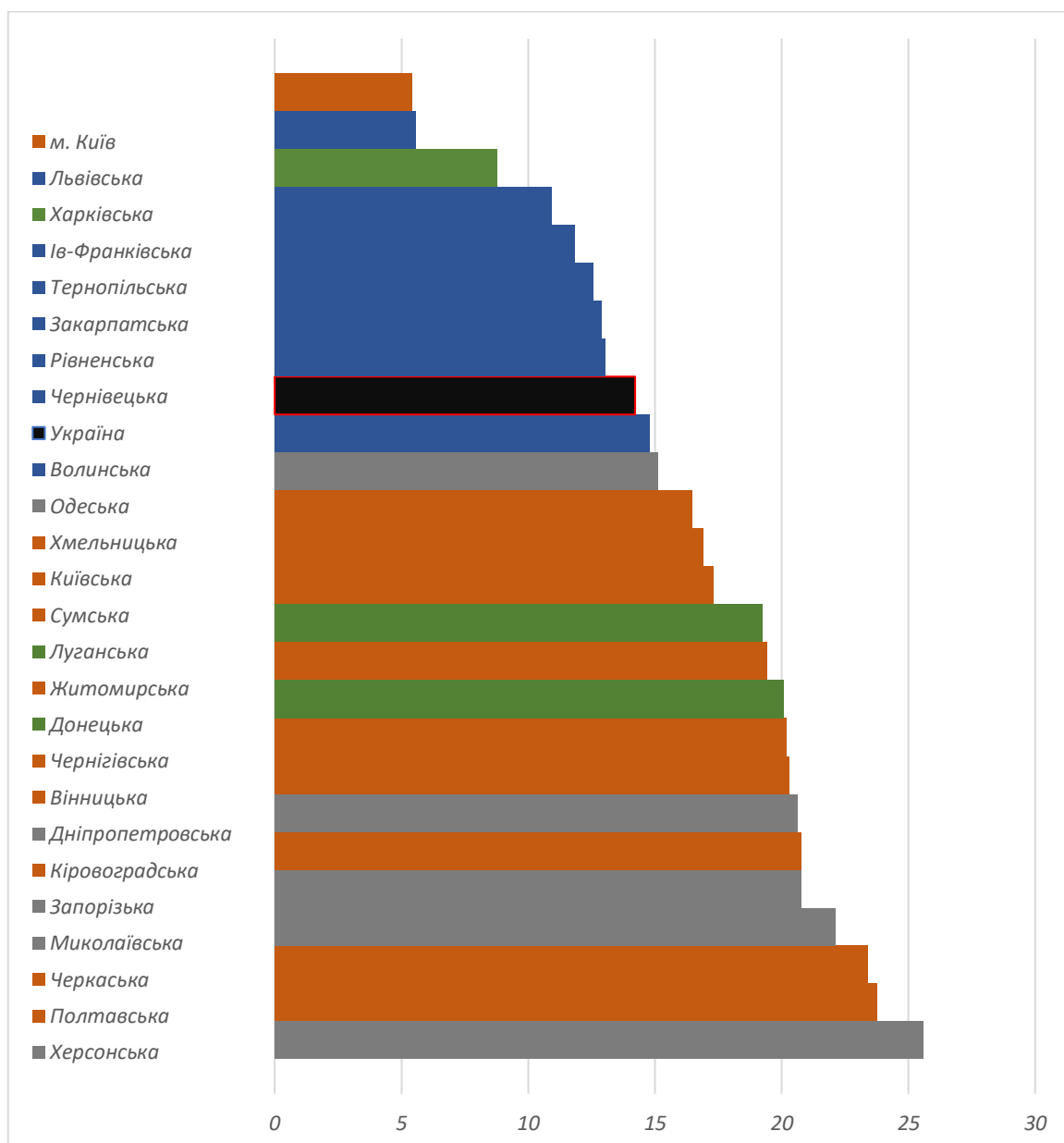


Рис. 2.7. Коефіцієнт самогубств за регіонами України, 2021 р.

Наявні дані дають змогу виокремити захід України як єдиний регіон, де коефіцієнти самогубств є домінантно нижчими, ніж загалом по країні. Найвищі рівні самогубств можна спостерігати на півдні та в центрі України – зокрема, у Херсонській області рівні самогубств у приблизно п'ять разів вищі, ніж у Львівській. Подібна структура регіональної градації рівнів самогубств спостерігалася і в попередні роки (Додаток 3).

Причини регіональних відмінностей у коефіцієнтах самогубств по Україні є складною тематикою, яка залишається фактично недослідженою. Але можна зробити декілька важливих висновків на базі попередніх умовиводів цієї роботи.

Розглянемо, до прикладу, вікову структуру населення. У 2021-му році найнижчий середній вік населення (37–38 років) був зафіксований у Закарпатській, Волинській і Рівненській областях, що належать до західного регіону з нижчими показниками самогубств. Найвищий середній вік населення спостерігається у Донецькій і Луганській областях (46–47 років, дані Держстату), у яких рівні самогубств є відчутно вищими за середні по Україні показники. Однак у Херсонській, Полтавській та Черкаській областях, де зафіксовано найвищі рівні самогубств, середні показники віку населення були в межах середніх показників по Україні (42–43 роки). Можлива теоретична імплікація того, що на Донбасі рівні самогубств нижчі через військовий конфлікт, не знаходить свого підтвердження у даних з попередніх років, де рівні суїцидів на Донбасі однаково не були найвищими. Тож наявні дані не дають змогу зробити висновок про наявність значущого впливу віку населення і рівнів самогубств в Україні.

У 2020 році у Львівській області 155 осіб скоїли самогубство, що на 12,4 % менше порівняно з попереднім роком. Від 2005 року до 2020 рік кількість навмисних самоушкоджень зменшилася на 31 %. У середньому на 100 тис. осіб припало 6 випадків самогубств (в Україні – 15 випадків).

Найчастіше суїциди скоювали чоловіки – 85 % усіх навмисних самоушкоджень, що майже в 6 разів більше, ніж жінки. На 100 тис. чоловіків

Львівської області припадає 11 самогубств, а на 100 тис. жінок – 2 випадки суїциду. У сільській місцевості самогубства скоювали в середньому на 21 % частіше, ніж у містах.

Понад половину всіх самогубств вчинили особи у віці 35–59 років, 20 % – молодь у віці 15–34 роки. Самогубства становили десяту частину серед зовнішніх причин смерті та на 2 місці після транспортних нещасних випадків, а у віковій категорії 15–34 роки – на 3 місці (11 %).

За кількістю навмисних самоушкоджень Львівська область порівняно з іншими регіонами України посідає 5 місце (2,5 % від загальнодержавного показника). Найменше суїцидів скоєно в Тернопільській області (93 випадки, або 1,5 %), а лідером стала Дніпропетровська область, де добровільно пішли з життя 633 особи (10,4 %) [19].

Дещо інша ситуація, однак, з релігією. Дослідження Київського міжнародного інституту соціології у 2019-му році показує, що кількість атеїстів на заході України була у приблизно 6 разів меншою, ніж на півдні та сході (1,1 % на заході порівняно з 5,8/6,2 % на півдні та на сході) [67]. Якщо ж додати до самоідентифікації населення як атеїстів варіанти «інше» та «складно сказати», вибір яких, вочевидь, є ознакою слабкої релігійної афіліації, то результати будуть ще промовистішими (табл. 2.13).

Таблиця 2.13

Співвідношення коефіцієнта самогубств і релігійності осіб відповідно до регіонів України

Регіон	Населення зі слабкою релігійною афіліацією, %
Захід України	4
Центр України	6,1
Південь України	10,5
Схід України	13,7
Донбас	14,1

Тенденцію значно вищої релігійності заходу України підтверджують і інші дослідження. Так, за даними центру Разумкова, у 2021-му році вірянами себе назвали 87,1 % населення заходу держави, 61,4 % населення півдня і 59,2 % населення сходу України [87].

На нашу думку, показник релігійності населення є важливим чинником, який впливає на рівні самогубств, що продемонстровано раніше у цій роботі. Тож вважаємо обґрунтованим, що нижчі показники самогубств на Заході та вищі показники на Півдні можна частково пояснити силою релігійної афіліації населення. Недоліки такого підходу полягають у нижчих рівнях самогубств на Сході країни, хоча рівень відсутності релігійної афіліації там дещо вищий, аніж на Півдні. Утім, вважаємо можливим частково пояснити це тривалим військовим конфліктом на Донбасі, що, вочевидь, посилив локальну соціальну інтегрованість населення.

Докладний аналіз регіональних градацій рівнів самогубств в Україні є значно ускладненим через малодоступність та\або відсутність статистичних даних, що можуть бути актуальними для дослідження. В Україні практично немає компаративних досліджень впливу зовнішніх соціальних факторів на рівні самогубств – через це для аналізу ситуації доводиться покладатися на закордонні дослідження. Причиною цього частково є те, що в Україні не ведуть детальної статистики та соціальних особливостей суїцидентів, як це роблять у багатьох країнах західного світу. На нашу думку, саме відсутність доступної та детальної статистики є головною причиною незаповненості наукової ніші, що стосується самогубств – як результат, саме на ведення та доступність такої статистики повинна бути спрямована державна політика, особливо в контексті війни з росією, що неминуче призведе до погіршення ситуації зі самогубствами після її завершення.

Висновок до розділу 2

Проведений аналіз дозволив сформулювати такі висновки:

1. Доведено, що в Україні показники смертності від навмисного самоушкодження (самогубств) та смертності від ушкоджень з невизначеним

наміром майже однакові, що істотно відрізняється від ситуації в Європі та США, де коефіцієнт самогубств значно вищий за коефіцієнт УНН. Між показниками смертей від навмисного самоушкодження (самогубств) і смертей від ушкоджень з невизначеним наміром спостерігається значна подібність у віковому розподілі.

Це, своєю чергою, може вказувати на те, що значна частина смертей від ушкоджень з невизначеним наміром насправді є самогубствами. Оскільки відносна кількість таких смертей в Україні значно вища, ніж у Європі та США, можна зробити висновок, що проблема самогубств в Україні, ймовірно, має високу латентність. До того ж за останні сім років спостерігається зростання коефіцієнта УНН, що компенсує зменшення коефіцієнта самогубств і може свідчити про те, що рівень самогубств в Україні зменшується значно повільніше, ніж показує офіційна статистика, або навіть зростає. Офіційні дані Державної служби статистики щодо абсолютної кількості самогубств та коефіцієнтів, розрахованих на їх основі, не можна визнати цілком достовірними. Однак ці дані однаково можуть бути корисними для вивчення статевого та вікового розподілу осіб, які здійснили суїцид.

2. З огляду на вікову суїцидальну активність населення Україна має так звану *японську модель самогубства*: високий суїцидальний рівень для молоді, спад для людей середнього віку і новий, значний, підйом суїцидальної активності в найстаршому віці.

3. Запропоновано кримінологічну характеристику осіб схильних до самогубства, за певними ознаками. Для вивченої групи самогубців характерні показники сімейного стану: одружені – 31 %, самотні (неодружені, розлучені, вдівці) – 69 %. За сімейним станом популяцію самогубців ми поділили на: одружених, розлучених, вдів і вдівців, неодружених, але важливо було в такому разі враховувати, чи мають вони дітей. Сімейні серед інтенсивності вчинення самогубств посідають останнє місце, проте є виняток – члени молодого подружжя у віці 25–30 р. Найчастіше чинять самогубства одинокі люди, які втратили партнера, зв'язки з родиною, дітьми, або такі, що не мали в дорослому житті сімейних стосунків. Коефіцієнт розлучених, вдівців, зрозуміло, разом із віком підвищувався, а неодружених, навпаки, зменшувався, проте на 2–4 пункти, не більше. Найбільше одружених припало на

вікову групу 32–44 р. Опрацювання даних про наявність дітей у самогубців засвідчило, що для чоловіків, особливо розлучених, діти не є стійким стримувальним антисуїцидальним чинником. Для жінок – навпаки. Саме для жінок, які мають дітей (особливо двох), самогубство не є характерним (жінок-самогубців, які мали двох і більше неповнолітніх дітей, було зареєстровано лише 6 %). Але дорослі, самостійні діти, зокрема такі, що проживають окремо від батьків, антисуїцидальним чинником не були. Протягом досліджуваного періоду майже третину самогубств вчинили особи, які не мали постійної роботи, незалежно від соціального походження, належності до певної професії, культурно-освітнього рівня.

Щодо раси треба зазначити, що дослідники сходяться на думці, ніби чорношкірі почуваються менш захищеними на нашому континенті ніж білі, проте вони чинять рідше самогубства, ніж білі. Можна ствердити, що 96 % досліджених самогубців належали громадянству України, 3 % були особами без громадянства і, відповідно, 1 % – громадянству інших держав.

4. Достовірно відомо, що найбільше самогубств вчиняють найбільш і найменш освічені суїциданти. Найактивнішими є особи, що мають незакінчену середню освіту, за ними в ряду суїцидальної активності слідує особи з вищою та середньою технічною освітою. Так, 37 % самогубців мали незакінчену середню освіту, 25 % – середню та середню технічну, 41 % – вищу.

5. Щодо причин цього феномена з'ясовано, що вищі рівні відкритої депресії в жінок, ніж у чоловіків, і, як наслідок, вища імовірність звернення за допомогою серед жінок, а також вищі рівні алкоголізму та ризикованої поведінки серед чоловіків.

Глибинною причиною значного переважання чоловічих самогубств над жіночими вважаємо маскуліність як вираження суспільної гендерної ролі для чоловіків, що полягає у приховуванні своїх емоцій, надмірний акцент на матеріальній успішності та небажання звернутися за допомогою у разі виникнення внутрішніх психічних проблем.

6. Константовано, що кліматичні чинники як такі можуть лише частково пояснити або сигналізувати про ризики самогубств для населення – суїцидальність

є дуже складним феноменом і під час його аналізу потрібно керуватися набагато ширшим простором фактів та досліджень.

Хоча в Україні рівні самогубств серед сільського населення є вищими, варто зауважити на ефекті, який чинить урбанізація на жителів міст. Переселення людей у міста має і негативні наслідки – зокрема, варто наголосити на більшому акценті щодо важливості економічного добробуту та зменшення ролі релігійних та культурних цінностей, збільшення робочого навантаження на жителів міст, рівнів стресу та депресивності як наслідок.

Вплив на рівні самогубств мають і інші географічні чинники, зокрема, зовнішньокосмічні. Так, наявна кореляція між геомагнітними збуреннями та рівнями самогубств – аналіз річних даних доводить, що у місяці з більшою геомагнітною активністю рівні самогубств є вищими, і навпаки; водночас така асоціація існувала тільки для чоловічих, а не жіночих самогубств.

Наукові результати досліджень автора, які висвітлені у Розділі 2, викладені в опублікованих працях (Задорожний Н. М., 2022а, Задорожний Н. М., 2024б, Задорожний Н. М., 2024а, Задорожний Н.М., 2024г).

РОЗДІЛ 3. КРИМІНОЛОГІЧНІ ЗАХОДИ ЗАПОБІГАННЯ САМОГУБСТВУ

3.1. Загально-соціальні заходи запобігання самогубству

Для української моделі боротьби зі злочинністю характернішим є акцент на боротьбі з кримінальними проявами, а не на захисті та охороні прав і законних інтересів громадян. Натомість соціальна правова держава, якою Україна прагне бути, повинна орієнтувати свою діяльність на захист громадян від усіх форм насильства, забезпечуючи правові та інші механізми протидії цьому асоціальному протиправному явищу [35, с. 40].

Одним зі способів реалізації цієї діяльності може бути віктимологічна профілактика, що становить елемент кримінологічної протидії злочинності, яка, своєю чергою, є напрямом внутрішньої правової політики України, системоутворювальним елементом політики у сфері боротьби зі злочинністю. На жаль, наявна практика протидії злочинності не враховує особистісних якостей потенційних жертв. Переважно працівники правоохоронних органів попереджають, припиняють й запобігають кримінальним правопорушенням без урахування «вад» жертв й нагромадженого досвіду правоохоронної діяльності. Профілактика стає безадресною, неефективною й витратною [50, с. 62; 159, с. 38; 204, с. 381; 206, с. 231].

У сучасній Україні немає чітко окресленої системи запобігання злочинності, захисту населення і цілеспрямованої політики, яка могла б за своїм обсягом зрівнятися зі західними аналогами. Ті профілактичні спрямування, які характерні нашій державі, є здебільшого лише декларативними, до того ж актуальність її розвитку в умовах глобалізації є явною. На відміну від українського зарубіжне й міжнародно-правове законодавство вже давно орієнтується на розроблення й реалізацію сучасних принципів запобігання злочинності й вироблення механізму адекватного ставлення до потенційних і реальних жертв кримінальних правопорушень.

Не менш важливо є дослідити питання організації впровадження згаданих методів запобігання злочинності. Варто однозначно погодитись, що у зв'язку з високими рівнями самогубств в Україні запобігання самогубствам повинне вже зараз бути пріоритетом органів влади, особливо в контексті війни з росією – як було згадано, після закінчення війни проблема самогубств в Україні, радше, стане набагато гострішою. Тому, на нашу думку, найоптимальнішим рішенням було б розробити державну національну програму (стратегію) запобігання самогубствам, яка враховувала б рекомендації медичних працівників, психотерапевтів, ветеранів військових дій та наукової спільноти.

Державна національна програма (стратегія) запобігання самогубствам – це комплексний документ, що визначає політику та заходи держави щодо зниження рівня самогубств серед населення. Вона має велике значення для суспільства та охорони здоров'я, оскільки допомагає запобігати трагедіям, зменшувати психологічні та економічні наслідки суїцидальної поведінки, а також покращувати психічне здоров'я населення.

Значення такої програми:

- 1) зниження рівня самогубств – ефективна стратегія може допомогти скоротити випадки самогубств через профілактику, раннє виявлення та підтримку вразливих груп;
- 2) підвищення доступу до психічного здоров'я – створюються гарячі лінії, кризові центри, психологічна підтримка у закладах охорони здоров'я, школах та на робочих місцях;
- 3) освіта та обізнаність – навчання медичних працівників, педагогів, соціальних служб і широкого загалу про ознаки депресії, тривожних станів і потенційно небезпечної поведінки;
- 4) зменшення стигматизації – формування толерантного ставлення до проблем психічного здоров'я та створення безпечного середовища для відкритого діалогу;

5) міжвідомча співпраця – координація між міністерствами охорони здоров'я, освіти, соціального захисту, правоохоронними органами та громадськими організаціями;

6) підтримка вразливих груп – особливий акцент на допомогу людям із психічними розладами, ветеранам, підліткам, ЛГБТ+ спільноті, жертвам насильства тощо;

7) обмеження доступу до засобів суїциду – зменшення доступу до небезпечних ліків, зброї, контроль за медичними препаратами та інші заходи;

8) збір та аналіз даних – постійний моніторинг ситуації для оцінювання ефективності заходів і корекції стратегії.

Основні цілі програми:

- програма має на меті зменшити кількість самогубств через реалізацію комплексних заходів, які передбачають профілактику, раннє виявлення та лікування психічних розладів;
- вона сприяє підвищенню обізнаності про проблеми психічного здоров'я та суїцидальної поведінки серед населення, що допомагає зменшити стигматизацію людей, які мають суїцидальні думки;
- стратегія передбачає створення ефективної системи підтримки для осіб у кризових ситуаціях, враховуючи гарячі лінії, консультації та психотерапію;
- програма передбачає моніторинг та оцінку ефективності заходів, що дає змогу адаптувати стратегії відповідно до змін у соціально-економічній ситуації та потребах населення.

Якісно складена та комплексно впроваджена національна програма з протидії самогубству допоможе значно знизити кількість жертв суїцидів, що підтверджують приклади скандинавських країн, де такі програми почали впроваджувати ще в кінці XX століття [289]. Водночас, щоб така програма була ефективною, її потрібно скласти та імплементувати на високому рівні з урахуванням сучасних трендів та досліджень ефективності різноманітних методів запобігання самогубствам.

«Держава повинна створювати всі умови для охорони життя своїх громадян – медичні, економічні, соціальні, юридичні», – слушно говорив О. Светлов [102, с.

15]. Загально-соціальне запобігання охоплює діяльність держави, суспільства, їхніх інститутів, спрямовану на подолання суперечностей у галузі економіки, соціального життя, морально-духовній сфері тощо, яка сприяє усуненню причин і умов, що детермінують вчинення самогубства. Отож загальне запобігання самогубствам здійснюють найрізноманітніші суб'єкти: державні та недержавні органи, об'єднання й окремі громадяни, які спеціально не уповноважені вести профілактичну діяльність щодо самогубств. Для них вона не є професійною, але вони виконують специфічні функції, котрі *опосередковано* впливають на *суїцидальну ситуацію* в державі, водночас виконують і завдання запобігання самогубствам. Попереджувальний ефект досягається завдяки успішному вживанню соціально-економічної політики загалом. У цьому розумінні можна ствердити, що якою саме є ця політика, таким і буде результат запобігання самогубствам у суспільстві. З огляду на причини самогубства, які діють на загально-соціальному рівні, як ми з'ясували, ці суб'єкти повинні спрямувати свої зусилля на виконання таких загальнодержавних завдань, як подолання: глибокої соціальної кризи в суспільстві, зниження рівня матеріального забезпечення населення (зменшення рівня матеріальних благ, споживання товарів і послуг, знецінення вкладів); зростання рівня безробіття, особливо серед молоді, затримки виплат заробітної плати; зменшення можливостей для легального заробітку; істотного збільшення «тіньового» сектору економіки і залучення до його функціонування великої кількості людей; стрімкої поляризації населення за рівнем доходів; зниження авторитету всіх ланок державної влади, послаблення ефективності державного управління; краху ідеології та моральних цінностей, що єднали суспільство; втрати суспільної солідарності; зростання рівня злочинності. Саме система заходів і їх забезпечення, спрямовані на подолання цих проблем, і утворюють загальносоціальне запобігання.

Сьогодні вже ніхто не заперечує обов'язковість системи соціального контролю та профілактичної діяльності. Держава постійно має виконувати одну зі своїх функцій – функцію соціального управління. Це багатоступенева діяльність, до якої належать сфери вдосконалення суспільних відносин та формування

особистості. Загальносоціальне запобігання як спосіб зменшення суспільної дезорганізації та нейтралізації факторів, які породжують останню, є необхідною складовою соціального управління та контролю. Її потрібно будувати з урахуванням конкретно-історичних умов розвитку нашого суспільства, процесів, які в ньому відбуваються. Вона потребує узгодженості всіх ланок на всіх рівнях.

Незважаючи на відсутність дійового механізму реалізації, загалом законодавство про соціальний захист населення України є прогресивним. Воно розвивається за позитивними напрямками, передбачаючи й удосконалюючи соціальні та правові гарантії всім верствам населення, пільги та переваги окремим категоріям громадян, які є найбільш незахищеними з огляду на їхнє соціальне становище, та тим, умови проживання чи праці яких є екстремальними або пов'язані з підвищеною небезпекою чи відповідальністю. Так, у галузі забезпечення народонаселення визначено такі пріоритети, як подолання бідності, захист материнства і дитинства, вразливих верств населення, зниження рівня смертності внаслідок захворювань, кредитування будівництва, надання адресної підтримки, запобігання насильству тощо. Удосконалення трудових відносин передбачено через забезпечення ринку праці, зменшення міграції, підвищення доходів і оплати праці, захист трудових прав, розвиток соціального партнерства.

На підставі і в межах Конституції України ВР України постійно приймає нові закони, які, зокрема, стосуються поліпшення соціального захисту населення загалом (закони України: «Про зайнятість населення» від 5 липня 2012 р. [74]; «Про захист прав споживачів» від 10 червня 2023 р. [78]; «Про пенсійне забезпечення» від 5 листопада 1991 р. [86]; «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. [65]; «Про фізичну культуру і спорт» від 21 грудня 1993 р. [95]; «Про повну загальну середню освіту» від 16 січня 2020 [87] тощо) та його окремих верств. Так, прийнято закони щодо малозабезпечених («Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям» від 1 червня 2000 р. [72]); осіб з інвалідністю («Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21 березня 1991 р. [81]); ветеранів війни («Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22 жовтня 1993 р. [92]); ветеранів праці та осіб похилого

віку («Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні» від 16 грудня 1993 р. [82]); сімей з дітьми («Про державну допомогу сім'ям з дітьми» від 21 листопада 1992 р. [70]); дітей та молоді («Про охорону дитинства» від 26 квітня 2001 р [85]; «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» від 21 червня 2001 р. [92]); військовослужбовців («Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» від 20 грудня 1991 р. [89]; «Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ, ветеранів Національної поліції і деяких інших осіб та їх соціальний захист» від 24 березня 1998 р. [93]); постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС («Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» від 28 лютого 1991 р. [94]), а також ВР України затверджує заходи щодо поліпшення соціального захисту населення та його найвразливіших верств тощо.

На підставі Указів Президента України «Про основні напрями соціальної політики на 1997–2000 рр.» від 18 жовтня 1997 р. [83], «Основні напрями соціальної політики на період до 2004 р.» від 24 травня 2000 р. [84] і попередньо Кабінет міністрів України періодично приймає постанови «Про затвердження заходів, спрямованих на реалізацію у 2001 році Основних напрямів соціальної політики на період до 2004 року» [77] за трьома головними напрямками: забезпечення розвитку народонаселення; удосконалення і трудових відносин; реформування системи соціального забезпечення. Кабінет міністрів України утворив фонд соціальних інвестицій, постійно видає постанови, спрямовані на впровадження в життя соціально орієнтованих законів і програм («Про державну програму організації натуральної і грошової допомоги малозабезпеченим верствам населення» від 14 березня 1992 р. [71]; «Про довгострокову програму поліпшення становища жінок, сім'ї, охорони материнства і дитинства» від 27 липня 1992 р. [73] тощо.

Президент України, своєю чергою, не залишає без уваги удосконалення соціального захисту населення. Він, видаючи укази, є ініціатором запровадження в життя заходів щодо поліпшення становища багатодітних сімей («Про заходи щодо поліпшення становища багатодітних сімей» від 12 листопада 1999 р. [79]);

студентської сім'ї («Про соціально-економічну підтримку становлення та розвитку студентської сім'ї» 6 липня 2000 р. [90]; дітей-сиріт і дітей, які залишилися без піклування («Про затвердження заходів щодо поліпшення становища дітей-сиріт і дітей, які залишилися без піклування батьків» від 17 жовтня 1997 р) [76]. Указом Президента України 25 грудня 2000 р. також затверджено Комплексну програму профілактики злочинності, яка передбачає, зокрема, захист життя, здоров'я, честі та гідності особи від злочинних посягань; заходи щодо мінімізації злочинного впливу на неповнолітніх і молодіжне середовище (серед них: розвиток соціальних служб, «телефонів довіри», переорієнтація ЗМІ від пропаганди культу жорстокості, цинізму на прищеплення почуття національної гордості, високої духовності; проведення всеукраїнських акції за тверезий спосіб життя, проти вживання наркотиків і тютюнокуріння тощо), а також наявна Державна програма подолання бідності спрямована на обов'язкове страхування щодо безробіття, медичне та пенсійне страхування, підвищення пенсій, соціальних допомог, захист прав споживачів, а також поліпшення справ у гуманітарній сфері. Однак треба визнати, що законодавча багатоманітність не сприяє поліпшенню соціального становища в державі. Соціальні норми розпорошені по багатьох законах, іноді суперечать одна одній. Законодавство про соціальний захист населення України здебільшого залишається модельним. Закони та підзаконні акти декларативні, через різні суб'єктивні й об'єктивні причини їх не виконують на місцях, фінансово достатньо не підтримують. Навіть ті незначні кошти, що передбачено бюджетом на соціальні потреби, їх не виконують. Підвищення зарплат і соціальних виплат плануються так, що це не враховує відповідного зростання цін, інфляції, автоматичного підвищення комунальних платежів, обмеження субсидій тощо. Механізм забезпечення соціально орієнтованої, правової держави майже не працює. Останнім десятиліттям також не здійснено відчутних кроків на шляху подолання високого рівня самогубств. На загальнодержавному рівні ці спроби були мінімальними. Вони так і залишилися на папері (всі прийняті закони, соціальні програми не справили відчутного впливу на поліпшення соціальних умов населення і, відповідно, стан вчинення самогубств у державі).

Загальне запобігання самогубствам потрібно спрямовувати на позитивний розвиток усієї соціально-економічної системи і цим сприятиме скороченню виявів попереджуваного явища, тобто самогубств. Загально-соціальне запобігання втілюється у життя завдяки державним планам економічного та соціального розвитку. Такі плани створюють і на регіональному рівні. Профілактичне значення планування полягає в тому, що воно передбачає стратегію і тактику соціально-економічного розвитку країни (регіону) з урахуванням можливих наслідків реалізації закладених у плані заходів. Через план досягається єдність впливу на загально-соціальні причини всіх превентивних заходів – економічних, соціальних, ідеологічних, культурологічних, управлінських і технологічних.

У багатьох країнах створюють та реалізують національні програми з цієї проблематики і це зумовлює важливість будь-яких наукових досліджень та розробок, які сприяють вирішенню суїцидологічних проблем за умови чіткої роботи державного апарату, всіх його органів. Тобто для впровадження запланованих заходів у життя має працювати механізм реалізації програм і планів.

Дотепер в Україні немає єдиної національної програми захисту населення, що передбачала б і вплив на суїцидні показники, в якій було б закладено запобігання самогубствам, хоча прийнято десятки інших різноманітних програм, спрямованих на соціальний захист населення, які, проте, результативно не діють.

3.2. Спеціально-кримінологічні заходи запобігання самогубству

Спеціально-кримінологічне запобігання самогубствам має полягати у *цілеспрямованому* впливі на суїцидогенні чинники, пов'язані зі суїцидальною поведінкою. Профілактика суїцидальної поведінки – це різноманітні заходи, спрямовані на зниження рівня суїцидальної активності, зокрема превенцію формування суїцидальних спонукань, здійснення суїцидальних дій та рецидиву суїцидальної поведінки [129].

У кримінології під спеціальним запобіганням розуміють цілеспрямований вплив на криміногенні фактори, пов'язані з окремими видами та групами злочинної

та антисоціальної поведінки, систему заходів, методів, напрямів такої діяльності, метою яких є створення об'єктивних умов, які усувають або хоча б ускладнюють вчинення певних видів кримінальних правопорушень, позитивно впливають на їхні причини та умови, а також на сприятливі їм «фонові» явища, серед яких – самогубство [45].

Тому головний *принцип спеціального запобігання самогубств*, який ґрунтується на загальновизнаних гуманістичних, демократичних і правових засадах, законності, додержанні прав людини, диференційності, системності, доступності, конфіденційності, – принцип комплексності. Мають зникнути міжвідомчі кордони, а різні фахівці об'єднуються: лікарі-психіатри, психотерапевти, психологи, соціологи, юристи, педагоги, правоохоронці. Вимоги комплексного підходу, єдності дій усіх суб'єктів запобігання самогубств сприятимуть ефективності боротьби з явищем і його наслідками. Їх попереджувальна взаємодія – це і є спільні, скоординовані заходи, які дають змогу не допустити багато самогубств і полегшать врешті суїцидальні наслідки.

Організація взаємодії суб'єктів спеціально-кримінологічного запобігання потрібно здійснювати на основі відомчих і міжвідомчих *планів* (програм), спрямованих на посилення антисуїцидальних намірів, вчинків, дій завдяки системі спеціальних запобіжних заходів на певній території (у країні загалом, у регіоні), серед певних категорій населення. Заплановані заходи можливі лише завдяки *взаємодії* та *взаємоузгодженості* роботи різних суб'єктів профілактики, як пов'язаних між собою, так і тих, що перебувають у єрархічній підпорядкованості.

Аналіз технік та методів запобігання самогубствам – вочевидь, найважливіша частина цієї роботи, оскільки саме на запобігання суїцидальній поведінці та закінченим самогубствам потрібно насамперед спрямувати державну політику. Як наслідок, важливо окреслити теоретичні межі та особливості такого аналізу для якісного та цілісного застосування методик запобігання самогубствам.

Як згадано раніше, самогубство – це явище, яке щільно переплетене з багатьма соціально-медичними чинниками. Як наслідок, на нашу думку, для запобігання самогубствам важливими є не тільки втручання в ситуацію, коли особа

вже демонструє суїцидальну поведінку, а й попередня ідентифікація потенційних суїцидентів. Тож пропонуємо розділяти методи запобігання самогубствам на методи скринінгу та методи інтервенції.

Методи скринінгу полягають у допомозі попередньої ідентифікації осіб, у яких уже наявні суїцидальні ідеації, та які ще не вчиняли суїцидальну поведінку. Скринінг спрямований радше на те, щоб визначити людей, що можуть вчинити самогубство або демонструвати суїцидальну поведінку до того, як вони втілять цей намір у реальність. Їх також можна назвати методами непрямого запобігання самогубствам. Скринінг є критично важливим, адже дослідження показують, що приблизно половина всіх осіб, які переживають суїцидальні ідеації, нікому про них не розповідають [175]. Оскільки суїцидальні ідеації та суїцидальну поведінку переважно сприймають як щось глибоко приватне [259], (особливо у чоловіків), подолання суспільної стигми щодо саморуйнівної поведінки є прямо пов'язаним із стимуляцією публічної дискусії щодо згаданої тематики. Саме те, що особи з суїцидальними ідеаціями часто не отримують необхідної допомоги, значно підвищує їхню схильність врешті вчинити самогубство.

Вважаємо, що саме через те, що на методи скринінгу у сучасному українському соціумі звернено недостатньо уваги, рівні самогубств в Україні є значно вищими, ніж у багатьох інших державах.

Методи інтервенції полягають у прямому запобіганні вчинення самогубства вже після або незалежно від визначення потенційних суїцидентів. Вони пов'язані з втручанням у ситуації, коли особа вже демонструвала суїцидальну поведінку, яка не завершилась самогубством або коли суїцидальні ідеації особи перестали бути приватними. Методи інтервенції, своєю чергою, пропонуємо розділяти на індивідуальні та загальні методи інтервенції.

Індивідуальні методи інтервенції стосуються роботи з окремою людиною. До них належать, зокрема, психотерапія та медична інтервенція (до прикладу, застосування медикаментів або примусова госпіталізація).

Загальні методи інтервенції стосуються широкого кола потенційних самогубців. До них можна зарахувати обмеження доступу до засобів вчинення

самогубства, грамотне висвітлення суїцидальних подій у медіа та суспільну пріоритизацію цінностей.

Успішний скринінг є критичним для запобігання самогубствам. Без попереднього скринінгу, і, як наслідок, виявлення осіб, щодо яких необхідне застосування методів інтервенції, запобігання самогубствам є набагато складнішим. Якщо особа вже демонструвала суїцидальну поведінку, у детальному скринінгу немає потреби – необхідність допомоги у таких випадках є очевидною. Складніші ситуації, на які, відповідно, звертаємо більше уваги, є випадки, коли в особи наявні суїцидальні ідеації, але вони ще не реалізувались у суїцидальну поведінку. Скринінг у цьому разі полягає в тому, щоб розпізнати таких осіб – а тоді щоб вони погодились на надання їм допомоги. У таких випадках скринінг теоретично може проводити будь-хто, разом з близькими цієї людини, однак вважаємо, що варто сфокусувати увагу на особах, для яких набуття знань про методику скринінгу є особливо важливим.

Першочерговою у методиці скринінгу є освіченість щодо тематики самогубств та її дестигматизація. Хоча публічна освіченість також є важливою (про це нижче), ключовою є освіченість щодо тематики медичних працівників. Йдеться не так про психотерапевтів і психіатрів, як про лікарів первинної ланки, зокрема *сімейних лікарів*. Дослідження показують, що якісно сплановані та виконані програми підвищення кваліфікації сімейних лікарів, пов'язані з тематикою самогубств, знижували рівень самогубств у місцевостях, де вони були проведені, на 22–73 % [339; 311]. Фокусування саме на сімейних лікарях важливе, оскільки психіатри та психотерапевти є вузькопрофільними спеціалістами, які переважно вже володіють рівнем знань, достатнім для діагностики; окрім цього, особи, які звертаються до психіатрів або психотерапевтів є схильнішими до критики свого стану і часто вже самі звертаються за допомогою за наявності суїцидальних ідеацій. Сімейні ж лікарі займаються регулярним моніторингом пацієнтів, часто перебувають з ними в постійному контакті, і, як наслідок, у них більше можливостей помітити ознаки, що свідчать про депресивність чи потенційну суїцидальність ще до того, як їхні пацієнти звернуться по вузькопрофільну

допомогу (особливо коли пацієнти через стигму не готові зробити це самостійно). Додатково тривожним є те, що приблизно половина самогубців контактували зі сімейними лікарями протягом місяця до вчинення самогубства, однак їм не надано необхідної допомоги [326]. Тим не менше, незважаючи на настільки важливу роль сімейних лікарів, саме ця ланка скринінгу потенційних суїцидентів є однією з найпроблематичніших – у країнах з низьким і середнім рівнем доходу (Україна є країною зі середнім рівнем доходу), рівні діагностування депресії сімейними лікарями критично низькі, нижче ніж 30 %, а подекуди нижче ніж 10 % [369]. На нашу думку, саме підвищення ознайомленості сімейних лікарів в Україні щодо діагностики депресивних розладів повинне бути в пріоритеті покращення методики скринінгу потенційних суїцидентів.

Приклади програм підвищення кваліфікації передбачають відвідування спеціальних семінарів чи тренінгів для сімейних лікарів, що складаються з лекцій та відео і сфокусовані на підвищення рівня знань сімейних лікарів щодо діагностики депресії, її лікування, особливості перебігу депресії у молодому та старшому віці. Проведення такої програми у одному з регіонів Швеції зумовило зменшення локального рівня самогубств протягом двох років більш ніж утричі [316, с. 152], а всього одноденний семінар з скринінгу суїцидальних ідеацій у молодих людей, проведений для сімейних лікарів у Австралії, підвищив їх здатність розпізнавати потенційних самогубців на 130 % [293]. Ефективність програм, що спрямовані на лікарів першої ланки (сімейних лікарів) стабільно підтверджується і сучаснішими дослідженнями [351].

Окрім загальних знань про ознаки депресивних станів чи суїцидальних ідеацій, тренінги потрібно фокусувати на здатності розпізнати такі стани, коли вони характеризуються латентністю. Для цього можна застосовувати опитувальники, які можуть надавати медичні працівники у разі підозр суїцидальних ідеацій. Поширеними є шкала суїцидальних ідеацій Бека (BSSI) та Опитувальник здоров'я пацієнта-9 (PHQ-9). Обидва з них є ефективними, однак, на нашу думку, варто також звернути увагу на один з найновіших таких опитувальників – опитувальник скринінгу самогубства (SSQ), що його розробили

та опублікували південнокорейські спеціалісти та науковці у 2022–2023 роках. Одна з головних його зручностей полягає у варіативності – існують дві версії опитувальника – для пацієнтів (SSQ-SR) та для медичних працівників та психотерапевтів (SSQ-OR). Це розширює коло його застосування і робить його зручнішим. Обидві версії опитувальника демонструють високу ефективність у прогнозуванні суїцидальної поведінки [193]. Окрім опитувальника SSQ, можливі застосування опитувальників BSSI та PHQ-9. Однак опитувальник BSSI є прямолінійнішим, що може погіршувати якість результатів для людей з латентними суїцидальними ідеаціями [219], а опитувальник PHQ-9 фокусується на депресивній симптоматиці, а не на суїцидальності [372].

Окремо варто зазначити необхідність удосконалення програм у медичних вищих навчальних закладах. Проведення спеціалізованих тренінгів для студентів-медиків щодо тематики самогубства дає змогу підвищити рівні ознайомленості та впевненості студентів [355, с. 12], що, вочевидь, позитивно впливає на їхню здатність розпізнавати суїцидальні ідеації та здійснювати необхідну інтервенцію.

Хоча, на нашу думку, підвищення кваліфікації медичних працівників є чи не найважливішим способом удосконалити методику скринінгу, медичні працівники не є особами, з якими найбільше контактують потенційні самогубці та люди з суїцидальними ідеаціями. Подекуди прихованість суїцидальних ідеацій настільки глибока, що визначити їх може бути дуже складно – особливо якщо йдеться про підлітків [138]. Саме тому в контексті скринінгу важливим є підвищувати ознайомленість з тематикою самогубства не тільки лікарів, а й інших людей, які потенційно можуть контактувати з особами, що мають суїцидальні ідеації. У англійських джерелах для позначення таких осіб використовують термін «Gatekeepers», який приблизно можна перекласти як «охоронці». Хоча доказова база щодо впливу тренінгів для людей-охоронців на рівні самогубств є дещо слабшою, ніж щодо впливу тренінгів для медичних працівників [215, с. 32], такі тренінги однозначно впливають на зменшення спроб самогубств та закінчених самогубств у групах ризику, з якими вони контактують [373]. Окрім того, проведення тренінгів серед людей-охоронців підвищує їх ознайомленість щодо

того, як розпізнати латентні суїцидальні ідеації та як діяти за наявності таких ідеацій [217]. На нашу думку, виділення цих людей в окрему категорію і праця з ними є ще одним елементом підвищення якості скринінгу, на який в Україні звернено недостатньо уваги. Важливо зазначити, що хоча медичні працівники також фактично є людьми-охоронцями, у цій роботі виділяємо людей-охоронців як категорію, окрему від медичних працівників.

Щоб визначити яких осіб найкраще вважати людьми-охоронцями в українських реаліях, важливо ідентифікувати групи ризику. У другому розділі цієї роботи визначено причини, що пов'язані з вищою імовірністю вчинення самогубства та суїцидальної поведінки – їх застосування допоможе сприяти вдалішій ідентифікації.

Як наслідок, пропонуємо визначити такі категорії осіб як людей-охоронців у контексті сучасного українського соціуму:

1) військовослужбовці та родичі військовослужбовців. Як вже було згадано, для України питання запобігання самогубствам серед військовослужбовців набуває особливої важливості в контексті війни з росією. Це пов'язано з багатьма факторами – із загальним збільшенням кількості військовослужбовців (у 2024-му році чисельність військовослужбовців в Україні становила приблизно 800 000 осіб [107]), а також з тим, що актуальність запобігання самогубствам серед військових буде набагато більшою після закінчення війни. Саме превентивний підхід до військової суїцидальності допоможе, зокрема, забезпечити кращу адаптацію колишніх військових після їх повернення до цивільного життя. У контексті людей-охоронців важливою є праця як зі самими військовослужбовцями (через їхні прямі, часті і навіть довірливіші контакти з іншими військовими), так і з членами родини військовослужбовців, які впливають на своїх близьких і, в разі потреби, можуть переконати їх звернутися по допомогу;

2) працівники органів опіки та піклування. Оскільки працівники органів опіки та піклування часто працюють з людьми, що перебувають у неблагонадійному соціальному становищі, проведення тренінгів для таких

працівників допоможе покращити взаємодію з низкою осіб, що перебувають у групах ризику – разом з людьми похилого віку та особами, що втратили близьких;

3) вчителі. Проведення тренінгів для вчителів сприятиме кращій взаємодії з дітьми та підлітками, що переживають суїцидальні ідеації. Хоча діти та підлітки не є групами ризику щодо самогубства в Україні, однак виявлення суїцидальних ідеацій саме в дитинстві та підлітковому віці критичне, адже діти та підлітки, які переживали такі ідеації в молодшому віці, в 6 разів схильніші до суїцидальної поведінки в дорослому віці [228]. Додатково важливим є те, що робота з дітьми пов'язана з додатковими складнощами у зв'язку з особливостями дитячої психології.

Проведення спеціалізованих тренінгів з людьми-охоронцями не є ускладненим та не потребує значної витрати бюджетних коштів. У таблиці нижче наводимо низку тренінгів, які потенційно можна використати в Україні для медичних працівників та людей-охоронців. Тренінги загального спрямування можливо застосувати до широкого кола осіб, разом з вчителями, працівниками органів опіки та піклування та військовими (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Перелік тренінгів для людей-охоронців зі зазначенням їхнього формату та спрямованості

Назва	Формат	Спрямованість
Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST)	2 дні, містить презентації, відео та роботу в групах	загальна
Ask, Care, Escort (ACE) Suicide Intervention Training	90 хвилин, містить презентацію	військові
ASK About Suicide To Save a Life	~6 годин, містить презентації, відео та роботу в групах	вчителі
Be A Link! ® Community Gatekeeper Training	2–3 години, містить презентації та роботу в групах	вчителі

Connect Suicide Prevention/Intervention Training	1–4 дні, містить презентації, роботу в групах та з менторами	загальна
Kognito Suicide Prevention Simulations – Educators	4–6 годин, містить презентацію та рольове моделювання	вчителі
Making Educators Partners in Youth Suicide Prevention: ACT on FACTS	2 години, містить презентацію та інтерактивний тренінг	вчителі
Question. Persuade. Refer. (QPR)		загальна
Suicide Alertness for Everyone (safeTALK)	1 день, містить презентацію та практику	загальна
Suicide and Older Adults – Samaritans of Merrimack Valley	4–8 годин, містить презентацію та роботу в групах	лікарі, загальна
Suicide Prevention: A Gatekeeper Training for School Personnel	2 години, містить презентацію, відео, роботу в групах	вчителі
Suicide Prevention: School Staff	1–3 години, містить презентацію і рольову практику	вчителі
Umatter® for Schools	2 дні, містить презентацію та практику	вчителі

В Україні час від часу проводять тренінги на згадану тематику, зокрема і серед визначених нами груп людей-охоронців; деколи такі заходи спонсорують країни-партнери України [367; 377; 397; 111]. Тим не менше, у поточному форматі ці заходи є точковими і несистематичними, використовують застарілі підходи і твердження, що значно обмежує їхню ефективність. Варто наголосити, що для реального підняття ефективності методів скринінгу необхідним є саме стійкий, систематичний і доказовий формат проведення тренінгів, чого можна досягти

впровадженню цього у Національну програму із запобігання самогубствам, необхідність створення якої відстоюємо у цій роботі.

В Україні наразі немає програм або державних політик, спрямованих на дестигматизацію явища самогубства. Створити подібні програми вже раніше пропонували науковці [11]. Варто, однак, зауважити, що забезпечення громадської освіти щодо тематики суїцидів можна здійснити і без централізованих програм. Забезпечити громадську освіченість щодо самогубств можна через введення пов'язаних тематик у шкільні чи університетські програми, проведення загальних семінарів для працівників, проведення рекламних кампаній по телебаченню чи в інтернеті. Тож вважаємо освідомлення громадськості через публічні інформаційні кампанії менш пріоритетні, оскільки ефективність таких кампаній є доволі спірною. Так, низка досліджень показують, що хоча такі кампанії і підвищують освіченість населення щодо самогубства, вони мало впливають на рівні самогубств або спроб самогубств [339, с. 2067]. Видається, що точкова робота з медичними працівниками та людьми-охоронцями матиме кращий ефект.

Ще одним елементом скринінгу є доступність ресурсів та платформ, куди люди, що потерпають від суїцидальних ідеацій, можуть звернутися по допомогу. Передовсім це актуально для осіб з прихованими суїцидальними ідеаціями, які через стигматизацію або страх не звертаються до психотерапевтів або психіатрів – саме тому важливими чинниками є анонімність та спрощений процес таких звернень. Найпоширенішими такими ресурсами є гарячі лінії, працівники яких спеціалізуються на роботі з суїцидальними людьми.

Гарячі лінії з протидії самогубствам є ефективними у короткотерміновому запобіганню суїцидальної поведінки та зменшенню суїцидальних ідеацій – у США приблизно 45 % респондентів, що користувались Національною гарячою лінією з протидії самогубствам, повідомили про зниження суїцидальності після розмови з оператором [281]. Водночас доведена ефективність гарячих ліній стосується винятково короткострокового позитивного ефекту – докази, що допомога операторів гарячих ліній сприяє зменшенню суїцидальних ідеацій або суїцидальної поведінки в довготерміновій перспективі, фактично відсутні [383, с. 318], а ті

дослідження, які наявні, мають ненадійний рівень доказовості (4 або 5 за Оксфордською шкалою) [338].

Це не дивно – самогубство та суїцидальні ідеації є складними феноменами, для індивідуальної протидії та запобігання яким важливими є цілісність, тривалість та послідовність, що навряд чи можливо досягти форматом гарячих ліній, які переважно пропонують розмовний формат допомоги, а не терапевтичний. Саме тому, на нашу думку, гарячі лінії з протидії самогубствам мають слугувати лише проміжною ланкою, що скеровуватиме людей з суїцидальними ідеаціями до отримання реальної та повноцінної допомоги (психотерапевтичної або психіатричної).

В Україні з 2019-го року діє національна гаряча лінія із запобігання самогубствам Lifeline Ukraine. На відміну від тренінгів, що проводяться занадто несистемно, Lifeline Ukraine, на нашу думку, можна вважати успішним проєктом – лінія має свій короткий номер, є цілодобовою та безкоштовною, фокусується на ветеранах війни, а на сайті доступний безкоштовний базовий тренінг із запобігання суїциду [256].

3.3. Індивідуальні заходи запобігання самогубству

Опісля успішного скринінгу, який дав змогу ідентифікувати особу із суїцидальними ідеаціями або особу, яка вчиняла суїцидальну поведінку, настає час для застосування індивідуальних методів інтервенції. У дисертаційній роботі виокремлюємо три головні групи таких методів – медикаментозне лікування, психотерапію та інші індивідуальні методи інтервенції.

Медикаментозне лікування. Як уже згадано, превалентність психічних розладів у суїцидентів, разом з недіагностованими, може перевищувати 90 % [307, с. 2; 267; 207]. Ми визначили власне депресію та депресивну фазу БАР як головні прекурсори суїцидальної поведінки. Це особливо важливо, адже депресія в країнах з низьким і середнім рівнями доходу особливо часто є недіагностованою [360], а навіть у розвинених країнах менше ніж половина людей з діагностованою депресією отримують достатнє лікування [370], подекуди вже навіть після

суїцидальної поведінки [144]. Саме тому задля запобігання самогубствам критичним є лікування депресивних розладів.

Для медикаментозного лікування депресії та інших психічних розладів застосовується багато медикаментів, однак центральними серед них є антидепресанти, зокрема селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) [177]. Хоча механізм їх дії невідомий і значну роль у покращенні стану пацієнтів, що приймають антидепресанти відіграє ефект плацебо [364; 247; 248] (поширена теорія дисбалансу серотоніну є хибною, оскільки рівні серотоніну не корелюються з наявністю, відсутністю чи серйозністю психічних розладів, зокрема депресії [357]), ефективність прийому антидепресантів як методу запобігання самогубствам підтверджена багатьма дослідженнями [185]. Варто зазначити, що приймати антидепресанти потрібно під контролем лікаря, оскільки одразу після початку прийому імовірність суїцидальної поведінки на короткий час може зростати, а для появи чіткого позитивного ефекту повинен пройти певний час [336]. Прийом антидепресантів також часто спричиняє низку побічних ефектів, зокрема, проблеми з травленням, проблеми зі сном та сексуальну дисфункцію [239]. Водночас за правильного прийому під лікарським наглядом антидепресанти нового покоління (особливо СІЗЗС) є ефективним та безпечним методом медикаментозного втручання в контексті депресії та суїцидальних ідеацій чи поведінки.

Ефективність антидепресантів як методу запобігання самогубствам підтверджено не тільки окремими дослідженнями, а також є очевидною під час аналізу глобальніших трендів, зокрема у країнах, які ми обрали як моделі для запозичення іноземного досвіду у боротьбі зі самогубствами. Збільшення обсягів продажу антидепресантів негативно корелюється з рівнями самогубств у довготерміновій перспективі [236]. Це підтверджується досвідом Угорщини, де зниження рівня самогубств на 30 % в кінці ХХ століття прямо корелювалось з різким підйомом рівня використання антидепресантів класу СІЗЗС, хоча рівні безробіття та вживання алкоголю за той самий період вирости [312]. Рівні вживання антидепресантів в Угорщині продовжили зростати й у ХХІ столітті, тоді

як рівень самогубств продовжив падіння [312]. Дуже подібним є досвід Польщі – після зростання вживання антидепресантів у 2012-му році рівні самогубств в країні почали відчутно падати, що продовжується досі [160; 361]. Аналогічний тренд можна спостерігати фактично у всіх країнах, у яких зросло використання антидепресантів – загалом кожне збільшення продажів антидепресантів на 12 % спричиняє зменшення смертності від самогубства на 5 % [296].

Визначити вплив антидепресантів на рівні самогубств в Україні є важчим, зважаючи на обмежену наявність інформацію та війну. Як зазначено, дані Держстату щодо рівнів самогубств в Україні є ненадійними, а дані ВООЗ є приблизними індикаторами [388]. В Україні не було проведено комплексного дослідження, яке дало б змогу прямо порівняти рівні прийому антидепресантів та рівні самогубств. Хоча навіть ті обмежені дані, які доступні, дають можливість стверджувати про кореляцію. Так, рівень споживання антидепресантів в Україні від 2015 до 2019 роки зріс в 2,2 раза [64], а рівень самогубств, за даними Держстату, зменшився на приблизно 20 % [17]. Однак навіть за обмеженої дослідженості цього питання в Україні доцільно стверджувати про подібну ефективність антидепресантів в українських умовах, ґрунтуючись на дослідження, проведені в інших країнах.

Наведені твердження наголошують на важливості забезпечення доступності антидепресантів для населення України. Маркетинговий аналіз ринку дає змогу стверджувати, що ця ціль поки виконується частково – від 2020 до 2023 років ціни на антидепресанти як іноземного, так і українського виробництва продовжували зростати, хоча темп зростання цін на антидепресанти українського виробництва сповільнився у 2022–2023-му роках [51, с. 91].

Окрім антидепресантів, які, безперечно, є ключовими медикаментами у боротьбі з суїцидальністю, вважаємо за необхідне дослідити потенційну ефективність інших новітніх методів медикаментозного втручання. Додатковим стимулом для такого аналізу є потенційна можливість розвитку хронічної значної депресії в так звану депресію, стійку до лікування (Treatment Resistant Depression),

за якої антидепресанти не є достатньо ефективними [365]. Аналіз релевантної літератури і досліджень допомагає виокремити такі новітні медикаменти:

– психоделіки. Проведені останніми роками клінічні дослідження показують високу результативність терапії психоделічними речовинами, яка в середньому знижувала ризик суїцидальності у 1,5–2,5 раза у часовому проміжку до 4 місяців; зі збільшенням часу після вживання ефект впливу на суїцидальність слабшав [192]. Особливої уваги заслуговує терапія псилоцибіном, яку характеризують як найефективнішу [226], а сам псилоцибін описують як одну з найбезпечніших речовин, що вважають наркотиками з відсутністю потенціалу до звикання або значних побічних ефектів [285]. В Україні наразі відсутня необхідна нормативно-правова база для проведення терапії псилоцибіном [257];

– кетамін. Використання кетаміну для лікування депресії є доволі недавнім феноменом, однак наявні дослідження демонструють високу ефективність за використання кетаміну для лікування тяжких форм депресій, які не вдавалось лікувати іншими засобами [204; 269]. Кетамінова терапія, зокрема, значно знижує рівень суїцидальної поведінки та суїцидальних ідеацій [245]. Варто, однак, зазначити, що кетамін доцільно використовувати, тільки якщо інші методи не дали результату, адже кетамін є речовиною з потенціалом виникнення залежності у разі її нетерапевтичного використання [141; 244]. На відміну від терапії псилоцибіном, з 2017-го року кетамінова терапія є легальною в Україні – існує низка центрів, що надають лікування кетаміном для пацієнтів зі складними формами депресії або інших психічних розладів, зокрема ПТСР, що особливо актуально в умовах війни з росією. Успіхи України в лікуванні ПТСР кетаміном навіть привертали увагу закордонних видань [350].

Отже, вважаємо за доцільне сфокусувати покращення методики запобігання самогубствам через медикаментозне лікування на такому:

- забезпечення доступності антидепресантів для населення на основі державного втручання в цінове регулювання;
- легалізація терапії психоделіками, зокрема, псилоцибіном;
- підтримка доступності терапії кетаміном.

Психотерапія. Другим ключовим індивідуальним методом інтервенції виокремлюємо психотерапію. Зважаючи на наведені твердження про те, що медикаментозне лікування (зокрема антидепресантами) передсуїцидальних станів та психічних розладів відчутно ґрунтується на ефекті плацебо, вважаємо саме психотерапію найважливішим індивідуальним методом інтервенції, зокрема й в Україні, адже психотерапія працює напряду з глибинними причинами суїцидальних ідеацій та (потенційної) суїцидальної поведінки, а не з поверхневою симптоматикою, як це роблять медикаменти. Дослідження демонструють, що використання психотерапії разом з антидепресантами значно підвищує ефективність інтервенції [143], а, що навіть важливіше, в контексті запобігання саме суїцидальній поведінці використання винятково психотерапії є ефективнішим не тільки ніж використання винятково антидепресантів, а й навіть комбінованого підходу [396]. Навіть загальне збільшення кількості психотерапевтів серед населення негативно корелюється з рівнями самогубств [236].

Під час аналізу психотерапії як індивідуального методу інтервенції важливо проаналізувати ефективність різних видів (методів) психотерапії, як загалом, так і щодо зменшення суїцидальних ідеацій, суїцидальної поведінки та рівня самогубств. Психотерапія – дуже широкий термін, оскільки видів психотерапій є дуже багато і їхня ефективність значно відрізняється. Для успішного застосування психотерапії як індивідуального методу інтервенцій важливо розділити терапії на такі, ефективність яких у контексті запобігання самогубствам є доведеною і такі, ефективність яких є сумнівною.

Для успішнішого досягнення цілей цієї дисертації вважаємо за важливе сфокусуватись на тих видах психотерапії, які найпоширеніші в Україні, а також на видах психотерапій, не поширених в Україні, однак ефективність яких є доведеною. Визначити поширеність видів психотерапій, які найчастіше застосовують психотерапевти та психологи в Україні, є складним завданням через відсутність специфікованих досліджень у цьому напрямі. Ускладнює завдання також те, що поділ психотерапій на види є доволі умовним через гнучкість психотерапії як методики. Зважаючи на це, для визначення поширеності видів

психотерапій в Україні ми обрали метод ідентифікації юридичних осіб, головною метою діяльності яких є об'єднання психотерапевтів та психологів, що працюють у конкретному підході (зокрема, громадських організацій та об'єднань). Ми обмежили ідентифікацію таких об'єднань тільки тими, що займаються акредитацією та провадять активну діяльність. Проведений власний аналіз допоміг виокремити такі напрями та види психотерапії, які є найпоширенішими в Україні:

- *психоаналіз та похідні види психотерапії*. 166 з 403 психотерапевтів (41 %), зареєстрованих у Громадській організації «Українська спілка психотерапевтів», спеціалізуються на психоаналізі або символдрамі (що є похідним від психоаналізу напрямом) [116]. В Україні діє низка ГО, зокрема, ГО «Український психоаналітичний союз» з 123-ма акредитованими членами [23], ГО «Українське психоаналітичне товариство», ГО «Південно-східна українська психоаналітична спілка» та ГО «Львівський психоаналітичний інститут ментального здоров'я», що спеціалізується на навчанні психотерапевтів-психоаналітиків;

- *гештальт-терапія*. В Україні діють, зокрема, ГО «Національна асоціація гештальт-терапевтів України» з 919-ма акредитованими терапевтами [58] та ТзОВ «Київський гештальт університет», що спеціалізується на навчанні гештальт-терапевтів;

- *когнітивно-поведінкова терапія*. В Україні діють, зокрема, ГО «Українська асоціація когнітивно-поведінкової терапії» з 800-ма членами та 73-ма акредитованими психотерапевтами [115], а також ТзОВ «Київський центр КПТ» та ТзОВ «Український інститут когнітивно-поведінкової терапії», що спеціалізується на навчанні КПТ-терапевтів.

Визначення ефективності виду психотерапії є хоча й тривалим, однак доволі прозорим і чітким процесом. Сучасний консенсус лікарів та науковців полягає у тому, що психотерапія як форма інтервенції з прямими медичними імплікаціями повинна бути емпіричною і ґрунтуватись на твердій доказовій базі, що охоплює мета-аналізи та систематичні перегляди і групування досліджень [148, с. 153]. На

жаль, з виокремлених видів психотерапії тільки когнітивно-поведінкову терапію можна вважати емпіричною та доказово ефективною психотерапією.

Психоаналіз і пов'язані з ним підходи вже давно перебувають у глибокому занепаді у розвинених країнах і використовують його рідко [243]. Емпіричної доказової база ефективності психоаналізу фактично немає, це визнають навіть самі науковці-психоаналітики [291]. Причина полягає у самій суті психоаналізу – великий фокус на «несвідомому», яке за самим його визначенням неможливо науково виміряти чи довести, залишає надто багато місця для широких тлумачень, невизначеності та, як наслідок, свідчить про ненадійність психоаналітичних технік [213, с. 411]. У контексті запобігання самогубствам відсутність ефективності психоаналізу навіть критичніша – людям з суїцидальними ідеями потрібна структурована і швидка допомога, яку психоаналіз надати не здатен. Таким чином, види психотерапії, що базуються на психоаналітичному підході, не можна вважати доказово ефективними як індивідуальні методи інтервенції.

Гештальт-терапію також часто критикують науковці. Хоча гештальт-терапія є менш розмитою у своїй методологічній базі, ніж психоаналіз та звертає більше уваги на фокусування на раціональному теперішньому досвіді, її ефективність у контексті широкого запровадження заради запобігання самогубствам є сумнівною. Декілька досліджень підтверджують емпіричну ефективність гештальт-терапії, однак кількість таких досліджень зовсім незначна, якщо порівнювати з когнітивно-поведінковою терапією [304]. Важливішим, однак, є інший аспект – однією з найбільших проблем гештальт-терапії є її надмірна гнучкість та відсутність чіткої єдиної програми та методики застосування, що робить гештальт-терапію надміру суб'єктивною [282]. Проблематика полягає не в потенційній ефективності гештальт-терапії *per se*, а радше у тому, що через надміру великий простір для суб'єктивного тлумачення та застосування психотерапевтами особистих технік твердо визначити емпіричну ефективність гештальт-терапії фактично неможливо – її ефект буде значно відрізнятиметься залежно від методик окремих психотерапевтів. На нашу думку, це дає змогу визначити гештальт-терапію швидше як «термін-парасольку», аніж чіткий, послідовний і науково

підтверджений процес, який є критично необхідним для роботи зі суїцидальними людьми.

З перелічених та поширених в Україні видів психотерапії тільки когнітивно-поведінкова терапія має достатньо чітку емпіричну базу, що підтверджує її ефективність. Оскільки когнітивно-поведінкова терапія, на відміну від психоаналізу та гештальт-терапії, є менш гнучкою, має чіткий план терапії та є обмеженою у тривалості, оцінити її ефективність значно легше. Когнітивно-поведінкова терапія є найдослідженішою формою психотерапії – тільки кількість опублікованих ревізій щодо когнітивно-поведінкової терапії у 2019-му році становила майже 500, і фактично всі вони підтверджують високу ефективність когнітивно-поведінкової терапії під час застосування до значного спектра психічних розладів [353; 279]. У контексті ж запобігання самогубствам особливо важливим є навіть підвищена ефективність когнітивно-поведінкової терапії у зменшенні саме депресивної і тривожної симптоматики [254; 381; 25]. Підвищує надійність потенційного застосування когнітивно-поведінкової терапії і наявність низки досліджень, що додатково фокусувались на зменшенні власне суїцидальних ідеацій та суїцидальної поведінки, які теж послідовно демонструють ефективність цього підходу [270].

Існує спеціальний підвид когнітивно-поведінкової терапії для запобігання самогубствам (Cognitive Behavior Therapy for Suicide Prevention (CBT-SP)), який фокусується на роботі з підлітками, що пробували вчинити самогубство протягом останніх 90 днів, але його можна застосувати і до широкого кола осіб з суїцидальними ідеаціями, які ще не вчиняли суїцидальної поведінки [181]. CBT-SP як методика є фактично єдиним психотерапевтичним підходом з твердою доказовою базою і емпірично підтвердженою ефективністю, що фокусується саме на потенційних суїцидентах.

Однак перелік психотерапій, що є ефективними в роботі з потенційними самогубствами, не обмежується когнітивно-поведінковою терапією. Варто звернути увагу на новітні та нішові види психотерапії, що не є відчутно

поширеними в Україні, однак демонструють високу ефективність і потребують подальшої уваги:

– *діалектично-поведінкова терапія (ДПТ)*. ДПТ ґрунтується на когнітивно-поведінковій терапії, однак ставить у пріоритет запобігання навмисним самоушкодженням. Дослідження показують, що ДПТ є особливо ефективною у зменшенні суїцидальної поведінки та спроб самогубств, хоча й менш ефективною у зменшенні суїцидальних ідеацій [191]. Психотерапевтів, які працюють у цьому виді психотерапії в Україні, є значно менше, однак саме ДПТ може бути найефективнішим методом першочергової індивідуальної інтервенції за наявності власне суїцидальної поведінки та після спроб самогубств, особливо для осіб з емоційно нестабільним розладом особистості [265];

– *терапія прийняття та зобов'язання (АСТ)*. АСТ є новітньою терапією так званої «третьої хвилі», що ставить у пріоритет прийняття, а не раціоналізований аналіз. Порівняння ефективності АСТ та когнітивно-поведінкової терапії є все ще спірною тематикою [210], однак дослідження показують, що АСТ демонструє загальну ефективність, принаймні не нижчу, ніж когнітивно-поведінкової терапії [238], а новітні дослідження навіть дають змогу стверджувати, що АСТ є ефективнішою, ніж когнітивно-поведінкова терапія, зокрема у зменшенні депресивних та тривожних симптоматик [352, с. 190], що особливо актуально для запобігання самогубствам. На нашу думку, АСТ є найбільше недооціненим та «недоглянутим» видом психотерапії в Україні, враховуючи його ефективність та порівняну простоту – хоча АСТ все ще має чітку теоретичну структуру, її можна застосовувати гнучкіше, не впливаючи на ефективність результатів.

Ефективність зазначених видів психотерапій у зменшенні рівня суїцидальних ідеацій та суїцидальної поведінки послідовно підтверджується дослідженнями та сучасними рев'ю [237]. Тож, на нашу думку, в контексті психотерапії покращення методики має полягати в такому:

– популяризація психотерапії як найефективнішого індивідуального методу інтервенції та збільшення доступності психотерапії для населення;

– збільшення освіченості психологів, психотерапевтів та психіатрів щодо різних методів психотерапії, популяризація методів психотерапії з емпірично доведеною ефективністю (як когнітивно-поведінкова терапія) та депопуляризація методів психотерапії без доведеної ефективності (як психоаналізу та гештальт-психотерапії);

– популяризація новітніх методів психотерапії з доведеною ефективністю, які не є поширеними в Україні (як ДПТ та АСТ).

Інші індивідуальні методи інтервенції. Вважаємо фокусування на медикаментозному лікуванні та психотерапії ключовим для зменшення рівня самогубств та успішної боротьби з цим явищем. Інші методи, які можна зарахувати до індивідуальних методів інтервенції та які є достатньо релевантними, щоб залучити їх до аналізу, часто є спірними з різноманітних причин. Серед них:

– *примусова госпіталізація.* Хоча, на перший погляд, в ефективності примусової госпіталізації для осіб, що демонструють або потенційно можуть демонструвати суїцидальну поведінку, не сумніваються (очевидно, людина не може вбити себе, якщо їй фізично завадять це зробити), такий метод індивідуальної інтервенції є відчутно суперечливим. Насамперед поширеність примусової госпіталізації може завадити людям самостійно звернутись по допомогу через страх бути насильно госпіталізованим, адже такий механізм переважно асоціюється як негативний та знецінювальний [285]. Окрім цього, одразу після госпіталізації ризик того, що пацієнти психлікарень вчинять самогубство, є відчутно вищим, ніж для осіб, які госпіталізовані вже тривалий час [269] – вочевидь, через стрес такої госпіталізації. Навіть актуальнішим, однак, є питання моральності такого методу. Так, вважаємо необхідним зазначити, що сучасний підхід до запобігання самогубствам повинен базуватись на прийнятті людей зі суїцидальними ідеаціями та добровільному наданні допомоги, а примусова госпіталізація може тлумачитись як порушення права осіб з психічними розладами самим обирати собі лікування [381]. Дослідження, проведене у Фінляндії, демонструє, що більша доступність амбулаторного лікування чітко позитивно

впливає на рівні самогубств, тоді як поширеність примусової госпіталізації навіть навпаки, асоціюється з вищими рівнями самогубств [174, с. 151];

– *Електроконвульсивна (шокова) терапія (ЕКТ)*. Цей метод лікування психічних розладів є відчутно стигматизованим через його презюмовану застарілість та неефективність [378]. Однак дослідження суперечать усталеній суспільній думці – науковий консенсус полягає в тому, що ЕКТ демонструє доволі високу ефективність, навіть порівняно з іншими методами, вагомо нижчі рівні рецидиву та порівняно незначні побічні ефекти, які переважно минають незадовго після проведення ЕКТ [276; 26]. Підкреслення незрозумілості механізму дії ЕКТ є слабкою аргументацією – як вже згадано, механізм дії антидепресантів теж є невідомим, однак це не заважає їхньому широкому використанню. ЕКТ є особливо ефективною у зменшенні симптомів тяжкої депресії, ефективнішою, ніж медикаментозна терапія, зокрема кетаміном [230; 202] та вважається найкращим терапевтичним варіантом для осіб, які страждають від депресії, стійкої до лікування [378]. До того ж дослідження, що їх фокусували на зв'язку ЕКТ та суїцидальності, підтверджують гіпотезу, що ЕКТ зменшує рівні суїцидальних ідеацій [334] та рівні самогубств у людей з тяжкою депресією [314]. Незважаючи на це, вважаємо за необхідне зазначити, що подолання стигми навколо ЕКТ, вочевидь, буде значно складнішим, ніж стосовно інших малопоширених методик лікування, особливо в Україні. Оскільки можливість застосування ЕКТ у разі резистентних депресій закріплена в українському законодавстві [56], подальша актуалізація цієї тематики не видається пріоритетною.

Висновок до розділу 3

Проведений аналіз дозволив сформулювати такі висновки:

1. З'ясовано, що у зв'язку з високими рівнями самогубств в Україні запобігання самогубствам повинне вже зараз бути пріоритетом органів влади, особливо в контексті війни з росією – як було згадано, після закінчення війни проблема самогубств в Україні, радше, стане набагато гострішою.

2. Констатовано, що найоптимальнішим рішенням було б розробити державну національну програму (стратегію) запобігання самогубствам, яка враховувала б рекомендації медичних працівників, психотерапевтів, ветеранів військових дій та наукової спільноти.

Встановлено, що державна національна програма (стратегія) запобігання самогубствам – це комплексний документ, що визначає політику та заходи держави щодо зниження рівня самогубств серед населення. Вона має велике значення для суспільства та охорони здоров'я, оскільки допомагає запобігати трагедіям, зменшувати психологічні та економічні наслідки суїцидальної поведінки, а також покращувати психічне здоров'я населення.

Виокремлено основні цілі програми, а саме: програма має на меті зменшити кількість самогубств через реалізацію комплексних заходів, які передбачають профілактику, раннє виявлення та лікування психічних розладів; сприяє підвищенню обізнаності про проблеми психічного здоров'я та суїцидальної поведінки серед населення, що допомагає зменшити стигматизацію людей, які мають суїцидальні думки; передбачає створення ефективної системи підтримки для осіб у кризових ситуаціях, враховуючи гарячі лінії, консультації та психотерапію; передбачає моніторинг та оцінку ефективності заходів, що дає змогу адаптувати стратегії відповідно до змін у соціально-економічній ситуації та потребах населення.

3. Доведено, що запобігання самогубствам важливими є не тільки втручання в ситуацію, коли особа вже демонструє суїцидальну поведінку, а й попередня ідентифікація потенційних суїцидентів. Тож пропонуємо розділяти методи запобігання самогубствам на методи скринінгу та методи інтервенції.

Методи скринінгу полягають у допомозі попередньої ідентифікації осіб, у яких уже наявні суїцидальні ідеї, та які ще не вчиняли суїцидальну поведінку.

Методи інтервенції полягають у прямому запобіганні вчинення самогубства вже після або незалежно від визначення потенційних суїцидентів. Вони пов'язані з втручанням у ситуації, коли особа вже демонструвала суїцидальну поведінку, яка не завершилась самогубством або коли суїцидальні ідеї особи перестали бути

приватними. Методи інтервенції, своєю чергою, пропонуємо розділяти на індивідуальні та загальні методи інтервенції.

Індивідуальні методи інтервенції стосуються роботи з окремою людиною. До них належать, зокрема, психотерапія та медична інтервенція (до прикладу, застосування медикаментів або примусова госпіталізація).

Загальні методи інтервенції стосуються широкого кола потенційних самогубців. До них можна зарахувати обмеження доступу до засобів вчинення самогубства, грамотне висвітлення суїцидальних подій у медіа та суспільну пріоритизацію цінностей.

4. Пропонуємо визначити такі категорії осіб як людей-охоронців у контексті сучасного українського соціуму:

1) військовослужбовці та родичі військовослужбовців. Як вже було згадано, для України питання запобігання самогубствам серед військовослужбовців набуває особливої важливості в контексті війни з росією. Це пов'язано з багатьма факторами – із загальним збільшенням кількості військовослужбовців, а також з тим, що актуальність запобігання самогубствам серед військових буде набагато більшою після закінчення війни. Саме превентивний підхід до військової суїцидальності допоможе, зокрема, забезпечити кращу адаптацію колишніх військових після їх повернення до цивільного життя. У контексті людей-охоронців важливою є праця як зі самими військовослужбовцями (через їхні прямі, часті і навіть довірливіші контакти з іншими військовими), так і з членами родини військовослужбовців, які впливають на своїх близьких і, в разі потреби, можуть переконати їх звернутися по допомогу;

2) працівники органів опіки та піклування. Оскільки працівники органів опіки та піклування часто працюють з людьми, що перебувають у неблагонадійному соціальному становищі, проведення тренінгів для таких працівників допоможе покращити взаємодію з низкою осіб, що перебувають у групах ризику – разом з людьми похилого віку та особами, що втратили близьких;

3) вчителі. Проведення тренінгів для вчителів сприятиме кращій взаємодії з дітьми та підлітками, що переживають суїцидальні ідеації. Хоча діти та підлітки

не є групами ризику щодо самогубства в Україні, однак виявлення суїцидальних ідеацій саме в дитинстві та підлітковому віці критичне, адже діти та підлітки, які переживали такі ідеації в молодшому віці, більш схильніші до суїцидальної поведінки в дорослому віці.

Самогубство та суїцидальні ідеації є складними феноменами, для індивідуальної протидії та запобігання яким важливими є цілісність, тривалість та послідовність, що навряд чи можливо досягти форматом гарячих ліній, які переважно пропонують розмовний формат допомоги, а не терапевтичний. Саме тому, на нашу думку, гарячі лінії з протидії самогубствам мають слугувати лише проміжною ланкою, що скеровуватиме людей з суїцидальними ідеаціями до отримання реальної та повноцінної допомоги (психотерапевтичної або психіатричної).

5. Виокремлено такі напрями та види психотерапії, які є найпоширенішими в Україні: *психоаналіз та похідні види психотерапії*. 166 з 403 психотерапевтів (41 %), зареєстрованих у Громадській організації «Українська спілка психотерапевтів», спеціалізуються на психоаналізі або символдрамі (що є похідним від психоаналізу напрямом. В Україні діє низка ГО, зокрема, ГО «Український психоаналітичний союз» з 123-ма акредитованими членами, ГО «Українське психоаналітичне товариство», ГО «Південно-східна українська психоаналітична спілка» та ГО «Львівський психоаналітичний інститут ментального здоров'я», що спеціалізується на навчанні психотерапевтів-психоаналітиків; *гештальт-терапія*. В Україні діють, зокрема, ГО «Національна асоціація гештальт-терапевтів України» з 919-ма акредитованими терапевтами та ТзОВ «Київський гештальт університет», що спеціалізується на навчанні гештальт-терапевтів; *когнітивно-поведінкова терапія*. В Україні діють, зокрема, ГО «Українська асоціація когнітивно-поведінкової терапії» з 800-ма членами та 73-ма акредитованими психотерапевтами, а також ТзОВ «Київський центр КПТ» та ТзОВ «Український інститут когнітивно-поведінкової терапії», що спеціалізується на навчанні КПТ-терапевтів.

Наукові результати досліджень автора, які висвітлені у Розділі 3, викладені в опублікованих працях (Задорожний Н. М., 2022а, Задорожний Н. М., 2022б, Задорожний Н., 2024в, Задорожний Н. М., 2024г).

ВИСНОВКИ

1. Ступінь теоретичного дослідження проблеми самогубства в кримінологічній теорії можна оцінити як такий, що на даний момент має певний рівень розвитку, однак потребує подальшого глибшого опрацювання, зокрема в аспектах запобігання самогубствам та їх кримінально-правового оцінювання. Огляд наукових джерел підтверджує, що питання самогубства в кримінології вивчалось переважно на фрагментарному рівні, здебільшого через призму кримінологічного аналізу особи-жертви самогубства, з особливим акцентом на різні типи осіб, схильних до вчинення самогубства, а також у контексті психосоціальних детермінант цього явища. Водночас питання комплексного і системного дослідження самогубства як кримінального феномена в цілому ще не отримало достатньої наукової уваги в Україні.

Дослідження підтверджує доцільність використання міждисциплінарних методів у вивченні цього явища, що дозволяє поєднувати кримінологічний, психологічний, соціологічний та правовий підходи, а також застосування моделювання для розвитку кримінологічних знань про самогубство. Крім того, встановлено, що в Україні на даний момент відсутнє монографічне дослідження самогубства з кримінологічної точки зору, що створює потребу у комплексному дослідженні, яке охоплювало б як теоретичні, так і практичні аспекти цього складного соціально-правового феномена.

2. Досліджено, що історичний розвиток розуміння самогубств має глибокі корені та відображає зміну суспільних уявлень про соціальне існування, індивідуальність та право людини на життя.

Виокремлено наступні історичні етапи соціального аналізу самогубства як явища:

- теологічне сприйняття гріховності самогубства, що поширювалися на державно-правові відносини, яке проявлялося у: регулюванні феномену в межах церковної юрисдикції (духовні суди) та канонічного права; суспільній стигматизації, громадському відчуженні, який супроводжується страхом; відмові у традиційних поховальних обрядах; визнання системи соціального впливу

самогубців навіть після смерті (традиція розорення їх могил з наміром повпливати на погоду); табування обговорення суїцидальної поведінки; моральне засудження; відсутність аналізу психологічних причин вчинку (V–XVII ст.);

- світоглядна трансформації розуміння самогубства, що включає наступне розуміння діяння: декриміналізація вчинку; пошук етико-моральних причин діяння; відсутність домінування релігійної оцінки феномену; інституціалізація соціального дискурсу щодо суїциду; трансформація тлумачення ролі держави від репресивного контролера до гаранта соціальної підтримки (XVIII – середина XIX століття у країнах західної Європи);

- інформаційна закритість діяння в межах державної політики: табування проблематики; викривлення реальної соціальної картини; статистичне замовчування заперечення легітимності самогубства як індивідуального рішення людини; політизованість діяння через утотоження з антирадянською поведінкою; ігнорування прав окремої людини (1940-ті – 1980-ті роки XX століття в СРСР);

- становлення сучасного дискурсу про суїцидальну діяльність, що характеризується: усвідомленням психологічної природи суїцидальної поведінки; стимулювання державної політики розвитку інституцій психічного здоров'я і кризової допомоги; зміна суспільного наративу від моралізаторства до емпатії і профілактики; інтернаціоналізація підходів із залученням стандартів ВООЗ та інших міжнародних організацій; залучення громадськості до обговорення проблем ментального здоров'я (1991 р – до цього часу).

3. В Україні самогубство можна вважати важливим фоновим явищем, що взаємодіє з рівнем злочинності, особливо насильницької. Фонові для злочинності явища протрактовано як соціальні фактори, які в тісній взаємодії з кримінальною діяльністю підвищують її ймовірність та корелюють з рівнем злочинності. В Україні з моменту здобуття незалежності спостерігається значне зростання рівня самогубств, яке співпало з підвищенням рівня насильницької злочинності, зокрема в 1990-ті роки. Така кореляція між самогубствами та насильницькими злочинами в Україні стала більш вираженою лише наприкінці XX століття, коли країна переживала перехідний період, який був супроводжений економічною кризою,

соціальними потрясіннями та політичною нестабільністю. Цей зв'язок не є універсальним і не спостерігається в усіх країнах, оскільки на рівень самогубств і насильницької злочинності впливає комплексний набір факторів, включаючи економічні умови, соціальну нерівність, доступ до ресурсів та психологічний клімат в суспільстві.

Застосування теорії потокової аналогії дозволяє припустити, що одночасна боротьба з високим рівнем самогубств та насильницькою злочинністю є можливою, якщо зосередити зусилля на усуненні основних факторів їх виникнення, а не на мінімізації їх наслідків. Відповідно використання такої методології вказує на те, що самогубство доречно трактувати як один із соціальних потоків, який взаємодіє із злочинністю в двосторонній спосіб: з одного боку, високий рівень самогубств може бути результатом соціальних та економічних потрясінь, які водночас сприяють підвищенню рівня насильницьких злочинів, а з іншого — зростання насильницької злочинності може свідчити про глибокі соціальні проблеми, що в свою чергу збільшують ймовірність суїцидальної поведінки серед певних груп населення. Така двостороння кореляція вказує на наявність спільних соціальних причин і факторів, що можуть стимулювати як суїцидальні дії, так і насильницькі злочини.

4. Стан, динаміка та структура виявів самогубства є важливими аспектами для розуміння соціальної природи цього явища та його впливу на суспільство. В Україні спостерігається стійка тенденція до зростання показників, що характеризують самогубство як соціальне явище, яке набуває масштабів серйозної соціальної проблеми. Хоча офіційні дані вказують на певне зниження суїцидальної активності, фактичні спостереження демонструють зворотну динаміку, що свідчить про необхідність ретельнішого аналізу та перегляду державної політики щодо цього явища.

Стан самогубства в Україні характеризується високими показниками цього соціального явища, що вказує на його серйозне поширення та потребу в комплексному дослідженні причин і факторів, які сприяють його виникненню та розвитку. Узагальнено наступні характеристики динаміки самогубств в сучасній

Україні: найбільше самогубств вчиняється в промисловому східному регіоні, найменше – в аграрному та найрелігійнішому західному; городян загалом в державі помирає майже 1,5 раза більше від селян, але коефіцієнт самогубств селян у 1,4 раза вищий за такий показник містян; прослідковуються різниця коефіцієнтів самогубств в географічному розрізі для мешканців великих і малих міст, для мешканців міст і прилеглих околиць, для різних регіонів України, де високі показники здебільшого характерні для великих промислових центрів Півдня та Сходу України; збільшуються суїцидні показники весняною порою; кількість самогубств зростає наприкінці тижня, у вихідні та святкові дні, а також у темний час доби; найбільша кількість осіб в Україні протягом досліджуваного періоду померла внаслідок повішання та від падінь з висоти, найменша – від залізничних травм; більшість самогубств є монологічними, на діалогічні самогубства припадає трохи більше ніж 2 %, колективні самогубства не характерні для сучасної України.

Щодо поширення самогубства в окремих регіонах країни, враховуючи географічні та часові межі, кількість жителів цих регіонів можна отримати на підставі статистичних даних, здобутих із різних джерел. Рівень самогубств у різних регіонах України не однаковий. У 2020 році в Україні зафіксовано 7654 випадки самогубств, що на 76 менше, ніж у 2019 році (7730 випадків). Найбільше суїцидів сталося в Дніпропетровській області (745 випадків), Харківській області (597) та Одеській області (523). У місті Києві зареєстровано 461 випадок самогубств. Найменше суїцидів зафіксовано в Тернопільській області — 108 випадків. У Львівській області у 2020 році зареєстровано 155 випадків самогубств, що на 12,4 % менше порівняно з попереднім роком, що становить приблизно 6 випадків на 100 тисяч населення, що є нижчим за середній показник по Україні (15 випадків на 100 тисяч).

5. Кримінологічна характеристика жертви самогубства в Україні демонструє суттєві статеві відмінності у мотивації та умовах, що призводять до вчинення цієї дії. Зокрема, жінки складають більшу частину жертв доведення до самогубства (65 % від загальної кількості жертв самогубства), що, пов'язано із специфічними соціальними та психологічними чинниками, серед яких найбільш суттєвими є високий рівень психологічного і фізичного насильства, обмеженість можливостей протистояти агресії

та соціальна уразливість. Такі фактори створюють обстановку, що робить жінок більш вразливими до самогубства. У той же час, чоловіки виявляються більш схильними до самогубств в умовах кризових ситуацій, таких як зрада, втрата роботи чи проблеми зі здоров'ям.

Доведено, що мотивація самогубства гендерних групах має різні основи: для жінок це часто є результатом психологічного тиску, насильства чи депресивних станів, тоді як чоловіки частіше звертаються до крайніх заходів через соціально-економічні труднощі або особисті кризи. Ці відмінності в мотивації та особливостях поведінки жертв самогубства вимагають формування спеціалізованих превентивних і соціальних стратегій, орієнтованих на кожну з цих груп. Врахування гендерних аспектів у підходах до профілактики самогубств є необхідним для розробки ефективних програм, що сприятимуть зниженню рівня самогубств серед жінок і чоловіків.

Чоловіки в Україні вчиняють самогубства приблизно в п'ять разів частіше, ніж жінки. Мінімальний вік самогубця – 10–14 років. Безсумнівно, що кількість спроб і завершених самогубств неповнолітніх постійно збільшується. Здебільшого юнаки вчиняють самогубства вдвічі частіше від дівчат, а така тенденція відповідає показникам дорослого населення з тією лише поправкою, співвідношення жіночих і чоловічих самогубств становить у кілька разів більше. Середній вік неповнолітніх самогубців жіночої статі становить 15 р., чоловічої – 16 р. Починаючи з 15–20-річного віку, відбувається поступове посилення суїцидної активності неповнолітніх. Найвищі показники смертності з причин самогубства в Україні були в групі чоловіків віком 40–49 р., в груп жінок – 70 р. і старші. Для вивченої групи самогубців характерні також показники сімейного стану: одружені – 31 %, самотні (неодружені, розлучені, вдівці) – 69 %. Найбільше одружених припало на вікову групу 32–44 р. Для чоловіків, особливо розлучених, діти не є стійким стримувальним антисуїцидальним чинником. Для жінок – навпаки. Майже третину самогубств вчинили особи, які не мали постійної роботи, незалежно від соціального походження, належності до певної професії, культурно-освітнього рівня. 96 % досліджених самогубців належали громадянству України, 3 % були особами без громадянства і, відповідно, 1 % – громадянству інших держав.

Щодо освіти, можна зауважити, що загалом освіченість впливає на поведінку людини. Так, 37 % самогубців мали незакінчену середню освіту, 25 % – середню та середню технічну, 41 % – вищу.

Щодо способів вчинення самогубств: жінки найчастіше застосовували повішання, падіння з висоти й отруєння (у двох тернинах випадків), а чоловіки найчастіше вдавалися до повішання та падіння з висоти (такі самі показники). Суто «чоловічим» способом виявилися стріляні ушкодження. 10–15 % самогубців (кожен шостий) залишають по собі передсмертні записки.

Щодо захворювання хворі на клінічну депресію (рекурентний депресивний розлад) були у більш ніж 7 разів схильні до спроб самогубства протягом року до проведення дослідження та у 3,5 раза загалом протягом життя, порівняно не тільки зі здоровими людьми, а й з особами з іншими психічними розладами; вони у 10 разів більш схильні будувати плани самогубства та у них у 50 разів частіше виникають суїцидальні думки. Особи з алкогольною залежністю є більш схильними до імпульсивних самогубств, тоді як люди з депресією схильні до попереднього їх планування. Доведеним є також зв'язок куріння та самогубств – люди, які курять у 1,83 раза частіше накладають на себе руки та майже втричі частіше вчиняють спроби суїциду. Саме самогубство є ключовим фактором зниженої очікуваної тривалості життя у хворих на шизофренію.

6. Виокремлено основні чинники, які детермінують вчинення самогубства: 1) стать (причиною значного переважання чоловічих самогубств над жіночими вважаємо маскулінність як вираження суспільної гендерної ролі для чоловіків, що полягає у приховуванні своїх емоцій, надмірний акцент на матеріальній успішності та небажання звернутися по допомогу в разі виникнення внутрішніх психічних проблем); 2) сімейний стан (найяскравішу групу ризику щодо самогубств щодо сімейного статусу можна виокремити серед осіб (особливо чоловіків), які недавно пережили розлучення з партнером. Одружені особи є найменш схильними до самогубств); 3) соціальна та економічна категорія населення (цей чинник частково пов'язаний із загальним рівнем економічного розвитку держави (який, як ми виявили, негативно корелює з рівнем самогубств, принаймні у постсоціалістичних

країнах), однак фокусується на індивідуальних характеристиках населення, а не на ситуації загалом. Люди з нижчим рівнем матеріального забезпечення і доходів, а також безробітні середнього віку частіше вчиняють самогубства); 4) освіта (вищі рівні самогубств серед людей з вищою освітою є несподіваним явищем. На нашу думку, така тенденція може бути виправданою. Вищий рівень освіти є основою для активної розумової діяльності, що, своєю чергою, змушує аналізувати та ставити питання до багатьох наративів, що інші люди сприймають як належне та не піддають їх сумнівам. На фоні щораз меншою ролі релігії у житті соціуму часто такі питання (на зразок «у чому сенс життя» або «заради чого я живу») можуть посилювати або спричиняти депресивні думки, які можуть у теорії привести до самогубства); 5) кліматичні чинники (можуть лише частково пояснити або сигналізувати про ризики самогубств для населення – до прикладу, високі температури можуть негативно впливати на урожай, що, своєю чергою, негативно впливає на ментальний стан сільського населення); 5) трудова еміграція населення, відсутність стійкості трудового ринку та вищі рівні алкоголізму також є важливими загострювальними чинниками; 6) наявна кореляція між геомагнітними збуреннями та рівнями самогубств (аналіз річних даних доводить, що у місяці з більшою геомагнітною активністю рівні самогубств є вищими, і навпаки; втім, така асоціація існувала тільки для чоловічих, а не жіночих, самогубств); 7) показник релігійності населення (нижчі показники самогубств на Заході та вищі показники на Півдні можна частково пояснити силою релігійної афіліації населення); 8) медично-психологічними факторами ризику для вчинення самогубства в Україні є розлад настрою (зокрема депресія та біполярний афективний розлад).

7. Загально-соціальне запобігання самогубствам має спрямовуватися на позитивний розвиток усієї соціально-економічної системи і цим сприятиме скороченню виявів попереджуваного явища, тобто самогубств. Ефективне запобігання цьому явищу передбачає інтеграцію превентивних заходів в економічні, соціальні, культурні та управлінські стратегії, що реалізуються через державні та регіональні плани розвитку. Профілактичне значення планування полягає в тому, що воно передбачає стратегію і тактику соціально-економічного

розвитку країни (регіону) з урахуванням можливих наслідків реалізації закладених у плані заходів. Через план досягається єдність впливу на загально-соціальні причини всіх превентивних заходів – економічних, соціальних, ідеологічних, культурологічних, управлінських і технологічних.

Доведено, що найоптимальнішим рішенням було б розробити державну національну програму (стратегію) запобігання самогубствам, яка враховувала б рекомендації медичних працівників, психотерапевтів, ветеранів військових дій та наукової спільноти. Державна національна програма (стратегія) запобігання самогубствам має велике значення для суспільства, оскільки вона спрямована на зменшення рівня самогубств і покращення психічного здоров'я населення.

Така програма повинна стати інтегрованим інструментом, який поєднує міжсекторальні зусилля, залучаючи державні органи, громадські організації та місцеві спільноти до спільної роботи. Її впровадження дозволить створити ефективну систему психосоціальної підтримки для вразливих груп населення, таких як люди, що пережили важкі життєві ситуації, ветерани, особи з психічними розладами та ті, хто перебуває в соціальній або економічній скруті. Крім того, така програма повинна включати превентивні заходи на рівні освіти та культури, сприяючи формуванню здорового ставлення до психічного здоров'я, що дозволить зменшити стигматизацію людей, які потребують допомоги, та забезпечити більш раннє виявлення проблем, які можуть призвести до самогубства.

8. Для запобігання самогубствам важливими є не тільки втручання в ситуацію, коли особа вже демонструє суїцидальну поведінку, а й попередня ідентифікація потенційних суїцидентів. За результатами кримінологічного моделювання жертви, розроблено напрями вдосконалення спеціально-кримінологічного запобігання вчиненню самогубства, за допомогою методу скринінгу та методу інтервенції. Методи скринінгу полягають у допомозі попередньої ідентифікації осіб, у яких уже наявні суїцидальні ідеї та які ще не вчиняли суїцидальну поведінку. Скринінг спрямований радше на те, щоб визначити людей, що можуть вчинити самогубство або демонструвати суїцидальну поведінку до того, як вони втілять цей намір у реальність. Методи інтервенції

полягають у прямому запобіганні вчиненню самогубства вже після або незалежно від визначення потенційних суїцидентів. Вони пов'язані з втручанням у ситуації, коли особа вже демонструвала суїцидальну поведінку, яка не завершилась самогубством або коли суїцидальні ідеї особи перестали бути приватними. Методи інтервенції, своєю чергою, пропонуємо розділяти на індивідуальні методи інтервенції та загальні методи інтервенції.

Кримінологічний аналіз концепції «людей-охоронців» у сучасному українському соціумі дозволяє глибше зрозуміти, яку роль відіграють окремі категорії осіб у підтримці правопорядку, стабільності та безпеки в країні, особливо в умовах тривалих кризових ситуацій, таких як війна, соціальні заворушення чи економічні труднощі. Військовослужбовці та їхні родичі, працівники органів опіки та піклування, а також вчителі виконують функції не лише фізичного, але й морального та психологічного захисту, сприяючи стабільності суспільства. Вони створюють умови для безпечного розвитку, підтримуючи вразливі верстви населення, зокрема дітей, ветеранів та інших осіб, що переживають складні життєві обставини. Врахування цієї категорії осіб є важливим для забезпечення загальної безпеки та стабільності в суспільстві, а також для створення сприятливого середовища для майбутнього покоління.

Визначено низку тренінгів, які потенційно можна використати в Україні для медичних працівників та людей-охоронців, а саме: Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) (2 дні, містить презентації, відео та роботу в групах); Ask, Care, Escort (ACE) Suicide Intervention Training (90 хвилин, містить презентацію); ASK About Suicide To Save a Life (~6 годин, містить презентації, відео та роботу в групах); Be A Link! ® Community Gatekeeper Training (2–3 години, містить презентації та роботу в групах); Connect Suicide Prevention/Intervention Training (1–4 дні, містить презентації, роботу в групах та з менторами); Kognito Suicide Prevention Simulations – Educators (4–6 годин, містить презентацію та рольове моделювання); Making Educators Partners in Youth Suicide Prevention: ACT on FACTS (2 години, містить презентацію та інтерактивний тренінг); Question. Persuade. Refer. (QPR); Suicide Alertness for Everyone (safeTALK) (1 день, містить

презентацію та практику); Suicide and Older Adults – Samaritans of Merrimack Valley (4–8 годин, містить презентацію та роботу в групах); Suicide Prevention: A Gatekeeper Training for School Personnel (2 години, містить презентацію, відео, роботу в групах); Suicide Prevention: School Staff (1–3 години, містить презентацію і рольову практику); Umatter® for Schools (2 дні, містить презентацію та практику).

9. Опісля успішного скринінгу, який дав змогу ідентифікувати особу із суїцидальними ідеаціями або особу, яка вчиняла суїцидальну поведінку, настає час для застосування індивідуальних методів інтервенції. Виокремлюємо три головні групи таких методів – медикаментозне лікування (забезпечення доступності антидепресантів для населення на основі державного втручання в цінове регулювання; легалізація терапії психоделіками, зокрема, псилоцибіном; підтримка доступності терапії кетаміном), психотерапію (популяризація психотерапії як найефективнішого індивідуального методу інтервенції та збільшення доступності психотерапії для населення; збільшення освіченості психологів, психотерапевтів та психіатрів щодо різних методів психотерапії, популяризація методів психотерапії з емпірично доведеною ефективністю (як когнітивно-поведінкова терапія) та депопуляризація методів психотерапії без доведеної ефективності (як психоаналізу та гештальт-психотерапії); популяризація новітніх методів психотерапії з доведеною ефективністю, які не є поширеними в Україні (як ДПТ та АСТ)) та інші індивідуальні методи інтервенції, серед них: примусова госпіталізація (сучасний підхід до запобігання самогубствам повинен базуватись на прийнятті людей зі суїцидальними ідеаціями та добровільному наданні допомоги, а примусова госпіталізація може тлумачитись як порушення права осіб з психічними розладами самим обирати собі лікування) та електроконвульсивна (шокова) терапія (ЕКТ).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрусак І.П. Чоловіки як потерпілі від домашнього насильства: аспекти правового регулювання. *Науковий вісник Ужгородського Національного Університету*, 2024. Серія ПРАВО. Випуск 81: частина 1. С. 11-15.
2. Аркатова Ю. М. Рецепція фольклору у новелах Василя Стефаника на суїцидальну тематику. *Єдність навчання і наукових досліджень – головний принцип університету: збірник наук. пр. звітно-наукової конф. викладачів ун-ту за 2011 рік*. Київ: Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова. 2012. С. 10–12.
3. Баранівська Т. У Києві працівник ТЦК хотів вчинити самогубство. *Суспільне Київ*. 12.11.2024. URL: <https://suspilne.media/kyiv/878519-u-kievi-pracivnik-tck-hotiv-vciniti-samogubstvo-2/>
4. Білецький Л. Руська Правда й історія її тексту. Вінніпег: Українська вільна академія наук в Канаді, 1993. 166 с.
5. Білий В. До звичаю кидати гілки на могили «заложних» мерців. *Етнографічний вісник*. Львів: З друкарні української академії наук, 1926. Кн. III. С. 82–94.
6. Бойко І. Й. Кримінальні покарання в Україні (IX–XX ст.). Львів: Львівський нац. ун-т імені Івана Франка, 2013.
7. Бондаренко К. Самогубство підлітків у Києві: Віка і Вова жили в зразковій родині та закохалися одне в одного. *ТСН*. 6.10.2023 URL: <https://tsn.ua/exclusive/samogubstvo-pidlitkiv-u-kiyevi-vika-i-vova-zhili-v-zrazkoviy-priyomniy-rodini-ta-zakohalisya-odin-v-odnogo-2423950.html>
8. Бундз Р.О. Проблема самогубств неповнолітніх в цифрову епоху. *Наукові записки Львівського університету бізнесу та права*. 2024. №44. С. 256-262.
9. Ващенко Р. В., Сулицький В. В. Структура психологічного втручання після суїцидальної спроби. *Психологія суїцидальної поведінки: діагностика, корекція, профілактика: збірник наук. праць / за ред. С. І. Яковенка*. Київ: КІВС, 2000. 200 с.

10. Верховна Рада України. Конституція України. 1996. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>
11. Гузьман О. С., Саппа Г.-М. М. Стигматизація суїцидальної поведінки як соціокультурний феномен. *Вісник Нац. юрид. ун-ту імені Ярослава Мудрого*, 2019. № 4 (43). С. 158–173.
12. Гумін О. М. Кримінально-насиленницька поведінка проти особи: монографія. Львів: Львів. держ. ун-т внутр. справ, 2009. 360 с.
13. Гусак О. А. Становлення законодавства про самогубство у Київській Русі. *Правове життя сучасної України*. Одеса: Фенікс, 2013. С. 349–350.
14. Гусак О. А. Кримінально-правова характеристика доведення до самогубства. Одеса: Нац. ун-т «Одеська юридична академія», 2014.
15. Демиденко Г. Є. Руська Правда Ярослава Мудрого: початок вітчизняного законодавства: навч. посіб. Харків: Право, 2017.
16. Денисов С. Ф., Пузиревський М. В. Визначення та зміст поняття «фонові явища злочинності» в сучасній кримінологічній доктрині. *Фонові для злочинності явища: Запобігання та протидія*. Харків: Харківський нац. ун-т внутр. справ, 2018.
17. Держстат України. Банк даних. 2022. URL: http://db.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp (дата звернення: 19.10.2024).
18. Держстат України. Лист № 15.1.3-22/359Пі-22 від 14.06.2021 р.
19. До Всесвітнього дня запобігання самогубствам. Державна служба статистики України. Головне управління статистики у Львівській області. 10.09.2021. URL: <https://lv.ukrstat.gov.ua/ukr/sr/announce.php?12934>
20. Жабокрицький С. Визначення поняття «самогубство» та його диференціація з іншими випадками смерті: методичні рекомендації. Київ: МОЗ України, Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліценз. роботи, Укр. НДІ соц. та суд. психіатрії, 1996. 18 с.
21. Жаровська І.М. Агресивна поведінка в сучасному транзитивному суспільстві: філософсько-правові та теоретико-правові аспекти. *Вісник ЛТЕУ. Юридичні науки*. 2023. №7/10. Випуск 13. С. 12-16.

22. Журавель А., Белякова С. Соціально-психологічні особливості суїцидальних намірів у студентів. *Молодий вчений*. 2017. № 5. С. 207–210.
23. Загородній С., Якимець В. Характеристика саморуйнівної поведінки населення України. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 2. С. 34–39.
24. Задорожний Н. Кримінологічний та кримінально-правовий аспекти визначення самогубства. *ScienceRise: Juridical Science*. 2022. № 1(19). URL: https://www.researchgate.net/publication/359881994_Criminological_and_criminal_law_aspects_of_the_definition_of_suicide/fulltext/637fcf48c2cb154d29220f41/Criminological-and-criminal-law-aspects-of-the-definition-of-suicide.pdf
25. Задорожний Н. М. Аналіз статистичних зв'язків між рівнями самогубств та випадків смерті внаслідок ушкоджень з невизначеним наміром як свідчення потенційної латентності рівня самогубств в Україні. *Вісник Нац. ун-ту «Львівська політехніка»*. «Юридичні науки». 2024. № 2. С. 56–60.
26. Задорожний Н. М. Самогубство як фонове для злочинності явище та теорія потокової аналогії. *Право і суспільство*. 2024. № 2. С. 230–235.
27. Задорожний Н. Філософський та теологічний підходи до розуміння та аналізу самогубства: історія та сучасний стан. *Право і суспільство*. 2022. № 5. С. 210–217.
28. Замура О. «Великий шаленець»: смерть і смертність в Гетьманщині XVIII ст. Київ: К.І.С., 2014. 240 с.
29. Зиль А. Енциклопедія Павла Чубинського. Бориспіль, 2023. 275 с. URL: https://mcbs.org.ua/files/books/enciklopedia_chubinskogo_zil.pdf
30. Іванов В. Історія держави і права України: підручник. Київ: Київ. Ун-т права Нац. академії наук України, 2013. С. 646–647.
31. Іванов Ю., Джужа О. Кримінологія: навч. посіб. Київ: Паливода АВ, 2006.
32. Ігнатов О. Кримінологічний аналіз рівня та динаміки вбивств в Україні. *Форум права*. 2011. № 4. С. 314–326.
33. Іларіон М. Дохристиянські вірування українського народу: історично-релігійна монографія. Київ: АТ «Обереги», 1991.

34. Індивідуальна психологія А. Адлера. *StudFiles*. URL: <https://studfile.net/preview/10096145/page:5/>
35. Інформаційно-методичні матеріали та аналіз нормативно-правової бази з питань попередження насильства над дітьми в сім'ї та поза нею / В. О. Брижик, Т. В. Журавель, О. О. Кочемировська та ін.; за заг. ред. Т. В. Журавель, Г. О. Христової. Київ: ТОВ «К. І. С. », 2010. 238 с.
36. Ісаков Р. І. Масковані депресії. *НейроNews*. 2021. № 10 (131). С. 18–23.
37. Історія держави і права України: підручник / О. Бандурка та ін. Харків, 2019. 448 с.
38. Кірієнко В. Історичний аналіз законодавства про кримінальну відповідальність за доведення до самогубства або до замаху на самогубство. *Підприємництво, господарство і право*. 2017. № 5. С. 198–200.
39. Клименко В., Анісімова Ю. Проблема стигматизації та самостигматизації при організації психіатричної допомоги (огляд літератури). *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 1. С. 160–163.
40. Козакова І.В. Суїцид в думках та поведінці особи. *Наукові записки Львівського університету бізнесу та права*. 2024. №43. С. 303-308.
41. Комаров О. НЛП і профілактика самогубств у виправних колоніях. *Психологія суїцидальної поведінки: діагностика, корекція, профілактика: зб. наук. праць* / за ред. С. І. Яковенка. Київ: КІШС, 2000. С. 147–149.
42. Кримінальний кодекс України, ст. 25. 2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14/conv#n110> (дата звернення: 21.02.2024).
43. Кримінологічна віктимологія: навч. посіб. / Є. В. Моїсєєв, О. М. Джужа, В. В. Василевич та ін.; за заг. ред. проф. О. М. Джужі. Київ: Атіка, 2006. 352 с.
44. Кримінологічний довідник / за наук. ред. О. М. Бандурки; за заг. ред. О. М. Джужі [довідкове вид.]. Харків: Діса плюс, 2013. 412 с.
45. Кримінологія / О. Бусол та ін. Київ: Освіта України, 2020. 612 с.

46. Кримінологія: навч. посібник-практикум / С. А. Шалгунова та ін.; за заг. ред. С. А. Шалгунової. Дніпро: Дніпропетровський держ. ун-т внутрішніх справ, 2020. 332 с.
47. Кримінологія: питання та відповіді / О. О. Авдеев та ін.; за заг. ред. О. М. Литвинова. Харків: Золота миля, 2015. 324 с.
48. Крок у безодню: Інтерв'ю з керівником агентства з питань охорони здоров'я та профілактики самогубств серед ув'язнених СІНА Дж. Р. Рованом. *Іменем закону*. 1995. № 16.
49. Курбак О. Самогубство в історії, філософії та релігіях світу: зб. наук. праць. 2016. № 11. С. 119–130.
50. Литвинов О. М. Інституціональні проблеми віктимізації. *Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ*. 2007. № 38. 195 с.
51. Ляденко А. В. Науково-практичні засади забезпечення доступності лікарських засобів для пацієнтів з розладами психіки за урядовими програмами в Україні: дис. ... д-ра філос. Харків, 2024. 284 с.
52. Максимчук-Макаренко С. О. Типологія жіночих образів у літературній спадщині олександра довженка: дис. ... канд. філол. наук. Глухів, 2017. 189 с. URL: <https://npu.edu.ua/images/Maksymchuk-Makarenko.pdf>
53. Марчан А. На Чернігівщині за останні два роки побільшало жіночих самогубств. *Суспільне Чернігів*. 28.03.2024. URL: <https://suspilne.media/chernihiv/715908-na-chernigivsini-za-ostanni-dva-roki-pobilsalo-zinocih-samogubstv/>
54. Мельник М. І., Хавронюк, М. І. Науково-практичний коментар кримінального кодексу України. Київ: ВД «Дакор», 2019. 1384 с.
55. Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство охорони здоров'я України, Генеральна прокуратура України. Наказ № 807/1193/279 «Про затвердження Порядку взаємодії між органами та підрозділами Національної поліції, закладами охорони здоров'я та органами прокуратури України при встановленні факту смерті людини». 2017. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1299-17#Text> Офіс Генерального прокурора. Наказ (дата звернення: 21.02.2022).

56. МОЗ України. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії. 2014. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1003282-14/sp:dark?dark=0#Text>

57. Моніторинг випадків суїцидів серед дітей. URL: https://ombudsman.gov.ua/en/news_details/monitoring-vipadkiv-suyicidiv-sered-ditej

58. НАГТУ. Фахівці. 2024. URL: <https://gestalt.org.ua/chleny-spilnosti/?pn=1>

59. Національна поліція України. Лист від 21.11.2022. № 228.

60. Нестерова І. А. Щодо кримінологічного дослідження детермінантів суїцидальної поведінки серед працівників правоохоронних органів. *Аналітично-порівняльне правознавство: електронне наукове видання*. 2024. № 1. С. 522–526.

61. Нікітін Ю., Денисов С., Стрельцов Є. Кримінологія. Харків: Право, 2018. 416 с.

62. Новий тлумачний словник української мови: у 3-х т. Київ: Аконіт, 2006. Т. I. 926 с.

63. Оверчук О. О. Теоретико-методологічні засади фольклористичної діяльності південно-західного відділу російського географічного товариства: дис. ... канд філол. наук: 10.01.07 – фольклористика. Київ, 2013. 191 с. URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Overchuk_Oksana/Teoretyko-metodolohichni_zasady_folklorystychnoi_diialnosti_Pivdenno-Zakhidnoho_viddil_Rosiiskoho_h.pdf

64. Огляд антидепресантів на фармацевтичному ринку України та динаміка їх споживання протягом 2015–2019 років / Л. Яковлєв та ін. *Фармац. Журнал*. 2021. № 76 (3). С. 3–13.

65. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

66. Павленко Т.-М. Розлади особистості: еволюція поглядів і сучасна концептуалізація. *НейроNews*. 2018. № 4–5 (97). С. 36–39.

67. Папуча М. В., Шилова Г. П. Індивідуальність як проблема загальної психології: навч. посіб. Ніжин: Вид-во Нац. держ. ун-ту ім. М. Гоголя, 2015. 99 с.
68. Патрієєва Н. Самогубства в Україні: вплив війни та як розпізнати тривожні сигнали. *Радіо Свобода*. 10.09.2024. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/zapobihannya-samohubstvam-viyna-veterany-haryacha-liniya/33113003.html>
69. Понікаровська Н. А. Трансформація образів танатичної міфології в традиційній культурі України: дис. ... канд. культурології. Харків, 2018. 214 с.
70. Про державну допомогу сім'ям з дітьми: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2811-12#Text>
71. Про Державну програму організації натуральної та грошової допомоги малозабезпеченим верствам населення: Постанова КМУ від 14.03.1992. № 128. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/128-92-%D0%BF#Text>
72. Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1768-14#Text>
73. Про довгострокову програму поліпшення становищі жінок, сім'ї, охорони материнства і дитинства: Постанова КМУ від 28.07.1992. № 431. Київ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/431-92-%D0%BF#Text>
74. Про зайнятість населення: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5067-17#Text>
75. Про запобігання та протидію домашньому насильству Закону України «» від 7 грудня 2017 року №2229;
76. Про затвердження Заходів щодо поліпшення становища дітей-сиріт і дітей, які залишилися без батьківського піклування: указ Президента України від 17.10.1997. № 115/97. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1153/97#Text>
77. Про затвердження заходів, спрямованих на реалізацію у 2001 році Основних напрямів соціальної політики на період до 2004 року: постанова КМУ від 31.08.2000. № 1370. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1370-2000-%D0%BF#Text>

78. Про захист прав споживачів: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3153-20#Text>
79. Про заходи поліпшення становища багатодітних сімей: указ Президента України від 12.11.1999. № 1460/99. URL: https://ips.ligazakon.net/document/U1460_99
80. Про Національну стратегію у сфері прав людини» від 24 березня 2021 року № 119/2021 Указу Президента України
81. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text>
82. Про основні засади соціального захисту ветеранів праці та інших громадян похилого віку в Україні. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3721-12#Text>
83. Про основні напрями соціальної політики на 1997–2000 роки: указ Президента України від 18.10.1997. № 1166/97. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1166/97#Text>
84. Про основні напрями соціальної політики на період до 2004 року: указ президента україни від 24.05.2000. № 717/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/717/2000#Text>
85. Про охорону дитинства: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14#Text>
86. Про пенсійне забезпечення: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1788-12#Text>
87. Про повну загальну освіту: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/463-20#n984>
88. Про систему охорони психічного здоров'я в Україні. Закону України «» від 15 січня 2025 року № 4223-IX,
89. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text>

90. Про соціально-економічну підтримку становлення та розвитку студентської сім'ї: указ Президента України від 4.08.2000. № 958/2000. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/958/2000#Text>
91. Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми, молоддю: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2558-14#Text>
92. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text>
93. Про статус ветеранів військової служби, ветеранів органів внутрішніх справ, ветеранів Національної поліції і деяких інших осіб та їх соціальний захист: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/203/98-%D0%B2%D1%80>
94. Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/796-12#Text>
95. Про фізичну культуру і спорт: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3808-12#Text>
96. Про Цілі сталого розвитку України на період до 2030 року. Указу Президента України від 30 вересня 2019 року №722.
97. Профілактика самогубств серед військовослужбовців Національної гвардії України: посібник / О. Колесніченко та ін. Харків: Національна академія Національної гвардії України, 2016. 117 с.
98. Психологічна профілактика суїцидальної поведінки співробітників органів внутрішніх справ: метод. рекомендації. Київ: НАВСУ, 2000. 64 с.
99. Рапаєва М. Суїцид у постіндустріальному суспільстві: причини виникнення та засоби протидії. *Юридична наука*. 2014. № 11. С. 181–188.
100. Рингач Н. Частка смертей, класифікованих як випадки з недостатньо чітко визначеними причинами, як характеристика якості даних щодо смертності в Україні. *Статистика України*. 2022. № 1 (96). С. 90–99.
101. Самогубства в Україні. *Вікіпедія: вільна енциклопедія*. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B0%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D1%>

83%D0%B1%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0_%D0%B2_%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D1%96

102. Светлов. О. Права людини і смертна кара. *Укр. часопис прав людини*. 1996. № 2. С. 15–17.

103. Слабкий Г., Защик Н. Аналіз смертності населення України внаслідок навмисного самоушкодження. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2018. № 2 (76). С. 29–33.

104. Слюсар Л. Розлучення в Україні в демографічному вимірі: минуле і сучасність. *Демографія та соціальна економіка*. 2014. № 2. С. 78–89.

105. Соціологічна група «Рейтинг». Гендерні ролі і стереотипи. 2021. URL: https://ratinggroup.ua/research/ukraine/gendernye_rol_i_stereotipy.html

106. Соціологічна група «Рейтинг». Споживання алкоголю в Україні 2021. URL: https://ratinggroup.ua/research/ukraine/potreblenie_alkogolya_v_ukraine.html

107. Спокуса небуттям. *Голос України*. 1997. 17 груд.

108. Сприйняття ЛГБТ людей та їх прав в Україні. Київський міжнародний інститут соціології. Травень 2022 р. 29 с.

109. Статистичний щорічник України. 2022. Київ, 2023 URL: [https://stat.gov.ua/sites/default/files/2024-](https://stat.gov.ua/sites/default/files/2024-02/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9%20%D1%89%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D0%B8%202022%20%D1%80%D1%96%D0%BA.pdf)

[02/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9%20%D1%89%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D0%B8%202022%20%D1%80%D1%96%D0%BA.pdf](https://stat.gov.ua/sites/default/files/2024-02/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%A1%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9%20%D1%89%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%A3%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%97%D0%BD%D0%B8%202022%20%D1%80%D1%96%D0%BA.pdf)

110. Стратегії громадської безпеки та цивільного захисту України, затвердженої Указом Президента України від 29 червня 2021 року,

111. Суспільне Київ. У Києві організовують тренінги з психологічної підтримки і культурне дозвілля для військових та їхніх родин. 2024. URL: <https://suspilne.media/kyiv/683402-u-kievi-organizovuut-treningi-z-psihologicnoi-pidtrimki-ta-kulturne-dozvilla-dla-vijskovih-ta-ihnih-rodin/>

112. Сюравич В. Г. Аспекти запобігання самогубству як соціолого-кримінологічному явищу. Кримінологічна теорія і практика. 2019. С. 221–226. URL: <https://elar.navs.edu.ua/jspui/handle/123456789/13911>
113. Терлюк І. Огляд історії кримінального права України: навч. посіб. Львів: Ліга-Прес, 2007. 92 с.
114. Тернавська А. А. Запобігання суїциду серед засуджених у виправних колоніях України: дисертація. Київ, 2019.
115. Тимченко О. В. До проблеми про залежність рівня щастя та схильності до самогубства від основних демографічних характеристик. *Психологія суїцидальної поведінки: діагностика, корекція, профілактика* / за ред. С. І. Яковенка. Київ: КІВС, 2000. С. 99–102.
116. Тренінги для персоналу установ виконання покарань з питань превенції суїцидів: проект. Одеса, 1999. 24 с.
117. Удод В. А. Профілактика суїцидальних проявлень в процесі проведення психологічної експрес-діагностики співробітників, служба яких пов'язана з підвищеним ризиком і значительним психоемоціональним напруженням. *Психологія суїцидальної поведінки: діагностика, корекція, профілактика* / за ред. С. І. Яковенка. Київ: КГОС, 2000. С. 170–174.
118. Українська асоціація когнітивно-поведінкової терапії. Реєстр членів. 2024. URL: <http://uacbt.org.ua/chlenstvo-v-asotsiatsiyi/>
119. Українська спілка психотерапевтів. Реєстр психотерапевтів. 2024. URL: <https://usp.community/register>
120. Укрінформ. Сільське населення України за 10 років скоротилося на 16 %. *Експерт*. 2019. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2736219-silске-naselenna-ukraini-za-10-rokiv-skorotilosa-na-16-ekspert.html>
121. Укрінформ. Цьогоріч зросла кількість дитячих суїцидів – Венедіктова. 2021. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3256960-cogoric-zrosla-kilkist-ditacih-suicidiv-venediktova.html> (дата звернення: 21.02.2024).
122. Федоренко Р. П. Психологія суїциду. Луцьк: Волинський національний університет імені Лесі Українки, 2011. 261 с.

123. Фіалка М. І. Фонові явища та детермінанти злочинності: співвідношення та взаємозалежність термінів. *Фонові для злочинності явища: Запобігання та протидія*. Харків: ХНУВС, 2018.
124. Фріс П. Л. Нарис історії кримінально-правової політики України: монографія / за заг. ред. М. В. Костицького. Київ: ТОВ «Атіка», 2005. 124 с.
125. Хамітов Н. В., Крилова С. А. Філософський словник. Людина і світ. Київ: КНТ: Центр навчальної літератури, 2007. 264 с.
126. Чабан О. Прихована депресія у пацієнтів соматичного профілю. *Здоров'я України*. 2020. № 3 (54). С. 37.
127. Шакур В. І. Модель і критерії ефективності профілактики злочинів у великих містах України та за кордоном. Київ: УАВС, 1995. 22 с.
128. Шевченко Т. Зібрання творів: у 6-ти т. Київ, 2003. Т. 5. 699 с.
129. Шестопалова Л. М. Самогубство та доведення до самогубства: заходи протидії: автореф. дис. ... канд. юрид. наук 12.00.08. Київ: Національна академія внутрішніх справ України, 2001. 20 с.
130. Шкуро В. В. Суїцидальність в Україні: кримінологічна характеристика та протидія: монографія / за наук. ред. Ю. В. Орлова; Кримінологічна асоціація України. Харків: Панов, 2017.
131. Шкуро В. В. Суїцидальність та злочинність: характеристика кримінологічно значущих зв'язків. *Вісник Кримінологічної асоціації України*. 2015. № 3. С. 223–235.
132. Шкуро В. В. Кримінологічна характеристика та протидія суїцидальності як фоновому для злочинності явищу: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.08. Харків: Харківський нац. ун-т внутр. справ, 2016. 16 с.
133. Шуп'яна М. Ю. Доведення до самогубства: Історико-правовий аналіз положень кримінального законодавства, що діяло на українських землях. *Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції*. 2018. Вип. 3. С. 223. URL: http://nbu.gov.ua/UJRN/apvu_2018_3_50
134. Шурмакевич В. Операторка гарячої лінії поліції допомогла врятувати чоловіка від самогубства. *Українська правда*. 6.06.2024. URL:

<https://life.pravda.com.ua/society/u-kiyevi-policiya-vryatuvala-cholovika-vid-samogubstva-detali-301954/>

135. Щорічний звіт про стан здоров'я населення України та епідемічну ситуацію за 2022 рік. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8/%D0%94%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8%202024/%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B8%2001-2024/29-01-2024/1/%D0%A9%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%87%D0%BD%20%D0%B7%D0%B2%D1%96%D1%82%20%D0%BF%D1%80%D0%BE%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%20%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%27%D1%8F%20%D1%82%D0%B0%20%D0%B5%D0%BF%D1%96%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D1%96%D1%87%D0%BD%D1%83%20%D1%81%D0%B8%D1%82%D1%83%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8E%20%D0%B7%D0%B0%202022%20%D1%80%D1%96%D0%BA.pdf>

136. Юшков С. В. Руська Правда: Тексти на основі 7-ми списків та 5-ти редакцій. Київ: Вид-во Української академії наук, 1935.

137. A cross-national study on gender differences in suicide intent / A. Freeman et al. *BMC Psychiatry*. 2017. № 17 (1). P. 234.

138. A Latent Class Analysis of Suicidal Behaviors in Adolescents / J. S. Lee et al. *Psychiatry Investig*. 2023. № 20 (2). P. 93–100.

139. A reexamination of medical marijuana policies in relation to suicide risk / R. A. Grucza et al. *Drug and Alcohol Dependence*. 2015. № 152. P. 68–72.

140. A review of suicide in the mirror of islamic hadiths and traditions / S. Pouradeli et al. *Journal of Suicide Prevention*. 2021. № 3 (1). P. 17–26.

141. A survey of drug liking and cravings in patients using sublingual or intranasal ketamine for treatment resistant depression: A preliminary evaluation of real world addictive potential / B. Chubbs et al. *Front Psychiatry*. 2022. № 13. P. 1016439.

142. Adams J. An Essay Concerning Self-murder: Wherein is Endeavour'd to Prove, that it is Unlawful According to Natural Principles. London: T. Bennet, 1700.

143. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis / P. Cuijpers et al. *World Psychiatry*. 2014. № 13 (1). P. 56–67.
144. Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study / M. A. Oquendo et al. *Am J Psychiatry*. 2002. № 159 (10). P. 1746–1751.
145. Adolescent Alcohol Use, Suicidal Ideation, and Suicide Attempts / E. A. Schilling et al. *Journal of Adolescent Health*. 2009. № 44 (4). P. 335–341.
146. Anderson D. M., Rees D. I., Sabia J. J. Medical Marijuana Laws and Suicides by Gender and Age. *American Journal of Public Health*. 2014. № 104 (12). C. 2369–2376.
147. APA Dictionary of Psychology. Suicide. 2021. URL: <https://dictionary.apa.org/suicide> (date of access: 21.02.2022).
148. APA handbook of psychotherapy: Evidence-based practice, practice-based evidence, and contextual participant-driven practice / F. T. Leong et al. *American Psychological Association*. 2024. Vol. 2.
149. Are national suicide prevention programs effective? A comparison of 4 verum and 4 control countries over 30 years / U. Lewitzka et al. *BMC Psychiatry*. 2019. № 19 (1). P. 158.
150. Arima Y., Kikumoto H. Global Suicide Rates and Climatic Temperature. 2020. URL: https://www.researchgate.net/publication/341665688_Global_Suicide_Rates_and_Climatic_Temperature
151. Arsenault-Lapierre G., Kim C., Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004. № 4(1). P. 37.
152. Association between age and attitudes toward suicide / K. S. Na et al. *European Journal of Psychiatry*. 2018. № 32(1). C. 44–51.
153. Association of Geomagnetic Disturbances and Suicide Attempts in Taiwan, 1997–2013: A Cross-Sectional Study / T. Nishimura et al. *Int J Environ Res Public Health*, 2020. № 17(4).

154. Association of geomagnetic disturbances and suicides in Japan, 1999–2010 / H. Tada et al. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2014. № 19 (1). P. 64–71.
155. Bähr A. Between “self-murder” and “suicide”: The modern etymology of self-killing. *Journal of Social History*. 2013. № 46 (3). P. 620–632.
156. Becker C. B. Breaking the circle: death and the afterlife in Buddhism. SIU Press, 1993.
157. Bertolote J. M., Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*. 2002. № 1(3). C. 181–185.
158. Better Writing in Scientific Publications Builds Reader Confidence and Understanding / B. S. Freeling et al. *Frontiers in Psychology*. 2021. P. 12.
159. Bienkowska E., Kircgkoff F. International Review of Victimology. *Conclusions of the East – West European Conference on Victimology*. Warszawa, 1991. 17–22 March. P. 47–54.
160. Bliźniewska-Kowalska K., Chęcińska J., Gałęcki P. Antidepressant use in Poland in the years 2010–2018. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2020. № 22. C. 34–39.
161. Borderline personality disorder with depression confers significant risk of suicidal behavior in mood disorder patients – a comparative study / J. J. Söderholm et al. *Frontiers in psychiatry*. 2020. № 11. P. 290.
162. Borges G., Bagge C. L., Orozco R. A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality. *Journal of Affective Disorders*. 2016. 195. C. 63–74.
163. Bosson J. K., Vandello J. A., Buckner C. E. The Psychology of Sex and Gender. *SAGE Publications*. 2018.
164. Brådvik L. Suicide risk and mental disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2018. № 15 (9). URL: https://www.researchgate.net/publication/327710478_Suicide_Risk_and_Mental_Disorders
165. Bryant C. D. Handbook of death and dying. *Sage*. Vol. 1. 2003.
166. Burton R. The anatomy of melancholy. *JW Moore*. 1857.

167. Canetto S., Sakinofsky S. The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1998. № 28 (1). P. 1–23.
168. Cannabis use and suicide attempts among 86, 254 adolescents aged 12–15 years from 21 low- and middle-income countries / A. F. Carvalho et al. *European Psychiatry*. 2018. № 56 (1). P. 8–13.
169. Carleton T. A. Crop-damaging temperatures increase suicide rates in India. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2017. № 114 (33). P. 8746–8751.
170. Carlsten A., Waern M. Are sedatives and hypnotics associated with increased suicide risk of suicide in the elderly? *BMC Geriatr*. 2009. № 9. P. 20.
171. Casant J., Helbich M. Inequalities of Suicide Mortality across Urban and Rural Areas: A Literature Review. *Journal Environ Res Public Health*. 2022. № 19 (5).
172. Catechism of the Catholic Church, Paragraph 2283. 1993. URL: https://www.vatican.va/archive/ENG0015/___P7Z.HTM (date of access: 23.10.2022).
173. Catholic Church, Catechism of the Council of Trent for Parish Priests: Issued by Order of Pope Pius V. / translated: J. A. McHugh, C. J. Callan. Joseph F. Wagner, Incorporated, 1934. 603 p.
174. Centers for Disease Control and Prevention. Facts About Suicide. 2021. URL: <https://www.cdc.gov/suicide/facts/index.html> (date of access: 21.02.2022).
175. Characteristics Associated with Non-Disclosure of Suicidal Ideation in Adults / S. Mérelle et al. *Int J Environ Res Public Health*. 2018. № 15 (5).
176. Choi Y. The effect of income level on all-cause mortality and suicide among patients using antidepressants: A population-based cohort study. *Psychiatry Research*. 2021. № 299. P. 113838.
177. Chu A., Wadhwa R. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. 2023. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554406/>
178. Ciciolla L., Luthar S. S. Invisible household labor and ramifications for adjustment: Mothers as captains of households. *Sex Roles*. 2019. 81(7). P. 467–486.
179. Classic psychedelic use is associated with reduced psychological distress and suicidality in the United States adult population / P. S. Hendricks et al. *Journal Psychopharmacol*. 2015. № 29 (3). P. 280–288.

180. Climate Change and Risk of Completed Suicide / Dumont C. et al. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2020. № 208 (7). P. 559–565.
181. Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): treatment model, feasibility, and acceptability / B. Stanley et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009. № 48 (10). P. 1005–1013.
182. Coleman D. Traditional masculinity as a risk factor for suicidal ideation: cross-sectional and prospective evidence from a study of young adults. *Archives of Suicide Research*. 2015. № 19 (3). P. 366–384.
183. Coleman D., Casey J. T. The social nature of male suicide: A new analytic model. *International Journal of Men's Health*. 2011. № 10 (3). P. 240–252.
184. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis / S. Pirkola et al. *Lancet*. 2009. № 373 (9658). P. 147–153.
185. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis / A. Cipriani et al. *Lancet*. 2018. № 391 (10128). P. 1357–1366.
186. Crime UNODC. Victims of Intentional Homicide, 2018. URL: <https://dataunodc.un.org/content/homicide-rate-option-2> (date of access: 01.04.2024).
187. Crocker L. G. The discussion of suicide in the eighteenth century. *Journal of the History of Ideas*. 1952. P. 47–72.
188. Czabański A., Mariański J. Problematyka samobójstw w ujęciu Marii Jarosz. *Teologia i Moralność*. 2018. № 13 (24). S. 225–241.
189. De Leo D. Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging*. 2022. № 2(1). P. 7–12.
190. De Montaigne M. Essays of Michel de Montaigne. 1877. URL: <https://www.gutenberg.org/files/3600/3600-h/3600-h.htm#link2HCH0060> (date of access: 23.10.2022).
191. DeCou C. R., Comtois K. A., Landes S. J. Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior Therapy*. 2019. № 50 (1). P. 60–72.

192. Decreases in Suicidality Following Psychedelic Therapy: A Meta-Analysis of Individual Patient Data Across Clinical Trials / R. J. Zeifman et al. *The Journal of clinical psychiatry*. 2022. № 83. P. 21r14057. URL: <http://DOI: 10.4088/jcp.21r14057>.
193. Development and validation study of the suicide screening questionnaire-observer rating (SSQ-OR) / N. G. Choi et al. *Front Psychiatry*. 2022. № 13. P. 945051.
194. Dhossche D., Snell K. S., Larder S. A case-control study of tattoos in young suicide victims as a possible marker of risk. *Journal of Affective Disorders*. 2000. № 59 (2). P. 165–168.
195. Dine R. L. You shall bury him: burial, suicide and the development of Catholic law and theology. *Medical humanities*. 2020. № 46 (3). P. 299–310.
196. Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data / Y. Wang et al. *BMJ open*. 2013. № 3(8). P. e003320.
197. Does the level of education influence completed suicide? A nationwide register study / M. Pompili et al. *Journal of Affective Disorders*. 2013. № 147(1). P. 437–440.
198. Douglas J. D. The Social Meanings of Suicide. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1970. 398 c.
199. Durkheim E. Suicide: A study in sociology. Routledge, 2005. 374 c.
200. Dwivedi Y. Genetic Factors and Suicidal Behavior. *The Neurobiological Basis of Suicide: CRC Press*. 2012. P. 240–281.
201. Educational attainment reduces the risk of suicide attempt among individuals with and without psychiatric disorders independent of cognition: a bidirectional and multivariable Mendelian randomization study with more than 815,000 participants / D. B. Rosoff et al. *Translational Psychiatry*. 2020. № 10 (1). P. 388.
202. Effects of Electroconvulsive Therapy on Depression and Its Potential Mechanism / M. Li et al. *Frontiers in Psychology*, 2020. № 11.
203. Efficacy of electroconvulsive therapy as a potential first-choice treatment in treatment-resistant depression (Review) / S. Trifu et al. *Exp Ther Med*. 2021. № 22 (5). P. 1281.

204. Efficacy of Esketamine Nasal Spray Plus Oral Antidepressant Treatment for Relapse Prevention in Patients With Treatment-Resistant Depression: A Randomized Clinical Trial / E. J. Daly et al. *JAMA Psychiatry*. 2019. № 76(9). P. 893–903.
205. Elias R. The Politics of Victimization: Victims, Victimology, and Human Rights. Oxford: Oxford University Press. 1986. P. 395.
206. Erez E. The Impact of Victimology on Criminal Justice Policy. *Criminal Justice Policy Review*. 1989. P. 236–256.
207. Essentials of understanding abnormal behavior / D. Sue et al. *Cengage Learning*, 2016.
208. Evans G., Farberow N. L. The Encyclopedia of Suicide: 2nd ed. New York: Facts on File, Inc., 2003. 329 c.
209. Expressions of masculinity and associations with suicidal ideation among young males / T. L. King et al. *BMC Psychiatry*. 2020. № 20 (1). P. 228.
210. Fang S., Ding D. The differences between acceptance and commitment therapy (ACT) and cognitive behavioral therapy: A three-level meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023. № 28. P. 149–168.
211. Fehling K. B., Selby E. A. Suicide in DSM-5: Current evidence for the proposed Suicide Behavior Disorder and other possible improvements. *Frontiers in psychiatry*. 2021. № 11. P. 499980.
212. Fergusson D. M., Woodward L. J., Horwood L. J. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med.*, 2000. № 30 (1). P. 23–39.
213. Fisher S., Greenberg R. P. The scientific credibility of Freud's theories and therapy. Columbia University Press, 1985.
214. Forces of production and direction: A test of an expanded model of suicide and homicide / N. He et al. *Homicide studies*. 2003. № 7(1). P. 36–57.
215. Fortune S., Sharma V., Papalii T. Evidence synthesis of the research on suicide prevention and postvention: Aotearoa New Zealand and international perspectives. Wellington: Ministry of Health, 2023.

216. Fountoulakis K. N., Gonda X. Differential correlation of suicide and homicide rates according to geographical areas: a study with population-level data. *Psychiatry research*. 2017. № 249. P. 167–171.
217. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review / M. Isaac et al. *Can J Psychiatry*. 2009. № 54 (4). P. 260–268.
218. Genome-wide association study of suicide death and polygenic prediction of clinical antecedents / A. R. Docherty et al. *American Journal of Psychiatry*. 2020. № 177 (10). P. 917–927.
219. German Beck Scale for Suicide Ideation (BSS): psychometric properties from a representative population survey / S. Kliem et al. *BMC Psychiatry*. 2017. № 17 (1). P. 389.
220. Gerson J., Stanley B. Suicidal and self-injurious behavior in personality disorder: Controversies and treatment directions. *Current Psychiatry Reports*. 2002. № 4(1). P. 30–38.
221. Gordon C., Berk M. The effect of geomagnetic storms on suicide. *South African Psychiatry Review*. 2003. № 6(3). P. 24–27.
222. Harryson L., Novo M., Hammarström A. Is gender inequality in the domestic sphere associated with psychological distress among women and men? Results from the Northern Swedish Cohort. *Journal Epidemiol Community Health*. 2012. № 66(3). P. 271–276.
223. Hawton K., Saunders K. E., O'Connor R. C. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*. 2012. № 379 (9834). P. 2373–2382.
224. Healy G. R. *The Persian Letters*. Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1964.
225. Hedegaard H., Warner M. Evaluating the cause-of-death information needed for estimating the burden of injury mortality: United States, 2019. *National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*. 2021. № 70 (13). P. 1–23.
226. Hendricks P. S., Johnson M. W., Griffiths R. R. Psilocybin, psychological distress, and suicidality. *Journal Psychopharmacol*. 2015. № 29 (9). P. 1041–1043.

227. Henry P. The Dialectic of Suicide in Montaigne's «Coustume de l'Isle de Cea». *The Modern Language Review*. 1984. № 79 (2). P. 278–289.
228. Herba C. M., Ferdinand R. F., Verhulst F. C. Long-term associations of childhood suicide ideation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007. № 46 (11). P. 1473–1481.
229. Higher temperatures increase suicide rates in the United States and Mexico / M. Burke et al. *Nature Climate Change*. 2018. № 8 (8). C. 723–729.
230. How electroconvulsive therapy works in the treatment of depression: is it the seizure, the electricity, or both? / Z.-D. Deng et al. *Neuropsychopharmacology*. 2024. 49 (1). P. 150–162.
231. Hume D. *Essays on Suicide and the Immortality of the Soul*. Decker, 1799.
232. Hunter E. K. «Between the bridge and the brook» suicide and salvation in England c. 1550–1650. *Reformation & Renaissance Review*. 2013. № 15 (3). P. 237–257.
233. IHME, G.B.o.D. Prevalence of alcohol use disorders in males vs. females. 2019. URL: <https://ourworldindata.org/grapher/prevalence-of-alcohol-disorders-males-vs-females>
234. IHME; Global Burden of Disease. Male-to-female ratio of suicide rates, 2017. 2022. URL: <https://ourworldindata.org/grapher/male-female-ratio-of-suicide-rates>
235. Influence of psychotherapist density and antidepressant sales on suicide rates / N. D. Kapusta et al. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2009. № 119 (3). P. 236–242.
236. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. 2020. URL: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
237. Interventions of choice for the prevention and treatment of suicidal behaviours: An umbrella review / T. Sufrate-Sorzano et al. *Nurs Open*. 2023. № 10 (8). P. 4959–4970.
238. Jacqueline A-Tjak, Michelle L. Davis, Nexhmedin Morina. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2015. № 84(1). P. 30–36.

239. Jakobsen J. C., Gluud C., Kirsch I. Should antidepressants be used for major depressive disorder? *BMJ Evid Based Med*. 2020. № 25(4). P. 130.
240. Joiner T. Why People Die by Suicide. Harvard University Press, 2009.
241. Kahn G. D., Wilcox H. C. Marijuana Use Is Associated With Suicidal Ideation and Behavior Among US Adolescents at Rates Similar to Tobacco and Alcohol. *Archives of Suicide Research*, 2022. № 26(2). P. 520–533.
242. Kant I. The Metaphysics of Morals [1797] / Mary Gregor (trans.). 1991, Cambridge: Cambridge University Press.
243. Kernberg O. F. Challenges for the Future of Psychoanalysis. *The American Journal of Psychoanalysis*. 2021. № 81(3). P. 281–300.
244. Ketamine abuse potential and use disorder / Y. Liu et al. *Brain Research Bulletin*. 2016. № 126. P. 68–73.
245. Ketamine for the treatment of mental health and substance use disorders: comprehensive systematic review / Z. Walsh et al. *BJPsych Open*. 2022. № 8(1). P. e19.
246. Kierkegaard S. The sickness unto death. Penguin Group, 1989.
247. Kirsch I. Antidepressants and the Placebo Effect. *Z Psychol*. 2014. № 222(3). P. 128–134.
248. Kirsch I. Placebo Effect in the Treatment of Depression and Anxiety. *Front Psychiatry*. 2019. № 10. P. 407.
249. Klebes M. Mutiny of an Error: Wittgenstein and Kierkegaard on Suicide. 2015.
250. Kleespies P. M. A. P. Association, Behavioral Emergencies: An Evidence-based Resource for Evaluating and Managing Risk of Suicide, Violence, and Victimization. American Psychological Association, 2009.
251. Kleespies P. M. Emergencies in mental health practice: Evaluation and management. Guilford Press, 2000.
252. Kposowa A. J. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2000. № 54 (4). P. 254–261.

253. Kposowa A. J., Ezzat D. A., Breault K. D. Marital status, sex, and suicide: New longitudinal findings and Durkheim's marital status propositions. *Sociological Spectrum*. 2020. № 40 (2). P. 81–98.
254. Krause K., Zhang X. C., Schneider S. Long-Term Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Routine Outpatient Care for Youth with Anxiety Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2024. № 93(3). P. 181–190.
255. Krug E. G., Mercy J. A., Linda L. D., Zwi A. B. . World Report on Violence and Health. World Health Organization, 2002.
256. Lifeline Ukraine. Lifeline Ukraine тренінги. 2024. URL: <https://training.lifelineukraine.com/>
257. Liga Zakon. Правове підґрунтя для впровадження психоделічно асистованої терапії в Україні: перспективи та виклики. 2023. URL: https://jurliga.ligazakon.net/analytys/222279_pravove-pdruntya-dlya-vprovadzhennya-psikhodelchno-asistovano-terap-v-ukran-perspektivi-ta-vikliki
258. Ludwig J., Marcotte D. E., Norberg K. Anti-depressants and suicide. *Journal Health Econ*, 2009. № 28 (3). P. 659–676.
259. Lytle M. C., Silenzio V. M., Caine E. D. Are There Still Too Few Suicides to Generate Public Outrage? *JAMA Psychiatry*. 2016. 73(10). P. 1003–1004.
260. Makarewicz J., Kodeks Karny z komentarzem. Lwów: Wydawnictwo Zakładu Narodowego imienia Ossolinski, 1932.
261. Mäkinen I. H. Eastern European transition and suicide mortality. *Social science & medicine*. 2000. № 51 (9). P. 1405–1420.
262. Mania, hypomania, and suicidality: findings from a prospective community study / T. Bronisch et al. *Archives of Suicide Research*. 2005. № 9(3). P. 267–278.
263. Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: hidden suicides? / P. Värnik et al. *Scandinavian journal of public health*. 2010. № 38(4). P. 395–403.
264. Maung H. H. Mental Disorder and Suicide: What's the Connection? *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*. 2021. № 47 (3). P. 345–367.

265. May J. M., Richardi T. M., Barth K. S. Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *Ment Health Clin.* 2016. № 6 (2). P. 62–67.
266. Medications and Suicide: High Dimensional Empirical Bayes Screening (iDEAS): Supplementary File / R. Gibbons et al. *Harvard Data Science Review.* 2019. № 1(2).
267. Mental disorders and suicide prevention / J. K. Lönnqvist et al. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1995. № 49, Suppl 1. P. 111–116.
268. Mental health in Ukraine in 2023 / D. Martsenkovskyi et al. *Eur Psychiatry.* 2024. № 67 (1). P. e27.
269. Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients / G. Walsh et al. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2015. № 131 (3). P. 174–184.
270. Mewton L., Andrews G. Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: improving patient outcomes. *Psychol Res Behav Manag.* 2016. № 9. P. 21–29.
271. Michelet J., Hazlitt W. The Life of Luther: Written by Himself. *Bell & Daldy.* 1872. 471 c.
272. Minois G. History of suicide: Voluntary death in western culture. American Psychological Association, 2001. 387 c.
273. Möller-Leimkühler A. M. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience.* 2003. № 253 (1). P. 1–8.
274. Moore M. D., Heirigs M. H. Suicide & gender inequality: a cross-national examination. *Sociological Spectrum,* 2021. № 41(3). P. 273–286.
275. More T. Utopia & selected epigrams. CTMS Publishers at the University of Dallas, 2020. 162 c.
276. Mukhtar F., Regenold W., Lisanby S. H. Recent advances in electroconvulsive therapy in clinical practice and research. *Fac Rev.* 2023. № 12. P. 13.
277. Næss E. O., Mehlum L., Qin P. Marital status and suicide risk: Temporal effect of marital breakdown and contextual difference by socioeconomic status. *SSM – Population Health.* 2021. № 15. P. 100853.

278. Näher A.-F., Rummel-Kluge C., Hegerl U. Associations of suicide rates with socioeconomic status and social isolation: Findings from longitudinal register and census data. *Frontiers in psychiatry*. 2020. № 10. P. 898.
279. Nakao M., Shiotsuki K., Sugaya N. Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial Medicine*. 2021. № 15(1). P. 16.
280. Narveson J. Moral philosophy and suicide. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1986. № 31(2). P. 104–107.
281. National Suicide Prevention Lifeline crisis chat interventions: Evaluation of chatters' perceptions of effectiveness / M. S. Gould et al. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2021. № 51 (6). P. 1126–1137.
282. NeuroLaunch editorial team. Gestalt Therapy Pros and Cons: A Comprehensive Analysis. 2024. URL: <https://neurolaunch.com/gestalt-therapy-pros-and-cons/>
283. Newton-Howes G., Mullen R. Coercion in Psychiatric Care: Systematic Review of Correlates and Themes. *Psychiatric Services*. 2011. № 62(5). P. 465–470.
284. Noon G. On suicide. *Journal of the History of Ideas*. 1978. № 39(3). P. 371–386.
285. Nutt D. J., King L. A., Phillips L. D. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*. 2010. № 376 (9752). P. 1558–1565.
286. Oberwittler D. Lethal violence: A global view on homicide. *Oxford research encyclopedia of criminology and criminal justice: Oxford University Press*. 2019.
287. Office for National Statistics. Household income inequality, UK: financial year ending 2021. 2022. URL: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/personalandhouseholdfinances/incomeandwealth/bulletins/householdincomeinequalityfinancial/financialyearending2021>
288. Øien-Ødegaard C., Hauge L. J., Reneflot A. Marital status, educational attainment, and suicide risk: a Norwegian register-based population study. *Population Health Metrics*. 2021. № 19 (1). P. 33.

289. Opioid dose and risk of suicide / M. A. Ilgen et al. *Pain*. 2016. № 157 (5). P. 1079–1084.
290. Oquendo M. A., Baca-Garcia E. Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: advantages outweigh limitations. *World Psychiatry*. 2014. № 13 (2). P. 128–130.
291. Paris J. Is Psychoanalysis Still Relevant to Psychiatry? *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. 2017. № 62 (5). P. 308–312.
292. Personality disorder risk factors for suicide attempts over 10 years of follow-up / E. B. Ansell et al. *Personal Disord*. 2015. № 6 (2). P. 161–167.
293. Pfaff J. J., J. G. Acres, R. S. McKelvey. Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. *Med J Aust*, 2001. № 174 (5). P. 222–226.
294. Phillips J. A., Hempstead K. Differences in U.S. Suicide Rates by Educational Attainment, 2000–2014. *Am J Prev Med*. 2017. № 53 (4). P. e123-e130.
295. Poorolajal J., Darvishi N. Smoking and Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016. № 11 (7). P. e0156348.
296. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders / B. Birmaher et al. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007. № 46 (11). C. 1503–1526.
297. Precontemplated and impulsive suicide attempts among individuals with alcohol dependence / K. R. Conner et al. *Journal of Studies on Alcohol*. 2006. № 67 (1). P. 95–101.
298. Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males / A. Cibis et al. *Journal of Affective Disorders*. 2012. № 136 (1–2). P. 9–16.
299. Prevalence of suicidality in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of comparative studies / H. Cai et al. *Frontiers in psychiatry*. 2021. P. 1347.
300. Published by the decision of the Research and Methodology Council of the Educational Establishment «Vitebsk State University named after P. M. Masherov». *Minutes*. 2022. № 3.

301. Qin P. Suicide risk in relation to level of urbanicity – a population-based linkage study. *International Journal of Epidemiology*. 2005. № 34 (4). P. 846–852.
302. Qin P., E. Agerbo P. B. Mortensen, Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. *American journal of psychiatry*. 2003. № 160 (4). P. 765–772.
303. Rabbi Kassel Abelson, Suicide. Rabbinical Assembly. 2005, 11 p.
304. Raffagnino R. Gestalt Therapy Effectiveness: A Systematic Review of Empirical Evidence. *Open Journal of Social Sciences*. 2019.
305. Rasmussen M. L., Haavind H., Dieserud G. Young Men, Masculinities, and Suicide. *Archives of Suicide Research*. 2018. № 22(2). P. 327–343.
306. Razvodovsky Y. Alcohol consumption and suicide trends in the former Soviet republics. *J. Psychiatry Psychiatr. Disord*. 2016. № 1. P. 15–25.
307. Reducing suicide: A national imperative / ed.: S. K. Goldsmith, T. C. Pellmar, A. M. Kleinman, W. E. Bunney. Washington, 2002. 496 c.
308. Regulation of lifespan by neural excitation and REST / J. M. Zullo et al. *Nature*. 2019. № 574 (7778). P. 359–364.
309. Relationship between marijuana and other illicit drug use and depression/suicidal thoughts among late middle-aged and older adults / N. G. Choi et al. *International Psychogeriatrics*. 2015. № 28 (4). P. 577–589.
310. Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000–2012 / K. N. Fountoulakis et al. *Ann Gen Psychiatry*. 2016. № 15. P. 19.
311. Rihmer Z., Belső N., Kalmár S. Antidepressants and suicide prevention in Hungary. *Acta Psychiatr Scand*, 2001. № 103 (3). P. 238–239.
312. Rihmer Z., Németh A. A depressziók kezelése és a hazai öngyilkossági halálozás kapcsolata – Fókuszban a 2007-es egészségügyi reform hatása. *Neuropsychopharmacol Hung*. 2014. № 16. P. 195–204.
313. Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review / K. Hawton et al. *Journal of Affective Disorders*. 2013. № 147(1). P. 17–28.

314. Risk of suicide death following electroconvulsive therapy treatment for depression: a propensity score-weighted, retrospective cohort study in Canada / T. S. Kaster et al. *The Lancet Psychiatry*. 2022. № 9 (6). P. 435–446.
315. Ronningstam E., Weinberg I., Maltzberger J. Psychoanalytic theories of suicide. 2009. P. 150–158.
316. Rutz W., L. von Knorring, Wålinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand*, 1989. № 80 (2). P. 151–154.
317. Schaff P., Wace H. Nicene and post-Nicene fathers. Vol. 14. Hendrickson Peabody, 1994.
318. Schneider B. Substance Use Disorders and Risk for Completed Suicide. *Archives of Suicide Research*. 2009. № 13(4). P. 303–316.
319. Schopenhauer A. Studies in Pessimism: A Series of Essays. London: G. Allen, 1913.
320. Sher L. Alcohol consumption and suicide. *QJM: An International Journal of Medicine*, 2005. № 99 (1). P. 57–61.
321. Sher L., Kahn R. S. Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview. *Medicina (Kaunas)*. 2019. № 55(7).
322. Shifts in gender equality and suicide: A panel study of changes over time in 87 countries / A. Milner et al. *Journal of affective disorders*. 2020. № 276. P. 495–500.
323. Simon G. E., VonKorff M. Suicide mortality among patients treated for depression in an insured population. *Am J Epidemiol*. 1998. №147 (2). P. 155–160.
324. Siris S. G. Suicide and schizophrenia. *J Psychopharmacol*. 2001. № 15(2). P. 127–135.
325. Smith J. C., Mercy J. A., Conn J. M. Marital status and the risk of suicide. *American journal of public health*. 1988. № 78 (1). P. 78–80.
326. Stene-Larsen K., Reneflot A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2019. № 47 (1). P. 9–17.
327. Stengel Erwin. Suicide and Attempted Suicide. Baltimore, 1964.

328. STEPS. Поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні у 2019 році. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2020. 68 с.
329. Stomma L. *Antropologia kultury wsi polskiej XIX w.* Pax, 1986.
330. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Results from the 2020 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Rockville, Maryland. 2022.
331. Substance use disorders and the risk of suicide mortality among men and women in the US Veterans Health Administration / K. M. Bohnert et al. *Addiction*. 2017. № 112 (7). С. 1193–1201.
332. Suicidal behavior and alcohol abuse / M. Pompili et al. *Int J Environ Res Public Health*, 2010. № 7(4). P. 1392–1431.
333. Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention / D. W. Black et al. *Journal Personal Disord*. 2004. № 18 (3). С. 226–239.
334. Suicidal Ideation and Electroconvulsive Therapy: Outcomes in Adolescents With Major Depressive Disorder / H. Cai et al. *The Journal of ECT*. 2023. № 39 (3).
335. Suicide and altitude: A systematic review of global literature / A. Brown et al. *Public health nursing*. 2022.
336. Suicide and antidepressants: what current evidence indicates / A. Nischal et al. *Mens Sana Monogr*. 2012. № 10(1). P. 33–44.
337. Suicide or undetermined intent? A register-based study of signs of misclassification / C. Björkenstam et al. *Population health metrics*. 2014. № 12 (1). С. 1–11.
338. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review / G. Zalsman et al. *The Lancet Psychiatry*. 2016. № 3(7). P. 646–659.
339. Suicide prevention strategies: a systematic review / J. J. Mann et al. *Jama*. 2005. № 294 (16). P. 2064–2074.
340. Suicide risk and mortality among patients with cancer / M. Heinrich et al. *Nat. Med*. 2022. № 28(4). P. 852–859.

341. Suicide risk in primary care patients diagnosed with a personality disorder: a nested case control study / M. Doyle et al. *BMC Family Practice*. 2016. № 17(1). P. 106.
342. Suicide Screening Questionnaire-Self-Rating (SSQ-SR): Development, reliability, and validity in a clinical sample of Korean adults / V. Yook et al. *Comprehensive Psychiatry*. 2023. 121. P. 152-360.
343. Suicide Trends Among and Within Urbanization Levels by Sex, Race/Ethnicity, Age Group, and Mechanism of Death – United States, 2001–2015 / A. Z. Ivey-Stephenson et al. *MMWR Surveill Summ*. 2017. № 66 (18). P. 1–16.
344. Surveillance for Violent Deaths – National Violent Death Reporting System, 34 States, Four California Counties, the District of Columbia, and Puerto Rico, 2017 / E. Petrosky et al. *MMWR Surveillance Summaries*. 2020. № 69(8). P. 1.
345. Sym J. *Lifes Preservative against self-killing: or, an useful treatise concerning life and self-murder, etc.* 1637.
346. Symptoms of mania and anxiety do not contribute to suicidal ideation or behavior in the presence of bipolar depression / J. E. Persons et al. *Psychiatry Research*. 2022. № 307. P. 114-296.
347. Syrda J. Spousal relative income and male psychological distress. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2020. № 46(6). P. 976–992.
348. The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies / L. S. Too et al. *Journal of Affective Disorders*. 2019. № 259. P. 302–313.
349. The currents of lethal violence: An integrated model of suicide and homicide / N. P. Unnithan et al. *SUNY Press*. 1994.
350. The Economist. A new therapy for Ukraine’s scarred soldiers: ketamine. 2024. URL: <https://www.economist.com/europe/2024/01/15/a-new-therapy-for-ukraines-scarred-soldiers-ketamine>
351. The effectiveness of a suicide prevention program in primary care clinics supported by community public health resources: A difference-in-differences analysis / H. Jeong et al. *Psychiatry Research*. 2024. № 334. P. 115803.

352. The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. / A. T. Gloster et al. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2020. № 18. P. 181–192.

353. The evidence for cognitive behavioural therapy in any condition, population or context: a meta-review of systematic reviews and panoramic meta-analysis / B. Fordham et al. *Psychological Medicine*. 2021. № 51 (1). P. 21–29.

354. The impact of macroeconomic factors on suicide in 175 countries over 27 years / N. Meda et al. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2022. № 52 (1). P. 49–58.

355. The impact of suicide prevention education programmes for nursing students: A systematic review / M. Ferguson et al. *Int J Ment Health Nurs*. 2020. № 29 (5). P. 756–771.

356. The readability of scientific texts is decreasing over time / P.-S. Pontus et al. *Elife*, 2017. 6.

357. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence / J. Moncrieff et al. *Molecular Psychiatry*. 2023. № 28(8). C. 3243–3256.

358. The significance of cognitive-behavioral therapy on suicide: An umbrella review / H. Wu et al. *Journal of Affective Disorders*. 2022. № 317. P. 142–148.

359. The World Bank. Education Statistics: Education Attainment. 2022. URL: <https://databank.worldbank.org/source/education-statistics:-Education-Attainment#>

360. The World Bank. Suicide mortality rate (per 100,000 population) – Poland. 2024. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.SUIC.P5?locations=PL> (date of access: 21.02.2022).

361. The World Bank. Suicide mortality rate (per 100,000 population). 2022. URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.SUIC.P5> (date of access: 21.02.2022).

362. Tolin D. F. Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2010. № 30 (6). P. 710–720.

363. Toxoplasmosis – a global threat. Correlation of latent toxoplasmosis with specific disease burden in a set of 88 countries / J. Flegr et al. *PLoS One*. 2014. № 9 (3). P. e90203.

364. Treatment guesses in the Treatment for Adolescents with Depression Study: Accuracy, unblinding and influence on outcomes / J. Jureidini et al. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2024. № 58(4). P. 355–364.

365. Treatment-resistant depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions / R. S. McIntyre et al. *World Psychiatry*. 2023. № 22(3). P. 394–412.

366. Turecki G., Brent D. A. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*. 2016. № 387 (10024). P. 1227–1239.

367. umo.edu.ua. Бінпо взяв участь у тренінгу «Превенція суїциду. Гейткіпінг». 2023. URL: <http://umo.edu.ua/news/binpo-vzjav-uchastj-u-treninghu-prevencija-sujicidu-ghejtkippingh>

368. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Infant Mortality Rate – Total. 2024. URL: <https://childmortality.org/data/Ukraine> (date of access: 15.04.2024).

369. Under detection of depression in primary care settings in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis / A. Fekadu et al. *Syst Rev.*, 2022. № 11 (1). P. 21.

370. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries / G. Thornicroft et al. *Br J Psychiatry*. 2017. № 210 (2). P. 119–124.

371. UPU. Членський реєстр. 2024. URL: <https://upu.com.ua/uk/registry/?page=1>

372. Use of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in Practice: Interactions between patients and physicians / J. Ford et al. *Qual Health Res*. 2020. № 30 (13). P. 2146–2159.

373. van der Feltz-Cornelis C. M. et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis*, 2011. № 32 (6). P. 319–333.

374. Varnik A. Suicide in the former republics of the USSR. *Psychiatria Fennica*, 1998. P. 150–162.
375. VICE. In Ukraine, Ketamine-Assisted Therapy Aims to Heal the Mental Wounds of War. 2024. URL: <https://united24media.com/life-in-ukraine/in-ukraine-ketamine-assisted-therapy-aims-to-heal-the-mental-wounds-of-war-875>
376. Vijayakumar L., John S. Is Hinduism ambivalent about suicide? *International Journal of Social Psychiatry*. 2018. № 64 (5). P. 443–449.
377. vnu.edu.ua. Треба жити за будь-яких обставин. 2024. URL: <https://vnu.edu.ua/uk/articles/treba-zhiti-za-bud-yakih-obstavin>
378. Voineskos D. Daskalakis Z. J., Blumberger D. M. Management of Treatment-Resistant Depression: Challenges and Strategies. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020. № 16. P. 221–234.
379. Voltaire V. The Works of Voltaire, Vol. IV (Philosophical Dictionary Part 2). New York: E. R. DuMont, 1764.
380. Voracek M. Ancestry, genes, and suicide: a test of the Finno-Ugrian Suicide Hypothesis in the United States. *Perceptual and motor skills*. 2006. № 103 (2). P. 543–550.
381. Wang D. W. L., Colucci E. Should compulsory admission to hospital be part of suicide prevention strategies? *BJPsych Bull*. 2017. № 41(3). P. 169–171.
382. Wasserman D. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. OUP Oxford, 2021.
383. Which helper behaviors and intervention styles are related to better short-term outcomes in telephone crisis intervention? Results from a Silent Monitoring Study of Calls to the U.S. 1-800-SUICIDE Network / B. L. Mishara et al. *Suicide Life Threat Behav*. 2007. № 37 (3). P. 308–321.
384. WHO Mortality Database. Ukraine: Suicide rates, age-standardized, per 100 000 population, by sex and year. 2017. URL: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/country-profiles/UKR.pdf?ua=1 (date of access: 15.04.2024).

385. World Health Organization, Depression and Other Common Mental Disorders. Geneva. 2017.
386. World Health Organization, SDR, Events of undetermined intent, per 100 000. 2022.
387. World Health Organization. Suicide rate estimates, age-standardized. Estimates by country. 2022. URL: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en> (date of access: 15.04.2024).
388. World Health Organization. Suicide rates. 2024. URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>
389. World Health Organization. Suicide. 2021. URL: <http://www.emro.who.int/health-topics/suicide/feed/atom.html> (date of access: 21.02.2022).
390. World Health Organization. WHO mortality database. 2022. URL: <https://platform.who.int/mortality> (date of access: 15.04.2024).
391. Wu B. Testing the Stream Analogy for Lethal Violence: A Macro Study of Suicide and Homicide. *Western criminology review*. 2003. № 4 (3).
392. Yakeley, J., W. Burbridge-James, *Psychodynamic approaches to suicide and self-harm*. BJPsych Advances, 2018. **24**(1): c. 37-45.
393. Yang B., Lester D. Recalculating the economic cost of suicide. *Death studies*. 2007. № 31 (4). C. 351–361.
394. Yeh, H.-H., et al., *Diagnosed mental health conditions and risk of suicide mortality*. Psychiatric services, 2019. **70**(9): c. 750-757.
395. Yook, V., et al., *Suicide Screening Questionnaire-Self-Rating (SSQ-SR): Development, reliability, and validity in a clinical sample of Korean adults*. Comprehensive Psychiatry, 2023. **121**: c. 152360.
396. Zainal N. H. Is combined antidepressant medication (ADM) and psychotherapy better than either monotherapy at preventing suicide attempts and other psychiatric serious adverse events for depressed patients? A rare events meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2024. № 54 (3). P. 45–472.

397. zakinppo.org.ua. Відбувся тренінг «Превенція суїциду в громадах». 2024. URL: <https://zakinppo.org.ua/novyny/vidbuvsia-treninh-preventsia-suitsydu-v-hromadakh/>
398. Zalsman, G., et al., *Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review*. The Lancet Psychiatry, 2016. **3**(7): с. 646-659.
399. Zeifman, R.J., et al. *Decreases in Suicidality Following Psychedelic Therapy: A Meta-Analysis of Individual Patient Data Across Clinical Trials*. The Journal of clinical psychiatry, 2022. **83**, 21r14057 DOI: 10.4088/jcp.21r14057.
400. Zhang X., Wu L.-T. Suicidal ideation and substance use among adolescents and young adults: A bidirectional relation? *Drug and Alcohol Dependence*. 2014. № 142. P. 63–73.
401. Zhang, X., L.-T. Wu, *Suicidal ideation and substance use among adolescents and young adults: A bidirectional relation?* Drug and Alcohol Dependence, 2014. **142**: с. 63-73.
402. Zullo, J.M., et al., *Regulation of lifespan by neural excitation and REST*. Nature, 2019. **574**(7778): с. 359-364.

ДОДАТКИ

Додаток А

Список публікацій здобувача

Публікації, в яких подано основні наукові результати дисертації

Статті у наукових виданнях, що входять на дату опублікування до переліку наукових фахових видань України

1. Задорожний Н. М., 2022а. Кримінологічний та кримінально-правовий аспекти визначення самогубства. *ScienceRise: Juridical Science*. № 1(19). С. 64–69.
2. Задорожний Н. М., 2022б. Філософський та теологічний підходи до розуміння та аналізу самогубства: історія та сучасний стан. *Право і суспільство*. № 5. С. 210–217.
3. Задорожний Н. М., 2024а. Самогубство як фонове для злочинності явище та теорія потокової аналогії. *Право і суспільство*. № 2. С. 230–235.
4. Задорожний Н. М., 2024б. Аналіз статистичних зв'язків між рівнями самогубств та випадків смерті внаслідок ушкоджень з невизначеним наміром як свідчення потенційної латентності рівня самогубств в Україні. *Вісник Нац. ун-ту «Львівська політехніка» «Юридичні науки»*. № 2. С. 56–60.

Публікації, що засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

5. Задорожний Н., 2022в. Бойові самогубства учасників українського визвольного руху (1940–1950-х рр.): юридично-кримінологічний аспект. *Розвиток сучасної освіти і науки: результати, проблеми, перспективи. Т. XIII: Утилітарна цінність наукових досліджень. (Конін – Ужгород – Перемишль – Херсон, 25 жовтня 2022 р.)*. С. 18–21.
6. Задорожний Н., 2024в. Метод скринінгу та метод інтервенції – інструменти запобігання самогубства. *Актуальні проблеми забезпечення захисту прав та свобод людини в умовах інтеграції України в європейський простір: збірник матеріалів Міжнародної конференції*. (Львів: Сполом, 29 березня 2024 р.). С. 228-230.
7. Задорожний Н. М., 2024г. Майбутня важливість питання запобігання самогубствам серед ветеранів війни в Україні. *Сучасні напрями розвитку*

економіки, підприємництва, технологій та їх правового забезпечення: матеріали Міжнародної конференції здобувачів вищої освіти. (Львів: Вид-во Львівського торговельно-економічного університету, 29-30 травня 2024 р.), С. 427–428.

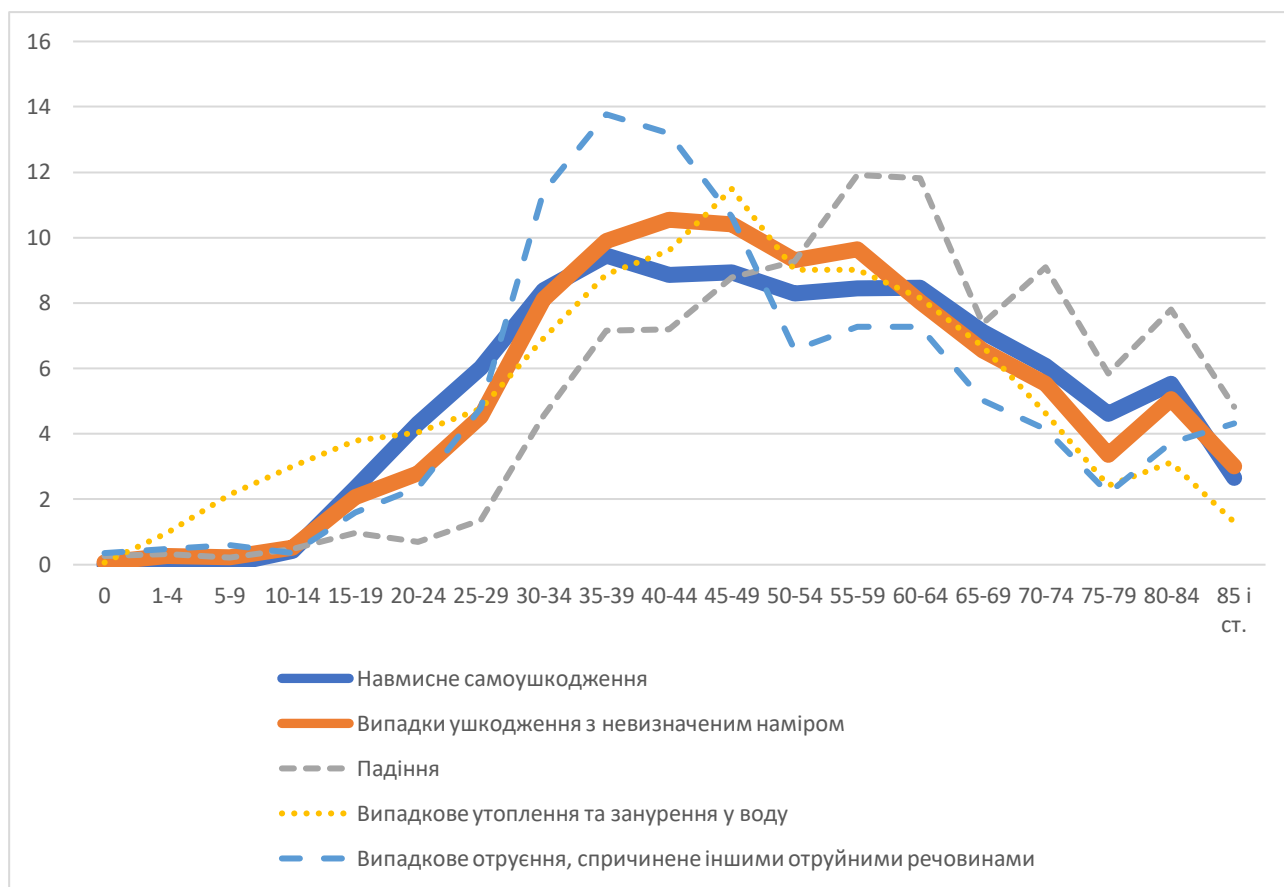
8. Задорожний Н.М., 2024г. Прояви суїцидальної поведінки. Вдосконалення правового механізму захисту прав та свобод людини і громадянина в умовах євроінтеграції: збірник матеріалів Всеукраїнської конференції. (Львів: Сполом, 25 жовтня 2024 р.). С. 151-152.

Апробація результатів роботи

№ з/п	Тип конференції	Назва конференції	Місце і дата проведення	Форма участі
1.	Міжнародна науково-практична конференція	Розвиток сучасної освіти і науки: результати, проблеми, перспективи. Т. XIII: Утилітарна цінність наукових досліджень	25 жовтня 2022 р.	заочно
2.	Міжнародна конференція	Актуальні проблеми забезпечення захисту прав та свобод людини в умовах інтеграції України в європейський простір	29 березня 2024 р.	заочно

3.	Міжнародна конференція	Сучасні напрями розвитку економіки, підприємництва, технологій та їх правового забезпечення	29-30 травня 2024 р.	очна
4.	Всеукраїнська конференція	Вдосконалення правового механізму захисту прав та свобод людини і громадянина в умовах євроінтеграції	25 жовтня 2024 р.	заочна

Відсотковий поділ вікових груп за причинами смерті в Україні



Дані подано за джерелом: [17].

Відсоток діагностування психічних розладів серед суїцидентів

Діагноз	Відсоток діагнозів серед суїцидентів, %
Розлади настрою	30,2
Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин	17,6
Шизофренія	14,1
Розлади особистості	13,0

Дані подано за джерелом: [157].

Відсоток людей з депресією в Україні, Польщі, Угорщині, Великої Британії та США

Країна	Відсоток людей з депресією, 2005 (дані ІНМЕ)	Відсоток людей з депресією, 2019 (дані ІНМЕ)	Відсоток людей з депресією, 2015 (дані ВООЗ)
Україна	5,6	5,2	6,3
Польща	2,5	3	5,1
Угорщина	3,8	3,9	5,1
Велика Британія	4,8	5	4,5
США	5,1	4,9	5,9

Дані подано за джерелами: [236; 385].

Ймовірність смерті від самогубства порівняно з контрольною групою,
гендерний розподіл

Речовини-психоактиви	Чоловіки	Жінки
Будь-який розлад вживання	2,29	5,95
Алкоголь	2,26	4,72
Кокаїн	1,35	3,97
Канабіс	2,17	3,89
Опіати	2,37	8,19
Амфетамін та інші стимулянти	2,63	5,90
Седативи	4,74	11,36

Дані подано за джерелом: [331].

Детальний розподіл коефіцієнтів самогубств за віковими групами в Україні,
Польщі, Угорщині, Великої Британії та США

Україна		Польща		Угорщина	Велика Британія	США			
[1-4]	0,00	[1-4]	0,00	[1-4]	0,00	[1-4]	0,00	[1-4]	0,00
[5-9]	0,00	[5-9]	0,05	[5-9]	0,00	[5-9]	0,00	[5-9]	0,06
[10-14]	1,01	[10-14]	0,92	[10-14]	0,40	[10-14]	0,40	[10-14]	2,53
[15-19]	7,61	[15-19]	6,12	[15-19]	4,51	[15-19]	5,33	[15-19]	10,40
[20-24]	12,11	[20-24]	12,57	[20-24]	8,70	[20-24]	10,09	[20-24]	16,69
[25-29]	14,53	[25-29]	13,08	[25-29]	8,89	[25-29]	11,08	[25-29]	16,97
[30-34]	17,45	[30-34]	14,13	[30-34]	8,44	[30-34]	11,63	[30-34]	17,75
[35-39]	17,61	[35-39]	14,50	[35-39]	12,45	[35-39]	11,81	[35-39]	18,58
[40-44]	18,30	[40-44]	13,05	[40-44]	13,69	[40-44]	12,46	[40-44]	17,72
[45-49]	18,40	[45-49]	16,31	[45-49]	19,05	[45-49]	14,11	[45-49]	19,94
[50-54]	16,77	[50-54]	16,55	[50-54]	20,45	[50-54]	13,45	[50-54]	19,15
[55-59]	19,71	[55-59]	17,73	[55-59]	29,32	[55-59]	11,51	[55-59]	21,08
[60-64]	18,70	[60-64]	17,84	[60-64]	26,30	[60-64]	9,61	[60-64]	17,94
[65-69]	17,51	[65-69]	14,09	[65-69]	21,09	[65-69]	6,71	[65-69]	15,60
[70-74]	15,81	[70-74]	12,65	[70-74]	25,48	[70-74]	6,96	[70-74]	15,63
[75-79]	24,54	[75-79]	12,54	[75-79]	31,82	[75-79]	6,41	[75-79]	19,44
[80-84]	24,00	[80-84]	11,85	[80-84]	39,16	[80-84]	6,47	[80-84]	18,88
[85+]	28,60	[85+]	14,50	[85+]	42,84	[85+]	6,80	[85+]	19,92

Дані подано за джерелом: [390].

Кількість населення, кількість самогубств та коефіцієнт самогубств в Україні

Рік	Кількість населення	Кількість самогубств	Коефіцієнт самогубств
2005	47280817	9514	20,12
2006	46929525	8959	19,09
2007	46646046	8842	18,96
2008	46372664	8329	17,96
2009	46143714	6250	13,54
2010	45962947	6057	13,18
2011	45778534	6009	13,13
2012	45633637	5911	12,95
2013	45553047	6118	13,43
2014	45426249	5738	12,63
2015	42929298	5205	12,12
2016	42760516	5280	12,35
2017	42584542	5398	12,68
2018	42386403	5801	13,69
2019	42153201	5940	14,09
2020	41902416	5532	13,20
2021	41588354	5736	13,79

Дані подано за джерелом: [17].

Загальна кількість самогубств, кількість чоловічих та жіночих самогубств та їхні коефіцієнти, співвідношення коефіцієнтів в Україні

	К-сть самогубств	Коеф.	Чол.	Коеф.	Жін.	Коеф.	Співвідн.
2005	10622,00	22,47	8861	40,73	1761	6,95	5,86
2006	10013,00	21,34	8300	38,47	1713	6,80	5,65
2007	10037,00	21,52	8408	39,23	1629	6,51	6,03
2008	9458,00	20,40	7783	36,54	1675	6,73	5,43
2009	9717,00	21,06	7992	37,72	1725	6,96	5,42
2010	9091,00	19,78	7512	35,59	1579	6,40	5,56
2011	8973,00	19,60	7309	34,75	1664	6,77	5,13
2012	9060,00	19,85	7363	35,10	1697	6,93	5,06
2013	9367,00	20,56	7549	36,01	1818	7,45	4,84
2014	7970,00	18,34	6414	30,66	1556	6,40	4,79
2015	7575,00	17,65	6149	31,07	1426	6,21	5,01
2016	6898,00	16,13	5619	28,50	1279	5,59	5,10
2017	6488,00	15,24	5327	27,12	1161	5,10	5,32
2018	6279,00	14,81	5172	26,44	1107	4,89	5,41
2019	6190,00	14,68	5112	26,28	1078	4,79	5,49
2020	6103,00	14,56	4980	25,75	1123	5,02	5,13
2021	5914	14,22	4835	25,19	1079	4,86	5,19

Дані подано за джерелом: [17].

Коефіцієнти самогубств у областях України станом на 2021-й рік

Станом на 2021	
Україна	14,22
Вінницька	20,27
Волинська	14,79
Дніпропетровська	20,62
Донецька	20,1
Житомирська	19,41
Закарпатська	12,56
Запорізька	20,76
Ів.-Франківська	10,95
Київська	16,89
Кіровоградська	20,76
Луганська	19,26
Львівська	5,57
Миколаївська	22,1
Одеська	15,12
Полтавська	23,77
Рівненська	12,89
Сумська	17,28
Тернопільська	11,84
Харківська	8,77
Херсонська	25,57
Хмельницька	16,48
Черкаська	23,42
Чернівецька	13,05
Чернігівська	20,17
м. Київ	5,4

Дані подано за джерелом: [17].

Порівняння коефіцієнта самогубств, коефіцієнта Джині, показника ВВП на особу, індексу вбивств та індексу гендерної рівності в Україні, Великої Британії, США, Польщі та Угорщині

Країна /Рік	Коеф. само- губств	Коеф. Джині World Bank	Коеф. Джині office for national statistics	ВВП	Індекс вбивств	ГП
Велика Британія						
2005	7,9	34,3	35,9	42791,9	1,383361	0,202
2006	7,8	34,6	37	43576,2	1,413977	0,199
2007	7,6	35,7	38,6	44219,49	1,420548	0,197
2008	8,1	34,1	35,6	43767,7	1,226163	0,197
2009	8	34,3	36,6	41592,93	1,123692	0,186
2010	7,8	34,4	34,1	42147,77	1,191305	0,179
2011	8,3	33,2	33,8	42429,21	1,00122	0,169
2012	8,2	32,3	34,4	42754,54	0,971712	0,162
2013	8,8	33,2	35,3	43271,83	0,927921	0,153
2014	8,6	34	34,7	44239,15	0,900294	0,144
2015	8,8	33,2	35,1	45041,06	0,989977	0,13
2016	8,5	34,8	33,4	45712,78	1,190082	0,125
2017	8,2	35,1	35	46372,39	1,212394	0,117
2018	8,1		36	46853,2	1,124488	0,112
2019	7,9		35,4	47368,58		0,106
2020				42820,57		0,1
2021				45839,15		0,098
Польща						
2005	17,7	35,8		18937,48		0,157

2006	17,1	34,7		20111,3		0,159
2007	15,7	34		21543,16		0,166
2008	17	33,5		22444,91	0,849915	0,173
2009	19,2	33,4		23064,95	1,009076	0,174
2010	18,6	33,2		23996,14	1,001832	0,171
2011	18	33,2		25124,28	1,102207	0,152
2012	18,5	33		25457,21	1,069923	0,152
2013	18,2	33,1		25759,34	0,799307	0,15
2014	17,4	32,8		26649,58	0,753457	0,145
2015	15,9	31,8		27797,06	0,783508	0,134
2016	13,8	31,2		28682,69	0,684405	0,132
2017	13,3	29,7		30064,5	0,756195	0,125
2018	12,7	30,2		31674,13	0,730455	0,121
2019	11,3			33185,16	0,667762	0,111
2020				32398,7	0,702837	0,11
2021				34363,02		0,109
Угорщина						
2005	26,4	34,7		24419,83	1,626026	0,262
2006	24,9	28,3		25423,43	1,730369	0,246
2007	25	27,9		25533,37	1,536289	0,245
2008	25,4	27,5		25835,55	1,811473	0,241
2009	25,4	27		24168,98	1,395661	0,233
2010	25,5	29,4		24486,04	1,390095	0,24
2011	25,1	29,2		25012,29	1,465285	0,242
2012	24,8	30,8		24825,58	1,25705	0,242
2013	22,1	31,5		25343,71	1,566008	0,25
2014	20,4	30,9		26485,41	1,489038	0,248
2015	19,9	30,4		27531,64	2,260193	0,247
2016	18,7	30,3		28218,28	2,071164	0,252

2017	17,5	30,6		29501,12	1,644429	0,248
2018	17,7	29,6		31121,67	0,885913	0,229
2019	16,6	30		32553,69	0,660838	0,227
2020				31167,71	0,828127	0,231
2021				33517,97		0,221
США						
2005	11,9	41		54330,72		0,256
2006	12,1	41,4		55306,76	5,813091	0,257
2007	12,4	40,8		55884,68	5,697778	0,257
2008	12,7	40,8		55426,22	5,425291	0,254
2009	12,8	40,6		53514	5,0273	0,256
2010	13,1	40		54509,52	4,764224	0,248
2011	13,4	40,9		54953,51	4,705311	0,241
2012	13,5	40,9		55796	4,730549	0,235
2013	13,5	40,7		56431,35	4,525593	0,229
2014	14	41,5		57300,61	4,444676	0,217
2015	14,4	41,2		58419,69	4,949852	0,219
2016	15,1	41,1		58964,97	5,390755	0,216
2017	15,9	41,2		59914,78	5,319843	0,209
2018	15,7	41,4		61339,84	5,005866	0,192
2019	16,1	41,5		62458,75	5,065566	0,189
2020				59755,15	6,51654	0,178
2021				63069,23		0,179
Україна	Дані WHO, age-adjusted		Дані банку	світового		GII
1990	18,4			16428,48		
1991	18,4			14967,73		
1992	20			13447,16		
1993	21,3			11531,3		

1994	23,7			8934,775		
1995	25,2			7906,957		
1996	26,3			7179,678		
1997	25,8			7028,046		
1998	25,7			6956,399		
1999	25			7008,244		
2000	25,3			7496,813		
2001	23			8242,703		
2002	22,2			8765,683		
2003	21,8			9678,087		
2004	20			10902,04		
2005	19		33,8	11319,51		0,369
2006	17,8		30,8	12259,16		0,333
2007	18,1		31,5	13345,77		0,345
2008	17		30,9	13719,27		0,349
2009	17,6		26,3	11694,45		0,336
2010	16,6		24,5	12221,44		0,325
2011	16,4		23	12933,36		0,318
2012	16,6		23,1	12985,09		0,311
2013	15,3		22,6	13020,6		0,305
2014	15,3		24,4	12385,81		0,295
2015	14,6		21,6	11216,12		0,283
2016			21,4	11536,32		0,275
2017			20,6	11860,56		0,26
2018			21,9	12336,93		0,249
2019			21,6	12804,96		0,205
2020				12407,79		0,198
2021				12943,61		0,2

Дані подано за джерелами: [287; 360].



0001761

УКРАЇНА

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЛЬВІВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА»

вул. С. Бандери, 12, Львів, 79013, тел. (380-32) 237-49-93, 258-21-11, факс: (380-32) 258-26-80
ел. пошта: coffice@lpnu.ua, інтернет: www.lpnu.ua

11.04.2025 № 67-01-482

на № _____

ДОВІДКА

про використання в навчальному процесі результатів
дисертаційного дослідження
Задорожного Назара Михайловича

Основні положення та результати дисертаційного дослідження Задорожного Назара Михайловича на тему: «Кримінологічний аспект самогубства в Україні», виконаного за спеціальністю 081 Право на здобуття наукового ступеня доктора філософії, впроваджені у навчальний процес Національного університету «Львівська політехніка» та застосовуються у тематиці наукових досліджень освітньо-наукової програми третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти за спеціальністю 081 Право. Положення дисертаційного дослідження використовуються у викладанні навчальних дисциплін «Кримінальне право», «Кримінологія», «Порівняльне кримінальне право», «Актуальні питання теорії та практики у галузі кримінології та правової статистики» для бакалаврів та магістрів спеціальності 081 «Право». Основні положення цього дослідження враховані при підготовці навчальних та робочих програм, планів семінарських робіт і практичних занять, питань контролю успішності студентів цих навчальних дисциплін. Зокрема, в освітньому процесі впроваджено запропоновані Задорожним Назаром Михайловичем такі положення:

- авторську систему поділу методів запобігання самогубствам, що фокусується на спрощенні їх застосування: метод скринінгу (полягають у

допомозі попередньої ідентифікації осіб, у яких уже наявні суїцидальні ідеації та які ще не вчиняли суїцидальну поведінку) та метод інтервенції (полягають у прямому запобіганні вчиненню самогубства вже після або незалежно від визначення потенційних суїцидентів);

- комплексний підхід до запобігання самогубствам шляхом інтеграції міжсекторальних зусиль та розробки національної стратегії, що враховує медичні, соціальні та культурні аспекти для створення ефективної системи підтримки і запобігання серед вразливих груп населення та залучення регіональних та громадських секторів соціально-правового життя;

- основні чинники, які детермінують вчинення самогубства, зокрема враховано гендерні, соціальні, економічні, освітні, кліматичні та медико-психологічні фактори, що підвищують ризик самогубства, а також взаємозв'язок між трудовою еміграцією, геомагнітними збуреннями та релігійністю населення, що дозволяє створити більш комплексний підхід до профілактики цього явища.

**Проректор
з науково-педагогічної роботи
Національного університету
«Львівська політехніка»**



Олег ДАВИДЧАК

Виконавець:
Коваль М. М. 0686529245