

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

КАФЕДРА КЛІНІЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

РОБОЧА ПРОГРАМА ОСВІТНЬОГО КОМПОНЕНТА

Генезис та епідеміологія суїцидальної поведінки

Освітній рівень	<u>II (магістерського) рівня вищої освіти / III (освітньо-науковий) рівень</u> (назва рівня вищої освіти)
Галузь знань	05 Соціальні та поведінкові науки / <u>C Соціальні науки, журналістика, інформація та міжнародні відносини</u> (шифр і назва галузі знань)
Спеціальність	<u>053 Психологія / С4 Психологія</u> (код й найменування спеціальності)
Освітня програма	Клінічна психологія / Психологія забезпечення ментального здоров'я / Психологія

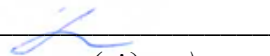
Розробник: Ірина САВЕЛЬЄВА, доктор філософії в галузі психології, доцент кафедри клінічної психології

Робоча програма затверджена
на засіданні кафедр

клінічної психології та соціальної психології

протокол № 10 від 23 червня 2025 року

Завідувач кафедри
клінічної психології


(підпис)

Ірина ЛИСЕНКО
(ім'я та прізвище)

Завідувач кафедри
соціальної психології

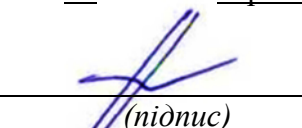

(підпис)

Дар'я ТРОФІМОВА
(ім'я та прізвище)

Розглянуто на засіданні Ради якості вищої освіти

протокол № 5 від 30 червня 2025 року

Голова РЯВО


(підпис)

Наталія ЗАВ'ЯЗКІНА
(ім'я та прізвище)

ВСТУП

Робоча програма освітнього компонента «*Генезис та епідеміологія суїцидальної поведінки*» розроблена на основі Методичних рекомендацій до розроблення і оформлення робочої програми освітнього компоненту, затвердженої Вченою Радою Київського інституту сучасної психології та психотерапії від 22 лютого 2024 року, протокол №7.

1. ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Статус освітнього компонента – вибірковий.

Обсяг освітнього компонента – 3 кредити ЄКТС.

Семестровий контроль – залік

Мета, завдання освітнього компоненту.

Метою освітнього компонента є: системне поглиблення теоретичних знань та формування спеціалізованих професійних компетентностей щодо психологічних детермінант суїцидальної поведінки. У межах дисципліни передбачається засвоєння сучасного психодіагностичного інструментарію, опанування методології психотерапевтичної інтервенції, релевантних для роботи з особами групи суїцидального ризику.

Основні **завдання** дисципліни полягають в ознайомленні з провідними теоретико-методологічними засадами та концептуальними підходами, що визначають специфіку психологічної діагностики та консультування осіб, схильними до проявів суїцидальної поведінки.

Результати навчання здобувачів за освітнім компонентом

Після опанування теми здобувачі вищої освіти здатні:

Пояснювати основні наукові підходи до розуміння генезису суїцидальної поведінки (психологічні, соціальні, біопсихосоціальні моделі).

Описувати ключові поняття, пов'язані із суїцидальною поведінкою, та коректно розрізняти її форми в науковому дискурсі.

Аналізувати епідеміологічні дані щодо поширеності суїцидальної поведінки з урахуванням вікових, гендерних, соціальних і культурних чинників.

Інтерпретувати взаємозв'язок індивідуальних, міжособистісних і соціальних факторів ризику та захисних факторів.

Критично оцінювати вплив соціальних криз, травматичних подій і соціальних трансформацій на динаміку суїцидальної поведінки.

Застосовувати епідеміологічні дані для наукового аналізу та обґрунтування профілактичних підходів.

Виявляти роль психічного здоров'я, соціальної підтримки та доступу до допомоги у формуванні ризиків і захисту.

Дотримуватися принципів етичної відповідальності та наукової коректності під час аналізу тематики суїцидальної поведінки.

Аргументувати значення міждисциплінарного підходу в дослідженні генезису та поширеності суїцидальної поведінки.

Усвідомлювати роль психолога у системі раннього виявлення ризиків і профілактики суїцидальної поведінки.

Робити психологічний прогноз щодо розвитку особистості, груп, організацій.

Вирішувати етичні дилеми з опорою на норми закону, етичні принципи та загальнолюдські цінності.

2. ПРОГРАМА ОСВІТНЬОГО КОМПОНЕНТА

№ п/п	Назва теми	Кількість годин			
		лекції	практичні	контактні	самостійна робота
1	Психоаналітичні теорії самогубства	3	2		7
2	Гендерні детермінанти суїциду	2	2		7
3	Політичні та соціальні детермінанти самогубства	1			7
4	Психопатологія та фактори ризику самогубства у підлітків	2			7
5	Фактори ризику суїциду серед літніх осіб	1			7
6	Особливості клінічного інтерв'ю для оцінки суїцидального ризику	2	2	2	7
7	Особливості переживання втрати в наслідок самогубства	2			7
8	Алекситимія та агресія як предиктори суїцидальної поведінки у осіб з депресивними розладами	2		2	6
9	Когнітивне упередження та оцінка суїцидального ризику	1		2	7
	ВСЬОГО	16	6	6	62

Зміст освітнього компоненту

Тема 1. Психоаналітичні теорії самогубства. Ведення поняття, термінології. Класифікація причин смерті. Поняття суїцидального процесу. Модель діатез-стресу. Соціальна теорія самогубства Е.Дюркгейма. Психоаналітична теорія самогубства З.Фрейда. Три провідні тенденції суїцидальної поведінки за К.Меннінгером *Лекція 2. Соціальна теорія Р.Баумейстра. Теорія надмірно узагальненої пам'яті та модель суїциду як крику болю. Теорія психічного болю Е.Шнейдмана, загальні риси самогубства за Е.Шнейдманом. Діалектико-поведінкова терапія (ДПТ) М. Лінехан. Когнітивна теорія Бека та центральна роль безнадії. Теорія "плинної вразливості". Література(7,10,14,17,23,24 28,31)*

Тема 2. Гендерні детермінанти суїциду. Нові напрямки в теорії, дослідженнях і профілактиці. Жінки та суїцидальна поведінка. Спільність і відмінності в моделях суїцидальної поведінки жінок у всьому світі. Гендерний парадокс суїцидальної поведінки як культурно специфічне явище. Суїцид у чоловіків. Профілактика суїцидальної поведінки чоловіків. Детермінанти психічного здоров'я. Гендерні парадокси громадського здоров'я. Суїцидальність серед людей із спільноти LGBTQ+ *Література(39,40,42,43,44,45)*

Тема 3. Політичні та соціальні детермінанти самогубства. Сучасні дослідження та теорії про вплив війни на самогубства. Самогубства серед мігрантів. Міграційна спільнота та суїцидальна поведінка. Гендерні аспекти суїцидальної поведінки серед мігрантів. Акультурація та суїцидальна поведінка. Соціально-економічний статус, соціальна підтримка та суїцидальна поведінка. *Література(46,47,48,49,50,51,52,53)*

Тема 4. Психопатологія та фактори ризику самогубства у підлітків. Сучасні дослідження психопатології серед підлітків з суїцидальною поведінкою. Фактори впливу на суїцидальність: безнадійність, тривожність, гнів, ворожість, дратівливість, сором, провина. Особистісні риси та їх вплив на ризик суїцидальної поведінки. Дефіцити як фактори ризику. Непрямі фактори, що сприяють суїцидальній поведінці. Шляхи суїцидальної поведінки підлітків. Терапія суїцидальних підлітків. *Література(1,5,6,22,27)*

Тема 5. Фактори ризику суїциду серед літніх осіб Фактори ризику суїциду серед літніх людей: досвід клінічних та громадських умов, демографічні характеристики. Психопатологія. Вплив попередньої суїцидальної спроби. Фізичні захворювання і інвалідність. Вплив життєвих обставин на суїцидальність літніх людей. Психологічні та соціальні фактори. Сімейні конфлікти та їхній зв'язок із ризиком самогубства у пізньому віці. Домашній стрес та суїцидальна поведінка. Фактори захисту від самогубств у пізньому віці. *Література(2,54,55,56)*

Тема 6. Особливості клінічного інтерв'ю для оцінки суїцидального ризику. Основні перспективи клінічного інтерв'ю. Виявлення проявів суїцидальної кризи. Фактори ризику. Інтерв'ю як кризова інтервенція. Проблеми контртрансферу в клінічному контакті. Література(57,58,59,60,61,62)

Тема 7. Особливості переживання втрати в наслідок самогубства. Фактори, що можуть впливати на процес горювання та психічне здоров'я осіб, які пережили втрату через самогубство. Особливості переживання втрати через самогубство. Чинники, що впливають на реакції горя після самогубства. Поняття стигматизації в контексті переживання втрати в наслідок самогубства. Загроза суїцидальної поведінки осіб, що переживають втрату в наслідок самогубства близьких людей. Емоційні переживання притаманних близьким суїцидента. Підтримка осіб, які пережили втрату через самогубство. Література(63,64,65,66,67)

Тема 8. Алекситимія та агресія як предиктори суїцидальної поведінки у осіб з депресивними розладами. Історія спостереження та дослідження феномену алекситимії. Механізми розвитку суїцидальної поведінки у пацієнтів з депресією. Взаємозв'язок алекситимії з суїцидальною поведінкою. Вплив порушення процесу менталізації на виникнення алекситимічних проявів. Порушення регуляції емоцій у пацієнтів з алекситимією. Типи алекситимії. Поняття агресії в клінічній психології та її зв'язок з алекситимією. Алекситимія та агресія як предиктори суїцидальної поведінки у осіб з депресивними розладами. Література(15,16,21,29,36)

Тема 9. Когнітивне упередження та оцінка суїцидального ризику. Опис поняття «когнітивне упередження». Розгляд досліджень, присвячених впливу когнітивних упереджень саме на оцінку ризику самогубства. Шкали для оцінки ризику самогубства. Оцінка безнадійності. Безнадійність як критичний фактор ризику в рамках моделі діатез-стресу. Оцінка за шкалою депресії Бека. Торонтська шкала алекситимії (TAS-20). Психологічна аутопсія Е.Шнейдмана. Методологія психологічної аутопсії. Обмеження методу аутопсії. Література(4,7,25,26,68,69)

Теми практичних завдань освітнього компоненту

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
1	<p>Методичні рекомендації з виконання практичного завдання:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Детально ознайомитись з лекцією та презентацією до теми 1. 2. Письмово опрацювати, додатково наданий, перелік 	2

	<p>випадків: класифікувати відповідно до системи NASH (Natural, Accidental, Suicide, Homicide). Аргументувати вибір, враховуючи можливий намір і обставини.</p> <p>3. Письмово опрацювати, додатково наданий, опис випадків: прочитати і визначити як класифікується подія (суїцид, суїцидальна спроба, парасуїцид, невизначена подія) Вкажіть категорію кожного випадку. Обґрунтуйте оцінку, посилаючись на намір.</p> <p>4. Письмово. Для закріплення знань про основні соціологічні та психоаналітичні теорії самогубства, ознайомитись з теоріями розглянутими на лекції. Зробити коротке резюме, як психологічні процеси такі як когнітивна деконструкція, надмірно узагальнена пам'ять, афективна толерантність можуть впливати на ризик суїцидальної поведінки. Форма виконання: таблиця, схема, тощо.</p>	
2	<p>Методичні рекомендації з виконання практичного завдання:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Детально ознайомитись з лекцією та презентацією до теми 2. 2. Розглянути поняття «гендерний парадокс суїцидальної поведінки». 3. Письмово навести приклади країн/регіонів, де парадокс не спостерігається, і пояснити можливі причини. 4. Письмово висловити власну думку: Чи можна вважати жінок у високодохідних країнах «захищеними» від суїциду? Які додаткові фактори варто враховувати при оцінці ризику? Вказати, як враховувати культурні та гендерні аспекти, щоб уникнути похибок у класифікації та інтерпретації даних. Обсяг роботи - 2-4 стр. 	2
3	<p>Методичні рекомендації з виконання практичного завдання:</p> <p>Письмово надати розгорнуті відповіді за, додатково наданим, клінічним описом пацієнта, спираючись на наступні пункти:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Визначити явні ознаки суїцидальної кризи та оцінити ризик за об'єктивними даними (наявність плану, доступ до засобів, попередні спроби). 2. Ідентифікувати фактори ризику, які можуть підвищувати ймовірність суїцидальної поведінки. 3. Визначити ключові емоційні стани, які варто враховувати (наприклад, відчай, тривога, гнів). 4. Запропонувати, які відкриті запитання ви б поставили пацієнту для глибшого розуміння його досвіду. 5. Складіть короткий план клінічного інтерв'ю. <p>Обсяг роботи 2-4 стр.</p>	2

Теми практичних контактних завдань освітнього компоненту

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
1	<p>Методичні рекомендації до підготовки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ознайомитись з темою 6. 2. Ознайомитись з, додатково наданим, кейсом для практики проведення клінічного інтерв'ю. 3. Підготуватись обговорювати наступні запитання: <ul style="list-style-type: none"> • Які дві перспективи має тримати в полі зору клініцист під час інтерв'ю? • Чому заперечення суїцидальних думок не можна вважати надійним показником відсутності ризику? • Які основні причини можуть пояснювати заперечення пацієнтом своїх суїцидальних намірів? • Чому навіть “нелетальні” спроби самопошкодження є важливим сигналом ризику? • Чому сам факт відсутності попередніх спроб не є заспокійливим? • Чим небезпечне поверхове трактування самопошкодження як “маніпуляції”? • Які непрямі поведінкові сигнали (окрім слів пацієнта) можуть свідчити про високий ризик суїциду? • Як правильно ставити питання про суїцидальні думки, щоб знизити ймовірність заперечення? • Як отримати достовірнішу інформацію: чи варто залучати сім'ю та близьких? • Як би ви діяли, якщо пацієнт заперечує наявність суїцидальних думок, але демонструє інші тривожні ознаки • Які труднощі виникають при визначенні наміру та класифікації подій? • Як розпізнати, коли пацієнт щиро заперечує суїцидальні думки, а коли — приховує їх? 	2
2	<p>Методичні рекомендації до підготовки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ознайомитись з темою 8. 2. Підготуватись до обговорення теми орієнтуючись на нижче наведені запитання. <ul style="list-style-type: none"> • Які основні ознаки алекситимії? • Чим відрізняється первинна та вторинна алекситимія? • Як алекситимія впливає на здатність до менталізації? • Як дефіцит емоційної регуляції пов'язаний із агресією та аутоагресією? • Чи можна розглядати алекситимію виключно як патологію, чи вона виконує адаптивну функцію? • Чи можна алекситимію розглядати як своєрідну 	2

	<p>«емоційну сліпоту»?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Які труднощі виникають у психотерапії з пацієнтами з високим рівнем алекситимії? • Чи можна знизити рівень алекситимії в процесі лікування депресії та профілактики суїцидальних дій? • Як алекситимія ускладнює регуляцію агресивних імпульсів? • Чи можна сказати, що агресія завжди є патологічною? Чи існують її позитивні функції? • У чому відмінність між проактивною та реактивною агресією? • Які когнітивні й поведінкові компоненти має імпульсивність? • Як алекситимія ускладнює регуляцію агресивних імпульсів? • Чому імпульсивна агресія вважається особливо небезпечною? • Як у клінічному інтерв'ю можна відрізнити проактивну від реактивної агресії? • Які психотерапевтичні стратегії можна використати для розвитку у пацієнта здатності розпізнавати та вербалізувати емоції? 	
3	<p>Методичні рекомендації до підготовки:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ознайомитись з темою 9. 2. Ознайомитись з, додатково надісланими, матеріалами для практики проведення діагностики та аналізу отриманих даних. 3. Підготуватись до обговорення нижче наведених запитань: <ul style="list-style-type: none"> • Які види когнітивних упереджень найбільш імовірно впливають на оцінку суїцидального ризику? • Як недостатня зворотна інформація про випадки самогубства впливає на навчання клініцистів? • Які практичні стратегії можуть допомогти зменшити вплив когнітивних упереджень у клінічній оцінці ризику суїциду? • Які переваги та обмеження використання психометричних шкал для оцінки суїцидального ризику в порівнянні з клінічним інтерв'ю? • Як шкала агресивності Басса–Даркі може бути корисною для прогнозування суїцидального ризику? • Чому важливо враховувати різні аспекти агресії (фізична, вербальна, прихована) при оцінці пацієнта? • Які ключові фактори шкали суїцидальних намірів Бека роблять її ефективним інструментом у клінічній практиці? • Як шкала безнадійності Бека допомагає 	2

	визначити ризик самогубства та планувати втручання?	
--	---	--

3. ІНСТРУМЕНТИ, ОБЛАДНАННЯ ТА ПРОГРАМНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ, ВИКОРИСТАННЯ ЯКИХ ПЕРЕДБАЧАЄ НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА

Технічні засоби та обладнання: екранні (електронні презентації, віртуальні зали для відпрацювання практичних навичок), комп'ютерні (комп'ютери, планшети, освітні платформи, електронні бібліотеки).

Програмне забезпечення: системне ПЗ (Операційні системи, драйвери), освітні платформи (LMS) для дистанційного навчання, керування курсами (Zoom).

4. МЕТОДИ НАВЧАННЯ

Курс буде викладений у формі лекцій (16 год.) та практичних (6 год.), організації самостійної роботи студентів (62 год.). Протягом курсу передбачено проведення контактних практичних занять (6 год.).

Під час викладання дисципліни використовуються наступні методи навчання: вербальні (лекція, групова дискусія), наочні (ілюстрація, демонстрація, приклад), практичні (групове опрацювання практичних завдань), а також інтерактивні техніки та методики.

5. ЗАСОБИ ДІАГНОСТИКИ ТА РЕЙТИНГОВА СИСТЕМА ОЦІНЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ НАВЧАННЯ

Засоби оцінювання та методи демонстрування результатів навчання

Засобами оцінювання та методами демонстрування результатів навчання освітнього компоненту є:

Методи поточного контролю: Проводиться з метою оцінювання результатів навчання протягом семестру і включає систематичний моніторинг навчальних досягнень здобувачів. Поточний контроль здійснюється під час дистанційного навчання в обсязі навчального матеріалу, визначеному для кожного заняття.

- виконання практичних задач;
- участь в контактних практичних зустрічах

Методи підсумкового контролю: проводиться з метою оцінювання результатів навчання наприкінці семестру, відповідно до навчального плану у вигляді семестрового заліку, в терміни, встановлені графіком навчального

процесу та в обсязі навчального матеріалу, визначеному робочою програмою дисципліни.

Форми контролю та критерії оцінювання результатів навчання

Форми поточного контролю:

Практичні завдання. Максимальна оцінка за виконання практичного завдання становить 10 бали.

Відмінно - 10 балів: повно і відповідно зазначеним методичним рекомендаціям; робота здана без порушення обсягу і термінів.

Добре – 8 балів: дрібні неточності або порушення терміну здачі.

Задовільно – 6 балів: невідповідність методичним рекомендаціям та\або порушення терміну подання роботи більше ніж на 7 діб.

Незадовільно – 4 бали: значні порушення рекомендацій, обсягу і терміну подання роботи, більше ніж на 14 діб.

Мінімальний рівень – 2 бали. Виконано <50% завдань або подано відповідь з множинними критичними помилками; комунікація/співпраця майже відсутні.

0 балів. Завдання не виконано.

Оцінка самостійної роботи. Окремої оцінки за самостійну роботу не передбачено.

Контактні практичні зустрічі. Максимальна оцінка за активну участь становить 20 бали.

Відмінно - 20 балів: активна участь, відповідно до описаної процедури та тем для обговорення.

Добре – 15-19 балів: відповідь, принаймні один раз, під час контактної зустрічі.

Задовільно – 6-14 балів: присутність без участі в робочому процесі.

Незадовільно – 1-5 балів: присутність без участі в робочому процесі та порушення співпраці/нетаковна комунікації.

0 балів. Відсутність.

Пропуск контактної зустрічі: виконати письмове завдання обсягом від 2 до 5 друкованих сторінок. Критерії оцінювання враховують самостійний пошук, відбір та систематизацію інформації, розкриття питання (проблеми), її аналіз та узагальнення, оформлення.

Відмінно - 10 балів: повно і відповідно зазначеним методичним рекомендаціям; робота здана без порушення обсягу і термінів.

Добре – 8 балів: дрібні неточності або порушення терміну здачі.

Задовільно – 6 балів: невідповідність методичним рекомендаціям та\або порушення терміну подання роботи більше ніж на 7 діб.

Незадовільно – 4 бали: значні порушення рекомендацій, обсягу і терміну подання роботи, більше ніж на 14 діб.

Мінімальний рівень – 2 бали. Виконано <50% завдань або подано відповідь з множинними критичними помилками; комунікація/співпраця майже відсутні.

0 балів. Завдання не виконано.

Форма підсумкового семестрового контролю:

Виконання умов академічної дисципліни. Вчасне виконання в повному обсязі практичних завдань та активна участь в контактних практичних зустрічах - оцінюється додатковими 10 балів.

Оцінювання окремих видів навчальної роботи

Вид діяльності здобувача вищої освіти	Кількість балів	Максимальна кількість балів (сумарна)
Практичні заняття	10	30
Контактні заняття	20	60
Виконання умов академічної дисципліни	10	10
		100

Шкала оцінювання: національна та ECTS

Для оцінювання результатів навчання застосовується 100-бальна шкала оцінювання.

Сума балів	Оцінка ECTS	Національна оцінка	
		Екзамен	Залік
90-100	A	Відмінно	зараховано
82-89	B	Дуже добре (вище середнього рівня з кількома помилками)	
74-81	C	Добре (в загальному правильна робота з певною кількістю грубих помилок)	
64-73	D	Задовільно (непогано, але зі значною кількістю недоліків)	
60-63	E	Задовільно (задовольняє мінімальні критерії)	
35-59	FX	Незадовільно (із можливістю повторного складання)	не зараховано
1-34	F	Незадовільно (із обов'язковим повторним вивченням дисципліни)	

7. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСВІТНЬОГО КОМПОНЕНТУ

1. Дім-Віллі, Г. (2018). Перші роки життя. К.: Видавництво Ростислав Бурлака, 268 с.
2. Allen, J., Fonagy, P., Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American psychiatric publishing.
3. Kernberg, O. F., Diamond, D., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008). *Mentalization and attachment in borderline patients in transference focused psychotherapy*. *Mind to mind: infant research, neuroscience, and psychoanalysis* (pp. 167–201). Other Press.
4. Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior*. A Jason Aronson Book. United States of America.
5. Williams, M. (2001). *Suicide and attempted suicide: understanding the cry of pain*. Penguin books.
6. Meins, E. (2010). *Mind-mindedness and maternal responsiveness in infant-mother interaction in mothers with severe mental illness*. Durham University.
7. Allik J and Realo A (1997). Psychological and cultural mechanisms of suicide. *Trames*, 1, 306– 21.
8. Aufreiter, J. (1969). The dilemma with aggression: primary need or consequence of frustration. *Canadian journal of psychiatry*. Vol.14, issue 5. <https://doi.org/10.1177/070674376901400510>
9. Barratt, E.S. (1994). *Impulsiveness and aggression. Violence and mental disorder: developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 61–79.
10. Baumeister, R.F. (1990). *Suicide as escape from self*. *Psychological Review*.
11. Bahn, G.H. (2022). Understanding of holding environment through the trajectory of Donald Woods Winnicott. *Journal of child & adolescent psychiatry*. Vol. 33, issue 4, pp. 84-90. <https://doi.org/10.5765/jkacap.220022>

12. Bolger, E. (1999). Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychotherapy Research*.
13. Calhoun, G.L., Allen, G.B.(1991). Social reactions to the survivor of a suicide in the family: a review of the literature. The University of North Carolina at Charlotte. *Omega*. Vol. 32, issue 2, pp. 95-107.
14. Durkheim E (1992/ 1897). *Suicide. A Study in Sociology*. Routledge, London.
15. Farah, T., Ling, S., Raine, A. (2018). Alexithymia and reactive aggression: The role of the amygdala. *Psychiatry res neuroimaging*. Vol. 281, pp.85-91. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2018.09.003>.
16. Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. *The handbook of mentalization-based treatment*, pp. 53–99. <https://doi.org/10.1002/9780470712986.ch3>
17. Freud S (1917). Mourning and melancholia. In: J Strachey (ed. and trans.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 10. Hogarth Press, London.
18. Fromm, E. (1973). *The anatomy of human destructiveness*. Macmillan. <http://dx.doi.org/10.1525/9780520949454-044> (16)
19. Ielmini, M., Lucca, G., Trabucchi, E., Aspesi, G., Bellini, A., Caselli, I., Callegari, C. (2022). Assessing mental pain as a predictive factor of suicide risk in a clinical sample of patients with psychiatric disorders. *Behavioral sciences*. Vol. 12, issue 4. <https://doi.org/10.3390/bs12040111>.
20. Kreitman, N. (1989) Can suicide and parasuicide be prevented? *Journal of the royal society of medicine*. Vol. 82, issue 11. <https://doi.org/10.1177/014107688908201106>
21. Lecours, S. Bouchard, M.-A. (1997). Dimensions of mentalisation: outlining levels of psychic transformation. *The international journal of psychoanalysis*.
22. Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Grisaru, S., Apter, A. (2018). When the pain becomes unbearable: case control study of mental pain characteristics among

medically serious suicide attempters. Archives of suicide research.

23. Linehan MM (1993). Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder. Guilford Press, New York.

24. Menninger K (1938). Man Against Himself. Harcourt, Brace and Company, New York.

25. Orbach, I. (2018). Therapeutic empathy with the suicidal wish: principles of therapy with suicidal individuals. The American journal of psychotherapy.

26. Richman, J. (2001). Family therapy with elderly suicidal patients: communication and crisis aspects. Vol. 44, issue 4. <https://doi.org/10.2190/FL1M-H92Y-XHXE-H889>

27. Rosenfeld, H. (1983). Primitive object relations and mechanisms. The International journal of psycho-analysis. Vol. 64, issue 3, pp. 261-268

28. Rudd MD (2006). Fluid vulnerability theory: a cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In: PT Ellis (ed.), Cognition and Suicide: Theory, Research, and Therapy, pp. 355– 68. American Psychological Association, Washington, DC.

29. Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. Psychotherapy and psychosomatics. Vol. 22, issue 2-6, 255– 262. <https://doi.org/10.1159/000286529>

30. Skodol, A.E., Siever, L.J., Livesley, W.J., Gunderson, J.G. (2002). The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. Biological Psychiatry. Vol. 51, pp. 951–963. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01325-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01325-2)

31. Shneidman ES (2001). Comprehending Suicide. American Psychological Association Washington, DC.

32. Stefansson, J., Nordström, P., Jokinen, J. (2012). Suicide intent scale in the prediction of suicide. Journal of affective disorders. Vol. 136, pp.167-171. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.016>.

33. Tang, W.-C., Lin, M.-P., Wu, J. Y.-W., Lee, Y.-T. (2022). Mediating

role of depression in the association between alexithymia and nonsuicidal self-injury in a representative sample of adolescents in Taiwan. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. Vol.16.

34. Troister, T., Holden, R. (2017). Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality. *Sage journals*. Vol. 46.

35. Turecki, G., Brent, D.A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. Vol. 387, pp.1227-1266.

36. Wise, T.N., Mann S., Mitchell, J. (1990). Secondary alexithymia: an empirical validation. *Comprehensive psychiatry*. Vol.31, pp. 284-288.

37. Zarrati, I., Bermas, H., Sabet, M. (2017). The relationship between childhood trauma and suicide ideation: mediating role of mental pain. *Psychiatry investig*.

38. Zepf, S. (2006). Attachment theory and psychoanalysis: Some remarks from an epistemological and from a Freudian viewpoint. *The international journal of psychoanalysis*. Vol. 87, issue 6, pp. 1529-1548. <https://doi.org/10.1516/0C14-TM7C-1PPV-L458>

39. Beautrais AL (2006). Women and suicidal behavior. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 27, 153– 6.

40. Borges G, Nock MK, Abad JMH, et al (2010). Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health surveys. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1617– 28.

41. Canetto SS (1995b). Suicidal women: intervention and prevention strategies. In: SS Canetto and D Lester (eds), *Women and Suicidal Behavior*, pp. 237– 55. Springer, New York.

42. Kposowa AJ, Ezzat DA, Beault K (2019). New findings on gender: the effects of employment status on suicide. *International Journal of Women's Health*, 11, 569– 75.

43. Rudmin FW, Ferrada-Noli M, Skolbekken JA (2003). Questions of culture, age and gender in the epidemiology of suicide. *Scandinavian Journal of*

Psychology, 44, 373– 81.

44. Qin P, Agerbo E, Westergard-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB (2000). Gender differences in risk factors for suicide. *British Journal of Psychiatry*, 177, 546– 50. Rice TR and Sher L (2017).

45. Cotter P, Corcoran P, McCarthy J, et al. (2014). Victimization and psychosocial difficulties associated with sexual orientation concerns; a school based study of adolescents. *Irish Medical Journal*, 107, 3

46. Falb K, McCormick MC, Hemenway D, Anfinson K, Silverman JG (2013). Suicide ideation and victimization among refugee women along the Thai-Burma border. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 631– 5.

47. Gibbons RD, Brown CH, Hur K (2012). Is the rate of suicide among veterans elevated? *American Journal of Public Health*, 102, S17– S19.

48. Henry AF and Short JF (1954). *Suicide and Homicide*. Free Press, Glencoe.

49. Lester D (1993a). The effect of war on suicide rates. *European Archives of Psychiatry*, 242, 248– 9.

50. Roden RG (1982). Suicide and Holocaust survivors. *Israel Journal of Psychiatry*, 19, 129– 35.

51. Yessler PG (1968). Suicide in the military. In: Resnik HLP (ed.), *Suicidal Behaviours*, pp. 241– 54. Little Brown, Boston.

52. Bryan CJ, Morrow CE, Anestis MD, Joiner TE (2010). A preliminary test of the interpersonal– psychological theory of suicidal behavior in a military sample. *Personality and Individual Differences*, 48, 347– 50. Bryan CJ and Rozek DC (2018). Suicide prevention in the military: a mechanistic perspective. *Current Opinion in Psychology*, 22, 27– 32.

53. Davidson JR (2000). Trauma: the impact of post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 14, 5– 12.

54. Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science and Medicine*, 18, 889– 98.

55. Harwood D, Hawton K, Hope T, Harriss L, Jacoby R (2006b). Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and case– control study. *Psychological Medicine*, 36, 1265– 74.
56. Haw C, Harwood D, Hawton K (2009). Dementia and suicidal behavior: a review of the literature. *International Psychogeriatrics*, 21, 440– 53.
57. Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, et al. (1990). Time related predictors of suicide in major affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1189– 94. Galynker II (2018).
58. *The Suicidal Crisis: Clinical Guide to the Assessment of Imminent Suicide Risk*. Oxford University Press, New York, NY.
59. Linehan MM (1997). Validation and psychotherapy. In: A Bohart and L Greenberg (eds), *Empathy Reconsidered: New Directions in Psychotherapy*, pp. 353– 92. American Psychological Association, Washington DC.
60. Maltzberger JT and Buie DH (1980). The devices of suicide. Revenge, riddance, and rebirth. *International Review of Psycho-Analysis*, 7, 61– 72.
61. Maser JD, Akiskal HS, Schettler P, Scheftner W, Mueller T, Clayton P (2002). Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 10– 32.
62. Wolk-Wasserman D (1987b). Contacts of suicidal neurotic and prepsychotic/ psychotic patients and their significant others with public care institutions before the suicide attempt. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 358– 72
63. Koukourikos K., Kourkouta L., Iliadis C., Tsaloglidou. Child suicide: familie`s reactions. *Mental health: global challenges journal*. 2019.
64. Andriessen K., Krysinska K., Essential questions on suicide bereavement and postvention. *International journal of environmental research and public health*. 2012.
65. Calhoun G. L., Allen G. B. Social reactions to the survivor of a suicide in the family: a review of the literature. *The University of North Carolina at Charlotte. Omega*, vol.32(2) 95-107, 1991.

66. Kathryn Castle PhD, Richard Kreipe MD. Suicidal behavior / Kathryn Castle PhD, Richard Kreipe MD. – Pediatric Clinical Advisor (Second edition), 2007.
67. Jordan E.C., Feigelman W., Jordan R. J., Gorman S.B., Feigelman B. Devastating losses: how parents cope with death of a child to suicide or drugs. Springer publishing company, pp. 39-45, 2012.
68. Beck AT (1967). Depression: Causes and Treatment. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, PA. Beck AT (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality and psychopathology. In: P Salkovkis (ed.), Frontiers of Cognitive Therapy, pp. 1– 25, Guilford Press, New York.
69. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. American Journal of Psychiatry, 147, 190– 5.