МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра мовної та психолого–педагогічної підготовки

Допущено до захисту

Завідувач кафедри
д. психол. н., професор Асєєва Ю.О.
_____
(підпис)
«____»_____2025р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістр
Зі спеціальності_____053 Психологія_____
(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою____«Практична психологія»_____
(назва освітньої програми)

На тему: **«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МОЛОДІ СХИЛЬНОЇ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ»**

Виконавець:
студентка 6 курсу 12м групи
факультету ЦЗФН
_____Ахунова Лора Андріївна
/підпис/

Науковий керівник:
доктор психологічних наук,
професор
_____Родіна Наталія Володимирівна
/підпис/

Одеса 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....3
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ.....6
1.1. Сутність та визначення суїцидальної поведінки та її симптоматика.....6
1.2.Патогенез та фізіологічні основи у розвитку суїцидальної поведінки…...11
1.3. Фактори впливу на розвиток та загострення суїцидальної поведінки…..17
Висновки до першого розділу.....23
РОЗДІЛ ІІ. ВИЗНАЧЕННЯ МЕТОДІВ ТА АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ВИМІРУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ, ЩО ЗНАХОДИТЬСЯ У ЗОНІ РИЗИКУ.....25
2.1. Організація та психодіагностичний інструментарій емпіричного дослідження.....25
2.2. Результати дослідження показників виміру суїцидальної поведінки у молоді, що знаходяться у зоні ризику.....30
2.3. Кореляційний аналіз взаємозв’язків між показниками ментального здоров’я (рівня депресії, рівня стресу, показники суб’єктивного благополуччя) та схильністю до суїцидальної поведінки 44
Висновки до другого розділу.....48
РОЗДІЛ ІІІ. РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО ВДОСКОНАЛЕННЮ НАЯВНИХ МЕТОДИК У РОБОТІ З МОЛОДДЮ СХИЛЬНОЇ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ.….....51
3.1. Міжнародний досвід у боротьбі з суїцидальною поведінкою.....51
3.2. Впровадження міжнародного досвіду в розробку ефективного підходу для запобігання суїциду.....54
Висновки до третього розділу.....65
ВИСНОВКИ.....67
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....72
ДОДАТКИ.....81

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Реальність сьогодення вимагає сучасну психологію і психіатрію швидко реагувати на складну та над важливу тему як суїцидальна поведінка. Розуміння сутності та визначення суїцидальної поведінки є важливим кроком у розробці ефективних методів профілактики та лікування.

У цьому контексті важливим є вивчення основних термінів та симптоматики, яка пов'язана з суїцидальною поведінкою. Визначення ключових аспектів, які впливають на виникнення суїцидальних тенденцій, та симптомів, що можуть свідчити про ризик. Нажаль, це явище має комплексний характер і його поява – це взаємозв'язок біологічних, психологічних та соціальних сфер. До вивчення суїцидальної поведінки необхідно підходити як з теоретичної так і практичної сторони, щоб розробити дієві методи для використання у подальшій клінічній практиці. У нашій роботі ми розглянемо різні методології вивчення суїцидальної поведінки, щоб дослідити як змінювались погляди на це явище, які методи застосовувались для діагностики і лікування у подальшому.

Метою роботи є емпіричне дослідження та теоретичне обґрунтування взаємозв'язку між схильністю молоді до суїцидальної поведінки та високим рівнем депресії, стресу, а також низькими показники суб'єктивного благополуччя.

Теоретико–методологічною основою роботи стали дослідження з питань суїциду та суїцидальної поведінки займались такі науковці як: Агаєв Н. А., Асєєва Ю. О., Бачериков А. М., Біррен Д. Е., Брідж Дж. А., Бромлей Д. Б., Бюлер К., Ваць А. Р., Величко Т. П., ВООЗ, Вільямс Дж. М. Г., Гольдштейн Т. Р., Готельф Д., Ґрачковська В. В., Джойнер Т., Димитрова Л. М., Дікстра Р. Ф., Дудко В. І., Кеш С. Дж., Кінг К. А., Кітхан Г. О., Кокун О. М., Костіна Т. О., Крейг Г. Дж., Лакинський Р. В., Лестер Д., Лінський І. В., Ліфарева Н. В., Лозінська Н. С., Марат Н. О., Массарік Ф., Матузок Е. Г., Міотто П., Музиченко І. В., Надь Б. Я., Пішко І. О.,

Порцкі Г., Посік К. Р., Поспелова І. Д., Ріс К. А., Рогальскі К. М., Романів О. П., Саржевський С. Н., Сидоренко К. В., Столяренко О. Б., Тімченко О. В., Ткаченко Т. В., Федоренко Р. П., Фляйшманн А. Х., Форчун С. А., ФостерК. Е., Фройд З., Хореш Н. І., Хотон К., Циммерман Г. М., Юнґ К. Ґ., Юр'єва Л. М., Янсен М. А. та інші.

Об'єкт дослідження – суїцидальна поведінка.

Предмет дослідження – психологічні особливості молоді, схильної до суїцидальної поведінки.

Мета дослідження. Теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості молоді, схильної до суїцидальної поведінки.

Завдання. Відповідно до мети можна визначити наступні завдання:

1. Проаналізувати ступінь розробленості проблеми суїциду у наукової і психологічної літературі.

2. Визначити феноменологію суїцидальної поведінки, охопивши її сутність, симптоматику, патогенез, фізіологічні механізми формування та ключові чинники, що впливають на її розвиток і загострення.

3. Емпірично дослідити взаємозв'язок між показниками ментального здоров'я (рівня депресії, рівня стресу, показники суб'єктивного благополуччя) та схильністю до суїцидальної поведінки.

4. Проаналізувати та інтерпретувати отримані дані.

5. Дослідити міжнародний досвід у боротьбі з суїцидальною поведінкою та сформулювати рекомендації, щодо впровадження цього досвіду в розробку ефективного підходу для запобігання суїциду в Україні.

Теоретичні та емпіричні методи дослідження.

Теоретичні методи, які були застосовані – аналіз, синтез, порівняння, узагальнення наукової літератури з питань дослідження суїциду, суїцидальної поведінки, симптоматики, патогенезу, факторів впливу на розвиток та загострення суїцидальної поведінки.

Емпіричні методи дослідження:

1) модифікована шкала суб'єктивного благополуччя BBC–SWBi;

2) тест на визначення рівня стресу Ю. В. Щербатих;

3) шкала депресії Бека;

4) методика визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська).

Експериментальна база дослідження. Для проведення емпіричного дослідження було обрано базу дослідження БО «Молодіжний Благодійний Фонд «НЕКСТ». Вибірку склали 65 респондентів. З них 36 жіночої статі та 29 чоловічої статі, вікова категорія 19 до 22 років.

Теоретична значущість дослідження. Робота розширює наукові знання про особливості та чинники формування суїцидальної поведінки у молоді. Узагальнено дані про психологічні, соціальні та біологічні передумови таких станів, а також визначено взаємозв'язки між емоційними порушеннями та ризиком суїциду. Отримані висновки можуть стати підґрунтям для створення моделей профілактики та вдосконалення існуючих підходів до збереження психічного здоров'я молодого покоління.

Практична значущість отриманих результатів. Результати дослідження можуть бути корисними фахівцям у сфері психологічної допомоги, викладачам та студентам спеціальності 053 «Психологія». Здобуті дані можна застосувати при розробці програм підтримки та реабілітації молоді, схильної до суїцидальної поведінки, а також у підготовці педагогів і шкільних психологів до ефективної роботи з учнями, які перебувають у кризових станах.

Апробація дослідження. Асєєва Ю. О., Ахунова Л. А. Теоретичні основи дослідження суїцидальної поведінки у молоді. *Габітус.* Вип. 77. 2025.

Структура роботи. В дипломній роботі міститься: вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел та додатки. Загальний обсяг роботи складає 94 сторінки. Робота містить 12 таблиць, 2 рисунки. Список використаних джерел містить 92 найменування.

РОЗДІЛ І.
ТЕОРЕТИКО–МЕТОДОЛОГІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ

1.1 Сутність і визначення суїцидальної поведінки та її симптоматика

Від двох латинських слів «sui» та «caedere», що мають значення «сам» та «вбивати» починає своє походження поняття «суїцид». Завдяки філософу та лікарю Томасу Брайтону, у 1635 році з'явився цей термін, але ще протягом майже двох століть він практично не вживався у науковому середовищі. Тому, якщо зазирнути до історичних видань, то стає очевидним, що самогубство, як процес позбавлення життя був задовго до офіційного визначення терміну вченими [27, с. 5].

У 1986 році Всесвітня організації охорони здоров'я разом із групою профілактики суїциду надала визначення поняттю «суїцид», яким користуються більшість європейських країн. Так, ВООЗ тлумачить «суїцид» як дію, що призвела до летального результату, скоєна навмисно та мала на меті та в очікуванні фатальний результат, завдяки чому померлий реалізував зміни у житті [4, с.2]. Тлумачення має певні обмеження у використанні, оскільки не включає опис конкретного бажання смерті, оскільки є ряд психотичних пацієнтів, з розумовою відсталістю чи деменцією, що не усвідомлюють потенційну летальність свої дій.

Для МКХ–10 було запропоновано Діекстрою наступне визначення суїциду, що це навмисно початий і виконаний летальний акт, результат якого був очікуваний самим суб'єктом. Результат є інструментом, завдяки якому досягається бажана зміна у свідомості та оточенні суб'єкта [50, с.345].

У Міжнародній класифікації хвороб 11–го перегляду термін суїцид описується як свідоме завершення власного життя. Це може бути результатом різних психічних розладів, стресових ситуацій або інших факторів, що впливають на психічне здоров'я.

У Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів (DSM–5) суїцид також визначається як свідоме завершення власного життя. У цьому контексті особлива увага звертається на ризик суїцидальних думок та поведінки, які можуть виникати при різних психічних розладах, таких як депресія, тривожні розлади та інші.

Ставлення до самогубства у різних культурах та релігіях було кардинально різним. У християнській традиції цей акт розглядався як тяжкий гріх і суворо засуджувався. Водночас у східних суспільствах він іноді навіть вважався почесним вчинком. Значний вплив на сприйняття такого явища завжди мали релігійні догмати та культурні особливості. Наприклад, в Індії існував обряд «саті», коли вдова добровільно згорала на вогнищі разом з тілом чоловіка. В Японії відомим ритуалом було «харакірі» (або «сеппуку») – самогубство самурая, що вбачалося проявом честі й відданості господарю у випадку ганьби чи провини [27, с.5].

У низці народів самогубство пов’язували з віком та фізичним занепадом, деякі культури вважали ганебним – помирати старим та знівеченим. Так, серед германців, данців, готів чи ірландців літні люди добровільно позбавляли себе життя, аби уникнути старечої немочі, і цей вчинок розглядався як гідний та шанований. Місце, з якого стрибали літні люди звалось «скеля предків». У Римській імперії суїцид міг трактуватися як символ сили людини над волею богів, а у випадку засуджених – навіть як спосіб спокути провини перед владою [27, с.5–6].

Зовсім інше сприйняття панувало в Західній Європі. У християнському світі самогубство вважалося не лише гріхом, але й актом відмови від долі, даної Богом. Такі люди не мали права на християнське поховання, тобто на кладовищі, а тих, хто виживав після спроби, могли чекати тюремні покарання чи важка каторга. У народних віруваннях Європи існували легенди та міфи, де самогубців після смерті перетворювали на «нечистих» істот – вампірів. У Франції довгий час ставлення до таких смертей було надзвичайно жорстоким: тіла самогубців публічно зневажали, а інколи навіть віддавали тваринам.

В Англії аж до 1961 року зберігалася кримінальна відповідальність і штрафи за спробу позбавити себе життя. З плином часу відношення суспільства змінювалося. Чим частішими ставали випадки самогубств, тим більший інтерес вони викликали у науковців. Та вже у 1970–х роках соціологи довели, що явище може набувати характеру своєрідних «епідемій» – коли низка подібних актів мала спільні мотиви й поширювалася серед певних груп населення [27, с.6].

Відомим прикладом такої «епідемії» стали події XVIII століття після виходу роману Йоганна Вольфганга Ґете «Страждання юного Вертера». Трагічний фінал твору, де герой через нещасливе кохання та душевний біль стріляє собі в голову, спричинив хвилю наслідувань серед молоді того часу. Соціологи відзначали: сильний емоційний вплив книги та співпереживання образу Вертера провокували у вразливих читачів підвищений інтерес до смерті, та навіть почуття пристрасті до смерті. Через такі наслідки роман у багатьох країнах було заборонено. Це явище отримало назву «ефект Вертера» (або «copycat suicides»). У сьогоденні, важливу роль у існуванні суїциди відіграють ЗМІ та інтернет, як раніше відігравали культура та релігія [27, с.6–7].

Американські дослідники–соціологи встановили чітку залежність між висвітленням у засобах масової інформації випадків самогубств та збільшенням їх кількості в суспільстві. Було виявлено, що після першого зафіксованого випадку можуть виникати наступні, причому збігатися можуть такі фактори, як вік, професія, соціальний статус чи навіть спосіб позбавлення себе життя. Такий феномен отримав назву «ефект Вертера», про який ми згадували раніше і отримав свою назву через вплив роману Йоганна Вольфганга Ґете «Страждання юного Вертера». Прикладами феномену є трагічні смерті відомих особистостей, таких як: Мерилін Монро, Курта Кобейна, Хіта Леджера, Честера Беннінгтона, Робіна Вільямса. Незважаючи на популярність, багатство та любов мільйонів шанувальників, вони здійснили самогубство, що призвело до хвилі подібних випадків серед їхніх

прихильників. Наукові праці підтверджують, що повідомлення у медіа здатні негативно впливати на психоемоційний стан людей, тому в багатьох країнах були ухвалені обмеження щодо публікацій та телевізійних сюжетів на цю тему [27, с.7].

Теоретичні засади вивчення суїцидальної поведінки були закладені соціологом Емілем Дюркгеймом. Він запропонував класифікацію самогубств за соціальним становищем та рівнем зв'язку індивіда з суспільством. Дюркгейм виділив чотири типи: егоїстичні, альтруїстичні, аномічні та фаталістичні. Перші два пов'язані з різним рівнем інтеграції в соціум: низький ступінь включення породжує егоїстичне самогубство, надмірна інтеграція – альтруїстичне. Інші два види ґрунтуються на проблемах соціального регулювання: при слабкому соціальному контролі виникає аномічне самогубство, а при надмірному тиску – фаталістичне [29].

У своїй роботі «Le Suicide» (1897) Дюркгейм описав соціальні фактори, що впливають на схильність до самогубства, а саме – релігія, сімейний стан, економічна ситуація тощо. Він дійшов висновку, що головна причина полягає в ослабленні соціальних зв'язків та ізоляції індивіда, будь то у сім'ї, громаді чи державі, а чим сильніше людина інтегрована в громаду, родину чи суспільство, тим нижчим є ризик суїцидальних дій та думок. Відповідно, при зниженні соціальної згуртованості рівень самогубств зростає [29].

Зигмунд Фройд пояснював схильність до самогубства взаємодією двох базових інстинктів – «лібідо» (потяг до життя) та «танатоса» (потяг до смерті). У кризових ситуаціях баланс між свідомим і несвідомим порушується, що може призвести до домінування інстинкту смерті. Тоді бажання померти може виявитися сильнішим за прагнення жити. Здійснюючи аутоагресивну дію, людина ніби «знищує» у собі любовне начало. З віком лібідо слабшає, а танатос посилюється, проте абсолютного панування останнього, за Фройдом, майже не буває, тому можливість попередити самогубство завжди залишається [34].

Альфред Адлер стверджував, що почуття неповноцінності є невід'ємною частиною людського існування. Кожна особистість прагне подолати свої слабкості та вирішити життєві труднощі, як потяг до подолання неповноцінності. Ті, хто не справляється, можуть вдаватися до агресивної поведінки щодо оточення. У цьому контексті самогубство Адлер розглядав як своєрідну форму непрямої атаки на інших – спосіб викликати співчуття і водночас осуд тих, кого індивід вважає винними у власних невдачах [29].

Карл Густав Юнг бачив причину суїцидальних тенденцій у несвідомому прагненні людини до духовної трансформації. Він трактував акт самогубства як спробу вирішити критичну ситуацію шляхом радикального вибору. І такий вибір зумовлений афектом чи напругою. Смерть, на його думку, могла сприйматися не лише як втеча від страждань, а й як пошук безпеки та гармонії [36].

Американський психіатр Карл Меннінгер визначав три основні мотиви самогубства: прагнення померти, прагнення вбити та прагнення бути вбитим. Він вважав, що люди, які безпідставно наражають себе на небезпеку, несвідомо шукають смерті. Хворі, що бачать у ній звільнення від фізичного чи психологічного болю, часто демонструють подібні тенденції, на їх думку, смерть – це єдині ліки. Найбільш екстремальна форма – це агресія, спрямована назовні, а найглибший рівень – бажання бути знищеним як спосіб спокути провини та припинення страждань [29].

Давід Лестер інтерпретував суїцид через теорію агресії: це своєрідний напад на самого себе, зумовлений відчуттям власної провини у виникненні життєвих проблем [66].

Карен Хорні у своїй соціокультурній концепції підкреслювала, що самогубство є результатом взаємодії особистісних рис і культурного середовища. Вона вважала, що сучасна культура створює високий рівень тривожності, що проявляється у суїцидальних ризиках або замінниках – залежностях. Основою цього, за Хорні, є «базова тривога», яка формується в дитинстві через розрив між образом власного «Я» та ідеалізованим соціальним

стандартом. Коли ця невідповідність стає надто значною, людина може вдатися до самогубства [29].

В українській психології також активно досліджуються аспекти суїцидальної поведінки молоді. Зокрема, Н. Абдюкова, Т. Вашек, Т. Ларіна, О. Лосієвська, М. Миколайський, А. Олійник, Е. Орбан–Лембрик, Ю. Сидорик та інші. Наприклад, Р. Федоренко виділяє низку соціально–психологічних чинників ризику: конфлікти у сім'ї, смерть близької людини, розрив романтичних стосунків, міжособистісні суперечності, тривале перебування в ролі жертви, невдачі у навчанні, надмірні вимоги у закладах освіти, проблеми з працевлаштуванням чи фінансами, а також стресові ситуації, катастрофи й інші кризові події [33, с.9].

1.2 Патогенез та фізіологічні основи у розвитку суїцидальної поведінки

Близько 800 тисяч осіб закінчує життя самогубством, що є проблемою світового масштабу і однією з глобальних серед людства. Про це все свідчать дані Всесвітньої організації охорони здоров'я і за наданою статистикою друге місце серед основних причин смертей у віці від 15 до 29 років посідає суїцид і на кожен завершений випадок припадає понад 20 спроб [87, с.3].

Тривалий час вважалось, що чоловіки у три рази частіше ніж жінки накладають на себе руки. Завдяки сучасним дослідженням з'ясували, що таке співвідношення залежить від регіону проживання. Так, в країнах з низьким рівнем доходу чоловіки здійснюють самогубство на 57% частіше, ніж жінки. І в країнах з розвиненою економікою цей відсоток значно вищий. Зафіксовано, що найнижчий відсоток самогубств спостерігається серед населення старше за 70 років і серед дітей до 15 років, незалежно від статі. ВООЗ наголошує, що у групі ризику чоловіки середнього віку, які проживають у розвинених країнах та молоді і літні жінки, які проживають на території країни, де слабка економіка [87, с.3].

Намагання науковців та велика кількість досліджень, нажаль не надає єдиної теорії, щодо самогубств. Є низка моделей, які виокремили вчені та отримали найбільше визнання [32, с.97–101]:

1. Нейрохімічна гіпотеза – ця біохімічна теорія суїцидальної поведінки є концепцією, яка пов'язана з порушенням серотонінової регуляції та рівнем серотоніну. Було доведено, що знижений рівень метаболіту серотоніну 5–HIAA у спинномозковій рідині характерний для осіб, які здійснили самогубство, причому чим нижчим є показник, тим більш жорстоким виявляється метод скоєння. Також встановлено кореляцію між агресивністю, суїцидальними проявами та серотоніновими метаболітами. Крім того, в осіб із найменшою активністю моноамінооксидази в тромбоцитах історія суїцидів у родині траплялася у кілька разів частіше, ніж у контрольних групах із нормальними ферментативними показниками.

2. Анатомо–антропологічна модель. У працях Ф. Вінслоу, ще у 19 столітті, а саме у «Анатомія самогубства» він висвітлив схильність до суїциду як наслідок патології головного мозку, шлунково–кишкового тракту чи будови черепу. Також, були припущення щодо яремного отвору, форм молочних залоз і відкладання кісткової тканини у мозкових оболонках. Подальші версії та теорії порушень через які коїли суїцид не дали ніяких результатів.

3. Генетична концепція має різні думки та відгуки, але підтверджена завдяки певною кількістю досліджень. Так, з'ясовано що самогубство одного з монозиготних близнюків спричиняє ризик самогубства для іншого. Американські генетики звітують, що близько 6% самогубців мали близьких родичів, що також скоїли самогубство і що засвідчує перевищення середнього рівня за популяцією у 88 разів. У Пенсильванії проводили багаторічне дослідження, яке показало майже три чверті випадків відбулись лиш у чотирьох сім'ях.

4. Психодинамічна модель З. Фройда. Модель психоаналітика складається з базових інстинктів, де є Ерос – потяг до життя та Танатос – потяг до смерті і вічна боротьба цих потягів. Самогубство для Фройда було

деструктивним проявом енергії Танатоса, яку суїцидент спрямовував на саму себе, а не назовні.

5. Медична модель включає у себе генетичні, біологічні та психологічні фактори, як чинники спричинення хвороби викликавшей самогубство. Важливе зауваження робиться на психічних розладах, які стають головним етіологічним фактором. Через це модель вважає своєчасне лікування психічних хвороб як головну профілакту у запобіганні суїциду.

Суїцидальна поведінка охоплює всі внутрішні переживання та зовнішні дії, які спрямовані на позбавлення себе життя [25, с.48], і розвивається у кілька послідовних фаз суїцидальної поведінки:

І. Досуїцидальний період – зазвичай відбувається тоді, коли людина відчуває самотність, перестає цікавитись життям та втрачає інтерес до неї, чи наступає ангедонія (не має задоволення від звичних справ, зниження мотивації).

ІІ. Пресуїцидальний період – коли формується вже конкретний план та намір, так зване формування суїцидальної ідеації, коли пасивні думки переходять до активного планування. У цей період може настати раптово (загострення) і тривати кілька хвилин, а может перейти у хронічну форму, яка продовжується місяцями. Антисуїцидальні фактори можуть вплинути на суїцидента та запобігти самогубству, якщо цей період якийсь час продовжується. Є два типи – афективно–редукований та афективно–напружений. Для першого типу характерним є те, що він зустрічається у осіб з астенічними та гіпотимними рисами, в яких спостерігається низька інтенсивність емоцій та довшою тривалістью, така поведінка зветься як холодні самогубства. У другого типу спостерігається виразна емоціональність, ажитація та ідеаторно–моторна розгальмованість.

ІІІ. Реалізація задумів – на цьому етапі безпосередньо відбувається спроба самогубства, яка може стати фатальною або мати зворотній ефект у вигляді переривання чи відмови продовжити спробу.

IV. Постсуїцидальний період – це той момент, коли особистість переоцінює своє ставлення до того, що відбулося та свої цінності взагалом. Також у цей період відбуваються емоційні переживання, як реакція на наслідки спричинені спробою самогубства та на явище вцілому. Виокремлюють найближчий постсуїцид, зазвичай це перший тиждень після спроби, далі ранній постсуїцид, відбувається після одного тижня та триває до місяця після суїциду, та пізній постсуїцид, який триває наступні 4–5 місяців після спроби суїциду. Велика вірогідність, що у цей період можуть виникнути ознаки депресії та зміни у психічному стані людини, через соматоневрологічні наслідки. Наприклад зміна та трансформація у вже існуючем психологічнім розладі або розвиток астенічного синдрому. Треба уважно відстежувати ці прояви та появи симптомів, за для запобігання наступної спроби скоєння суїциду.

Серед наукових досліджень виокремлюють декілька варіантів перебігу постсуїцидального періоду [25, с.63]:

1. Суїцидально–фіксований тип – коли людина оцінює свою спробу самогубства позитивно, вважаючи, що вчинила вірно і це правильний крок, оскільки внутрішній конфлікт так і не був вирішений, який і став причиною спроби. У такого типу людей ризик повторної спроби скоєння суїциду дуже високий.

2. Аналітичний варіант – особа розкаюється та вважає свою спробу самогубства як неправильну, критикуючи свій вчинок. У той самий час, внутрішній конфлікт, який спричинив спробу суїциду досить не був вирішений та зберігає актуальність, що значить існування ймовірності повторної спроби.

3. Маніпулятивний варіант – коли спроба скоєння суїциду була виконана з метою шантажу чи демонстрації, та якщо це мало бажаний результат і внутрішній конфлікт був частково розв’язаний, то суїцидальні тенденції знижуються. Тим часом, якщо спроба не дала бажаного результату і відповідно конфлікт так і залишився невирішений, то ризик скоєння повторного

самогубства залишається високим. Профілактикою для такого типу пацієнтів є психотерапевтичне втручання, яке має на меті формування негативного ставлення до суїциду та зміна на когнітивному рівні моделі поведінки.

4. Критичний варіант – після спроби скоєння суїциду пацієнт усвідомлює повну помилковість владних дій та наявність суїцидогенного конфлікту, як такого, повністю відсутня. Такий тип не має схильності до повторення спроб самогубства і ризик виникнення рецидиву залишається на мінімальному рівні. Головним методом психологічної підтримки є регулярна психотерапія.

Поширені причини суїцидальних спроб [6, с.53–56]:

1. Заклик до допомоги. Найбільш поширена модель, коли людина прагне отримати підтримку, співчуття чи просто бути почутою. Часто ще до спроби пацієнт повідомляє про свої аутоагресивні думки, навіть не пов’язуючи їх прямо із собою. Головне завдання спеціаліста – вчасно розпізнати такі сигнали та адекватно пояснити пацієнтові його стан, оскільки в цій ситуації внутрішня потреба отримати допомогу особливо сильна.

2. Відмова від життя. У цій моделі людина сприймає самогубство як єдиний можливий вихід зі складної ситуації. Прикладами можуть бути випадки, коли особа дізналася про смертельний діагноз або стала інвалідом і не хоче бути тягарем для себе чи близьких. Подібна поведінка часто належить до альтруїстичного типу, коли смерть розглядається як спосіб полегшити життя іншим.

3. Протест. Суїцид у формі протесту зазвичай має імпульсивний характер. Людина прагне показати власну незгоду, підкреслити несправедливість ситуації та спровокувати її зміну.

4. Помста. Це один із найбільш агресивних мотивів. Він виникає тоді, коли людина намагається своїм вчинком покарати інших, довести власну правоту чи завдати оточуючим емоційного болю.

5. Самопокарання. Такий варіант зустрічається у випадках, коли поведінку людини визначає сильне почуття провини й самозвинувачення.

Основною думкою є переконання: «Я не заслуговую прощення». Прикладом можуть бути ситуації, коли після скоєння вбивства іншої людини злочинець відразу позбавляє життя й себе.

Детермінанти суїцидальної поведінки які виокремлюють вчені формуються через вплив різних факторів, таких як особистісні характеристики, соціальне оточення та статус. До стабільної характеристики можемо віднести особистісні чинники, що дозволяє розглянути їх більше детально. Почнемо з розгляду етнокультурних чинників, а саме – це родинне виховання, світогляд особистості, релігійні вірування, традиції родини та культурної спадщини. Також це стать та вік, що відносяться до психофізіологічних особливостей. Важливо розглянути психологічні складові, через які може підвищуватись ризик суїцидальної поведінки, а саме – залежність від оточуючих, емоційна нестабільність, імпульсивність, ригідність, емоційну інертність і знижену здатність до вироблення адаптивних стратегій [24, с.13].

Треба зазначити, що особистісні риси не призводять до суїцидальної поведінки, тільки у середовищі з певними соціальними та психологічними подіями, вони стають небезпечними. І як результат, виникнення і спричинення суїцидальних тенденцій обумовлюється як внутрішньо психологічними, так і зовнішньо соціальними факторами.

Певна низка вчених виокремлює наступні особливості психологічного функціонування, що викликає ймовірність виникнення та підвищення аутоагресивної поведінки. Серед передумов, що визначають суїцидогенну готовність особистості, дослідники називають [23, с.14]:

●емоційна перевантаженість та низька толерантність до таких перевантажень;

●особливості інтелектуального розвитку, а саме максималізм, категоричність, незрілі судження;

●складнощі із комунікативними навичками;

●не вибудувані особистісні кордони та психологічна асертивність;

●проблеми із самооцінкою (надто висока, занижена чи нестійка);

●втрата чи знецінення життєвих смислів.

Вважаємо за необхідне ще додати складові суїцидальної поведінки, а саме інтраперсональний конфлікт та інтерперсональний конфлікт. Ці конфлікти можуть приймати участь як окремі чинники. Коли всередині людини назріває протиріччя та стикаються протилежні тенденції – це інтраперсональний конфлікт. А ось коли особистість має конфлікт із соціальним оточенням, це – інтерперсональний конфлікт [37, с.117].

1.3 Фактори впливу на розвиток та загострення суїцидальної поведінки

Для глибшого розуміння причин самогубств і розробки ефективних заходів їх запобігання необхідно насамперед визначити чинники ризику, які формують суїцидальний фон і зумовлюють схильність особи до аутоагресивної поведінки. Під такими чинниками розуміють змінні, що створюють ситуацію нестабільності у соціальній реальності людини, підвищуючи ймовірність виникнення девіантних проявів.

У науковому дискурсі найчастіше зустрічається класифікація, де виділяють кілька основних груп чинників:

1. біологічні (наприклад, спадкова схильність);
2. медичні (наявність у минулому тяжких соматичних захворювань);
3. психологічні (особливості темпераменту, акцентуації);
4. соціально–демографічні (стать, вік, сімейний статус);
5. соціально–економічні (матеріальне становище, рівень доходів);
6. природно–кліматичні (вплив геофізичних та кліматичних факторів);
7. соціальні (алкоголізація, релігійність, соціальні потрясіння тощо) [19, с.59].

Також, були запропоновані чотири блоки чинників, які спричиняють суїцидальну поведінку, за Кокуном та Агаєвим:

1. соціальні особливості та особливості обумовлені територією;

2. економічні умови;

3. доступна медицина та рівень надання медичних послуг;

4. менталітет та культурні надбання країни [20, с.24].

Розглянемо підхід, який запропонували Г. Кіхтан та Л. Димитрова. Вони поділяють ризики на групи. Так, є групові ризики – вік, стать, сімейний стан, місце проживання і є індивідуальні ризики – як особистісні характеристики й особливості, що формують передумови до аутоагресії (переддиспозиційні, статусні, позиційні та інтенційні) [13, с.74].

Пропонуємо вивчити підхід О. Хаустова та О. Романів, які об'єднали чинники у дві групи суїцидальних ризиків:

1. політичні, морально–ціннісні, економічні та культурні – соціоєтальні;

2. ті, що визначають рівень соціального самопочуття, тобто соціально–психологічні [10, с.101].

До об'єктивних чинників зараховують соціально–демографічні параметри, політичні та економічні умови, рівень соціальної згуртованості, поширеність зловживання алкоголем та доступність спеціалізованих служб допомоги. Суб'єктивні фактори пов'язані з індивідуальною оцінкою власного благополуччя, особистим сприйняттям соціальних процесів і життєвих ситуацій [59, с.586].

Взаємодія між об'єктивними та суб'єктивними детермінантами є складною і не завжди прямолінійною: соціально–економічні зміни здатні впливати на індивідуальне самопочуття, а трансформація ставлення особистості до подій нерідко впливає на сприйняття зовнішніх умов. Сучасні наукові дискусії щодо переваги біологічних, психологічних або соціальних чинників практично втратили актуальність, оскільки їх замінила біопсихосоціальна модель, яка пояснює суїцидальну поведінку через комплексну взаємодію цих трьох груп детермінант [86, с.225].

У науковій практиці використовується кілька підходів до класифікації ризиків суїцидальної поведінки. До них належать:

- поділ на гострі (актуальні) й тривалі (хронічні) фактори: наприклад, психічні розлади (хронічні) у поєднанні зі стресовими ситуаціями (гострими) різко підвищують ризик аутоагресії [16, с.28];
- на актуальні (депресивні стани, почуття безнадії, самотності, гніву) та потенційні (дисгармонійні стосунки в сім'ї, внутрішні конфлікти особистості) [52, с.577];
- на статичні, незмінні (наприклад, історія насильства) та динамічні (психічні стани, на які можливо впливати) [91, с.33];
- на центральні (розрив відносин, дисциплінарні санкції) і периферичні (історичні або менш значущі чинники) – за класифікацією Т. Джойнера [62, с.176].

Серед соціальних чинників вагоме значення мають сімейні обставини, де мають місце конфлікти, наявність психічних розладів у членів родини, випадки самогубств серед близьких. Значну роль відіграють труднощі у взаєминах з однолітками (ізоляція, булінг), а також вплив медіа та соціальних платформ [44; 65].

Найбільш серйозною клінічною детермінантою є психічні розлади, серед яких найбільшу поширеність має депресія [37, с.22]. Суттєво посилюють ризик залежність від психоактивних речовин, тривожні стани, ПТСР, порушення харчування й сну, а також особистісні девіації [51; 55]. Дослідження «психологічної аутопсії» (Дж. Портскі, К. Оденаєрт, К. Ван Херінджен) засвідчили, що більшість суїцидентів мали хоча б один психічний розлад, майже у половині випадків йшлося про розлад особистості, а у приблизно п'ятій частині – про адаптаційні проблеми [75, с.928].

В українських реаліях лише близько третини суїцидентів мають офіційно встановлені психіатричні діагнози. Найчастіше йдеться про депресивні розлади, у меншій кількості – про порушення особистості. Вживання алкоголю або наркотиків нерідко стає «ситуативним пусковим механізмом», оскільки сп'яніння знижує контроль та підсилює імпульсивність суїцидальних дій. До психологічних детермінант належать:

- особистісні відхилення й проблеми ідентичності (зокрема гендерної);
- труднощі у міжособистісних контактах і внутрішні суперечності;
- переконання та уявлення щодо смерті й прийнятності самогубства [8, с.23].

Окремо виділяють риси, властиві багатьом суїцидентам: імпульсивність, агресивність, депресивність, почуття безнадійності [9, с.14]. Показано, що розлади особистості кластера В (антисоціальний, нарцистичний, істеричний, межовий) мають значно тісніший зв'язок із суїцидальною поведінкою, ніж інші типи особистісних відхилень [31; 59, с.584].

Межовий розлад особистості особливо часто асоціюється з аутоагресивною поведінкою та суїцидальними спробами через низьку здатність контролювати агресію, імпульсивність і гостру реактивність на втрату важливих стосунків [59, с.584]. Агресивність, як реакція на фрустрацію та неспроможність конструктивно переживати стрес, також значною мірою підсилює ризик аутоагресії. Імпульсивність має додатковий внесок у формування суїцидальної поведінки [47, с.615]. Водночас важливими детермінантами виступають знижений настрій і глибоке почуття безнадії – як у випадку депресії, так і при межових розладах особистості. Існує версія, що розподіл на групи суїцидів, які були зумовлені імпульсивність чи агресією і які пов'язані з депресією та почуттям безнадії не є повною. Для людини, у якої спостерігається пограничний розлад особистості важливими предикторами є імпульсивність та агресивність, а у особистості з депресією важливим чинником предиктором є знижений настрій [20, с.140].

Міжособистісні стосунки відіграють подвійну роль: конфлікти в родині, дружніх чи романтичних зв'язках часто стають безпосереднім тригером суїцидальних дій. Одночасно спостереження за чужою суїцидальною поведінкою або знайомство із суїцидентом може провокувати наслідування [37, с.135–146].

В експертній практиці складно однозначно визначити, які саме міжособистісні відносини стали чинником, оскільки сучасні взаємини часто виходять за межі традиційних парних (діадних) структур і включають тріади

зі складними, нечіткими межами. Залежно від ролі, міжособистісний чинник може виступати як хронічний, так і ситуативний, якщо криза у стосунках безпосередньо формує сенс суїцидального наміру. Не менш вагомим є когнітивний компонент – система переконань щодо значення життя й моральної прийнятності самогубства. Аналіз передсмертних записок та щоденникових записів дозволяє оцінити ступінь сформованості таких установок. Однак наявність думок про смерть не завжди спричиняє суїцидальні спроби, хоча може впливати на дотримання лікування [23, с.15].

Найсуттєвішим є поєднання суїцидальних думок із переконаннями про допустимість самогубства та взаємодія цього комплексу з іншими факторами. Аналіз щоденників і записок дає змогу детальніше зрозуміти особистісні переконання й емоційні стани суїцидента, також не менш важливим є аналіз передсмертних записок. Однією з важливих детермінант є самооцінка [72, с.250].

Характеристики самооцінки, а саме її нестабільність, зниження або завищення, залежність від реакцій близьких, часто стають «вузлом», що в поєднанні з іншими факторами призводить до суїцидальних проявів. Іншим аспектом є сприйняття власного тіла: невдоволення своєю зовнішністю часто корелює зі збільшенням кількості суїцидальних думок. На практиці трапляються випадки, коли невдоволення власним тілом стає або периферійним фактором (як частина самооцінки), або центральним (як при розладах харчової поведінки). Важливо також враховувати конфлікти ідентичності, особливо гендерні, оскільки процес самовизначення може супроводжуватися інтенсивними внутрішніми суперечностями. Належність до ЛГБТ–спільноти демонструє сильні кореляції з суїцидальністю, особливо у взаємодії з депресією, відчуттям безнадії, впливом алкоголю, насильства в минулому та суїцидальних дій у найближчому оточенні [37, с. 153].

Належність до сексуальної меншини сильно пов'язана з суїцидальною поведінкою та думками, і цей ефект посилюється поєднанням найважливіших факторів, зокрема, депресивних тенденцій, безнадії, вживання алкоголю,

спроб самогубства з боку однолітків або членів сім'ї, а також досвіду насильства. Формування самосвідомості людини супроводжується сприйняттям внутрішніх конфліктів особистості через складність визначення індивідуальних характеристик, що дозволяє індивіду уточнити та змінити значення самогубства в результаті його нездатності адаптуватися до умов мікросоціальних конфліктів у соціально–психологічному плані [26, с. 93].

На завершення аналізу слід зазначити, що до вищезазначених класифікацій доречно додати підходи Е. Шнейдмана, де він виділив категорії осіб схильних до аутоагресії:

- «шукачі смерті» – прагнуть уникнути життя, усвідомлюючи летальний кінець;
- «ініціатори смерті» – намагаються прискорити неминучу смерть (наприклад, тяжкохворі);
- «гравці зі смертю» – випробовують себе у небезпечних ситуаціях;
- «люди, що схвалюють смерть» – позитивно ставляться до ідеї самогубства, але прямо його не планують (літні люди, підлітки).

Важливо враховувати, що ризики значною мірою залежать від вікових характеристик. Згідно з Законом України «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні», до молоді належать громадяни віком від 14 до 35 років [1]. Згідно з класифікацією ВООЗ (2018), молодий вік нині охоплює період від 18 до 44 років. В Україні до молоді традиційно зараховують підлітків від 15 до 17 років, у яких завершується фізичний розвиток і настає юридична відповідальність, а також осіб віком від 18 до 35 років [7]. Розглянемо такі вікові періодизації за Ш. Бюлер, Е. Еріксоном, Дж. Біррен, Д. Бромлей, Г. Крайгом, щоб зрозуміти дослідницькі точки зору щодо початку та завершення періоду молодості [22].

Так, вчена Ш. Бюлер визначала цей віковий проміжок з 15 до 20 років [81, с. 260]. Е. Еріксон виокремив ранню зрілість на шостій фазі від 20 до 25 років [21, с. 156]. За Дж. Біррен, п’ята фаза рання дорослість від 17 до 25 років [41, с. 152]. У класифікації Д. Бромлей виділяються п’ять циклів розвитку і при

цьому, кожен цикл ще поділяється на декілька стадій. Цикл «дорослість» складається з трьох стадій і саме перша стадія нас цікавить – рання дорослість, віковий проміжок якої від 21 до 25 років [45, с. 230]. Г. Крайг виділяє віковий етап рання дорослість від 20 до 40 років [30, с. 533].

Аналіз наявних в науковій літературі вікових періодизацій показав, що в основному період молодості припадає від 15 до 18 років та від 35 до 40 років. В більшості джерел період молоді зазначається з настання юридичної відповідальності, зміни життєвих пріоритетів, а це з 18 років і продовжується до 35–40 років. Зауважимо, що в науковій літературі вікові періодизації мають велику розрізненість верхньої межі юнацького віку, яка викликана історичними, соціальними та особистісними чинниками, але розуміння, що цей етап один із найвідповідальніших у процесі розвитку особистості мають більшість науковців.

Висновки до першого розділу

Огляд наукової літератури дозволив нам визначити предиктори ризику суїциду, які були згруповані в чотири групи: біологічні фактори (психіатричні симптоми, наявність хронічних психічних захворювань), патопсихологічні фактори (акцентуації особистості, стресові фактори, шизофренія, вживання психоактивних речовин), макросоціальні фактори (зовнішні фактори, фінансове благополуччя, низька якість життя вцілому), мікросоціальні фактори (наявність психолого–емоційного стресу в родині суїцидальної особи, незадоволення сексуальним життям, академічні успіхи та невдачі, соціальні стосунки на роботі або в дослідницькому середовищі, відсутність друзів та сусідів). Самогубство – це навмисний та свідомий акт суїциду, здійснений людиною зі знанням та очікуванням результату смерті. Проблема полягає не в самому бажанні смерті, а в спробі досягти цілей певного соціального чи культурного контексту. Згідно з Всесвітньою організацією охорони здоров'я та клінічними стандартами МКХ–11, DSM–5, самогубство вважається результатом тривалого розладу психологічних, соціальних та емоційних

факторів, що проявляється у формі поведінки, спрямованої на самознищення. Ключові елементи: цілеспрямованість наміру або дії, усвідомлення власної смертності, надія на зміни щодо неминучої смерті, зв'язок із психологічним станом та зовнішніми факторами. Таким чином, суїцидальна поведінка є багатофакторною, включаючи психологічні, а також екологічні та соціальні фактори. Зростання самоушкоджувальної поведінки поряд із подальшим вибором самогубства, як механізму подолання та вирішення проблеми, потребує комплексного підходу та оцінки поведінкових, соціальних, психологічних та інших факторів, що впливають на особистість, з метою розробки превентивних стратегій та психоедукаційних заходів щодо психологічної та соціальної підтримки осіб, що входять до групи суїцидального ризику.

РОЗДІЛ ІІ.
ВИЗНАЧЕННЯ МЕТОДІВ ТА АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ВИМІРУ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ, ЩО ЗНАХОДИТЬСЯ У ЗОНІ РИЗИКУ

2.1. Організація та психодіагностичний інструментарій емпіричного дослідження

Молодь, що знаходиться у зоні ризику та проявляє ознаки суїцидальної поведінки є серйозною проблемою сьогодення і потребує комплексного підходу у досліджені станів та розробці превентивних заходів і скринінг методів за для раннього втручання та своєчасного надання допомоги. Коректне визначення методів виміру та аналізу показників цієї поведінки є критично важливим для розуміння причин, тригерів та наслідків, що є основою для розробки ефективних стратегій профілактики запобігання суїциду.

Спираючись на проведений теоретичний аналіз наукових джерел з питань суїцидальної поведінки, ми визначили основні аспекти, які потребують глибшого емпіричного дослідження і можуть бути взаємопов’язані між собою. Таким чином, було встановлено, що окрім схильності до суїцидальної поведінки, необхідно дослідити й характерні психічні стани, такі як депресія, стрес, а також здатність молодих людей оцінювати власне благополуччя.

Нами було організовано та проведено емпіричне дослідження у групі молодих людей, що знаходяться у зоні ризику на предмет виявлення схильності суїцидальної поведінки.

Метою дослідження стало емпірично дослідити особливості суїцидальної поведінки у молоді, яка знаходиться у зоні ризику.

Гіпотеза дослідження: молодь, яка демонструє високі рівні депресії та стресу, а також низькі показники суб’єктивного благополуччя, має вищу схильність до суїцидальної поведінки.

Завдання дослідження: а) вибір психодіагностичних заходів та методик для перевірки гіпотези та визначення показників, пов'язаних з прогнозуванням симптомів суїцидальної поведінки у молоді, які знаходяться у групі ризику;

б) проведення кількісного та якісного аналізу даних, що включає обробку результатів за допомогою статистичних методів та їх інтерпретацію для визначення актуальності дослідження;

в) обговорення результатів дослідження, визначення їхньої значущості та синтез висновків;

г) визначення напрямків для майбутніх досліджень та потенційних сфер подальшого розвитку, включаючи вивчення нових аспектів проблеми.

Вибірка дослідження включала 65 осіб віком від 19 до 22 років, з них 36 жінок і 29 чоловіків. Всі вони мешкають у м. Одеса та навчаються в закладах вищої освіти, що дає нашій вибірці культурні та соціально спільні риси. Учасники представляли широкий перетин суспільства, включаючи людей з різним соціально–економічним статусом. Вони мають різний професійний статус. Відносно сімейного та подружнього стану, вибірка включала одружених осіб, осіб які знаходяться у стабільних стосунках, які не знаходяться у шлюбі (не одружені) та самотні особи. Освітній рівень респондентів однаковий – всі опитані є студентами закладів вищої освіти м. Одеса. Така диференціація у складі учасників дослідження надала можливість дослідити вплив самогубств серед молоді.

Проведення дослідження виповнювалось в декілька етапів:

1. Перший етап складався з підготовки та оцінки наявних методик, що саме необхідно було для виконання, організації та проведення дослідження. Одночасно було розроблено огляд основних концепцій та методів, пов'язаних з дослідницькою проблематикою. Були визначені пріоритетні напрямки досліджень, обрані відповідні методи та створений план дослідження. Крім того, описано завдання дослідження, методологію та теоретичну основу.

2. Другий етап складався зі збору даних. Емпіричні дані збиралися за допомогою анкетування. Для аналізу були обрані психодіагностичні методи,

що дозволяють оцінити психічне здоров'я (суб’єктивне благополуччя, рівень стресу, рівень депресії).

3. Третій етап полягає в аналізі та інтерпретації результатів. На цьому етапі результати емпіричних досліджень були оброблені за допомогою математичних та статистичних формулювань, а також проведена їх інтерпретація. Емпіричне дослідження проводилося онлайн з 5 вересня по 4 листопада 2025 року через Google Forms.

Зібрані емпіричні дані були зібрані в окремі протоколи для використаних методів. Зібрані дані потім були піддані описовій статистиці, що дозволило проаналізувати результати дослідження в межах вибірки.

Підсумовуючи, для обробки, вивчення та інтерпретації результатів було використано чотири групи методів: емпіричні, теоретичні, математичні та статистичні методи.

Наше дослідження відповідає кореляційній дослідницькій стратегії. У контексті якісних досліджень під час їх проведення була діагностована взаємодія між показниками психічного здоров'я (суб’єктивне благополуччя, рівень стресу, рівень депресії), показниками схильності суїцидальної поведінки та характер зв'язку між ними.

Для визначення зв'язку між показниками психічного здоров'я та суїцидальною поведінкою респондентів ми обрали коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (r). Статистичний аналіз було проведено за допомогою програмного забезпечення IBM SPSS Statistics (версія 21.0).

Вибір емпіричних методів був визначений тематикою нашої роботи. Враховуючи мету дослідження та результати описового аналізу, ми обрали діагностичні методики для підтвердження або спростування висунутих гіпотез.

Вибір дослідницьких інструментів був обмежений необхідністю використання апробованих та стандартизованих методів, для підтвердження даних і їх доповнення. Дослідження проводилося відповідно до професійних стандартів конфіденційності, добровільної участі в ньому досліджуваних.

Для вивчення психічного здоров'я молоді ми вважаємо, що «Модифікована шкала суб’єктивного благополуччя BBC–SWBi» (Додаток А) [18, с. 23] є найбільш доцільною. Вона була розроблена для оцінки суб'єктивного благополуччя цільової групи з урахуванням їхнього різноманітного способу життя і складається з трьох тестів:

1) «Психологічне благополуччя» оцінює самоконтроль, перспективи на майбутнє, відданість ідеалам та переконанням, а також особистісний ріст і розвиток;

2) «Фізичне здоров’я та благополуччя» оцінюють задоволення фізичною активністю, якістю сну, рівнем щоденної активності, фізичними вправами, відпочинком, дієтою та фізичною активністю;

3) Вимір «Стосунки» визначає рівень комфорту в міжособистісних стосунках, наявність задовільних дружніх та особистих стосунків, здатність просити про допомогу та задоволеність сексуальним життям.

Використання модифікованої шкали BBC–SWB надала можливість всебічно оцінити різні фактори та аспекти благополуччя молоді, до яких віднесли психологічний стан, фізичне здоров'я та соціальні стосунки. Шкалу було адаптовано до української вибірки авторами Л. Карамушка, К. Терещенко та О. Креденцер. У 2022 році була реалізована ця можливість, і шкала відповідала культурним та соціальним характеристикам досліджуваної групи, тим самим сприяючи одержанню достовірних та релевантних результатів.

Наступним інструментом діагностики компоненту ментального здоров’я у молоді ми обрали «тест на визначення рівня стресу Ю.В. Щербатих» (Додаток Б) [15, с. 87]. Цей психодіагностичний метод спрямований на оцінку рівня стресу шляхом вивчення низки симптомів, які можуть проявлятися в психічному, поведінковому, емоційному та фізичному станах. Такий підхід дозволив нам отримати комплексну оцінку рівня стресу у молоді, визначивши його прояв у різних фізичних та психологічних функціях учасників опитування.

Задля оцінки рівня депресивних станів серед молоді ми використали «Шкалу депресії Бека» (Додаток В) [42]. Шкала містить 21 категорію симптомів і скарг які найбільш часто зустрічаються серед пацієнтів з депресією. Кожна категорія складається з 4–5 тверджень, що відповідають специфічним ознакам депресії. Твердження розподілені з урахуванням підвищення значущості вкладу визначених показників у загальну міру тяжкості депресії. Опитувальник заповнюється самостійно.

Наступна методика, яку ми використали у нашій роботі – це «методика визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська)» (Додаток Г) [14]. Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки дозволяє оцінити емоційний стан, соціальні фактори та стресові впливи, а також планувати інтервенції. Вона допомагає ідентифікувати ризикові групи, визначити специфічні стресори, підвищити обізнаність про проблеми психічного здоров'я, а також слугує основою для розробки індивідуальних планів психологічної підтримки. Таким чином, результати аналізу цієї методики сприяють своєчасному втручанню та підтримці молодих людей у складних ситуаціях.

Завдяки цій методиці фахівці можуть ефективно працювати з молоддю, надаючи необхідну підтримку та ресурси для подолання труднощів, що в свою чергу може знизити ризик суїцидальних дій.

Організація дослідження та обрані психодіагностичні інструменти дозволили провести комплексну оцінку суїцидальних симптомів у молодих людей групи ризику, що є основою для перевірки нашої гіпотези. Методи дослідження були обрані таким чином, щоб охопити всі показники, необхідні для досягнення поставленої мети. Описані методи дозволили нам перевірити гіпотезу про те, що молоді люди з вищим рівнем депресії та тривоги, а також нижчими показниками суб'єктивного благополуччя, частіше вчиняють самогубство. Після комплексної психодіагностичної оцінки учасників результати були проаналізовані та інтерпретовані.

2.2. Результати дослідження показників виміру суїцидальної поведінки у молоді, що знаходяться у зоні ризику

Пропонуємо розпочати презентацію результатів дослідження з описової статистики. Аналіз допоможе зрозуміти основні концепції інструменту та розробити його початковий аналіз, що дозволяє отримати перші результати про об’єкт дослідження. Зокрема, для аналізу ми обрали: середнє значення (використовується для опису центрального значення даних); моду (це найбільш часте значення або середнє значення класу з найбільшою частотою); медіану (відповідає середньому значенню загальної кількості отриманих значень балів); стандартне відхилення (міра розсіювання даних від середнього, використовується для опису варіабельності даних); коефіцієнт варіації (використовується для опису групи з коефіцієнтом більше 33%). Ці показники відображають ступінь розподілу даних у виборці.

Щоб забезпечити зручність та легкий доступ до зібраних даних, ми включили в нашу роботу таблиці, що дозволяє легко знайти отриманні дані та порівняти параметри, а також краще розуміти їх значення та взаємозв'язки. Крім того, таблиці допоможуть проаналізувати отриману інформацію, візуалізувати її та зробити висновки на основі числових результатів.

Розпочнемо аналіз з оцінки кореляції показників ментального здоров’я молоді за допомогою «Модифікована шкала суб’єктивного благополуччя BBC–SWBi». Цей інструмент дозволив нам виміряти три компоненти суб'єктивного благополуччя: соціальні стосунки, психологічне благополуччя, фізичне здоров'я та суб'єктивне благополуччя. Результати респондентів наведено у Таблиці 2.1, 2.2., кількісний розподіл проілюстровано на Рисунку 2.1.

Таблиця 2.1.

Узагальнені групові показники суб’єктивного благополуччя серед молоді за методикою «Модифікована шкала суб’єктивного благополуччя BBC-SWBi»

Шкали благополуччя	Критерії описової статистики				
	Середнє Значення (X ср.)	Мода	Медіана	Стандарт. відхилення	Коеф. варіації %
Психологічне благополуччя	41,32	40,12	42,25	9,47	22,92
Фізичне здоров’я та благополуччя	24,14	25,43	25,54	4,33	17,95
Стосунки	19,83	21,39	20,44	2,36	11,68
Суб’єктивне благополуччя	85,29	94,67	88,21	14,55	17,06

Аналіз загальних показників суб'єктивного благополуччя молоді, проведений за допомогою «Модифікованої шкали суб’єктивного благополуччя BBC-SWBi», виявляє середній рівень психологічного благополуччя, фізичного здоров'я та соціальних стосунків серед респондентів, що відповідає середнім значенням шкал. Однак результати демонструють суттєві відмінності в рівнях благополуччя серед досліджуваних суб'єктів.

Психологічне благополуччя молоді є середнім (X ср. = 41,32), що означає, що респондентам загалом вдається підтримувати емоційну рівновагу та адаптуватися до складних ситуацій, незважаючи на наявність стресових факторів. Фізичне здоров'я та благополуччя також середні (X ср. = 24,14). Це, ймовірно, пов'язано з обмеженнями, викликаними поточними умовами життя в Україні, або наявністю певних проблем зі здоров'ям. Цей аспект вимагає особливої уваги для пропаганди фізичної активності та здорового способу життя серед молоді. Соціальні стосунки є середніми (X ср. = 19,83), при цьому молодь підтримує міжособистісні стосунки навіть у ситуаціях невизначеності та стресу. Однак певні труднощі впливають на якість взаємодії та соціальну задоволеність. Загальний показник суб'єктивного благополуччя демонструє

середній рівень задоволеності життям (X ср. = 85,29), що відображає баланс між позитивним і негативним досвідом та задовільний загальний рівень задоволеності життям і ресурсів подолання труднощів.

Таблиця 2.2.

Кількісний та відсотковий розподіл рівнів суб'єктивного благополуччя серед молоді за методикою «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя BBC–SWBi»

Шкали благополуччя	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	Кіл-ть осіб	%	Кіл-ть осіб	%	Кіл-ть осіб	%
Психологічне благополуччя	21	32,31	28	43,08	16	24,61
Фізичне здоров'я та благополуччя	13	20,00	26	40,00	26	40,00
Стосунки	3	4,61	34	52,31	28	43,08
Суб'єктивне благополуччя	13	20,00	25	38,46	27	41,54

Під час аналізу отриманих даних було виявлено, що серед молоді загалом переважає середній рівень задоволеності життям. За шкалою психологічного благополуччя лише 24,61% респондентів мають високий рівень емоційної стабільності – це свідчить, що респонденти можуть підтримувати психологічну рівновагу у складних ситуаціях та витримувати емоційне напруження та справлятись з викликами. Більшість, а саме 43,08%, перебувають на середньому рівні психологічного благополуччя, такий результат дає змогу сказати, що більшість підтримує адекватну реакцію на обставини та здатні підтримувати внутрішню рівновагу, проте стабільність може залежати від наявності підтримки, наявних ресурсів і якщо цього недостатньо, то стійкість може коливатись. Проте, 32,31% досліджуваних мають низький рівень психічного благополуччя. Наявні складнощі в

досягненні емоційної стабільності та можлива загальмована реакція на стресові ситуації.

Фізичне здоров'я та благополуччя серед молоді розподілилися між середнім і високим рівнями, кожен по 40,00%. Це свідчить про те, що значна частина опитаних демонструє стабільні показники фізичного стану та здебільшого задоволені власним рівнем здоров'я. Високий рівень фізичного благополуччя вказує на те, що молоді люди прагнуть підтримувати здоровий спосіб життя, займаються регулярною фізичною активністю та стежать за своїм самопочуттям. Водночас 20,00% продемонстрували низькі показники фізичного благополуччя, що може свідчити про наявність труднощів зі здоров'ям або обмеження у можливостях дбати про себе. Причинами такого стану можуть бути як недостатність ресурсів чи умов для здорового способу життя, так і тривалий вплив стресових факторів, що поступово погіршують фізичний стан молоді.

Аналіз соціальних стосунків показав, що 52,31% мають середній рівень задоволеності міжособистісними контактами. Це свідчить про те, що більшість молодих людей оцінюють свої соціальні зв'язки як відносно стабільні, проте вони можуть стикатися з певними труднощами, які заважають досягти повнішого відчуття гармонії у стосунках з іншими. Високу задоволеність соціальними контактами продемонстрували 43,08%, що вказує на сформовані міцні, підтримувальні стосунки, які забезпечують емоційну опору та позитивно впливають на психологічний стан. Однак у 4,61% виявлено низький рівень соціальних взаємин та складнощі у побудові й підтримці контактів. Такі молоді люди можуть відчувати нестачу підтримки, самотність або соціальну ізоляцію, що позначається на їхньому емоційному благополуччі та ускладнює подолання повсякденних життєвих викликів.

Розподіл за загальним показником суб'єктивного благополуччя засвідчує, що 38,46% мають середній рівень задоволеності життям. Ця група молоді загалом оцінює своє життя як достатньо прийнятне, хоча може стикатися з певними труднощами, які впливають на загальний рівень

внутрішнього задоволення. Високий рівень життєвої задоволеності виявлено у 41,54% молодих людей, що свідчить про позитивне сприйняття ними власної життєвої ситуації та відсутність серйозних бар'єрів, які могли б погіршити їхнє самопочуття. Ці респонденти, найімовірніше, мають достатні ресурси, підтримку з боку оточення та можливості для реалізації особистих потреб і життєвих цілей. Натомість 20,00% молоді повідомили про низький рівень суб'єктивного благополуччя. Майже п'ята частина опитаних стикається із зниженим задоволенням життям, що може бути наслідком складних життєвих обставин, обмеженої соціальної підтримки або недостатніх адаптаційних можливостей. Подібний стан негативно впливає на психічне здоров'я, зменшує мотивацію, ускладнює здатність справлятися з рутиною й викликами, а також потребує цілеспрямованої підтримки для підвищення якості життя.

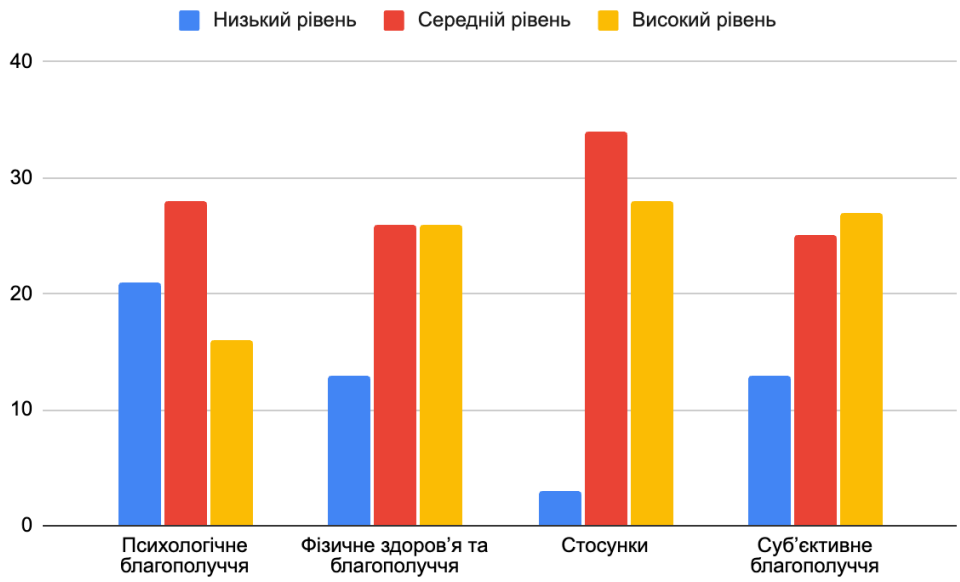


Рисунок 2.1 Кількісний розподіл рівнів благополуччя серед молоді за методикою «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя BBC-SWBi»

На основі отриманих результатів за методикою «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя BBC–SWBi» можна стверджувати, що домінуючим є саме середній рівень життєвої задоволеності. Переважна частина опитаних молодих людей продемонструвала середні та високі показники психологічного, фізичного добробуту й якості соціальних

контактів. Лише невелика частина учасників дослідження виявляє низькі значення в окремих сферах, при цьому певна кількість респондентів стикається з труднощами щодо підтримання емоційної рівноваги, стабільного фізичного стану та гармонійних соціальних взаємин.

Далі розглянемо отримані показники за «Тестом на визначення рівня стресу Ю. В. Щербатих» у Таблиці 2.3, що дозволяє зробити висновок про наявність проявів стресу у різних аспектах функціонування організму та психіки у досліджуваних у вигляді узагальнених показників та результати розподілу вищезазначених показників за рівнями прояву стресу у Таблиці 2.4. Результати відсоткового співвідношення відображені в Рисунку 2.2.

Таблиця 2.3.

Узагальнені групові показники стресу серед молоді за Тестом на визначення рівня стресу Ю. В. Щербатих

Показник	Критерії описової статистики				
	Середнє значення (X ср.)	Мода	Медіана	Стандартне відхилення	Коефіцієнт варіацій
Рівень стресу	10,77	7	9	5,51	51,14%

Середній бал рівня стресу у вибірці молоді становить помірний показник (X ср. = 10,77). Це свідчить про те, що більшість респондентів відчувають певну напругу, однак цей стан здебільшого контрольований і не переходить у виражені емоційні чи фізичні перевантаження. Помірний стрес зазвичай можна компенсувати за допомогою регулярного відпочинку, навичок тайм–менеджменту чи інших базових способів саморегуляції. Водночас цей результат підкреслює, що за відсутності належної підтримки або ефективних стратегій подолання складних ситуацій існує ймовірність зростання стресу та переходу його у більш інтенсивні форми психологічного напруження.

Таблиця 2.4.

Кількісний та відсотковий розподіл рівнів стресу серед молоді за Тестом на визначення рівня стресу Ю. В. Щербатих

Рівні стресу	Результат розподілу	
	Кіл-ть осіб	%
Відсутність значного стресу	8	12,31
Помірний рівень стресу	36	55,38
Значне психологічне напруження	18	27,70
Сильний стрес	3	4,61
Стан виснаження	0	0,00

Структура розподілу рівнів стресу серед молоді за тестом Ю. В. Щербатих виявила такі тенденції – 12,31% опитаних не відчувають вираженого стресу й характеризуються високими адаптаційними можливостями, що дає змогу ефективно реагувати на буденні труднощі без значного впливу на психічний чи фізичний стан. Особи цієї групи впевнено контролюють емоції, грамотно користуються власними ресурсами та здатні успішно діяти у стресогенних обставинах.

Найчисельніша частка досліджуваних 55,38% – перебуває в зоні помірного стресового навантаження. Це говорить про наявність відчутного, але не критичного рівня напруження, який може позначатися на емоційному стані та фізичному самопочутті. У більшості випадків такий рівень стресу можна зменшити за рахунок відпочинку, релаксаційних методик та раціонального планування дня. Однак важливо вчасно враховувати цей рівень стресу, адже за відсутності підтримки він здатен поступово трансформуватися у значно глибше емоційне виснаження. 27,70% молодих людей демонструють високий рівень психологічного напруження, який уже відчутно впливає на їхній емоційний фон та загальне самопочуття. Такий рівень стресу потребує активного застосування спеціальних інструментів подолання – від практик релаксації та зміцнення соціальних зв’язків до можливого звернення за

професійною допомогою. Якщо не забезпечити підтримку на цій стадії, це може сприяти подальшому погіршенню психічного стану чи формуванню серйозних психологічних порушень.

Невеликий відсоток досліджуваних 4,61% – перебуває у стані вираженого, інтенсивного стресу. Такий стан супроводжується суттєвими негативними наслідками для психічного та фізичного здоров'я, знижує працездатність, емоційну стійкість та може стати передумовою тяжких психологічних розладів.

Стан виснаження у цій вибірці не виявлено (0,00%), що свідчить про відсутність у респондентів крайнього ступеня перевантаження, за якого адаптаційні механізми фактично вичерпані. Зазвичай виснаження формується під впливом тривалого сильного стресу без належної підтримки, відновлення та психоемоційних ресурсів.



Рисунок 2.2 Відсотковий розподіл рівнів стресу серед молоді за Тестом на визначення рівня стресу Ю. В. Щербатих

Підсумовуючи, за Тестом на визначення рівня стресу Ю. В. Щербатих ми отримали наступні результати – більшість молоді перебуває у стані помірного стресу, що свідчить про наявність певного емоційного напруження, але не критичного. Водночас частина респондентів перебуває у стані значного психологічного напруження або сильного стресу та потребують спеціальних

методів подолання та підтримки, а невелика частка молоді перебуває у стані відсутності значного стресу.

Також для оцінки рівня депресивних станів серед молоді ми використали «Опитувальник шкала депресії Бека», що дозволив нам виявити наявність депресивних станів. Детально представимо узагальнені групові показники наявності депресивних ознак в Таблиці 2.5, кількісний та відсотковий розподіл прояву ознак депресії у Таблиці 2.6 та узагальнені показники когнітивно-афективних та соматичних проявів в Таблиці 2.7.

Таблиця 2.5.

Узагальнені групові показники ознак депресивних станів серед молоді за «Опитувальником шкала депресії Бека»

Показник	Критерії описової статистики				
	Середнє значення (X ср.)	Мода	Медіана	Стандарт. відхилення	Коеф. варіації %
Рівень депресії	10,12	10	10	4,82	47,62

Середнє значення рівня депресії серед молоді за «Опитувальником шкала депресії Бека» свідчить про наявність проявів легкої депресії (X ср. = 10,12). Такий рівень означає, що більшість що респонденти можуть відчувати деякі симптоми депресії, але вони не є критичними. Це може включати почуття смутку, втрату інтересу до діяльності або легку втому. Хоча це не є серйозною депресією, важливо звернути увагу на ці симптоми, оскільки вони можуть погіршуватися без належної підтримки або втручання.

Таблиця 2.6.

Кількісний та відсотковий розподіл прояву ознак депресії серед молоді за «Опитувальником шкала депресії Бека»

Депресивні ознаки	Кіл-ть осіб	%
Відсутність депресивних симптомів	31	47,70

Легка депресія (субдепресія)	28	43,08
Помірна депресія	3	4,61
Виражена депресія (середньої тяжкості)	3	4,61

Представлений у Таблиці 2.6 аналіз отриманих даних виявив, що у 47,70% респондентів відсутні депресивні симптоми, але майже однаковий показник у 43,08% мають молоді люди з ознаками легкої депресії. Симптоми можуть включати почуття смутку, часті відчуття безнадійності, зниження інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення, зміни в апетиті (зменшення або збільшення), порушення сну (безсоння або надмірна сонливість), постійне відчуття втоми та брак енергії, проблеми з концентрацією, часті негативні думки про себе та низька самооцінка, а також соціальну ізоляцію (уникнення спілкування з друзями та родиною). Також можуть виникати фізичні симптоми, такі як головні болі або болі в м’язах без очевидної медичної причини. 4,61% респондентів мають ознаки помірної депресії, які можуть проявлятись як постійний смуток, зниження інтересу до діяльності, соціальну ізоляцію, зміни в апетиті (переїдання або відмова від їжі), проблеми зі сном (безсоння або надмірна сонливість), втомлюваність, труднощі з концентрацією, часті негативні думки про себе, фізичні симптоми (головний біль, болі в шлунку) та зростання тривожності і 4,61% респондентів мають виражену депресію, що виражається у глибокому смутку і безнадії, втраті інтересу до життя, соціальну ізоляцію, значні зміни в апетиті та вазі, серйозні проблеми зі сном (безсоння або надмірна сонливість), постійну втому, труднощі з концентрацією, фізичні симптоми (головні болі, болі в м’язах) та негативні думки про себе.

Таблиця 2.7.

Узагальнені групові показники когнітивно–афективних та соматичних проявів серед молоді за «Опитувальником шкала депресії Бека»

Показник	Критерії описової статистики				
	Середнє значення (X ср.)	Мода	Медіана	Стандарт. відхилення	Коеф. варіації %
Когнітивно–афективні прояви	9,32	8	9	3,28	35,19
Соматичні прояви	8,57	7	9	3,04	35,47

Середнє значення когнітивно–афективних проявів дорівнює X ср. = 9,32, що свідчить про те що молоді люди можуть відчувати підвищену тривожність, легке відчуття безнадії, втрату інтересу до звичних занять, а також коливання настрою. У цей період можуть виникати труднощі з концентрацією уваги, відчуття втоми без видимої причини, а також легка дратівливість. Ці симптоми, хоча і не є критичними, вказують на те, що молодь може потребувати підтримки та уваги до свого психічного здоров'я, щоб запобігти погіршенню стану.

Далі, середнє значення соматичних проявів дорівнює X ср. = 8,57, що вказує на наявність легких до помірних фізичних симптомів, асоційованих із депресивними станами серед молоді. Це може включати такі прояви, як головні болі, відчуття втоми, проблеми зі сном (безсоння або надмірна сонливість), а також дискомфорт у шлунку. Молоді люди можуть відчувати зниження апетиту або, навпаки, збільшення, що може призводити до коливань ваги. Ці симптоми можуть суттєво впливати на їхнє повсякденне життя, навчання та соціальні взаємодії.

Отже, згідно з «Опитувальником шкала депресії Бека» можна умовно виокремити дві категорії людей, які отримали наступні результати: одна категорія не має симптомів депресії та інша категорія перебуває у стані легкої депресії. І мають помірну та виражену депресію по 4,61% респондентів. Також

присутні когнітивно–афективні та соматичних прояви, які не є критичними, але вже мають вплив на якість життя.

Далі ми проаналізували групові результати дослідження схильності до суїцидальної поведінки молоді за методикою М. Горської. Графічно результати представимо у Таблиці 2.8 – 2.10.

Таблиця 2.8.

Узагальнений груповий показник схильності до суїцидальної поведінки за методикою М. Горської

Показник	Критерії описової статистики				
	Середнє значення (X ср.)	Мода	Медіана	Стандарт. відхилення	Коеф. варіації %
Показник схильності до суїцидальної поведінки	40,66	39	40	8,027	19,74

Середнє значення показника схильності до суїцидальної поведінки склало X ср. = 40,66, що свідчить про можливі ризики і може означати, що молоді люди в цій групі можуть відчувати емоційні труднощі, такі як безнадія, тривога або депресія, які можуть призводити до думок про самогубство. Важливо звернути на це увагу, забезпечити підтримку та, за необхідності, корекційні заходи, щоб запобігти подальшому погіршенню психічного здоров’я.

Таблиця 2.9.

Узагальнені групові показники шкал тривожності, фрустрації, агресії, ригідності за методикою визначення схильності до суїцидальної поведінки М. Горської

Шкали благополуччя	Критерії описової статистики				
	Середнє Значення (X ср.)	Мода	Медіана	Стандарт. відхилення	Коеф. варіації %
Шкала тривожності	9,88	8	10	3,09	31,27
Шкала фрустрації	8,78	8	9	2,26	25,74
Шкала агресії	9,08	11	10	2,25	24,79
Шкала ригідності	9,89	11	11	1,80	18,20

Середнє значення за шкалою тривожності X ср. = 9,88, що свідчить свідчить про середній рівень тривожності. Це означає, що молодь може відчувати певний стрес або занепокоєння, але ці емоції не є критичними.

Середнє значення за шкалою фрустрації X ср. = 8,78 вказує на середній рівень фрустрації, що означає, що молодь зазнає розчарування, але здатна справлятися з перешкодами.

Середнє значення за шкалою агресії X ср. = 9,08 свідчить про низький рівень агресії, що може свідчити про те, що респонденти не мають схильності до конфліктів і не прагнуть застосовувати силу. Така поведінка є позитивною ознакою емоційної стабільності та соціальної адаптації.

Середнє значення за шкалою ригідності X ср. = 9,89 вказує на середній рівень ригідності. Тобто респонденти мають певні труднощі з адаптацією до змін, проте не є повністю закритими для нових ідей.

Можна стверджувати, що опитуванні демонструють середній рівень тривожності та фрустрації, низький рівень агресії та середній рівень ригідності і може свідчить про те, що, хоча молоді люди можуть стикатися з певними емоційними викликами, вони не перебувають в критичному стані. Важливо забезпечити підтримку для розвитку навичок адаптації та управління емоціями, що допоможе покращити загальний психологічний стан і здатність до подолання труднощів.

Таблиця 2.10.

Кількісний та відсотковий розподіл за показниками шкал тривожності, фрустрації, агресії, ригідності та схильності до суїцидальної поведінки за методикою визначення схильності до суїцидальної поведінки М. Горської

Показники	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень		Дуже високий рівень	
	Кіл-ть осіб	%	Кіл-ть осіб	%	Кіл-ть осіб	%	Кіл-ть осіб	%
Шкала тривожності	16	24,61	27	41,54	22	33,85	–	–

Шкала фрустрації	19	29,23	28	43,08	18	27,69	–	–
Шкала агресії	37	56,92	21	32,31	7	10,77	–	–
Шкала ригідності	14	21,54	29	44,61	22	33,85	–	–
Схильність до суїцидальної поведінки	20	30,77	23	35,38	22	33,85	–	–

Представлений розподіл отриманих даних у Таблиці 2.10 виявив, що за шкалою тривожності тривожність присутня у значної частини досліджуваних, з них 41,54% мають середній рівень, 33,85% мають високий рівень і 24,61% мають низький рівень. Отриманий розподіл свідчить про загальне психоемоційне напруження, стрес який має тенденцію до зростання та перехід з гострого до хронічного, що викликає занепокоєння та необхідність щонайменше відпочинку, і консультацію з психотерапевтом або психіатром.

За шкалою фрустрації більшість мають середній рівень, а саме 43,08%, мають високий рівень 27,69% і 29,23% мають низький рівень. Такий розподіл може вказувати на наявність труднощів у досягненні цілей або часті розчарування, які можуть виникати через уявні або реальні перешкоди. Складність емоційної регуляції знижує якість життя та вимагає підтримки з боку рідних та професіоналів.

За шкалою агресії у більшості респондентів агресивність на низькому рівні, а саме 56,92%. На середньому рівні 32,31% та на високому рівні 10,77%. Отже, група загалом демонструє стриману поведінку без схильності до агресії.

За шкалою ригідності у більшості опитуваних спостерігається середній рівень ригідності 44,61%, високий рівень мають 33,85% та 21,54% низький рівень. Такий розподіл може свідчити про труднощі в адаптації до змін або нових умов, неприйняття змін діяльності

Загальний аналіз розподілу показників за методикою М. Горської вказує на переважне домінування середнього та високого рівнів тривожності, фрустрації, ригідності та схильності до суїцидальної поведінки серед опитаних. Зокрема, 75,39% учасників демонструють підвищену тривожність

(середній та високий рівень тривожності разом), що свідчить про наявність внутрішнього напруження, нестабільності або впливу зовнішніх стрес–факторів. Аналогічна ситуація спостерігається на шкалі фрустрації – 70,77% опитаних мають середній або високий рівень, що може вказувати на часті переживання розчарування, незадоволеності потреб або нездатності досягати цілей. Показник ригідності також доволі високий – 78,46% респондентів демонструють негнучкість мислення та складнощі в адаптації до змін, що може ускладнювати їх соціальне функціонування та знижувати ефективність взаємодії.

Особливу тривогу викликає шкала схильності до суїцидальної поведінки – 69,23% опитаних мають середній або високий рівень цієї ознаки, що свідчить про потенційну емоційну нестабільність, глибоку психологічну дезадаптацію або відчуття безвиході у частини респондентів. У той же час, на тлі загального напруженого психоемоційного стану, позитивним аспектом є те, що більшість респондентів (57%) мають низький рівень агресивності, що свідчить про їхню здатність до самоконтролю, уникнення конфліктів і конструктивну поведінку.

Таким чином, результати вказують на потребу в системній психологічній підтримці молоді, фокусуючись на зниженні тривожності, роботі з емоційною стабільністю, розвитком гнучкості мислення та обов’язково – зниженні суїцидальних ризиків.

2.3. Кореляційний аналіз взаємозв’язків між показниками ментального здоров’я (рівня депресії, рівня стресу, показники суб’єктивного благополуччя) та схильність до суїцидальної поведінки

Для оцінки нормальності розподілу результатів по обраним методикам було проведено тест Шапіро–Уїлка. Результати тесту наведено в таблиці 2.11.

На наступному етапі дослідження буде здійснено аналіз кореляційних зв’язків між змінними для виявлення статистично значущих залежностей, що дозволить перевірити висунуту гіпотезу.

Таблиця 2.11.

Значення нормальності вибірки Шапіро-Уїлка

Шкала	W	ρ
Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя BBC–SWBi	0.785	< 0,001
Тест на визначення рівня стресу Ю. В. Щербатих	0.801	< 0,001
Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory: BDI)	0.794	< 0,001
Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська)	0,883	< 0,001

Для всіх шкал розподіл статистично значимо відрізняється від нормального ($p < 0,001$), отже, подальший аналіз потребує використання непараметричних методів.

Для статистичної перевірки гіпотези дослідження ми застосували процедуру кореляційного аналізу між показниками ментального здоров'я (рівня депресії, рівня стресу, показниками суб'єктивного благополуччя) та схильністю до суїцидальної поведінки за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена (r–Спірмена), так як дані відповідають ненормальному розподілу. Результати розрахунків представлені в Таблиці 2.12

Таблиця 2.12.

Матриця кореляційних зв'язків між показниками ментального здоров'я (рівня депресії, рівня стресу, показники суб'єктивного благополуччя) та схильність до суїцидальної поведінки за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена (r–Спірмена)

Компоненти ментального здоров'я	Показник схильності до суїцидальної поведінки
«Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя BBC-SWBi»	
Психологічне благополуччя	–0,793*
Фізичне здоров'я та благополуччя	–0,804*

Стосунки	–0,527*
Суб'єктивне благополуччя	–0,852*
«Тест на визначення рівня стресу Ю. В. Щербатих»	
Рівень стресу	0,905*
«Опитувальник шкала депресії Бека»	
Рівень депресії	0,786*

Примітка: * – кореляція значуща на рівні $p<0,01$;

Аналізуючи матрицю кореляційних зв'язків між показниками ментального здоров'я та показником схильності до суїцидальної поведінки молоді за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена (r–Спірмена), можемо визначити наступні значущі кореляційні зв'язки:

1) Негативна кореляція виявлена між психологічним благополуччям, фізичним здоров'ям, стосунками та суб'єктивним благополуччям із показником схильності до суїцидальної поведінки. Відповідно до результатів, з'ясовано, що чим вищий рівень психологічного благополуччя, тим нижча схильність до суїцидальної поведінки. Стосовно фізичного здоров'я та благополуччя негативна кореляція свідчить про те, що покращення фізичного здоров'я може суттєво знизити ризик суїцидальної поведінки. Негативна кореляція з показником «Стосунки» пояснює, що якісні міжособистісні стосунки можуть зменшити схильність до суїцидальної поведінки. Суб'єктивне благополуччя загалом, виявило, що високий рівень суб'єктивного благополуччя суттєво знижує ризик суїцидальної поведінки.

2) Виявлена значима кореляція між рівнем стресу та показником схильності до суїцидальної поведінки, так респонденти, які мають високий рівень стресу, в них значно підвищується ризик суїцидальної поведінки. Хронічний стрес може призводити до емоційного виснаження, відчуття безвиході та соціальної ізоляції, що, у свою чергу, підсилює негативні думки про себе та своє життя, особливо серед молоді, яка стикається з академічним тиском і соціальними проблемами.

3) Існує позитивна кореляція між рівнем депресії та показником схильності до суїцидальної поведінки. Отже молоді люди, що мають високий рівень депресії у зони підвищеного ризику суїцидальної поведінки. Тому важливо забезпечити доступ до психологічної підтримки, раннє виявлення симптомів та створення безпечного середовища для відкритої комунікації, що може суттєво знизити ризики і підтримати психічне здоров'я молодих людей.

Результати нашого емпіричного дослідження підтверджують важливість своєчасного виявлення депресивних станів та психоедукації, щодо подолання стресу, оскільки такі заходи знизять ризик виникнення суїцидальної поведінки та думок. Також ми виявили позитивний вплив фізичного здоров'я, якісних стосунків, психологічного благополуччя, що в свою чергу формує високий рівень суб'єктивного благополуччя на психологічний стан молоді.

На основі аналізу кореляційних зв'язків між показниками ментального здоров'я та показником схильності до суїцидальної поведінки молоді за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена (r–Спірмена) можна зробити висновки, які підтверджують висунуту гіпотезу. Виявлені значущі кореляційні зв'язки свідчать про те, що молодь, яка демонструє високі рівні депресії та стресу, а також низькі показники суб'єктивного благополуччя, має вищу схильність до суїцидальної поведінки і навпаки, низький рівень стресу і депресії, високі показники суб'єктивного благополуччя призведуть до зниження ризику суїцидальної поведінки і думок. Отже, гіпотеза нашого дослідження – повністю підтверджена.

Розробка та впровадження програм, що підтримують молодь, психоедукують, впроваджують профілактичні заходи, є важливим завданням для забезпечення психічного благополуччя молодих людей в умовах підвищених стресових навантажень.

Висновки до другого розділу

Нами було висунуто гіпотезу, що існує зв'язок між молоддю, яка демонструє високі рівні депресії та стресу, низькі показники суб'єктивного благополуччя, має вищу схильність до суїцидальної поведінки.

Емпіричне дослідження було проведене серед 65 респондентів від 19 до 22 років, включало використання психодіагностичних методик, таких як «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя BBC–SWBi» для оцінки рівня психологічного, фізичного здоров'я та стосунків, «тест на рівень стресу Ю. В. Щербатих», «опитувальник шкала депресії Бека» та «методика визначення схильності до суїцидальної поведінки М. Горська».

За методикою «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя BBC–SWBi» за шкалою «Психологічне благополуччя» 24,61% (16) мають високий рівень, 43,08% (28) отримали середній рівень та 32,31% (21). За шкалою «Фізичне благополуччя» 20,00% (13) мають низький рівень, 40,00% (26) демонструють середній рівень фізичного благополуччя і 40,00% (26) мають високий рівень здоров'я. За шкалою «Стосунки» 4,61% (3) мають низький рівень взаємин, 52,31% (34) демонструють середній рівень та 43,08% (28) мають високий рівень. Розподіл за загальним показником суб'єктивного благополуччя демонструє, що 20,00% (13) перебувають на низькому рівні суб'єктивного благополуччя, 38,46% (25) перебувають на середньому рівні задоволеності життям та 41,54% (27) досягли високого рівня задоволеності життям.

Наступними представимо результати аналізу за «Тестом на визначення рівня стресу Ю. В. Щербатих». Було встановлено, що 12,31% (8) не відчувають значного стресу та легко долають повсякденні виклики, 55,38% (36) мають помірний рівень стресу, який може впливати на емоційне та фізичне благополуччя. 27,70% (18) перебувають у стані значного напруження, що позначається на їхньому самопочутті. 4,61% (3) зазнають сильного стресу з негативним впливом на здоров'я. Середній рівень стресу молоді за даною методикою становить (Хср.=10,77), що відповідає рівню помірного стресу.

За методикою опитувальником «Шкала депресії Бека» визначено, що у 47,70% респондентів (31) відсутні депресивні симптоми, у 43,08% (28) наявні ознаки легкої депресії, у 4,61% (3 особи) помірна депресія і у 4,61% (3) виражена депресія (середньої тяжкості). Середнє значення рівня депресії серед молоді за зазначеною методикою свідчить про наявність легкої депресії (X ср. = 10,12).

Далі ми проаналізували групові результати дослідження за методикою визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська). Відповідно до розподілу рівнів, 30,77% (20) мають низький рівень схильності до суїцидальної поведінки та дій, 35,38% (23) мають середній рівень та 33,85% (22) показали високий рівень схильності.

За шкалою тривожності 24,61% (16) мають низький рівень, 41,54% (27 осіб) мають середній рівень та 33,85% (22) мають високий рівень. За шкалою фрустрації 29,23% (19) мають низький рівень, 43,08% (28) мають середній рівень та 27,69% (18) мають високий рівень. За шкалою агресії 56,92% (37) мають низький рівень, 32,31% (21) мають середній рівень та 10,77% (7) мають високий рівень. За шкалою ригідності 21,54% (14) мають низький рівень, 44,61% (29) мають середній рівень та 33,85% (22) мають високий рівень.

Загальний аналіз розподілу показників за методикою М. Горської вказує на переважне домінування середнього та високого рівнів тривожності, фрустрації, ригідності та схильності до суїцидальної поведінки серед опитаних.

Аналізуючи результати отриманих даних в матриці кореляційних зв’язків між показниками ментального здоров’я (рівня депресії, рівня стресу, показниками суб’єктивного благополуччя) та схильністю до суїцидальної поведінки за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена (r–Спірмена), можемо визначити наступні значущі кореляційні зв’язки: виявлена негативна кореляція між психологічним благополуччям та показником схильності до суїцидальної поведінки (–0,793). Також встановлена негативна кореляція між фізичним здоров’ям та показником схильності до суїцидальної поведінки (–

0,804). Негативна кореляція виявлена між особистісними стосунками та показником схильності до суїцидальної поведінки (–0,527). І виявлена негативна кореляція між суб'єктивним благополуччям та показником схильності до суїцидальної поведінки (–0,852). Таким чином, високий рівень суб'єктивного благополуччя знижує ризик та схильність до суїцидальних дій та думок. Рівень стресу та рівень депресії позитивно корелює з схильністю до суїцидальних думок. Кореляція рівня стресу та показника схильності до суїцидальної поведінки (0,905). Кореляція рівня депресії та показника схильності до суїцидальної поведінки (0,786).

Виявлені значущі кореляційні зв'язки свідчать про те, що молодь, яка демонструє високі рівні депресії та стресу, а також низькі показники суб'єктивного благополуччя, має вищу схильність до суїцидальної поведінки. Таким чином наша гіпотеза повністю підтверджена.

РОЗДІЛ ІІІ.
РЕКОМЕНДАЦІЇ ПО ВДОСКОНАЛЕННЮ НАЯВНИХ МЕТОДИК У РОБОТІ З МОЛОДДЮ СХИЛЬНОЇ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

3.1. Міжнародний досвід у боротьбі з суїцидальною поведінкою

Питання підвищення ризику суїцидальної поведінки серед молоді має глобальний характер та вимагає перед фахівцями і науковцями шукати та використовувати багатовимірний підхід, що включає превентивні стратегії, своєчасне виявлення груп ризику й надання комплексної психологічної допомоги. У багатьох розвинених державах уже сформовано дієві моделі профілактики, які показали реальне зниження рівня самогубств серед підлітків та молодих дорослих. Досвід цих країн може стати корисним орієнтиром для удосконалення українських підходів та адаптації нових методів під життєві виклики, з якими стикається молоді та українці.

Розглянемо відомий приклад програми «Youth Aware of Mental Health» (YAM). Країни Європи запровадили і реалізували у себе цикл інтерактивних занять для учнів віком 13–17 років. Ця програма присвячена темам психічного здоров’я, розвиток емоційної стійкості, подолання стресу та пошуку допомоги. За результатами дослідження було виявлено, що участь у програмі знижує рівень суїцидальних думок на 50%, а кількість спроб самогубства майже на 30% [89].

У США ефективно підтримують та впроваджують стратегію «Zero Suicide», що передбачає профілактику самогубств, як обов’язковий компонент у діяльності кожного медичного закладу. Серед основних завдань – навчання та спеціальна підготовка персоналу, створення безпечного середовища для пацієнтів, постійний моніторинг їх психічного стану і післякризова підтримка. Одним з важливих інструментів є стандартизована шкала C–SSRS (Columbia Suicide Severity Rating Scale) – вона оцінює ризик суїциду і яку рекомендують

застосовувати у школах, лікарнях та соціальних службах [76, с.103]. Доповненням до цієї стратегії є національна гаряча лінія «Suicide Prevention Lifeline», яка працює цілодобово та надає анонімну допомогу кваліфікованих консультантів, які можуть допомогти в кризових ситуаціях [80].

У Швеції ефективно працює модель «Crisis Support Centers» [73], де молодь може отримати психологічну допомогу, яка переживає кризу, з можливістю раннього виявлення. Також існує і активно впроваджується програма «Mental Health in Schools» [77], яка забезпечує навчання вчителів основам психічного здоров'я та методам підтримки учнів.

У Фінляндії успішно реалізован національний проєкт «Time Out!» [39], орієнтований на молодих чоловіків 18–29 років і який фокусується на кризовій інтервенції. Програма передбачає індивідуальні консультації, психологічну та соціальну підтримку, профорієнтацію й стабілізацію психоемоційного стану, що дозволяє зменшити тривожність та ізоляцію, які часто передують суїцидальним намірам. Паралельно діє програма «Peer–to–peer mentoring» [84], де молоді люди, які подолали кризу, допомагають іншим через щотижневі зустрічі.

У Японії, де серед молоді традиційно високий рівень самогубств, особлива увага приділяється шкільним психологічним кейс–менеджерам, які закріплюються за конкретними школами та супроводжують учнів у разі проблем чи складнощів. Взаємодія відбувається не лише з підлітком, а й з його родиною Регулярний доступ до професійної підтримки значно підвищує результативність втручання [83].

Суттєвим є досвід Австралії, де діє мережа молодіжних центрів ментального здоров'я «Headspace» [57]. Ці центри надають безкоштовну підтримку з питань тривоги, депресії, залежностей, проблем з навчанням та стосунків. Принцип роботи передбачає мультидисциплінарний підхід різних фахівців. Так, у команді працюють психологи, психіатри, соцпрацівника та кар'єрні консультанти. Такий підхід дозволяє надавати комплексну допомогу та консультації з проблем молодої людини в одному місці. Також, в Австралії

працює безкоштовна гаряча лінія «Lifeline» [67] – молодь може отримати анонімну підтримку у кризових ситуаціях, а волонтерам пропонуються тренінги з психологічної підтримки. Ще працює агентство «Beyond Blue» [43], яке створює освітні ресурси (онлайн–курси, вебінари та інформаційні матеріали) з психічного здоров'я для молоді та їхніх родин.

У Канаді впроваджений і реалізований комплексний підхід профілактики, що охоплює шкільні (освітні) програми, тренінги для вчителів та підтримку і роботу з родинами. Популярною є програма «Kids Help Phone» [64], яка надає безкоштовні та анонімні консультації через телефон та онлайн, спеціалізуючись на питаннях психічного здоров'я молоді.

Успішним є приклад Великої Британії у впровадженні цифрових інструментів, зокрема британського додатку «Stay Alive» [79] та чат–ботів на основі штучного інтелекту (Woebot, Wysa), які надають підтримку молодим людям у кризових станах цілодобово, забезпечуючи анонімність.

У Південній Кореї, через надзвичайний ріст показників самогубств, уряд запровадив програму з контролю та обмеження доступу до популярних засобів самогубства (токсичних речовин, медикаментів), що знизило рівень суїцидів на 10–15% [49].

У Франції діють цілодобові кризові центри, які надають безкоштовно психологічну допомогу, тобто олодь може звернутися по підтримку, зокрема й у нічний час [92].

Окрему увагу слід приділити напрямку по залученню батьків до процесу психоемоційної профілактики. На прикладах Ізраїля та Норвегії, функціонують «школи емоційної грамотності для батьків», де дорослі навчаються розпізнавати та помічати перші сигнали небезпеки в поведінці своїх дітей, будувати довірливі відносини та надавати їм підтримку без тиску й осуду [60, 74].

3.2. Впровадження міжнародного досвіду в розробку ефективного підходу для запобігання суїциду

У сучасних умовах українське суспільство стикається з різними викликами і один з них – це соціальний виклик, що безпосередньо пов'язан зі станом психічного здоров'я молоді. Особливої актуальності набуває не лише дослідження проблеми, але й адаптація міжнародного досвіду профілактики суїцидальної поведінки. Країни, які вже демонструють позитивну динаміку зниження рівня самогубств серед молоді, доводять ефективність системного підходу, що базується на міжвідомчій співпраці і громадських інституцій, проведенні освітніх кампаній, доступності до кваліфікованої психологічної допомоги і підтримки та використанні сучасних цифрових інструментів. Такий досвід може бути корисним і стати підґрунтям для розробки цілісної та ефективної профілактичної стратегії, адаптованої до українських реалій.

Одним із перспективних напрямків можна вважати інтеграцію програм розвитку і підвищення психоемоційної грамотності у шкільну систему та закладів освіти загалом. Прикладом є європейська програма YAM (Youth Aware of Mental Health), яка показала і довела свою результативність зниженням рівня суїцидальних думок у школярів–учасників та тривожних станів на 50%. Впровадження подібного формату у вигляді тренінгів чи факультативних занять в українських школах могло б стати першим кроком до формування у молодого покоління навичок саморефлексії, вміння розпізнавати власні емоцій та на соромитись і своєчасно звертатись по допомогу.

Крім того, не менш важливою складовою є створення і розробка чітких алгоритмів дій для працівників освітніх закладів (педагогів, персоналу освітніх закладів) у випадках виявлення ознак суїцидальних схильностей та поведінки. Американська та канадська практика демонструє ефективність роботи так званих «кризових команд» у школах. Зазвичай, до складу яких входять психолог, соціальний працівник та представник адміністрації, що дозволяє оперативно реагувати на тривожні сигнали і ознаки небезпеки та

забезпечити дитині належну підтримку вчасно. В українських умовах доцільним було б розробити власні внутрішні протоколи для кожного рівня навчального закладу, який би включав покроковий алгоритм дій для класних керівників та викладачів, шкільних психологів та адміністрації у випадку виявлення психоемоційної нестабільності чи тривожних повідомлень.

Міжнародна практика робить акцент та приділяє багато уваги досвіду використання цифрових технологій у профілактиці суїцидів. У Великій Британії діє мобільний застосунок «Stay Alive», що надає та забезпечує користувачеві анонімний доступ до практик самозаспокоєння та самодопомоги, контактів екстрених служб, а також функцію «плану безпеки» – покрокова інструкція під час кризового стану. В Україні створення аналогічного україномовного застосунку із залученням ІТ–фахівців, психологів та молодіжних організацій може значно розширити можливості анонімної та швидкої підтримки для підлітків. І наповнювати освітніми вебінарами, інформативними кампаніями, інтерактивними лекціями та проведенням челенджей з впровадження щоденних здорових ритуалів у життя.

Таким чином, впровадження і адаптація міжнародного досвіду до українських умов потребує комплексного міждисциплінарного підходу з урахуванням культурних особливостей, рівня цифрової грамотності, ресурсної бази та ментального клімату в суспільстві. Поєднання цифрових інструментів, просвітницьких програм, кризових протоколів та сімейної підтримки здатні створити основу для нової моделі допомоги молоді, що опинилась та перебуває у кризовому стані, та суттєво знизити ризики суїцидальної поведінки.

Разом із тим, незважаючи на успіхи країн з розвиненими програмами профілактики суїциду, ефективність таких заходів часто обмежується низкою бар’єрів: соціальних, культурних, фінансових та організаційних викликів. Аналіз цих перешкод є важливим для того, щоб Україна могла уникнути аналогічних проблем при адаптації міжнародного досвіду. Розглянемо ці перешкоди і пропозиції щодо їх уникнення:

1. Стигматизація психічного здоров'я. Приклади Японії та Південної Кореї показав, що суспільне табу на обговорення психічних труднощів і проблем, яке ще й традиційно має високий рівень заборони, змушує молодь приховувати свої переживання та уникати звернення до психологів, через страх бути засудженими або «втратити обличчя». Для України необхідно проводити масштабні інформаційно–просвітницькі кампанії, які спрямовані на зниження стигми та формування толерантного ставлення до тих, хто звернувся по допомогу і до надання психологічних послуг в цілому, особливо серед батьків та педагогів [90].

2. Дефіцит кадрів. На прикладі Канади, Великої Британії та Іспанії фіксують проблему нестачі шкільних психологів і консультантів, особливо у віддалених громадах (в сільських районах). Навіть при наявності програм підтримки, нестача фахівців обмежує можливості реалізації допомоги. Для українських реалій варто передбачити та затвердити державне фінансування підготовки нових фахівців, а також програми з перекваліфікації педагогів для базової кризової підтримки [63].

3. Складнощі міжвідомчої взаємодії. У США та Франції, незважаючи на наявність стратегій національного рівня, в реальності стикаються з проблемами координації, тобто узгоджених дій, між міністерствами освіти, охорони здоров'я, соцзахисту та правоохоронними органами, що призводить до дублювання функцій, затримок у реагуванні на кризові ситуації, відсутності чіткої відповідальності. Для України актуальним є створення координаційного департаменту чи ради з питань психічного здоров'я дітей та молоді.

4. Низька залученність батьків/родичів у процесі підтримки. Серйозність питання проблем психічного здоров'я підлітків показали результати досліджень, які були проведені у Франції, Німеччині та Польщі, і які виявили закономірність між низькою залученістю родини, не усвідомлення проблеми, слабка емоційна підтримка та психоемоційним станом дитини. Україна має впроваджувати у заклади освіти та проводити освітні програми для батьків, накшталт емоційна грамотність та психологія підтримки.

5. Труднощі з фінансуванням. У країнах з нестабільною економікою, на прикладі Іспанії, Угорщини та Болгарії, довгострокові програми часто закриваються через відсутність коштів, спонсорування, брак ресурсів і непослідовне фінансування. Через це зростає недовіра до системи загалом і як ще один з наслідків – втрата кваліфікованих кадрів. Для України важливим є гарантування та забезпечення стабільного бюджетного фінансування програм, а також залучення міжнародної допомоги та участь у грантах [61].

6. Недостатній розвиток цифрової інфраструктуру. Приклад Італії та Греції показав, що через затримки та обмеженість в реалізації онлайн–сервісів та низьку цифрову грамотність серед персоналу та користувачів, цифрові платформи не охоплюють вразливі групи (молодь у сільській місцевості, неблагополучні родини) і залишає їх поза увагою. Україні варто паралельно розвивати цифрові платформи, рішення та офлайн–доступи до психологів, особливо в малих громадах [38].

7. Проблеми етичного висвітлення в ЗМІ. У Південній Кореї та Бразилії сенсаційне або нетактовне подання випадків самогубств у ЗМІ викликало ефект наслідування (ефект Вертера). Українським медіа варто орієнтуватися та впровадити рекомендації ВООЗ, щодо медіа–висвітлення теми суїциду [56, 40].

8. Недовіра молоді до державних інституцій. У Великій Британії та США підлітки досі часто уникають шкільних психологів або соціальних служб через страх розголосу або стигматизованим, недовіру, страх бути покараними. Молодь не звертається по допомогу, бо боїться також втручання дорослих. Ефективним рішенням є розвиток peer-to-peer програм, анонімних онлайн–ресурсів та залучення молодіжних ініціатив.

У світовій практиці профілактика самогубств передбачає різноплановість та багаторівневість, із особливим акцентом на проблеми психічного здоров’я. Розрізняють первинну, вторинну та третинну профілактику самогубств. Первинна має на меті зменшити кількість реалізованих нових випадків самогубств у популяції, вторинна має сприяє

зменшенню вірогідності здійснення повторних суїцидальних спроб у осіб і які перебувають у зоні підвищеного ризику, і третинна профілактика спрямована на зменшення і недопущення спроб самогубства у спільнотах, де вже траплялись випадки самогубства (завершені чи незавершені спроби) і що мали місце у тій, чи іншій місцевості [3].

Вчені [69] виокремлюють п’ять основних напрямів профілактичної роботи, які можуть призвести до зменшення кількості самогубств:

1.Просвітницькі та освітні програми для населення та спеціалістів соматичної практики, медичних працівників;

2.Використання та впровадження скринінг–методів для раннього виявлення осіб у групі ризику;

3. Підвищення ефективності результатів лікування осіб з психічними розладами;

4. Обмеження доступу до засобів скоєння суїциду;

5. Формування коректної політики у ЗМІ, щодо висвітлення проблеми суїциду серед населення.

Освітні та психоедукаційні компанії для усіх верств населення спрямовані сформувати та покращити навички розпізнавання рівня суїцидального ризику та чинників, що можуть стати тригерами та провокувати спроби самогубства, включно з психічними захворюваннями. Важливою метою цих заходів є подолання та зниження рівня стигматизації людей із психічними розладами та осіб, що намагались або здійснили самогубство. Особливу увагу та акцент у цих кампаніях слід звернути на молодь, адже ця вікова категорія є однією з найвразливіших [54].

Нерідко депресія та інші психічні розлади, не діагностуються вчасно лікарями загальної практики. Хоча саме на цьому рівні медицини профілактичні заходи дуже важливі, оскільки приблизно 83% тих, хто здійснив самогубство, звертались до лікаря загальної практики протягом року, що передував їх загибелі, а 66% людей зверталися до такого спеціаліста за місяць до смерті. Ця статистика свідчить про те, що клініцисти мають

особливий потенціал для вчасного виявлення та превенції суїцидальних ризиків, вони не повинні уникати розмов із пацієнтами про суїцидальні думки, оскільки пацієнти часто відверто розповідають про свої переживання та наміри. У такій ситуації анамнез та ґрунтовне клінічне обстеження відіграють ключову роль у визначенні ступеня суїцидального ризику. Лікар, спираючих на отримані результати, може з'ясувати фактори ризику та захисні чинники, оцінити рівень безпосередньої загрози, провести диференційовану діагностику й розробити індивідуальний план лікування. Досвід та практика показує, що чим вище якість рівня діагностики депресії, тим раніше і своєчасно розпочнеться лікування, що має пряму залежність на зменшення рівня суїцидальності [5].

Мета застосування скринінгових методик є своєчасне виявлення осіб, що належать до групи ризику та оперативне скерування на лікування до профільних (відповідних) спеціалістів. В процесі скринінгу увагу слід приділяти не тільки фактам проявів суїцидальності, а ще й супутнім факторам ризику, передусім – це депресивний стан і різні види хімічної залежності. Важливо, що дослідження має охоплювати не лише школярів старших класів та студентів, а також підлітків з груп ризику та молодь в цілому [78].

Центральна складова профілактики суїциду – це лікування психічних розладів. Основним методом лікування традиційно залишається психофармакотерапія, яка завдяки призначенню антидепресантів полегшує перебіг депресії та низки інших психічних розладів. Разом з цим важливу роль у превенції суїциду та лікуванні психічних розладів відіграють сучасні та доказові форми психотерапії, серед яких когнітивно-поведінкова, міжособистісна, психоаналітично орієнтована. Проте, навіть за наявності ефективних методів лікування є пацієнти, що відмовляються від регулярного прийому ліків, відвідування психотерапевта та лікаря. У цьому контексті, проведення патронажу набуває вирішального значення, оскільки дозволяє підвищити ефективність профілактичних заходів та знизити ризик повторних спроб скоєння самогубств [28, с. 85].

Важливим напрямом профілактики суїцидальної поведінки є обмеження доступу до засобів реалізації самогубств. Статистика показує, що суїцидальні спроби із використанням високолетальних методів (вогнепальна зброя, токсичні речовини, пестициди, тощо) значно частіше завершуються загибеллю. Тому у світі активно впроваджують заходи контролю реєстрації вогнепальної зброї, обмеження використання певних пестицидів, очищення побутового газу від токсичних домішок, встановлення обмежуючих бар'єрів на площадках висотних будівель та мостах, з яких легко стрибнути вниз. Також, у фармакології застосовують антидепресанти нового покоління, з нижчим рівнем токсичних включень у разі передозування. Приклад Ісландії, коли було запроваджено обмеження доступу до алкоголю, призвело до істотного зниження рівня самогубств на національному рівні [11, с.6].

Вплив медіа–сфери (ЗМІ) має неоднозначний вплив на профілактику суїцидів. Вони мають потенціал виконувати просвітницьку роль та формувати відкриту культуру обговорення проблем психочного здоров'я, а можуть підвищувати ступінь суїцидального ризику, прикрашаючи самогубства, подаючи їх як щось сенсаційне та як засіб вирішення усіх проблем. Особливо небезпечним і що викликає турботу є інтернет–ресурси, анонімні чати, групи та ком'юніті, де пропонуються та поширюються інструкції щодо різних способів самогубства. Це ще одна зона уваги, де медіа, освітні заклади та фахівці у сфері психічного здоров'я мають співпрацювати [53].

Далі варто детальніше дослідити та зупинитись на ініціативах, які вже були впроваджені в Україні у сфері запобігання суїциду та збереження психічного здоров'я населення [12]:

1. Законодавча база та державні програми:

● У 2018 році 10 червня був прийнятий Закон України «Про внесення змін до окремих законодавчих актів щодо надання допомоги особам з розладами психічного здоров'я». Це важливий крок до європейських стандартів. Документ визначив права пацієнтів, закріпив механізм захисту від

примусової стерилізації та започаткував перехід до нової системи охорони психічного здоров'я [17].

● Також суттєвий вплив має «Концепція Національної програми психічного здоров'я до 2030 року», яка була розроблена МОЗ України за участю міжнародних фахівців та громадських організацій. Мета концепції – формування системного підходу до збереження психічного благополуччя громадян [71].

● Центр громадського здоров'я (ЦГЗ) активно працює і забезпечує напрями кризової підтримки – національні «Телефони довіри» (у Києві та для мешканців різних регіонів країни), в тому числі надає телефонні консультації щодо запобігання суїцидальної поведінки та підтримки [35].

● Важливо відзначити ініціативу Національної академії педагогічних наук України (НАПН), яка спільно з офісом омбудсмена у вересні 2021 року організували круглий стіл, присвячений превенції і поственції у закладах освіти. Під час обговорення акцент був на нагальній необхідності розробки протоколів поственції – алгоритм дій для психологів і педагогів після випадку суїциду, щоб запобігти «кластерним» повторним випадкам серед підлітків та працівників закладів освіти [17].

2. Гарячі лінії та онлайн-служби підтримки:

● В Україні діє кілька кризових служб і одна з найбільших – це Lifeline Ukraine. Національна цілодобова телефонна та чат–лінія, яка була заснована у 2019 році та спочатку ця ініціатива була спрямована на підтримку ветеранів, однак згодом стала доступною для всіх громадян, які опинились у кризі. Сьогодня лінія обробляє в середньому 6 500 дзвінків щомісяця та надала допомогу понад 100 000 тисячам людей [68].

● Для дітей і підлітків функціонує національна гаряча лінія, що анонімно надає підтримку з різних кризових ситуацій (сімейних, особистісних і соціальних), включно ситуації з суїцидальними ризиками [58].

● Окрім вищезазначених сервісів доступні й інші ресурси: гарячі лінії – krisenchat Ukrainian (німецький онлайн сервіс з надання консультацій із

підтримкою української мови); ініціатива вартожити.com.ua – надає кризові консультації як цивільним, так і військовим; сервіс People in Need Ukraine з цілодобовою психологічною допомогою і платформа «You Will Cope!» – служба підтримки чоловіків у додатках Viber та Telegram [70].

3. Центри психічного здоров'я, НУО та освітні ініціативи:

● Важливо зазначити Київський Національний Університет імені Тараса Шевченка, який організував державну гарячу лінію підтримки «Stop Panic» для тих, хто страждає на панічні атаки та високий рівень тривоги. Особливо актуальною ця ініціатива стала з початком повномасштабної війни [85].

● Центр психічного здоров'я Києво–Могилянської академії (NaUKMA), у межах співпраці та спільних проектів за норвезькими колегами, впровадили освітні програми, тренінги, курси з кризового менеджменту та запобігання суїциду. Також академія адаптує міжнародні матеріали та досвід і проводить просвітницькі заходи з локальними громадами [82].

● Активну діяльність у сфері психосоціальної підтримки здійснюють міжнародні та українські громадські організації, такі як: «The Tenth of April», «In Touch», Всеукаїнська асоціація психологів із травма–фокусованою практикою, International Medical Teams, Premiere Urgence Internationale та центр психічного здоров'я НАМН. Наразі, їхня діяльність в більшості зосереджена у регіонах, що зазнали найбільших пошкоджень від війни (Херсонщина, Миколаївщина, Харківщина, Сумщина, Дніпропетровщина). Вони надають як індивідуальну і групову підтримку, тренінги, консультації, як для цивільних, так і для військових [85].

● Щороку, масштабні благодійні організації Caritas-Spes і Caritas Ukraine провадять широку діяльність у сфері гуманітарної допомоги, соціального захисту, психологічної реабілітації, харчування в багатьох регіонах країни [46].

4. Онлайн-додатки та освітні ініціативи:

● Стикаючись із сучасними викликами, в Україні створюють мобільні додатки, які допомагають людям поратись із кризою. Один з таких онлайн

сервісів – PTSD Help. Це адаптований мобільний додаток, розроблений для самодопомоги тим, хто пережив травму або страждають на ПТСР. Розроблений Commit Global, доступний для користувачів Android та iOS. Він пропонує техніки самоконтролю, освітні матеріали про психічне здоров'я, вправи для відновлення і є безкоштовним [48].

● Важливим є розвиток підготовки фахівців, за допомогою програм навчання і підвищення кваліфікації. Такі курси пропонує Lifeline Ukraine і які є безкоштовні та надають сертифікати. Проводяться тренінги з кризового консультування, семінари та навчальні програми з профілактики суїцидальної поведінки, що дозволяє підвищувати кваліфікацію психологам, соціальним працівникам і лікарям [68].

● Також в Україні реалізується міжнародна програма ВООЗ – mhGAP. Ця програма інтегрує стандарти психічного здоров'я у первинну ланку [88].

Спираючись на вищезазначені приклади, можна виокремити низку додаткових превентивні заходів, які здатні знизити ризик суїцидальної поведінки серед молоді. Деякі з них вже існують в Україні, але потребують подальшого розвитку, вдосконалення, інвестицій, масштабування і часу:

● запровадження обов'язкових курсів «емоційного інтелекту» у школах та закладах вищої освіти, що будуть формувати у молоді навички стресостійкості, пізнання своїх емоцій, формувати навички саморегуляції;

● активне проведення інформаційних кампаній проти стигматизації психологічної допомоги у популярних серед молоді соціальних мережах, через TikTok, Instagram, YouTube, підкасти на SoundCloud, тощо. Гарним прикладом є ініціатива Олени Зеленської – кампанія «Як ти?», ведення сторінки в Instagram з публікуванням простою мовою психоедукаційних матеріалів;

● розробка та поширення україномовних цифрових інструментів допомоги – анонімні чат–боти, чек–листи самодопомоги, кризові гіди;

● переклад та адаптація міжнародних програм по типу «YAM» чи «SOS – Signs of Suicide» до українського менталітету та суспільства;

● постійне залучення батьків у профілактичну роботу через «школи емоційної грамотності», де дорослих навчають помічати та розпізнавати сигнали тривоги чи кризи та коректно реагувати – підтримкою, а не тиском;

● розробка алгоритму дій у навчальних закладах у випадках виявлення суїцидальних думок/поведінки в учня чи студента, хто та що має робити, з чітким поділом обов'язків для викладачів, психологів, директора, кого повідомити, як захистити дитину;

● проведення регулярного моніторингу психоемоційного та ментального стану учнів/студентів за допомогою анкет, опитувальників, щорічних скринінгів;

● залучення ІТ-компаній для створення чат–ботів, які вміють розпізнавати ключові слова (наприклад, «я не хочу жити», «я втомився») та автоматично пропонують ресурси допомоги;

● навчання та підготовка сімейних лікарів та педіатрів розпізнавати перші ознаки психічної кризи у підлітків;

● створення та організація спрощеного маршруту допомоги: школа/ВНЗ – психолог – психіатр – служби підтримки, щоб дасть змогу уникнути довгого очікування допомоги.

Таким чином, превенція та профілактика суїцидальної поведінки є ключовою складовою стратегії збереження життя та зміцнення психічного здоров'я молоді та населення України. Забезпечення доступності до професіональної медичної, психологічної та соціальної підтримки є завданням, що стоїть перед усім суспільством, оскільки вдала реалізація залежить не лише від окремих інституцій, а від об'єднання професійних, суспільних та державних зусиль. Зростання рівня психоосвіти суспільства та розвиток навичок надання першої психологічної допомоги, подолання стигматизації психологічних захворювань є одним із важливих кроків у запобіганні суїцидальної поведінки та створення культури турботи про своє психічне здоров'я та психологічну гігієну. Підвищення обізнаності громадськості про ознаки та фактори ризику суїцидів дозволить на ранніх

етапах своєчасно реагувати та надавати необхідну допомогу та підтримку. Незважаючи на значний тягар, який накладає суїцидальна поведінка на окремих осіб і громади, досліджень щодо ефективні конкретні профілактичні заходи досі недостатньо. З існуючих даних можемо стверджувати про обмежену чи помірну ефективність. У сучасних умовах більше уваги приділяється впровадженню профілактичних програм, які проводяться під керівництвом і наглядом психологів, лікарів та соціальними працівниками адже саме вони формують систему підтримки і несуть часткову відповідальність за психічне здоров'я в українському суспільстві [2].

Висновок до третього розділу

На підставі аналізу міжнародного досвіду та підходів до запобігання суїцидальної поведінки серед молоді можна зробити висновок, що найрезультативніші підходи ті, що базуються на міждисциплінарності та об'єднують зусилля взаємодії кількох секторів. Найбільший позитивний вплив демонструють програми, що інтегрують в собі навчання навичкам емоційної саморегуляції, оперативне реагування кризових служб у навчальних закладах, вільний доступ до цифрових сервісів анонімної психологічної допомоги та залучення сім'ї до процесу підтримки. Прикладами таких ініціатив є європейський проєкт YAM, американська ініціатива «Zero Suicide» та австралійська мережа центрів Headspace.

Водночас, перенесення закордонних моделей в українське суспільство не гарантує успіх та очікуваних результатів. Необхідно враховувати економічні труднощі, ментальні бар'єри та культурні особливості суспільства, а також обмеженість ресурсів у сфері психічного здоров'я. Ключовими труднощами є дефіцит підготовлених фахівців, відсутність узгоджених та єдиних для всіх протоколів дій у закладах освіти, низька обізнаність та поінформованість населення щодо можливості психологічної допомоги. Тому запозичений міжнародний досвід доцільно інтегрувати через адаптацію, як пілотні проєкти, освітньо-інформаційні кампанії, впровадження цифрових

платформ та інструментів підтримки, цільову підготовку персоналу в закладах освіти і медицини.

Профілактика суїцидальних проявів та суїцидів серед молоді має стати пріоритетним напрямом державної політики у сфері ментального здоров'я. Лише за умов узгодженості дій та співпраці між органами влади, державних інститутів, освітніх закладів, громадського сектору, цифрових платформ і самих родин можна створити безпечне та підтримуюче середовище для молоді, що сприятиме психологічній стійкості і здоров'ю. Профілактика – це не лише про зниження кількості трагічних випадків, а передусім – про формування культури турботи, емоційної грамотності й уваги до потреб особистості, що стане у основою її повноцінного розвитку та майбутнього добробуту наступних поколінь.

ВИСНОВКИ

В дипломній роботі, яка присвячена дослідженню особливостей молоді схильної до суїцидальної поведінки були виконані поставленні завдання відповідно до мети роботи:

1. Досліджено ступень розробленості проблеми суїциду у наукової і психологічної літературі та виявлено складність і многогранність цього поняття, а також вплив різних факторів на особистість. Аналіз наукових досліджень підтвердив актуальність подальших досліджень та необхідність подальшого удосконалення діагностичних та превентивних заходів по запобіганню суїциду.

2. Визначено поняття суїциду. Воно трактується як свідомий акт позбавлення себе життя, де важливим є не лише бажання смерті, а й пошук змін у власному стані чи соціальному середовищі. У сучасних підходах (ВООЗ, МКХ–11, DSM–5) він розглядається як наслідок взаємодії психічних, соціальних і стресових факторів, що проявляються у саморуйнівній поведінці. Аналіз літератури дозволяє виділити чотири групи чинників суїцидальності: біологічні (спадкові психічні розлади, хронічні інвалідизуючі хвороби); патопсихологічні (акцентуації особистості, психічні хвороби, залежності); макросоціальні (фінансові труднощі, зовнішні стреси, низька якість життя); мікросоціальні (сімейний клімат, проблеми у навчанні чи роботі, відсутність близького кола, сексуальна незадоволеність). Отже, суїцидальна поведінка має багатофакторний характер, поєднуючи психологічні, психопатологічні й соціально-середовищні механізми. Її розуміння потребує комплексного аналізу особистості, міжособистісних стосунків та умов виховання для подальшої розробки профілактичних і підтримувальних стратегій. Досліджено, що суїцидальна поведінка має багатофакторний патогенез, у якому поєднуються біологічні, психофізіологічні, соціальні та психологічні чинники. Серед найбільш досліджених механізмів виділяють нейробіологічні порушення (зниження рівня серотоніну, особливості ферментативних систем,

генетичну схильність), які формують вразливість до аутоагресивних дій. Водночас клінічні спостереження підтверджують, що ці фактори набувають значення у взаємодії з психотравмуючими обставинами, особистісними особливостями та соціальним середовищем. Виявлено, що суїцидальна динаміка проходить кілька етапів – від формування відчуття безнадії та ангедонії до появи суїцидальної ідеації та реалізації задумів. Подальший постсуїцидальний період може мати різні варіанти перебігу – від збереження високого ризику повторної спроби до критичної переоцінки та зниження аутоагресивних тенденцій. Це підтверджує складність патогенезу, де біологічна основа переплітається з психодинамічними, особистісними та міжособистісними конфліктами. Таким чином, фізіологічні основи та патогенез суїцидальної поведінки полягають у поєднанні спадкових і нейрохімічних факторів із психічними розладами та соціально–психологічними впливами. Такий комплексний підхід дозволяє розглядати самогубство не лише як прояв особистісної кризи, а як результат взаємодії біологічної вразливості та несприятливого середовища, що визначає необхідність багаторівневої профілактики та підтримки осіб групи ризику. Було встановлено, що розвиток і загострення суїцидальної поведінки зумовлюють як об’єктивні, так і суб’єктивні чинники. До об’єктивних належать соціально–демографічні та економічні характеристики, рівень розвитку системи охорони здоров’я, політична ситуація, наявність кризових явищ у суспільстві. Суб’єктивні фактори пов’язані з індивідуальними особливостями людини – особистісними рисами, самооцінкою, психічними станами, а також міжособистісними відносинами та рівнем соціальної підтримки. Найбільш значущими вважаються психічні розлади (депресія, тривожні та особистісні порушення), вживання психоактивних речовин, сімейні конфлікти, ізоляція від соціуму та переживання втрат. Зазначені чинники рідко діють ізольовано: суїцидальна поведінка формується як результат їхньої взаємодії в межах біопсихосоціальної моделі. Хронічні психічні та соматичні проблеми у поєднанні з гострими життєвими кризами

різко підвищують ризик самогубства. До особливо вразливих груп належить молодь, оскільки цей період супроводжується формуванням ідентичності, підвищеною емоційною чутливістю та залежністю від соціального схвалення. Таким чином, суїцидальна поведінка має багатофакторну природу, де поєднання біологічних, психологічних та соціальних впливів визначає її розвиток і загострення, що потребує комплексної системи профілактики та підтримки.

3. Проведено емпіричне дослідження взаємозв'язку між показниками ментального здоров'я (рівня депресії, рівня стресу, показники суб'єктивного благополуччя) та схильністю до суїцидальної поведінки у молоді. Було обрано наступні методики:

1) модифікована шкала суб'єктивного благополуччя BBC-SWBi;
2) тест на визначення рівня стресу Ю. В. Щербатих;
3) шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory: BDI);
4)методика визначення схильності до суїцидальної поведінки (М. Горська).

Проведене дослідження серед 65 респондентів віком 19–22 років засвідчило, що значна частина молоді перебуває у стані помірного або високого стресу, має ознаки легкої депресії та середній рівень суб'єктивного благополуччя. Водночас результати методики М. Горської показали, що понад третина опитаних демонструє високий рівень схильності до суїцидальної поведінки, а також домінування середніх і високих показників тривожності, фрустрації та ригідності.

Кореляційний аналіз підтвердив існування суттєвих зв'язків між психоемоційним станом та ризиком суїцидальної поведінки. Зокрема, високий рівень суб'єктивного благополуччя знижує схильність до аутоагресивних дій, тоді як стрес і депресивні прояви істотно підвищують ризики.

4. Зроблено висновок, що отримані результати емпіричного дослідження підтвердили висунуту гіпотезу: молодь із підвищеним рівнем депресії та стресу й низькими показниками суб'єктивного благополуччя має вищу

схильність до суїцидальної поведінки. Отримані дані показали, що значна частина респондентів перебуває у стані помірного чи високого стресу, демонструє ознаки легкої депресії та середній або низький рівень психологічного благополуччя. Водночас виявлені сильні негативні кореляції між суб'єктивним благополуччям (психологічним, фізичним і соціальним) та схильністю до суїцидальної поведінки свідчать про захисний вплив позитивного психоемоційного стану та підтримуючого соціального середовища. Позитивні кореляції рівнів стресу й депресії з показниками суїцидальних тенденцій підтверджують, що саме ці фактори є ключовими предикторами ризику. Таким чином, результати дослідження підкреслюють необхідність розвитку комплексних програм профілактики, спрямованих на зниження рівня стресу, своєчасне виявлення депресивних симптомів та підвищення якості психологічного благополуччя молоді через освітні, соціальні й психотерапевтичні інтервенції.

5. Визначено на прикладі міжнародного досвіду, що ефективна профілактика суїцидальної поведінки серед молоді можлива лише за умови комплексного підходу, який поєднує освіту, раннє виявлення ризиків, кризову інтервенцію та міжсекторальну співпрацю. Так, у Європейському Союзі позитивні результати продемонструвала програма Youth Aware of Mental Health (YAM), що реалізується за підтримки Європейської комісії та WHO Europe. У США стратегія Zero Suicide, координована National Action Alliance for Suicide Prevention та Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), стала моделлю інтеграції профілактики в систему охорони здоров'я. В Австралії мережа молодіжних центрів Headspace, підтримана Department of Health and Aged Care, забезпечує доступну психологічну допомогу підліткам. У Швеції та Норвегії активно діють кризові центри та програми під егідою Nordic Council of Ministers. У Великій Британії застосунок Stay Alive та діяльність організацій Samaritans і Papyrus UK довели ефективність цифрових інструментів та peer–to–peer підтримки. Ключовим елементом міжнародних програм є також інформаційна політика:

рекомендації ВООЗ та Міжнародної асоціації із запобігання самогубствам (IASP) стосовно етичного висвітлення теми суїциду в ЗМІ довели свою результативність у зменшенні «ефекту Вертера». Водночас ініціативи на рівні громадських рухів, як–от Mind (Велика Британія) чи Active Minds (США), сприяють зниженню стигматизації та розвитку молодіжного лідерства у сфері психічного здоров'я. Для України адаптація цих практик має передбачати: створення національної гарячої лінії кризової допомоги за моделлю 988 Suicide & Crisis Lifeline (США), посилення кадрового потенціалу шкільних і сімейних психологів через програми UNICEF та USAID, впровадження тренінгів з психічного здоров'я у школах за зразком YAM, розвиток цифрових платформ за підтримки UNDP і Міністерства охорони здоров'я, інформаційні кампанії проти стигми у співпраці з ВООЗ та IASP. Поєднання державних, міжнародних та громадських ресурсів дозволить Україні створити сталу систему профілактики суїцидів серед молоді, що відповідатиме глобальним стандартам і водночас враховуватиме український соціокультурний контекст.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антошків А.В. Соціально-психологічні умови розвитку особистісної рефлексії у студентів як майбутніх фахівців соціальної сфери. Дослідження на здобуття ступеня «магістр» за спеціальністю «Соціальна робота». Тернопіль, 2019. 97 с.

2. Асєєва Ю.О. Превенції та профілактика суїцидальної поведінки серед населення України. Педагогічний альманах. *Актуальні проблеми дошкільної освіти: теорія та практика.* Матеріали III Всеукраїнської конференції здобувачів вищої освіти і молодих учених (03.11.2023 р.). Вип. 3. Одеса: Видавництво ТОВ «Лерадрук», 2023. С. 210–215.

3. Асєєва Ю.О., Кузнецова А.В., Грачковська В.В. Проблема суїцидальності серед молодого покоління українців. *Габітус*. 2022. Вип. 36 (17). С. 110–114. URL: http://habitus.od.ua/journals/2022/36–2022/17.pdf

4. Асєєва Ю. О. Програми ментального здоров'я в Україні під час повномасштабного вторгнення. *Психологія життєвого простору особистості в сучасних умовах кризи, глобалізації та цифрової трансформації суспільного життя*: Матер. Міжнар. наук.–практич.конфер. (м. Одеса, 14–15 вересня 2023 р.). Одеса: МГУ, 2023. С. 14–17. URL: https://doi.org/10.32837/11300.26345

5. Бачериков А. М., Матузок Е. Г., Лакинський Р. В., Ткаченко Т. В. Суїцидальна поведінка та її профілактика. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20, Вип. 2. С. 53–56. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2012_20_2_14

6. Бачериков А.М., Матузок Е.Г., Лакинський Р.В., Ткаченко Т.В. *Український вісник психоневрології.* 2012. Т. 20. Вип. 3 (72). С. 53–56.

7. Бех І.Д. Духовні цінності як надбання особистості. *Рідна школа.* 2012. № 1–2. С. 9–12

8. Будьонний П.В. Медико–соціальна допомога особам з психічними захворювання та суїцидальною поведінкою. Матеріали XIV міжнародної наук.-практич.конфер. «*Новини передової науки – 2019*» (15.05 – 22.05.2019. Софія, Болгарія). С. 22–27

9. Бурчинський С. Г. Біль, депресія і тривога: чи є світло в кінці тунелю? *Ліки України*. 2021. Вип. 3. С. 14–18

10. Величко Т.П. Психологічні чинники суїцидальних ризиків. *Габітус.* 2020. Вип. 19. С. 100–105

11. Волошин П.В., Марута Н.А. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23. Вип. 1(82). С. 5–11

12. Всесвітня організація охорони здоров'я. Комплексний план заходів у сфері психічного здоров'я на 2013–2030 рр. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ. 2023. С. 39

13. Димитрова Л.М., Кітхан Г.О. Причини та соціальні фактори суїцидальної поведінки підлітків. *Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право.* 2012. Вип. 3 (15). С. 72–77.

14. Донецький обласний навчально–методичний центр психологічної служби системи освіти. *Діагностичні методики.* URL: https://dnmcps.com.ua/diagnostichni–metodiki

15. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.

16. Іваць А.Р., Романів О.П., Надь Б.Я. Соціально–психологічні чинники та фактори ризику суїцидів серед осіб молодого віку. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. Вип. 3/1 (51). С. 28–29.

17. Музиченко І. В. Психологічні особливості суїцидальної поведінки особистості. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*. 2017. № 9. С. 11–15. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Otros_2017_9_4

18. Карамушка Л.М. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: психологічний практикум. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.

19. Кожина Г.М., Марута Н.О., Юр'єва Л.М., Коростій В.І., Самардакова Г.О., Гайчук Л.М., Зеленська К.О., Лещина І.В. Психіатрія та наркологія в

загальній медичній практиці: навчальний посібник. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина». 2019. 344 с.

20. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с.

21. Костіна Т.О. Можливості юнацького віку для переосмислення гендерних стереотипів. *Габітус*. 2020. Вип. 12. Т. 2. С. 155–159.

22. Кузікова С.Б. Психологічні основи становлення суб'єкта саморозвитку в юнацькому віці: монографія. Суми : СумДПУ, 2020. С. 10–12.

23. Музиченко І. В. Психологічні особливості суїцидальної поведінки особистості. *Освіта та розвиток обдарованої особистості.* 2017. № 9. С. 11–15. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Otros_2017_9_4

24. Музиченко І. В. Психологічні особливості суїцидальної поведінки серед студентської молоді. *Наукові перспективи.* №1 (43). 2024. С. 858 – 868.

25. Поспелова І.Д., Сидоренко К.В. Навчальний посібник з дисципліни «Суїцидологія». Одеса : Університет Ушинського, 2025. 96 с.

26. Романів О.П., Хаустова О.О. Суїцид: сучасні підходи до профілактики. *Ліки України*. 2013. Вип. 1. С. 89–94.

27. Саржевський С.Н. Суїцидологія: навчальний посібник для лікарів–інтернів зі спеціалізації «Психіатрія». Запоріжжя, 2020. 87 с.

28. Спицька Л.В. Психічні розлади особистості: сучасний стан постановки проблеми. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія».* Острог : НаУОА, 2023. № 16. С. 84–89.

29. Столяренко О.Б. Психологія особистості: навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 280 с.

30. Суший О.В. Травма як соціальний діагноз українського суспільства. *Український соціум: політико–психологічний вимір зміни поколінь.* Матеріали Всеукр. наук.–практ. конф. (15 груд. 2023 р., Київ). Ін–т соц. та політ. психології НАПН України, 2023. С. 35–42.

31. Тімченко О.В. Психологія суїцидальної поведінки: навч. посіб. Харків, 2007. 129 с.

32. Федан О.В. Теоретичні підходи до проблеми саморозвитку особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології.* Київ : Педагогічна думка, 2017. С. 201–210.

33. Федоренко Р.П. Психологія суїциду: навч. посіб. Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2011. 260 с.

34. Фройд З. Вступ до психоаналізу. *Нові висновки.* Київ : Навчальна книга – Богдан, 2021. 552 с.

35. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: https://phc.org.ua/news/vsesvitniy–den–zapobigannya–samogubstvam

36. Юнг К.Ґ. Архетипи і колективне несвідоме. Львів : Астролябія, 2023. 608 с.

37. Юр'єва Л.М., Марута Н.О., Лінський І.В. Клінічна суїцидологія: підруч. для лікарів–психіатрів. Харків : Строков Д.В., 2020. 301 с.

38. Anargyros K., Christodoulou N., Lappas A. Community Mental Health Services in Greece. *Development, Challenges and Future Directions. Consort Psychiatry.* 2021. Vol. 2(4). P. 62–67.

39. Appelqvist-Schmidlechner K., Upanne M., Henriksson M., Parkkola K., Stengard E. Effects of a Psycho–Social Support Programme for Young Men – Randomised Trial of the Time Out! Getting Life Back on Track Programme. *International Journal of Mental Health Promotion.* 2010. Vol. 12(3). P. 14–24. URL: https://doi.org/10.1080/14623730.2010.9721815

40. Asharani P., Koh Y., Tan R., Tan Y., Gunasekaran S., Lim B., Tudor C., Subramaniam M. The impact of media reporting of suicides on subsequent suicides in Asia. *A systematic review.* 2024. Vol. 53(3). P. 152–169.

41. Birren J. E. The Psychology of Ageing. New Jersey, 1964. 303 p.

42. Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. BDI–II, Beck Depression Inventory: Manual. 2nd ed. Boston: Psychological Corp. Harcourt Brace, 1996. P. 219–229.

43. Beyond Blue. Australian Mental Health Organization. URL: https://www.beyondblue.org.au/about

44. Bridge J.A., Goldstein T.R., Brent D.A. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2016. Vol. 47(3–4). P. 372–394.

45. Bromley D.B. The Psychology of Human Ageing. Liverpool, 1978. 416 p.

46. Caritas Spes Ukraine. URL: https://caritas–spes.org/en

47. Cash S.J., Bridge J.A. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Current Opinion in Pediatrics.* 2009. Vol. 21(5). P. 613–619.

48. Commit Global. URL: https://www.commitglobal.org/en/ukraine

49. Dae H.K., Andrea H.M., Jeong H.Y., Hyung C.P., Min J.K., Sang J.R., Yong M.A. Suicide prevention strategies in South Korea: What we have learned and the way forward. *Asian Journal of Psychiatry.* 2025. Vol. 104.

50. Diekstra R.F., Jansen M.A. Psychology's role in the new health care systems: The importance of psychological interventions in primary health care. *Psychotherapy*. 1988. Vol. 25(3). P. 344–351. URL: https://doi.org/10.1037/h0085354

51. Fleischmann A., Bertolote J.M., Belfer M. Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence. *American Journal of Orthopsychiatry.* 2005. Vol. 75(4). P. 676–683.

52. Fortune S.A., Hawton K. Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents. *Current Paediatrics.* 2005. Vol. 15. P. 575–580.

53. Ganz D. Secondary prevention of suicide. *PLoS Med.* 2010. Vol. 7(6).

54. Goldsmith S.K., Pellmar T.C., Kleinman A.M. Reducing Suicide: A National Imperative. Washington, DC: National Academies Press, 2002.

55. Goldstein T.R., Bridge J.A., Brent D.A. Sleep disturbance preceding completed suicide in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2008. Vol. 76(1). P. 84–91.

56. Ha J., Yang H. The Werther effect of celebrity suicides: Evidence from South Korea. *PLoS One*. 2021. Vol. 16(4).

57. Headspace. National Youth Mental Health Foundation. URL: https://headspace.org.au

58. Help Lines in Ukraine for suicide preventing. URL: https://resources.findahelpline.com/countries/ua

59. Horesh N., Orbach I., Gothelf D. Comparison of the suicidal behavior of adolescent inpatients with borderline personality disorder and major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 2013. Vol. 191(9). P. 582–588.

60.Israel Ministry of Health. National Suicide Prevention Program. URL: https://www.gov.il/en/departments/national–suicide–prevention–program/govil–landing–page

61. Jang J., Myung W., Kim S., Han M., Yook V., Kim E.J., Jeon H. Effect of suicide prevention law and media guidelines on copycat suicide of general population following celebrity suicides in South Korea 2005–2017. *N Z J Psychiatry.* 2022. Vol. 56(5). P. 542–550.

62. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge, Massachusetts : Harvard University Press, 2005. 276 p.

63. Kang Y.H., Shaw S. The school psychology shortage in Canada: The role of university training programs. *Psynopsis. Canada's psychology magazine.* 2024. Vol. 46(1). P. 14–15.

64. Kids Help Phone. Canada's 24/7 e–mental health services. URL: https://nl.bridgethegapp.ca/service–directory/kids–help–phone/

65. King C.A., Foster C.E., Rogalski K.M. Teen Suicide Risk. New York : Guilford Press, 2013. 208 p.

66. Lester D. Henry and Short on Suicide: a Critique. *The Journal of Psychology.* 2012. P. 179–186.

67. Lifeline. Australian National charity, 24/7 support and suicide prevention. URL: https://www.lifeline.org.au/about/who–we–are/

68. Lifeline Ukraine. A national professional suicide prevention and mental health support hotline. URL: https://lifelineukraine.com/en/

69. Mann J.J. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005. Vol. 294. P. 2064.

70. Mental Health Charity Foundation «I am» Ukraine. URL: https://www.ukrainepfa.org/hotlines–en

71. Mental Health System Transformation in Ukraine. Improving mental health services and bringing mental health care in line with international standards. URL: https://moz.gov.ua/en/mental–health–system–transformation–in–ukraine–improving–mental–health–services–and–bringing–mental–health–care–in–line–with–international–standards

72. Miotto P., De Coppi M., Frezza M. Suicidal ideation and aggressiveness in school–aged youths. *Psychiatry Research.* 2013. Vol. 120. P. 247–255.

73. National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill–Health. Karolinska Institutet: Suicide hotlines and support. URL: https://ki.se/en/nasp/information–and–support/hotlines–and–support

74.Norwegian Institute of Public Health. URL: https://www.fhi.no/en/me/selvmord–og–selvmordsforebygging/

75. Portzky G., Audenaert K., Van Heeringen K. Suicide among adolescents. A psychological autopsy study of psychiatric, psychosocial and personality–related risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2015. Vol. 40(11). P. 922–930.

76. Posner K., Brent D., Lucas C., Gould M., Stanley B., Brown G., Fisher P., Zelazny J., Burke A., Oquendo M., Mann J. Columbia–suicide severity rating scale (C–SSRS): pediatric. *The Research Foundation for Mental Hygiene.* New York, 2008. P. 103–130.

77. Public Health Agency of Sweden. Public Health in Schools: Quality report of the third wave of the European Health Interview Survey. Luxembourg, 2022. P. 68.

78. Shaffer D., Scott M., Wilcox H. The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004. Vol. 43. P. 71–79.

79. Stay Alive application. British Suicide prevention application. URL: https://stayalive.prevent–suicide.org.uk

80. Suicide Prevention Lifeline. URL: https://988lifeline.org/

81. The Course of Human Life: A Study of Goals in the Humanistic Perspective by C. Buhler & F. Massarik. New York : Springer, 1968. 422 p.

82.The Center of Mental Health of NaUKMA. URL: https://kmarehab.com/en/norvezkyy–proekt/

83. The Nippon Foundation Suicide Prevention Project. URL: https://en.nippon–foundation.or.jp/who/mission

84. Tynjala P., Pennanen M., Markkanen I., Heikkinen H. Finnish model of peer–group mentoring: review of research. 2021. Vol. 1483(1). P. 208–223.

85. United for Ukraine (UFU). Internationally operating non–profit organisation. URL: https://www.ufuplatform.com/en–us/articles/4970683128215

86. Van Heeringen K., Hawton K., Williams J.M. Pathways to suicide: an integrative approach. *The International Handbook of Suicide and Suicidal Behaviour*. Chichester : Wiley, 2010. P. 223–236.

87. World Health Organization. Preventing Suicide: a global imperative. Mental health action plan 2013–2020. Geneva, 2013. 92 p.

88. World Health Organization. World Mental Health Day: suicide prevention in Ukraine. URL: https://www.who.int/europe/news/item/09–10–2019–world–mental–health–day–suicide–prevention–in–ukraine

89. Youth Aware of Mental health. URL: https://www.y–a–m.org/

90. Zhisong Z., Kaising S., Chonnakarn J., John K., Yimian C., Jessica B., Zhimeng L., Wanqiu T., Sizhe W., Wenjing C., Jiayun W., Bach T., Roger H. Overview of Stigma against Psychiatric Illnesses and Advancements of Anti–Stigma Activities in Six Asian Societies. *Journal Adult Psychiatry*. 2020. Vol. 17(1). P. 280.

91. Zimmerman G.M., Rees C., Posick C. The power of (Mis)perception: Rethinking suicide contagion in youth friendship networks. *Social Science and Medicine*. 2016. Vol. 157. P. 31–38.

92. 3114 Suicide Prevention. National Suicide Prevention Hotline. URL: https://progress.guide/atlas/europe/france/

ДОДАТКИ

Додаток А

«Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя BBC-SWBi»

(адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер)

Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (The Modified BBC Subjective Well–being Scale (BBC–SWB) (P. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, & M. Kinderman) включає три субшкали:

1) «психологічне благополуччя» (здатність контролювати своє життя, відчувати оптимізм з приводу майбутнього, впевненість у своїх власних думках і переконаннях, рости і розвиватися як особистість тощо);

2) «фізичне здоров'я та благополуччя» (задоволеність фізичним здоров'ям, якістю сну, здатністю працювати та здійснювати свою повсякденну життєву активність, займатись спортом і відпочивати, відсутність депресії, тривоги тощо);

3) «стосунки» (комфортність у ставленні та спілкування з іншими людьми, наявність щасливих дружніх і особистих відносин, здатність звернутись за допомогою до інших, задоволеність своїм сексуальним життям тощо) (Pontin, Schwannauer, Tai, & Kinderman, 2013). Як і оригінальна методика «The BBC Subjective Well–being Scale (BBC–SWB)», модифікована методика складається з 24 пунктів, але на відміну від неї використовується не 4–бальна, а 5–бальна оціночна шкала.

Інструкція для учасників опитування: Дайте відповідь на наведені нижче запитання, використовуючи шкалу (поставте «+» у відповідній комірці).

Текст опитувальника:

Пункт	**Зовсім ні**	**Трохи**	**Середньо**	**Дуже сильно**	**Надзвичайно сильно**
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Чи задоволені Ви своїм фізичним здоров'ям?					

Чи задоволені Ви якістю свого сну?					
Чи задоволені Ви своєю здатністю виконувати свою повсякденну життєву активність?					
Чи відчуваєте Ви депресію або тривогу?					
Чи відчуваєте Ви здатність насолоджуватися життям?					
Чи вважаєте Ви, що у Вас є мета в житті?					
Чи відчуваєте Ви оптимізм з приводу майбутнього?					
Чи відчуваєте Ви, що контролюєте своє життя?					
Чи відчуваєте Ви задоволення собою як особистістю?					
Чи задоволені Ви своєю зовнішністю і зовнішнім виглядом?					
Чи відчуваєте Ви, що в змозі прожити своє життя так, як хочете?					
Чи впевнені Ви в своїх власних думках і переконаннях?					
Чи відчуваєте Ви себе в змозі робити те, що Ви хочете робити?					
Чи відчуваєте Ви себе в змозі рости і розвиватися як особистість?					
Чи задоволені Ви собою і своїми досягненнями?					
Чи задоволені Ви своїм особистим і сімейним життям?					
Чи щасливі Ви у Ваших дружніх особистих відносинах?					
Чи комфортно Ви почуваетесь стосовно того, як Ви ставитеся до інших і спілкуєтеся з іншими?					
Чи задоволені Ви своїм сексуальним життям?					
Чи в змозі Ви звернутися за допомогою з проблемою?					
Чи щасливі Ви, що у Вас є достатньо грошей, щоб задовольнити Ваші потреби?					

Чи задоволені Ви вашими можливостями для занять спортом / відпочинку?					
Чи задоволені Ви своїм доступом до медичних послуг?					
Чи задоволені Ви своєю здатністю працювати?					

Обробка та інтерпретація результатів: Опитувальник включає три субшкали: «психологічне благополуччя», «фізичне здоров'я та благополуччя» та «стосунки».

Всі запитання, окрім пункту № 4, мають прямий порядок нарахування балів, запитання № 4 – зворотний. Загальний показник суб'єктивного благополуччя рахується як сумарний бал по всіх пунктах методики. Мінімальний показник суб'єктивного благополуччя дорівнює 24 балам, максимальний показник дорівнює 120 балам. Показники по субшкалах розраховуються як сумарні бали по відповідних пунктах методики:

Субшкала «психологічне благополуччя» – пункти № 4–15.

Субшкала «фізичне здоров'я та благополуччя» – пункти № 1–3, 21–24.

Субшкала «стосунки» – пункти № 16–20.

Отримані показники порівнюються з нормативними. Нормативні дані за рівнями суб'єктивного благополуччя представлені у таблиці нижче.

Субшкали та загальний показник суб'єктивного благополуччя	**Норми**		
	Низький рівень	**Середній рівень**	**Високий рівень**
Психологічне благополуччя	12–39	40–47	48–60
Фізичне здоров'я та благополуччя	7–20	21–25	26–35
Стосунки	5–16	17–20	21–25
Суб'єктивне благополуччя	24–76	77–91	92–120

Додаток Б

Тест на визначення стресу за В. Ю. Щербатих

Інструкція: перед вами ознаки стресу – інтелектуальні, поведінкові, емоційні та фізіологічні.

За наявність у себе одного із інтелектуальних і поведінкових ознак – ставте собі 1 бал; емоційних – 1,5 бали, а фізіологічних – 2 бали.

Інтелектуальні ознаки стресу

1. Переважання негативних думок
2. Труднощі зосередження
3. Погіршення показників пам'яті
4. Постійне і безплідне обертання думок навколо однієї проблеми
5. Підвищена відволікання
6. Труднощі прийняття рішень, тривалі коливання при виборі
7. Погані сни, кошмари
8. Часті помилки, збої в обчисленнях
9. Пасивність, бажання перекласти відповідальність на когось іншого
10. Порушення логіки, сплутане мислення
11. Імпульсивність мислення, поспішні і необґрунтовані рішення
12. Звуження «поля зору», коли «бачиться» менше можливих варіантів дії.

Поведінкові ознаки стресу

1. Втрата апетиту або переїдання
2. Зростання помилок при виконанні звичних дій
3. Більш швидка або, навпаки, уповільнена мова
4. Тремтіння голосу
5. Збільшення конфліктних ситуацій на роботі або в сім'ї
6. Хронічна нестача часу
7. Зменшення часу, що приділяється на спілкування з близькими і друзями
8. Втрата уваги до свого зовнішнього вигляду, неухоженность
9. Антисоціальна, конфліктна поведінка
10. Низька продуктивність діяльності
11. Порушення сну або безсоння
12. Більш інтенсивне куріння і вживання алкоголю

Емоційні симптоми

1. Занепокоєння, підвищена тривожність
2. Підозрілість
3. Похмурий настрій
4. Відчуття постійної туги, депресія
5. Дратівливість, напади гніву
6. Емоційна «тупість», байдужість
7. Цинічний, недоречний гумор
8. Зменшення почуття впевненості в собі
9. Зменшення задоволеності життям
10. Почуття відчуженості, самотності
11. Втрата інтересу до життя
12. Зниження самооцінки, поява почуття провини або невдоволення собою або своєю роботою

Фізіологічні симптоми

1. Болі в різних частинах тіла невизначеного характеру, головні болі
2. Підвищення або зниження артеріального тиску
3. Прискорений або неритмічний пульс
4. Порушення процесів травлення (запор, діарея, підвищене газоутворення)
5. Порушення свободи дихання
6. Відчуття напруги в м’язах
7. Підвищена стомлюваність
8. Тремтіння в руках, судоми
9. Поява алергії чи інших шкірних висипань
10. Підвищена пітливість
11. Швидке збільшення або втрата ваги тіла
12. Зниження імунітету, часті нездужання

Інтерпретація результатів

Таким чином, загальна максимальна сума за всім списком теоретично може досягати 66.

Показник від 0 до 5 балів вважається хорошим – означає, що в даний момент життя вагомий стрес відсутній.

Показник від 6 до 12 балів означає, що людина відчуває помірний стрес, який може бути компенсований за допомогою раціонального

використання часу, періодичного відпочинку і знаходження оптимального виходу з ситуації, що склалася.

Показник від 13 до 24 балів вказує на досить виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму, що виникло у відповідь на сильний стресорні фактор, який не вдалося компенсувати. В цьому випадку потрібно застосування спеціальних методів подолання стресу.

Показник від 25 до 40 балів вказує на стан сильного стресу, для успішного подолання якого бажана допомога психолога або психотерапевта. Така величина стресу говорить про те, що організм вже близький до межі можливостей чинити опір стресу.

Показник понад 40 балів свідчить про перехід організму до третьої, найбільш небезпечною стадії стресу – виснаження запасів адаптаційної енергії.

Додаток В

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory: BDI)

Шкала містить 21 категорію симптомів і скарг серед найбільш часто зустрічаються у пацієнтів з депресією. Кожна категорія складається з 4–5 тверджень, що відповідають специфічним ознакам депресії. Твердження розподілені з урахуванням підвищення значущості вкладу визначених показників у загальну міру тяжкості депресії. Опитувальник заповнюється пацієнтом самостійно. Кожен пункт категорії шкали оцінюється від 0 до 3 балів, сумарний бал становить від 0 до 62. Виразність депресії можна оцінювати градуально за когнітивно–афективною субшкалою: пункти 1–13 та субшкалою соматичних проявів депресії: пункти 14–21.

Аналіз результатів тесту:

- від 0 до 9 – відсутність депресивних симптомів;
- від 10 до 15 – легка депресія (субдепресія);
- від 16 до 19 – помірна депресія;
- від 20 до 29 – виражена депресія (середньої тяжкості); від 30 до 63 – важка депресія.

Текст шкали депресії Бека

Інструкція: «У цьому опитувальнику містяться групи тверджень. Уважно прочитайте кожну групу тверджень. Потім визначте в кожній групі одне твердження, яке найкраще відповідає тому, як Ви почували себе ЦЬОГО ТИЖНЯ І СЬОГОДНІ. Поставте галочку біля вибраного затвердження. Якщо кілька тверджень з однієї групи здаються Вам однаково добре підходящими, поставте галочки біля кожного з них. Перш ніж зробити свій вибір, переконайтеся, що Ви прочитали всі твердження у кожній групі».

1

- 0 Я не почуваюся засмученим, сумним.

- 1 Я засмучений.
- 2 Я весь час засмучений і не можу від цього вимкнутись.
- 3 Я так засмучений і нещасливий, що не можу це витримати.

2

- 0 Я не хвилююся про своє майбутнє.
- 1 Я відчуваю, що спантеличений майбутнім.
- 2 Я відчуваю, що на мене нічого не чекає в майбутньому.
- 3 Моє майбутнє безнадійне, і ніщо не може змінитись на краще.

3

- 0 Я не почуваюся невдахою.
- 1 Я відчуваю, що терпів більше невдач, ніж інші люди.
- 2 Коли я озираюсь на своє життя, я бачу в ньому багато невдач.
- 3 Я відчуваю, що як особистість я – повний невдаха.

4

- 0 Я отримую стільки ж задоволення від життя, як і раніше.
- 1 Я не отримую стільки ж задоволення від життя, як і раніше.
- 2 Я більше не отримую задоволення ні від чого.
- 3 Я повністю не задоволений життям, і мені все набридло.

5

- 0 Я не почуваюся в чомусь винним.
- 1 Досить часто я почуваюся винним.
- 2 Більшість часу я почуваюся винним.
- 3 Я постійно відчуваю провину.

6

- 0 Я не відчуваю, що можу бути покараним за будь–що.
- 1 Я відчуваю, що я можу бути покараний.
- 2 Я очікую, що я можу бути покараний.
- 3 Я почуваюся вже покараним.

7

- 0 Я не розчарувався у собі.

- 1 Я розчарувався у собі.
- 2 Я собі противний.
- 3 Я ненавиджу себе.

8

- 0 Я знаю, що я не гірший за інших.
- 1 Я критикую себе за помилки та слабкості.
- 2 Я весь час звинувачую себе за вчинки.
- 3 Я звинувачую себе в усьому поганому, що діється.

9

- 0 Я ніколи не думав накласти на себе руки.
- 1 До мене приходять думки накласти на себе руки, але я не здійснюватиму їх.
- 2 Я хотів би накласти на себе руки.
- 3 Я б убив себе, якби випала нагода.

10

- 0 Я плачу не більше, ніж зазвичай.
- 1 Зараз я плачу частіше, ніж раніше.
- 2 Тепер я весь час плачу.
- 3 Раніше я міг плакати, а зараз не можу, навіть якщо мені хочеться.

11

- 0 Зараз я дратівливий не більше ніж зазвичай.
- 1 Я легше дратую, ніж раніше.
- 2 Тепер я постійно відчуваю, що роздратований.
- 3 Я став байдужим до речей, які мене дратували раніше.

12

- 0 Я не втратив інтересу до інших людей.
- 1 Я менше цікавлюся іншими людьми, ніж раніше.
- 2 Я майже втратив інтерес до інших людей.
- 3 Я повністю втратив інтерес до інших людей.

13

- 0 Я відкладаю ухвалення рішення іноді, як і раніше.
- 1 Я частіше, ніж раніше, відкладаю ухвалення рішення.
- 2 Мені важче приймати рішення, ніж раніше.
- 3 Я більше не можу приймати рішення.

14

- 0 Я не відчуваю, що виглядаю гірше, ніж зазвичай.
- 1 Мене турбує, що я виглядаю старим і непривабливим.
- 2 Я знаю, що в моїй зовнішності відбулися істотні зміни, які роблять мене непривабливим.
- 3 Я знаю, що виглядаю потворно.

15

- 0 Я можу працювати так само добре, як і раніше. небудь.
- 1 Мені потрібно зробити додаткове зусилля, щоб почати робити щось.
- 2 Я насилу змушую себе робити що–небудь.
- 3 Я зовсім не можу виконувати жодної роботи.

16

- 0 Я сплю так само добре, як і раніше.
- 1 Зараз я сплю гірше, ніж раніше.
- 2 Я прокидаюся на 1–2 години раніше, і мені важко заснути знову.
- 3 Я прокидаюся на кілька годин раніше, ніж звичайно, і більше не можу заснути.

17

- 0 Я втомлююся не більше, ніж зазвичай.
- 1 Тепер я втомлююся швидше, ніж раніше.
- 2 Я втомлююсь майже від усього, що я роблю.
- 3 Я не можу нічого робити через втому.

18

- 0 Мій апетит не гірший, ніж зазвичай.
- 1 Мій апетит став гіршим, ніж раніше.
- 2 Мій апетит тепер значно гірший.

● 3 У мене взагалі немає апетиту.

19

● 0 Останнім часом я не схуд чи втрата ваги була незначною.

● 1 Останнім часом я втратив понад 2 кг.

● 2 Я втратив понад 5 кг.

● 3 Я втратив більше 7 кг.

Я навмисно намагаюся схуднути і їм менше (відзначити хрестиком).

ТАК_____ НІ_____

20

● 0 Я турбуюся про своє здоров'я не більше, ніж зазвичай.

● 1 Мене турбують проблеми мого фізичного здоров'я, такі як болі, розлад шлунка, запори і т.д.

● 2 Я дуже стурбований своїм фізичним станом, і мені важко думати про щось інше.

● 3 Я настільки стурбований своїм фізичним станом, що більше ні про що не можу думати.

21

● 0 Останнім часом я не помічав зміни свого інтересу до сексу.

● 1 Мене менше цікавлять проблеми сексу, ніж раніше.

● 2 Зараз я значно менше цікавлюся сексуальними проблемами, ніж раніше.

● 3 Я повністю втратив сексуальний інтерес.

Додаток Г

МЕТОДИКА ВИЗНАЧЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ (М. Горська)

Мета: виявлення схильності індивіда до суїцидальної по-ведінки.

Форма проведення: індивідуальна чи групова. *Час:* 30–45 хв. *Вік:* із 14 років.

Інструкція досліджуваному. Зараз вам зачитають твердження, навпроти кожного з них ставте оцінку за таким принципом: якщо твердження вам підходить – то 2, якщо не зовсім підхо-дить – 1, якщо зовсім не підходить – 0.

Бланк опитувальника

1. Я часто невпевнений у своїх силах.
2. Нерідко мені здається безвихідним становище, з якого можна було б знайти вихід.
3. Я часто залишаю за собою останнє слово.
4. Мені важко змінювати свої звички.
5. Я часто червонію через дрібниці.
6. Неприємності мене часто засмучують, і я впадаю у розпач.
7. Нерідко в розмові я перериваю співрозмовника.
8. Мені важко переключитися з однієї справи на іншу.
9. Я часто прокидаюся вночі.
10. При великих неприємностях я беру провину на себе.
11. Мене легко роздратувати.
12. Я дуже обережний у зміні свого життя.
13. Я легко впадаю у розпач.
14. Нещастя і невдачі нічого мене не вчать.
15. Мені доводиться часто робити зауваження іншим.
16. У суперечці мене важко переконати.
17. Я переймаюся навіть через уявні неприємності.
18. Я часто відмовляюся від боротьби тому, що вважаю її марною.
19. Я хочу бути авторитетом для оточення.
20. Нерідко не полишають думки, яких слід було б позбу-тися.
21. Мене лякають труднощі, з якими зіткнуся в житті.
22. Нерідко почуваюся беззахисним.

23.У будь–якій справі я не задовольняюся малим, а хочу досягти максимального успіху.

24.Я легко зближуюся з людьми.

25.Я часто звертаю увагу на свої недоліки.

26.Інколи у мене буває пригнічений настрій.

27.Мені важко стримувати себе, коли я гніваюсь.

28.Я дуже хвилююсь, якщо в моєму житті несподівано щось змінюється.

29.Мене легко переконати.

30.Я відчуваю розгубленість, коли у мене виникають труд-нощі.

31.Мені більше подобається керувати, а не підкорятися.

32.Нерідко я виявляю упертість.

33.Мене хвилює стан мого здоров'я.

34.У скрутні хвилини я іноді поводжуся, як дитина.

35.У мене різка жестикуляція.

36.Я неохоче йду на ризик.

37.Я важко витримую очікування чогось.

38.Я думаю, що ніколи не зможу виправити своїх не-доліків.

39.Я – мстивий.

40.Мене засмучують навіть незначні порушення моїх планів.

Обробка результатів

I.Шкала тривожності: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37.

II. Шкала фрустрації: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38.

III.Шкала агресії: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 37, 31, 35, 39.

IV.Шкала ригідності: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 26, 40.

Інтерпретація результатів

Для кожної групи можлива кількість балів від 0 до 20, де «0» визначається як невиявлений прояв цієї характеристики.

I. Шкала тривожності – визначає рівень здатності індивіда до відчуття тривоги:

0–7 балів – низький рівень тривожності;

8–11 балів – середній рівень тривожності;

12–16 балів – високий рівень тривожності;

17 балів і більше – дуже високий рівень тривожності.

II. Шкала фрустрації – виявляє ступінь розчарування, яке виникає через реальні або уявні перешкоди, що заважають до-сягненню мети:

0–7 балів – низький рівень фрустрації;

8–9 балів – середній рівень фрустрації;

10–15 балів – високий рівень фрустрації;

16 балів і більше – дуже високий рівень фрустрації.

III.Шкала агресії – виявляє підвищену психологічну актив-ність, прагнення до лідерства через застосування сили до інших людей. Для суїцидентів допускається зниження агресивності від 10 до 0:

0–10 балів – низький рівень агресивності;

11–12 балів – середній рівень агресивності;

13–16 балів – високий рівень агресивності;

17 і більше – дуже високий рівень агресивності.

IV.Шкала ригідності – ускладнення у зміні визначеної суб'єктом діяльності за умов, що така перебудова справді потрібна. Для осіб із суїцидальною поведінкою – 13 балів і вище:

0–10 балів – низький рівень ригідності;

11–12 балів – середній рівень ригідності;

13–16 балів – високий рівень ригідності;

17 балів і більше – дуже високий рівень ригідності.

Психолог додає всі бали за 4 шкалами і визначає показник схильності до суїцидальної поведінки:

0–38 балів – рівень схильності до суїцидальної поведінки низький;

39–45 балів – рівень схильності до суїцидальної поведінки потребує уваги до підлітка;

46 балів і більше – рівень схильності до суїцидальної по-ведінки високий, потрібна корекційна робота.