

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра практичної психології та психодіагностики**

На правах рукопису

ПРИСТУПА КАТЕРИНА БОГДАНІВНА

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ ІЗ
СУЇЦИДАЛЬНИМИ НАХИЛАМИ**

Спеціальність: 053 Психологія
ОП «Практична психологія (психологічне консультування та
психотерапія)»
Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:
ГРИЦЮК ІРИНА МИХАЙЛІВНА
кандидат психологічних наук,
доцент, доцент кафедри
практичної психології
та психодіагностики

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____

засідання кафедри практичної психології та психодіагностики

від _____ 20__ р.

Завідувач кафедри

Прізвище, ініціали _____
(ПІДПИС)

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ	7
1.1. Сучасні теоретичні підходи до вивчення проблеми суїциду	7
1.2. Психологічні детермінанти суїцидальних нахилів	17
1.3. Інноваційні підходи до запобігання суїцидальним нахилам	28
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ ІЗ СУЇЦИДАЛЬНИМИ НАХИЛАМИ	38
2.1. Процедура та методика проведення емпіричного дослідження психологічних особливостей осіб із суїцидальними нахилами	38
2.2. Результати емпіричного дослідження психологічних особливостей осіб із суїцидальними нахилами	41
РОЗДІЛ 3 ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДЛЯ ДОПОМОГИ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПРИ СУЇЦИДАЛЬНИХ НАХИЛАХ	64
3.1. Практичні рекомендації для допомоги особам із суїцидальними нахилами з урахуванням їх психічних особливостей	64
3.2. Програма корекційно-профілактичної роботи із використанням інноваційних підходів для профілактики суїцидальних нахилів	69
ВИСНОВКИ	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	86
ДОДАТКИ	ОШИБКА! ЗАКЛАДКА НЕ ОПРЕДЕЛЕНА.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Значне зростання психосоціальних викликів у сучасному світі, зокрема й в Україні, спричинене багатьма факторами, серед яких війна, відсутність економічної стабільності, постійне відчуття небезпеки, поглиблення екзистенційної кризи, інформаційне перенасичення та зниження якості міжособистісних контактів. У зв'язку із цим значно підвищується рівень емоційної напруги серед населення, що в поєднанні із певними особистісними рисами може сприяти зародженню суїцидальних думок, намірів і дій.

Значну увагу привертає зростання кількості суїцидальних спроб серед молоді, яка є найменш психологічно захищеною та водночас найбільш вразливою перед кризовими станами. Здебільшого, традиційні моделі психодіагностики не завжди дозволяють своєчасно виявити ризики суїцидальних намірів, в той час, як сучасна психологічна наука все більше наголошує на важливості цілісного розуміння психологічного профілю таких особистостей. Це передбачає розширення розуміння впливу не тільки зовнішніх обставин, а й особистісних характеристик людини: схильності до імпульсивних дій, рівень емоційної саморегуляції, самооцінки, ідентифікації конфліктів та суб'єктивного відчуття соціальної ізоляції.

Висока актуальність дослідження також зумовлена недостатньою розробленістю вітчизняної системи профілактичних заходів для запобігання суїцидальній поведінці, відносно невеликим арсеналом практичних інструментів для можливості раннього діагностування та втручання, а також низькою поінформованістю широких мас населення щодо психологічних аспектів цього феномену. Всі ці перелічені фактори тільки підвищують значимість ґрунтовного наукового осмислення психологічних особливостей осіб із суїцидальними нахилами, що дозволить не лише розробити ефективні практичні підходи до психокорекції, а й сприятиме формуванню стратегії психологічної підтримки, превенції та ресоціалізації таких особистостей.

Наукова новизна роботи полягає у поглибленому теоретико-емпіричному дослідженні та висвітленні психологічних особливостей осіб із суїцидальними нахилами завдяки комплексному аналізу афективних, когнітивних, особистісних і поведінкових чинників розвитку суїцидальності. Уточнено психологічний профіль осіб із суїцидальними нахилами, який включає поєднання таких особливостей як емоційна дизрегуляція, імпульсивність, підвищений нейротизм, низька самооцінка та відчуття соціальної ізоляції. Завдяки розробці корекційно-профілактичної програми, яка базується на отриманих при дослідженні результатах, удосконалено підхід до психопрофілактики суїцидальності. В загальному, отримані результати є доповненням до вже існуючих уявлень про психологічні особливості осіб із суїцидальними нахилами.

Мета роботи: дослідити психологічні особливості осіб із суїцидальними нахилами.

Завдань дослідження, які передбачені для виконання поставленої мети:

1. Провести аналіз наукових досліджень сучасних підходів до вивчення проблеми суїциду та виділити психологічні детермінанти суїцидальної поведінки.
2. Розглянути сучасні інноваційні підходи для профілактики суїцидальних намірів.
3. Спланувати та провести емпіричне дослідження, проаналізувати отримані результати та виділити основні психологічні особливості суїцидентів.
4. Розробити та запропонувати програму для профілактики суїцидальних нахилів на основі отриманих при дослідженні даних.

Об'єкт дослідження: особи із суїцидальними нахилам.

Предмет дослідження: психологічні процеси та особливості, які притаманні людям із суїцидальними нахилами.

Матеріал дослідження. Теоретичну частину сформовано завдяки аналізу наукових публікацій вітчизняних та зарубіжних дослідників, серед

яких У. Акрам, Ю. Асєєва, Б. Бауер, С. Беннет, А. Гура, А. Жданюк, А. Іваць, Д. Клонські, Л. Мелцер, І. Музиченко, Б. Орловський, О. Романів, С. Сідат, О. Скляр, А. Фокін, О. Хаустова та ряду інших науковців. Їх роботи дозволили оцінити сучасний стан дослідження динаміки суїцидальної поведінки серед осіб молодого віку. Доповненням до цього був аналіз робіт, які присвячені проблематиці психічного та психологічного здоров'я таких дослідників, як Л. Брайковіч, Н. Єрмакова, Л. Кoen, О. Куліш, О. Поліщук, Л. Сак, Р. Федоренко, О. Шевчук та інших.

Практичне значення одержаних результатів: полягає у можливості застосування результатів дослідження у різних сферах психологічної практики, зокрема у сфері психотерапевтичної допомоги, кризового консультування, психопрофілактики та освітніх програм. Поглиблене вивчення психологічних особливостей осіб із суїцидальними нахилами дозволяє зрозуміти специфіку формування та проявів механізмів суїцидальної поведінки, що спряє своєчасному виявленню її в осіб із підвищеним рівнем ризику та можливості надати їм швидку, якісну та цілеспрямовану психологічну підтримку.

Отримані в результаті дослідження емпіричні дані можуть бути використані, як основа для розробки психологічних інтервенцій, які спрямовані на зниження суїцидального ризику, підвищення емоційної регуляції, розвитку самосприйняття, формуванню адаптивних копінг-стратегій та соціальної інтеграції. Окрім цього, результати можуть стати базою для створення спеціалізованих профілактичних програм у центрах психічного здоров'я, навчальних закладах, волонтерських організаціях, а також у рамках служб психологічної допомоги при кризових центрах і в лікарнях.

Використання висновків цього дослідження доцільне при підготовці та підвищенні кваліфікації фахівців у галузі соціальної роботи, психіатрії, практичної та медичної психології. Врахування отриманої при дослідженні інформації у розробці навчальних курсів, семінарів і тренінгових програм для

психологів, зможе покращити їх взаємодію із представниками таких вразливих соціальних груп, як підлітки, військовослужбовці, особи з ПТСР тощо.

Апробація: результати дослідницької роботи розглядались на засіданнях кафедри практичної психології та психодіагностики ВНУ ім. Лесі Українки, а також отримали схвалення на наукових конференціях та науково-практичних семінарах: XVII Міжнародна науково-практична конференція «Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості: клієнт-центрований підхід» (Луцьк, 16-29 березня 2025 р.). XX Міжнародний науково-практичний семінар «Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні» (Луцьк, 30-31 жовтня 2025 р.).

Перелік наукових публікацій у яких висвітлені проміжні результати цього дослідження:

1. Приступа К., Грицюк І. Психологічні особливості осіб із суїцидальними нахилами. Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості: матеріали XVII Міжнародної науково-практичної конференції. ВНУ ім. Лесі Українки; кафедра практичної психології та психодіагностики; за заг. ред. Л. І. Магдисюк. – Луцьк: Вежа-Друк, 2024. – С. 151–154.

2. Приступа К., Грицюк І. Застосування йоги, тілесно-орієнтованих і майндфулнес-практик для запобігання суїцидальним нахилам. *Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні*. Матеріали XX Науково-практичного семінару. ВНУ ім. Лесі Українки; кафедра практичної психології та психодіагностики; за заг. ред. Л. І. Магдисюк. – Луцьк: Вежа-Друк, 2024. – С. 204–207.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Сучасні теоретичні підходи до вивчення проблеми суїциду

Суїцид, як явище був об'єктом уваги мислителів із давніх часів, однак ґрунтовне наукове вивчення розпочалось лише наприкінці XIX – на початку XX століття. Одним із перших науковців, хто зміг проаналізувати цей феномен у соціально-психологічному контексті є Е. Дюркгейм. Його монографія стала вихідним пунктом для вивчення суїциду, оскільки там була запропонована класифікація, яка базувалась на ступені соціальної інтеграції особистості в соціальне середовище. Ідея про дефіцит чи надлишок соціальної інтеграції, як фактор розвитку суїциду стала основою для подальших міжособистісних та екзистенційних моделей, де такі психологічні чинники, як почуття ізоляції, покинутості чи втрати контролю над життям є визначальними факторами розвитку суїцидальної поведінки [34].

З. Фройд також розглядав питання суїциду, але із позиції психоаналітичної теорії. У праці «Жалоба і меланхолія» 1917 року, він описує та зіставляє два стани – нормальну жалобу та патологічну меланхолію – і робить висновок, що суїцид, який здійснює людина є актом, який спрямований проти інтроектованого образу втраченого об'єкту любові. Це означає, що людина, ідентифікує себе з об'єктом втрати, накопичивши велику кількість агресії, спрямовує її проти себе, замість зовнішнього світу [36]. Продовжив започаткування З. Фрейда, інший психоаналітик К. Меннінгер, який описував суїцид із позиції «суїцидального триєднання»: бажання вбити, бути вбитим і померти. На його думку, суїцидальна поведінка в своїй основі має деструктивну агресію, яка часто завуальована під почуття провини, безпорадності чи сорому [50].

Значний внесок у розуміння природи суїцидальної поведінки, зробив В. Франкл. У своїй роботі «Людина у пошуках сенсу» 1946 року, яка була написана після пережитого досвіду перебування у нацистських таборах, він сформулював визначну тезу: суїцид трапляється там, де людина втрачає сенс життя. На думку дослідника, наявність хоча б мінімального, але особистісно значущого сенсу є надзвичайно вагомою протидією суїцидальним нахилам, які спричинені відчаєм [35].

Перелічені вище праці зробили значний вклад в розвиток сучасних теорій суїциду, однією із яких є інтерперсональна теорія. Її засновник Т. Джойнер, висунув припущення, що в основі летальних суїцидальних спроб лежить два обов'язкові фактори: суб'єктивне бажання смерті та здатність здійснити суїцид. Суб'єктивне бажання смерті може сформуватись через два ключові міжособистісні стани: переживання тягара (переконання, що власне існування є обтяжливим для близьких) та порушення ідентифікації (хронічне відчуття самотності та соціальної ізоляції). За умови співіснування цих двох компонентів та їх значної інтенсивності, особистість може розвинути стійке суїцидальне бажання [40].

Є також і третій критично важливий елемент – набута здатність до суїциду. Являє собою знижений рівень страху перед смертю та підвищений поріг толерантності до фізичного болю. Останній компонент формується через досвід самопошкодження, пережитого насильства або перебування у стресових умовах. Наявність набутої здатності до суїциду, поряд із стійким бажанням до суїциду, забезпечує потенційну реалізацію суїцидального акту [69].

Підтвердженням основних положень є дані емпіричних досліджень, які явно демонструють, що під час пандемії COVID-19 у чоловіків при умовах соціального дистанціювання підвищувалось відчуття переживання тягара та порушення ідентифікації, що разом збільшувало ймовірність появи суїцидних думок в досліджуваних [66]. Аналіз цифрових джерел інформації також

показує, що модель має високу значимість для розуміння динаміки суїцидальних переживань у цифровому середовищі [74].

Інтерперсональна теорія завдяки свої вагомості отримала значне розширення, яке враховує також культурні, вікові та гендерні особливості та відмінності. Наприклад, досліджуючи підліткові групи було виявлено, що компоненти інтерперсональної теорії мають різну інтенсивність дії залежно від культурного контексту та рівня соціальної підтримки. Ці та подібні дослідження дозволяють створювати інтервенції для зменшення почуття тягара та для підвищення рівня відчуття приналежності [28].

Теорія також стала основою для розробки нових діагностичних і прогностичних інструментів. Так, на її базі було створено спеціалізовані шкали оцінювання ризику суїциду та програми, що спрямовані на зниження соціальної ізоляції через застосування спеціальної психологічної підтримки [22; 54].

На відміну від традиційних підходів до вивчення суїцидальної поведінки, які в основному фокусувались на наявності чи відсутності суїцидальних думок, як головного фактору ризику, сучасні теоретичні моделі наголошують на необхідності розрізняти просто наявність думок та їх реалізацію. Ця ідея стоїть в основі тих концепцій, які намагаються пояснити, чому деякі суїцидальні думки переходять у акт суїциду, а інші – ні. Найвідомішою із таких концепцій є трьохетапна модель, яку запропонували Д. Клонські та А. Мей. Вони пояснюють виникнення суїцидальних думок внаслідок поєднання інтенсивного психічного болю та низького рівня зв'язку із іншими. Якщо до думок приєднується відчуття безвиході, то разом вони формують стійке суїцидальне бажання. Та й цього виявляється замало для здійснення суїциду, тому потрібний ще один компонент – здатність до дії, яка з'являється через звикання до болю, страху або досвіду насильства. І тільки тоді людина може перейти до спроби реалізації наміру [72].

Модель передбачає, що процес переходу від думки до дії є динамічною взаємодією психологічних, емоційних і поведінкових чинників. Також, як

було зауважено авторами пізніше, серед чинників, які сприяють є імпульсивність, наявність зовнішніх тригерів, тому концепція була ними доповнена. Як зазначає Т. Кіфнер, саме ці чинники активують поведінковий компонент у структурі суїцидальної мотивації, дозволяючи людині перетнути межу між ідеєю і дією [42].

Важливою складовою, яку розглядають підходи орієнтовані на пояснення переходу до дії є поведінкова готовність до суїциду. Вона передбачає наявність попередніх спроб, репетицій чи звичок, які пов'язані з аутоагресією. З цієї точки зору, поведінкову активність слід розглядати не лише як результат кризи чи афекту, а як поступово сформовану здатність до суїциду [22].

Дослідження великих масивів цифрових джерел інформації сприяло поглибленню знань про феномен механізму переходу з думки до дії. Так, аналізуючи та вивчаючи дописи на форумах, Б. Бауер та співавтори доходять до висновку, що суїцидальна ідеяція часто супроводжується зміною стилю комунікації, використанням лексики та згадками чи обмовками про плани або методи. Ці комунікаційні зміни, за словами авторів, можуть слугувати сигналами про готовність до переходу на наступний етап – тобто поведінкову готовність до дії. Тому, дослідження такого типу є дуже перспективними для вивчення та подальшого застосування на практиці методів раннього виявлення ризику суїциду [74]. Врахування таких складних і багатофакторних взаємозв'язків сприяє розумінню суїцидальної поведінки не прямим наслідком емоційного болю, а радше результатом комбінації когнітивних переконань, набутого досвіду, соціальної ізоляції та поведінкових ресурсів, які формують здатність до реалізації задуму [70].

При проведенні аналізу механізмів, що лежать в основі переходу суїцидальної думки до дії, на особливу увагу заслуговують стабільні індивідуально-психологічні характеристики, які зумовлюють вразливість особистості до таких проявів. Істотний вплив, хоч і не визначальний, становлять транстрейтові та особистісно-станові фактори, які впливають на

сприйняття людиною життєвих труднощів, толерантність до фрустрації та здатність до психологічної адаптації. Такими факторами виступають: характер, темперамент, рівень самооцінки, самоконтролю, емоційна регуляція, схильність до імпульсивності, а також деякі риси Великої п'ятірки [22].

Нейротизм, як зазначено у підручнику Р. Федоренко, часто має прямий зв'язок із суїцидальними нахилами. Люди з високим рівнем нейротизму частіше переживають негативні емоції та схильні інтерпретувати події як загрозливі або катастрофічні, що стає вагомим рушієм для формування суїцидального мислення. Дослідження, наведені авторкою, демонструють, що низька саморегуляція, ригідність поведінки та відсутність або дефіцит копінг-стратегій також значно підвищує ризик переходу до суїцидальних дій у ситуації загострення психологічної кризи [17].

Важливо враховувати самооцінку та уявлення особистості про себе, оскільки особи із хронічно заниженою самооцінкою частіше схильні до песимістичних настроїв, тенденцій самообвинувачення та почуття безпорадності. Через такі внутрішні установки особистість створює підґрунтя для когнітивної системи «Я – поганий, життя – безглузде», що є типовою для депресивного мислення, яке тісно пов'язане із суїцидальними нахилами [3].

Транстрейтовий підхід передбачає вивчення впливу таких рис, які зберігаються все життя і проявляються в різних контекстах – наприклад, підвищена чутливість до соціального відкидання, схильність до самопошкоджувальної поведінки, емоційна дисрегуляція тощо. Ці характеристики самі по собі можуть й не мати патологічного впливу на життя індивіда, однак у поєднанні з зовнішніми стресовими факторами чи порушенням функціонування систем соціальної підтримки, істотно підвищують ймовірність розвитку суїцидальної поведінки [70].

Окремий напрям досліджень пов'язаний із вивченням осіб, які мають екстремальний або військовий досвід. Як описує А. Жданюк, серед військовослужбовців виявляють високий рівень притуплення емоційної регуляції, знижену афективну чутливість, підвищений рівень толерантності до

фізичного болю. Всі ці зміни в апперцепції, мають високий коефіцієнт кореляції із здатністю до суїцидального наміру. Формування таких станів відбувається через реакцію на бойовий стрес або втрату побратимів, але тільки за умови наявності в особистості таких рис як замкненість чи ригідність, вони можуть створювати підґрунтя для розвитку ризику суїциду [4].

Згідно даними, які подає С. Скляр, особливу увагу слід приділяти станам психоемоційного виснаження, які притаманні професіям з високим рівнем ризику, наприклад серед працівників поліції або медиків у зоні бойових дій. Для них підвищена відповідальність і гіперконтроль, можуть бути спочатку ресурсом, але в умовах довготривалої дії стресу перетворюються на фактори вразливості [15]. Тому розуміння ролі таких особистісно-станових і транстрейтових факторів дозволяє краще прогнозувати ризики розвитку суїцидальності. А вже розуміння ризиків сприяє розробці та адаптації психологічної допомоги, спрямованої на зміну сталих когнітивно-емоційних патернів, які підтримують суїцидальні поведінкові схеми [58].

Важливе місце серед сучасних моделей суїциду займає нарративно-кризова модель. Цей підхід виходить за межі статичних моделей і наголошує на динаміці психологічного стану, особливо в часовому проміжку безпосередньо перед суїцидальною спробою. Специфічним поняттям, яке розглядається в цій моделі є синдром суїцидальної кризи – це специфічний психічний стан, який характеризується фрагментованим сприйняттям себе у часі, вираженою дезорганізацією мислення, афективною нестабільністю та почуттям неминучості катастрофи. Саме цей стан, як зазначає Л. Коен, а не суїцидальна ідеяція розглядається як найточніший індикатор імпульсивного самогубства [33].

Порушення цілісності особистісного наративу спричиняє втрату зв'язаності між образами минулого, теперішнього і майбутнього. Таким чином, людина, яка переживає суїцидальну кризу, відчувається ізольованою від власної історії та неспроможною уявити своє майбутнє. До цих переживань додається відчуття втрати контролю над життєвими подіями, що значно

підсилює тривожність та внутрішній хаос. В результаті формується стійке переживання повної безвиході, яке може стати пусковим механізмом для різкої та імпульсивної дії – суїциду, що здійснюється одномоментно, без тривалого планування [49].

Модель також враховує нейропсихологічні аспекти, такі як активність мигдалини та префронтальної кори, яка з'являються під час суїцидальної кризи та спричиняє підвищену тривогу і паніку. Ця фізіологічна реакція допомагає зрозуміти те, чому у цьому стані когнітивний контроль значно знижується і підвищується ризик здійснення акту самогубства. У 80% осіб, що пережили суїцидальну кризу зустрічаються симптоми дереалізації, деперсоналізації та почуття «відключеності» від реальності, що також слугує маркером високого ризику [33].

Нарративно-кризова модель суїциду дозволяє здійснювати раннє виявлення предикторів ризику на основі не лише думок, а й динаміки психічного стану. В межах моделі розроблено широкий спектр спеціальних шкал для вимірювання наявності симптомів суїцидальної кризи, зокрема індикаторів соціального відчуження, афективної нестабільності, когнітивного краху та дезорганізованого мислення. Значна увага приділяється поведінковим вікнам ризику, коли протягом короткого часу в особистості несподівано виникає відчуття «психічного колапсу» без змоги звернутись за допомогою, що прокладає шлях для здійснення суїцидальної дії [33; 49].

Акцент на розгляді суїциду, як кульмінації негайного, руйнівного внутрішнього стану, який має потенціал до швидкої ескалації, значно відрізняє нарративно-кризову модель від інших моделей. Вона має вагоме практичне значення у клінічній психодіагностиці та кризовій психотерапії, де необхідне оперативне реагування на зміни в психоемоційному стані пацієнта [61].

Розглядати суїцидальну поведінку лише крізь призму індивідуальних або внутрішньопсихологічних механізмів є недостатнім без врахування соціального контексту, в якому вона виникає. Ці соціокультурні та структурні психологічні імплікації, як зазначає Дж. Пуроладжал, охоплює широкий

спектр детермінант, серед яких суспільні норми та цінності, політичні, економічні та інформаційні умови, які формують поле психосоціального функціонування особистості. Кожна з існуючих культур має відмінне ставлення та сприйняття суїциду, що проявляється в його моральній оцінці, рівні стигматизації, що також впливає на готовність людини звертатись за допомогою чи відкрито говорити про свої страждання [61].

При формуванні моделей реагування на психічний дистрес, значну роль відіграє культурна приналежність. У суспільствах, де домінують колективістські цінності – сильні міжособистісні зв'язки можуть бути захисним фактором проти суїциду. І навпаки, в середовищах із високим рівнем соціального тиску та знеціненням вразливості, суїцидальні думки частіше залишаються невисловленими, що значно підвищує ризик їх реалізації. Найбільш вразливими для цього є соціально виключені або маргінальні групи населення, до яких можна віднести біженців, етнічні меншини, люди із нетрадиційною сексуальною орієнтацією тощо [51].

Події соціального середовища, такі як війна, економічна криза або пандемія, можуть призводити до різкого зростання рівня тривожності, депресивних станів і суїцидальних намірів, особливо у вразливих груп населення. Дослідження проведені О. Хаустовою та В. Омеляновичем, демонструють, як відбуваються сезонні та історичні зміни у частоті самогубств, зокрема у періоди збройного конфлікту та економічної нестабільності, що свідчить про тісний взаємозв'язок між макроструктурними змінами і суїцидальною поведінкою населення [43].

Важливим є розуміння впливу на суїцидальні тенденції інформаційного середовища, яке представлене у сучасному світі медіа, інтернет-ресурсам та цифровими платформами. Доступ до інформації про самогубства, з одного боку – підвищує рівень імітаційної поведінки через романтизацію цього явища у ЗМІ, а з іншого – навпаки зменшує рівень ризику через психоедукаційний контент, онлайн-спільноти та цифрові інтервенції, які можуть надавати якісну емоційну підтримку і доступ до ресурсів самодопомоги [6].

Імплікації на соціальному мікрорівні проявляються у стилях виховання, родинних сценаріях, ставленні до вираження емоційних переживань та прийнятності звернення до психотерапевта. Так, у родинах із вираженим авторитарним стилем виховання або досвідом насильства, діти частіше проявляють аутоагресивну поведінку в підлітковому віці. А відсутність механізмів раннього виявлення психоемоційних труднощів у системі освіти чи охорони здоров'я, збільшує ймовірність того, що початкові сигнали суїцидальної поведінки будуть повністю проігноровані [5]. Тому соціокультурний вимір суїциду слід розглядати не як фоновий чинник, а як невід'ємну частину складної системи детермінації. Розуміння процесу взаємодії зовнішніх умов та внутрішньої, суб'єктивної реальності особистості, дозволяє глибше усвідомити природу суїцидальних проявів та можливості для її профілактики в контексті громадського та інституційного середовища [58].

Постійно зростаюча популярність віртуальної комунікації та розвиток цифрових технологій, актуалізує дослідження, які пов'язані із вивченням змін інтерперсональної взаємодії в онлайн-середовищі та їх вплив на розвиток суїцидальної поведінки. Трансформація через дію цифрової реальності суттєво впливає на способи самовираження, формування ідентичності та соціальної підтримки, що також створює й нові виклики у вигляді кібербулінгу, емоційної ізоляції, навіть при ілюзії постійного перебування «на зв'язку». Частим феноменом у віртуальному просторі є анонімне саморозкриття, яке може бути наповнене психологічно болючими темами. І тут є два варіанти розвитку, якщо це саморозкриття сприймається емпатично, то воно може мати терапевтичний ефект, а якщо ні, то навпаки посилювати вже існуючий біль через нерозуміння і неприйняття [20].

Емпатія, соціальна підтримка та почуття приналежності, які є основою інтерперсональних підходів потребують адаптації до їх використання у віртуальному середовищі. Тут великого значення набуває концепт «цифрової належності», який передбачає не тільки участь в онлайн-спільнотах, а й якість тих міжособистісних зв'язків, що формуються в цифровому просторі.

Дослідження демонструють, що сам факт присутності у соціальних мережах не гарантує відчуття підтримки – навпаки, наявні там поверхневі чи агресивні комунікативні взаємодії можуть тільки посилювати відчуття ізолюваності та відчуження. Вразливою віковою групою в цьому аспекті є підлітки, які часто сприймають цифрові платформи, як єдине джерело соціального зворотного зв'язку, ототожнюючи себе з представленими там реакціями соціально-цифрового оточення [6].

Варто зауважити й позитивну сторону онлайн-простору, який дозволяє використовувати інтернет-ресурси з метою надання психологічної підтримки, консультування, мобільних додатків для самопостереження та кризових ліній допомоги в месенджерах. Великою їх перевагою є загальна доступність, особливо для осіб, які з різних причин уникають очного контакту або переживають стигму щодо звернення до психолога. Для фахівця із надання психологічної допомоги це створює виклик у вигляді вміння формувати емоційно безпечний цифровий простір, в якому буде досягнуто повною мірою контакт, визнано емоції та створено можливість для критичного переосмислення свого досвіду клієнтом [64].

Труднощі в емпатичному сприйнятті через часте позбавлення у віртуальному середовищі невербальних каналів взаємодії необхідно вміти компенсувати через мовні конструкти, текстову інтонацію, візуальні символи. Можливість досягнення онлайн-емпатії створює умови для ефективного надання допомоги в тих онлайн-спільнотах, де користувачі обмінюються досвідом проживання суїцидальних думок. Часто з огляду на те, що така комунікація відбувається на горизонтальному, тобто рівному, характері взаємодії, вона буває більш впливовою, ніж формальна терапія [74]. Тому онлайн-середовище слід оцінювати, як простір високих ризиків та водночас великих можливостей для надання психологічної допомоги, яку можна реалізовувати у нових формах, що є адаптованими до життя сучасних людей [66].

Сучасні теоретичні підходи до вивчення суїциду значною мірою відрізняються від перших, сформульованих Е. Дюркгеймом, З. Фройдом та В. Франклом, оскільки враховують взаємодію когнітивних, поведінкових, міжособистісних та соціокультурних чинників. Так моделі, як трьохетапна Д. Клонські та А. Мейя, а також інтерперсональна теорія Т. Джойнера, акцентують увагу на багатфакторності механізму переходу від суїцидальних думок до дій, вказуючи на необхідність наявності емоційного болю та поведінкової здатності до реалізації задуму. Врахування імпульсивності, високого ступеня десенсибілізації фізичного болю, попереднього травматичного досвіду, а також впливу соціального оточення, дозволяє комплексно осмислити причини розвитку суїцидальної поведінки.

Як підкреслюють дослідники, окрім суто психологічних детермінант, значущими є культурні установки, рівень соціальної підтримки та індивідуальні особливості особистості, які включають афективну чутливість, емоційну ригідність та схильність до самопошкодження. Таким чином фокус сучасних досліджень на багаторівневості суїциду забезпечує глибше його розуміння, як складного феномену, що потребує міждисциплінарного аналізу та інтегративних методів профілактики.

1.2. Психологічні детермінанти суїцидальних нахилів

Психологічними детермінантами суїцидальних нахилів називають внутрішні чинники психіки, що обумовлюють активізацію, формування і підтримку суїцидального мислення та поведінки. Локалізуються в структурі особистості, когнітивній, емоційно-вольовій та мотиваційній сферах. До них відносяться як стійкі риси – нейротизм, імпульсивність, ригідність, так і динамічні стани – депресія, емоційна дезрегуляція, когнітивний спад. Саме завдяки поєднанню цих характеристик особистість виявляється більш або менш піддатливою для формування суїцидального наміру.

Афективна сфера займає одне із центральних психологічних вимірів у структурі суїцидального мислення, так як саме там формуються передумови для ідеації. І відповідно депресивні стани, підвищена тривожність, внутрішня напруга, емоційна вразливість та втрата здатності до афективного відгуку є частими маркерами, які супроводжують суїцидальні нахили. Значну роль відіграє явище психічного болю, яке за словами сучасних дослідників суїциду є одним із найбільш сильнодіючих емоційних тригерів. Л. Брайковіч та співавтори у своєму дослідженні розглядають психічний біль як самостійну та незалежну змінну, що в деяких випадках виявляє вищу прогностичну силу, ніж тривожність і депресія, адже люди прагнуть закінчити не з власним життям, а із стражданням [25].

Афективні порушення в контексті суїциду нерідко пов'язані з порушеннями в сфері емоційної регуляції. Проявами може бути невміння ідентифікувати та виражати свої власні почуття, пригнічення або інтенсифікація емоційної реакції. Тому особи із суїцидальними нахилами часто проявляють надмірну емоційну чутливість до зовнішніх подразників, труднощі при відновленні емоційного балансу після стресу, а також схильність до афективного колапсу в умовах тривалої фрустрації. Як вважає Е. Йоєн та співавтори, афективна дезорганізація є ключовим компонентом переходу від суїцидальної думки до акту самогубства, що супроводжується порушенням здатності до модуляції емоційної напруги [77].

Афективна нестабільність, яка також є важливим чинником, включає в себе імпульсивні реакції на незначні події, стрімкі перепади настрою та недостатній контроль над емоційними проявами. Вона є поширеною серед молоді, зокрема студентів, які тривалий період піддаються дії гострого стресового фактору. А тісний зв'язок із низькою емоційною саморегуляцією, як зауважують І. Музиченко та Б. Грінченко, підсилює дію афективної дезрегуляції та призводить до накопичення фрустрації через неможливість опрацювати внутрішні конфлікти [8].

До афективних факторів, які сприяють розвитку суїциду, також слід віднести депресію, і не тільки у її клінічних проявах, а як спектр емоційної безпорадності, втрати енергії, мотиваційного колапсу. Дані дослідження, проведеного П. Русас-Фуентесом на студентській вибірці, показують, що поєднання депресивних симптомів з ірраціональними переконаннями, такими як знецінення власної особистості та катастрофізація майбутнього, збільшує кількість генерованих суїцидальних думок. Це демонструє, що хоч депресія не є самостійною причиною для суїциду, однак вона служить фоном для розвитку суїцидального мислення [29].

Розглядаючи афективні детермінанти, слід згадати про тривожність, особливо генералізовану, що характеризується високим рівнем передчуття небезпеки, чутливістю до невизначеності та соматичним напруженням. Навіть за відсутності діагностованої депресії, тривожні симптоми мають виражену асоціацію із утворенням суїцидальних думок. Таке емоційне напруження, яке не має раціональних підстав, призводить до формування деструктивних уявлень про втрату контролю над життям [62].

Почуття самотності та ізолюваності, які також відносяться до емоційної сфери, можуть відігравати роль прихованих афективних чинників. Дослідження А. Аровосегбе та колег, показує, що саме відчуття соціальної ізолюваності та емоційної непотрібності часто стає причиною розвитку суїцидальних думок, навіть незважаючи на наявну соціальну підтримку. Тому емоційне переживання ізоляції є критично важливим чинником розвитку суїциду [23].

Вплив масових кризових подій, зокрема пандемії та війни, спричиняє значну дестабілізацію афективного стану молоді. Як зауважує І. Ян та співавтори, під час пандемії COVID-19, виявлено різке зростання суїцидальної ідеації серед підлітків. Автори припускають, що процеси ідеації суїцидальних думок, пов'язані із хронічною напругою, зневірою та відсутністю позитивного афективного прогнозу на майбутнє [76]. Схожі результати досліджень, наводять українські вчені Л. Сак і Н. Малюк, які описують виснаження

афективного ресурсу українців під час війни, коли постійні та тривалі впливи емоційних потрясінь знижують здатність до самозаспокоєння, посилюють переживання загубленості та спонукають до внутрішнього «виходу» з нестерпної реальності [12].

Важливість емоційних переживань важко недооцінити, та все ж вони тільки створюють афективне підґрунтя для розвитку суїциду. А ось за формування концептуального оформлення відповідає інша сфера – когнітивна. Саме вона через переконання, інтерпретацію, очікування, уявлення про себе і світ сприяє визначенню сенсу емоційного досвіду, який може бути успішно нейтралізований або позитивно застосований чи навпаки, відбувається фіксація свого «Я» в образі безпомічного та загнаного в глухий кут суб'єкта.

Найстабільнішим маркером, що передує суїцидальній ідеації, виступає переживання безвиході – переконання, що жодне рішення не може змінити ситуацію на краще. Як виявила М. Вускан та співавтори, нездатність побачити альтернативу проблемі чи відсутність уявного майбутнього тісно корелює з частою суїцидальних думок. Поглиблення внутрішнього конфлікту часто відбувається через появу схем генералізації, персоніфікації та катастрофізації негативного досвіду чи події [32].

С. Беннет та колеги у своєму дослідженні показали, що важлива роль належить дисфункційним переконанням щодо себе. Серед чоловіків, які мали певну історію суїцидальних спроб, часто спостерігались укоріненні переконання на зразок: «Я – тягар для інших», «Моє існування немає сенсу», «Усім краще буде без мене». Ці переконання за багаторазового відтворення у внутрішньому монолозі постійно підкріплюють бажання припинити страждання за допомогою самознищення [59].

Особливо небезпечними в цьому контексті є переконання, які надають позбавленню себе життя позитивних барв та символічного значення – «смерть як визволення», «спосіб донести щось важливе», «єдиний контрольований вихід». Як зазначає Е. Йоєн та його колеги, подібне мислення дозволяє людині

раціоналізувати самогубство, як цілком логічний або навіть «морально виправданий» вибір, що тільки пришвидшує суїцидальний акт через зниження чутливості та страху перед смертю [77].

Також серед когнітивних детермінант є ригідність мислення, яка через нездатність людини розглядати проблему під різними кутами, робить її вразливою до появи суїцидальних думок. При значній вираженості, людина не в змозі здійснити переоцінку життєвих труднощів, проявляє низьку когнітивну гнучкість і слабку схильність до генерації адаптивних рішень, що сприяє формуванню уявлення про безальтернативність смерті [23].

Дослідження британських студентів, проведене Р. Кабіром та колегами, вказує на взаємозв'язок низького рівня когнітивного саморозуміння і високої частоти деструктивних уявлень. При цьому формування суїцидальних думок відбувається через ряд причин, таких як невміння осмислювати свій стан, розпізнавати причини емоційної кризи чи будувати зв'язки між внутрішніми переживаннями та зовнішніми обставинами. Як результат утворення вакууму рефлексії, де думки про смерть видаються цілком логічним виходом із ситуації, що склалась [65].

Частково на розвиток суїцидальної ідеації впливає феномен ірраціональних ідей. П. Росас-Фуентес у своєму дослідженні наводить цілий перелік таких переконань, серед яких уникнення будь-якого болю, очікування тотального контролю, думки типу «усе або нічого», ідеї про те, що невдача в одному аспекті життя знецінює його цілком, що в кінцевому результаті призводить до сприйняття кожної помилки чи кризи, як катастрофи [29]. Особливо це чітко прослідковується серед молоді, яка пережила кризові події. Вони культивують переконання про фатальність долі, не впливовість власного вибору, неможливість особистого контролю на життям. Втрата віри у зміни може поглиблювати депресивно-тривожні стани і створювати ментальні умови для появи суїцидальної ідеації [5].

Особистісні риси та властивості темпераменту займають далеко не останнє місце при розвитку суїцидальних намірів, оскільки визначають рівень

саморегуляції, емоційного реагування, домінантні мотиви поведінки, схильність до катастрофізації або драматизації подій, тощо. Таким чином вони створюють індивідуальний психологічний ландшафт у межах якого відбувається розгортання та переживання кризи.

Однією з центральних особистісних характеристик, що сприяють розвитку суїцидальних тенденцій є нейротизм. Дослідження проведене М. Карраско-Баріос на великій вибірці опитуваних підтверджує, що особистості із високими показниками нейротизму частіше скаржаться на стани емоційного виснаження, відчуття безпорадності, надмірну емоційну реакцію на щоденні труднощі, що суттєво підвищує ризик утворення суїцидальної ідеації [31].

Другою такою рисою є імпульсивність, так як індивіди рідше залучають когнітивну оцінку наслідків, їх поведінка визначається емоційним тиском моменту, що робить кризу короткотривалою, але водночас максимально деструктивною. За даними наведеними Е. Йоєном, саме імпульсивність може бути вагомим фактором, який пришвидшить перехід від ідеації до реальної дії [77].

Поряд знаходиться також показник інтроверсії, особливо, коли в особистості рівень екстравертованості та соціальної відкритості дуже низький. Результати дослідження проведеного І. Музиченком і Б. Грінченком серед українських студентів, показують, що індивіди із замкнутістю, обмеженим соціальним колом спілкування і низьким рівнем експресивності емоцій мали вищу частоту проявів внутрішньої напруги, яку вони не могли вивільнити конструктивним чином. У таких випадках, як зазначають автори, через направлення емоційної енергії не на зовнішній світ, а на себе, підвищується ризик аутоагресивних тенденцій, що служать основною для розвитку суїцидальних намірів [8].

Дослідження Р. Кабіра та співавторів демонструє, що навіть така риса, як перфекціонізм, особливо його самокритичний тип у поєднанні з низькою толерантністю до невдачі, може створити умови для розвитку суїцидальної

ідеації. Це забезпечується через формування вкрай жорстких внутрішніх стандартів та високої фрустраційної чутливості. Молоді люди з наявними рисами перфекціонізму часто сприймають власну неуспішність, як повну дискредитацію особистості. Знецінення може виникати навіть через незначні та буденні події, а її джерелом є глибоко вкорінені переконання про необхідність бути ідеальним [65].

Якщо брати до уваги особливості темпераменту, то саме меланхолійний або сенситивний типи є найбільш вразливими. Так, дівчата підліткового віку з вираженою сенситивністю, повільною адаптацією до змін, емоційною замкнутістю часто переживають незначні конфлікти або соціальне напруження як дуже катастрофічні події, що також супроводжуються суїцидальною симптоматикою. Хоч тип темпераменту не відіграє ключової ролі при формуванні суїцидальних нахилів, все ж він істотно змінює характер психічної реакції на подразники зовнішнього світу [2].

Деякі автори, зокрема С. Сідат та його колеги зауважують, що особи із схильністю до залежного стилю особистості, страхом соціального відторгнення та високою потребою в зовнішньому підтвердженні проявляють підвищену частоту суїцидальної ідеації. Дослідження авторів проведене на студентах показує, що особливо небезпечним цей стиль є у випадках порушення значущих міжособистісних зв'язків, що супроводжуються втратою життєвої опори [56].

Схожі дані наводять й українські дослідники А. Іваць, О. Романів і Б. Надь у своїй праці спрямованій на вивчення молоді з низьким рівнем психологічної автономії, схильністю до фаталізму та підвищеною залежністю від думки оточення. Як результат такі молоді люди мають менший рівень опору при стресових ситуаціях, в порівнянні з ровесниками, які не наділені цими рисами. Відсутність внутрішньої опори призводить до утворення своєрідної «порожнечі дії», де внутрішні ресурси не отримують можливості реалізуватись, а травмувальна подія автоматично набуває катастрофічного значення та змісту [5].

При комплексному підході до вивчення детермінант слід враховувати й психодинамічний підхід до розуміння суїцидальної поведінки. Він фокусує свою увагу на витіснених потребах, внутрішніх конфліктах, неопрацьованих афектах та механізмах захисту, які визначають спосіб реагування особистості на кризові ситуації. Важливо, що суїцид розглядається як дія спрямована не лише на знищення себе, а швидше, як спроба розв'язати глибинний конфлікт, зменшити напругу від нього, розірвати патологічний зв'язок із втраченим об'єктом чи покарати себе.

У відносинах з високим емоційним насиченням, втрата часто сприймається як руйнування частини власного «Я», що створює відчуття внутрішньої порожнечі, екзистенційної безпорадності та потреби у припиненні психічного болю. У. Акрам, при дослідженні британських студентів зробив висновок, що втрата провокує реакцію емоційної дезінтеграції, коли індивід не в змозі ані оплакати втрату, ані вийти з неї, натомість відбувається фіксація на ідеї зникнення разом із об'єктом [57].

Аналогічні дані наводять Б. Орловський та А. Фокін, які у межах кримінологічного-психологічного аналізу визначили, що суїцидальна поведінка часто спричиняється через надмірну кількість витісненого гніву, який пізніше переноситься на себе. Особа, не маючи змоги направити агресію назовні або відреагувати на втрату, несвідомо обирає автоагресивну модель реагування, де психічне напруження трансформується в суїцидальний акт. Останній, у таких випадках виступає розв'язкою внутрішнього конфлікту між бажанням жити і потребою в помсті чи покаранні [53].

Психодинамічну структуру втрати як пускового механізму можна простежити й у дослідженні Ю. Асєєвої, яка на прикладі підлітків розглядає цифрове середовище, де втрата зв'язку з реальними об'єктами компенсується віртуальною присутністю, але при критичних моментах ця віртуалізація тільки підсилює відчуття покинутості та самотності. Як зазначає авторка – втрата об'єкта любові, прийняття, уваги, тощо, в цьому віці часто ототожнюється із реальною смертю, що робить реакцію на неї надмірною та деструктивною [1].

Важливий нюанс психодинамічної перспективи розкриває у своєму підручнику Р. Федоренко, зазначаючи, що хоч суїцид є актом, який поєднує безпорадність та агресію сьогодення особистості, але його першопричини слід шукати саме у ранньому досвіді прив'язаності. Без стабільного об'єкту любові або за умов його непередбачуваності, особистість не формує стійкої внутрішньої опори, а натомість є схильною до розвитку патологічної фіксації на втраті. Із настанням критичної ситуації відбувається ретравматизація, де суїцид постає, як єдина логічна відповідь на відчуття залишеності, невміння втримати чи інтегрувати втрачене [17].

Сучасний контекст війни та соціальних катастроф ще чіткіше показує роль втрати у вчиненні суїциду. При вимірюванні психологічних ресурсів українців у дослідженні Л. Сак і Н. Малюк, проілюстрували, що втрати (близьких, житла, звичного способу життя) викликають екзистенційне оголення особистості, коли немає можливості повернутись до чогось знайомого та безпечного, а ресурсів для створення нової внутрішньої цілісності просто не вистачає. За таких умов травма втрати припиняє бути моментною та подієвою, а займає провідну позицію, утворюючи сильний фон для виникнення суїцидальних нахилів [12].

Також в контексті психодинамічного підходу, суїцидальна ідеація може створювати вторинні вигоди для особистості у вигляді захисту від переживання втрати чи емоційного «замороження». Наприклад, як показують результати дослідження студентів з історією травм і втрат, які сприймають суїцидальні фантазії як спосіб тимчасового підпорядкування страждань, забезпечення контролю над ними, створення «запасного виходу» із кризової ситуації. Таким чином, хоч це парадоксально, вони створюють для себе відчуття внутрішньої стабільності [56].

Окремим фактором при формуванні суїцидальної поведінки є психопатологічні стани, які вважаються дуже істотними. Сюди відносяться субклінічні та клінічні розлади психіки, які впливають на мислення, поведінку, емоційну регуляцію, самосприйняття. Сам по собі психічний розлад не є

гарантом суїциду, однак такі особи дуже чутливі до психологічних, соціальних та ситуативних чинників, які можуть разом призвести до здійснення акту.

Депресивний розлад у клінічному його прояві є одним із найбільш досліджуваних психічних станів, пов'язаних із суїцидальною поведінкою. Вивчаючи пацієнтів психіатричних клінік, А. Цегай та його колеги виявили, що суїцидальна ідеяція найчастіше проявляється у осіб із депресією. Небезпечним для самих пацієнтів є епізоди перебування у «депресивній ямі», які супроводжуються апатією, відчуттям внутрішньої пустоти, суїцидальними фантазіями та втратою здатності планувати своє майбутнє [73].

Підвищений ризик до самогубства також асоціюється з біполярним афективним розладом, особливо при депресивних стадіях або перехідних епізодах, де імпульсивність поєднується з глибоким емоційним дистресом. Так, проводячи дослідження на вибірці психічнохворих людей у Великобританії, Д. Гейворд, визначив, що пацієнти із діагностованим захворюванням біполярного спектру, мають втричі вищий ризик вчинення суїцидальної спроби в порівнянні з пацієнтами без такого діагнозу [27].

Психотичні та шизофренічні розлади мають безпосередній зв'язок із суїцидальними нахилами, хоча механізм утворення цього зв'язку суттєво відрізняється від механізму депресивних розладів. Галюцинаторні накази, маячні переконання або переживання нестерпного когнітивного розпаду можуть обумовити суїцидальний акт. Особи із тяжкою формою психотичного розладу часто неусвідомлено сприймають суїцид, як акт розрядки психічної напруги, спробу відновити втрачену цілісність психіки або уникнути внутрішнього розчеплення [53].

У випадку тривожного розладу або посттравматичного стресового розладу, суїцидальність виступає як реакція на безсоння, постійне передчуття загрози, хронічне напруження та гіперактивність нервової системи. Це добре ілюструє дослідження студентської молоді США, проведене Ц. Яном, де поєднання порушеного сну, підвищеної тривожності та психічного дистресу призводить до зростання частоти виникнення суїцидальної ідеяції. Як

зауважує автор, психопатологічна картина може бути складною, багатовекторною і не зводиться до одного конкретного діагнозу, оскільки суїцидальні думки виявлялись і в тих студентів, які не мали депресивних розладів [24].

Високі шанси на виникнення суїцидальної ідеації мають особи з психічними розладами, які стикнулись із сильним травматичним досвідом. Д. Семенза у своїй праці описує те, що досвід збройного насильства, який супроводжується посттравматичним стресовим розладом призводить до розвитку суїцидальної симптоматики внаслідок порушення базових афективних і когнітивних функцій, таких як здатність до самозаспокоєння, емоційного контакту та довіри. Автор дослідження зазначає, що в таких випадках психопатологія формується не як ізольоване явище, а як реакція на хронічне травмування [37].

Глибше взаємозв'язок посттравматичного стресового розладу та глибинних тривожних розладів є розглянуті українськими дослідниками Л. Сак і Н. Малюк, а також А. Гурою. Там зазначено, що під впливом війни формується фоновий психопатологічний стан, який не завжди є клінічним, проте супроводжується цілим рядом симптомів: фіксація на втраті, відчуття часової зупинки, емоційне оніміння. Ця симптоматика, хоч і не є критичною при окремому проявленні, та все ж робить свій вклад у розвиток суїцидальної поведінки [2; 12].

Не менш важливими за клінічні розлади є субклінічні. Часто їх недооцінюють, але вони мають значний вплив на зниження рівня самоконтролю та адаптивності. Наприклад, серед молодих людей із нестійким психоемоційним тлом, навіть за умови відсутності певного діагнозу, спостерігаються високі рівні суїцидальних фантазій. Ці думки та ідеї є чітким відображенням внутрішнього конфлікту та втоми, що не знаходять собі виходу у поведінкових проявах особистості [5].

Якщо підсумовувати вище наведену інформацію, то серед основних психологічних детермінант можна виділити наступні: афективні, когнітивні,

особистісні та психопатологічні. Ці чинники становлять складну й багаторівневу систему, яка впливає на формування суїцидального ризику. Афективна сфера в основному виступає фоном, який акумулює в собі психічний біль, тривожність, депресію, емоційну вразливість та почуття ізольованості. Дисфункційні переконання, ригідність мислення, уявлення про безвихідність ситуації та схеми генералізації негативного досвіду, як компоненти когнітивного виміру надають суїциду значення єдиного правильного і можливого вирішення кризи. А такі особистісні риси, як нейротизм, імпульсивність, сенситивність і перфекціонізм створюють передумови та збільшують вразливість особистості до негативного реагування на кризу. В свою чергу психодинамічний підхід показує важливість витіснених афектів, раннього травматичного досвіду, внутрішніх конфліктів тощо, які стають символічним ядром суїцидальної мотивації. І останні детермінанти, які неможливо оминути – психопатологічні розлади, оскільки їх клінічні та субклінічні психічні прояви посилюють суїцидальні тенденції через зниження адаптації, емоційної та поведінкової регуляції, самосприйняття. Таким чином суїцидальну поведінку слід розглядати як результат взаємодії багатьох внутрішніх факторів та особливостей особистості з травматичними і кризовими подіями.

1.3. Інноваційні підходи до запобігання суїцидальним нахилам

Зростання кількості випадків суїцидальної поведінки в умовах сучасного соціального середовища, створює нагальну потребу в оновленні підходів до профілактики цього явища. Класичні методи, які зосереджують свою увагу переважно на кризовому втручанні та лікуванні вже наявних психічних розладів, виявляються не завжди ефективними при запобіганні переходу суїцидальної ідеї до власне акту. Тому, все частіше наукова спільнота звертає свою увагу не лише на психологічні детермінанти, а й на

соціокультурні, тілесно-емоційні, духовні та цифрові компоненти соціуму, що сприятиме розробці інноваційних підходів до профілактики суїцидальних нахилів, які врахуватимуть його складну багатфакторну природу [61].

Все частіше набуває актуальності інтеграція міжособистісної взаємодії в онлайн-середовищі, майндфулнес-практики, релігійно-духовної підтримки, застосування технологій штучного інтелекту для моніторингу психоемоційного стану при розробці профілактичних програм. Як зазначає Р. Молтені, подібні підходи дозволяють виявляти схильність на ранньому етапі її формування та допомагають при роботі, яка спрямована на зниження ідеації, що в сукупності значно збільшує шанс на успішну інтервенцію [19; 63].

Звернення до ресурсів релігійної віри, духовності та морально-етичних переконань служать важливим профілактичним напрямком при роботі із суїцидальною схильністю, оскільки вони формують внутрішню стабільність, надають життю змісту та сенсу, а також забезпечують соціальну підтримку. Наукові спостереження свідчать, що релігійна залученість у вигляді індивідуальної молитви, участі в богослужіннях, спілкування з духовними наставниками зменшує ймовірність виникнення суїцидальної ідеації. Зокрема, Д. О'Рейлі наводить такі результати свого лонгітюдного дослідження: регулярне відвідування релігійних служб є важливим фактором зменшення ризику розвитку суїцидальної поведінки, незалежно від віку, статі чи рівня освіченості. Тобто гіпотеза про те, що релігійна практика виконує функцію захисту від суїцидальних проявів в умовах надмірного психоемоційного напруження була статистично підтверджена цим дослідженням[52].

Релігійність функціонально впливає не лише на сферу духовного досвіду, а й на систему когнітивної інтерпретації життєвих подій. Дослідники цієї сфери розрізняють два типи релігійної копінг-стратегії: позитивна копінг-стратегія полягає у прийнятті віри в милосердя, відчуття підтримки вищої сили, сприйняття труднощів, як елементу духовного зростання; негативна копінг-стратегія асоціюється з почуттям провини, гріховності, переконанням в божественному покаранні, відчутті того, що «Бог відвернувся». Остання, а

саме негативна копінг-стратегія є надзвичайно впливовою, як показує дослідження за участю американських ветеранів війн, де суїцидальні спроби значно частіше спостерігались в осіб із високим показником релігійного дистресу. Це свідчить про те, що важливо залучаючи релігійний досвід, як інструмент профілактики суїцидальності, звертати увагу на якість самого досвіду і розрізняти позитивний та деструктивний спектр дії на особистість [60].

Релігійність як феномен часто виступає моральним регулятором для підлітків, оскільки вона може надавати відповіді на питання, які пов'язані з життям і смертю. Цей її вплив продемонстровано в одному із досліджень, де було простежено, що наявність моральних заперечень проти суїциду зумовлене духовними або релігійними переконаннями, суттєво впливає на зниження рівня суїцидальної ідеації. Утворення когнітивного бар'єру, яким постають ці моральні обмеження, стримує трансформацію думок в дію. Важливо зауважити, що немає прямої залежності на зменшення ризику розвитку суїцидальної ідеації від конкретної конфесії. Основним фактором тут виступає внутрішня система цінностей, яка забороняє самознищення, як неприйнятну діяльність із сторони релігійного чи морального погляду [46].

Суттєвий профілактичний потенціал належить духовним лідерам, тобто капеланам, наставникам, священнослужителям, які мають значний вплив на своїх підопічних, та в змозі завчасно помітити ознаки кризового стану. Завдяки специфічній ролі в суспільстві, вони налагоджують глибоку та довірливу комунікацію із людьми, які перебувають у стані втрати сенсу, сильного дистресу та ізоляції. Практика духовної підтримки виявляється ефективною в тих випадках, коли особа не готова звертатись до кваліфікованого фахівця психологічної чи психіатричної допомоги, але має гостру потребу в сенсовій і моральній орієнтації. Це демонструють два незалежно проведені дослідження у США та Великій Британії. За їх висновками, духовні лідери дуже часто стають першими, кому людина наважується розповісти про свій критичний стан та намір. І зважаючи на це,

пастирі та духовні наставники, можуть бути тими, хто б сприяв переправленню осіб із суїцидальними нахилами до психологів і психіатрів [26].

Окрім особистісного контакту, релігійна спільнота створює умови для розвитку середовища, яке забезпечує його учасників відчуттям підтримки, взаємодопомоги та почуттям приналежності. Вплив цього середовища продемонстрований у дослідженнях Л. Віторіно та Р. Молтені, де показано, що під час пандемії COVID-19 саме віруючі люди виявили вищий рівень психологічної адаптації, нижчі показники депресивних станів та меншу схильність до саморуйнівної поведінки. Ці висновки зроблені на основі аналізу тисяч анкет, які охопили різні релігійні конфесії [63; 71].

Серед інноваційних підходів до запобігання суїцидальним нахилам на значну увагу заслуговують медитативні, тілесно-орієнтовані та майндфулнес-практики, які вносять корективи в наявну парадигму психоемоційної регуляції. Їх основними перевагами є доступність, простота та найголовніше – наукова обґрунтованість. Вже доведена значна ефективність у зниженні інтенсивності суїцидальної ідеації серед молоді, ветеранів бойових дій та осіб із значним психоемоційним перенапруженням, що вказує також на її універсальність. Клінічне дослідження проведене Й. Міхалком та колегами, показує, що систематична практика майндфулнесу сприяє зменшенню проявів депресивних станів, тривожності, руйнівних афектів, а також покращує здатність до самоконтролю [19; 71].

Одним із головних аспектів цих практик на який звертають увагу вчені – нейропсихологічний механізм їх дії. Так, практикуючі особи розвивають інтроцепцію – усвідомлення внутрішніх відчуттів тіла, серед яких, напруження м'язів, частота серцебиття та дихання. Відчуваючи ці внутрішні фізіологічні процеси, людина може впливати на них, активуючи певні зони мозку, які пов'язані із зниженням гіперзбудження, емоційної нестабільності та регуляції страху чи надмірних переживань. Дослідження ветеранів із посттравматичним стресовим розладом, показує, що практика дихальної

медитації з фокусуванням на внутрішніх відчуттях в тілі зменшує прояви симптоматики цього розладу, а також знижує генерацію супровідних суїцидальних думок. Ефект від цих практик в дослідженні був найбільш помітним у тих учасників, які проявили найвищий рівень залученості [41].

Практикуючи усвідомленість, особистість змінює свої когнітивні патерни, зокрема зменшує рівень катастрофізації, румінації, автоматичні деструктивні думки, що часто є складовими суїцидальної ідеації. У науковій праці К. Фокс та співавторів, присвяченій аналізу взаємозв'язку між медитацією та когнітивно-емоційною гнучкістю, показано, що навіть короткотривала медитативна практика та гіпнотичний вплив здатні розширювати можливості людини до переосмислення ситуації, зміни способу опрацювання травматичного досвіду та активації пошуку можливих альтернативних рішень в кризовій ситуації. У контексті профілактики суїцидальних намірів це сприяє відходу в мисленні від жорстких, негнучких переконань про безвихідь, неспроможність змінити ситуацію чи абсолютну втрату контролю над нею [38].

Здатність активувати міжособистісні ресурси також вважається однією із переваг майндфулнес-медитативних практик. Дослідження зосереджуються не тільки на індивідуальному впливі практики, а й на тому, як вона впливає на здатність до відкритості, емпатичності та побудови здорових стосунків, що є важливим при профілактиці суїцидальної ізоляції. У праці Р. Ву та колег, продемонстровано, як практики «люблячої доброзичливості» підвищують рівень співчуття до себе та до інших людей, зменшують відчуття самотності, що вважається провідним чинником у формуванні суїцидальних нахилів [68].

Дослідження впливу та ефективності майндфулнес-підходів та їх технік проводилось також й в українському контексті в умовах масштабного стресу, спричиненого війною. Наприклад, О. Куліш, М. Качуріна та О. Педченко у ході роботи із впровадження майндфулнес-протоколу, на цивільному населенні, що перебувало в стані постійного дистресу, тривожності та емоційного виснаження, виявили наступне: всього після декількох тижнів

практики значно знизились показники соматизації, зменшилась потреба в медикаментозному коригуванні стану та відновився сон. Як вважають автори, ключову роль у дії методики відігравало відчуття відновлення суб'єктивного контролю над емоційною сферою та повернення довіри до тіла як до ресурсу [7].

Високий потенціал медитаційних практик у роботі з ветеранами, внутрішньо переміщеними особами, волонтерами, тощо продемонстровано в українських дослідженнях. Одне із них проводив М. Мазикін, який показав, що практика коротких медитацій дозволяє знизити частоту появлення негативних думок із суїцидальним змістом. Учасники, частина яких не мали спеціальної підготовки, що протягом певного періоду практикували медитації, відзначали, що їх сон покращився, зросла внутрішня впевненість і спокій, зменшилась кількість панічних епізодів та суїцидальних думок [47].

Так, як сучасний світ значною мірою переходить у цифрове середовище, то слід звернути увагу на інформаційно-технологічні методи, значення яких у сфері ментального здоров'я тільки зростає. Саме в цифровому світі з'являються можливості для раннього виявлення суїцидального ризику, створенню ефективних профілактичних програм та надання швидкої психологічної підтримки в онлайн-режимі. Високий рівень актуальності таких підходів пов'язаний із тим, що значна частина соціуму, особливо молодь, активно застосовує соціальні мережі, додатки, форуми, месенжери, які можуть з однієї сторони підвищувати ризики, а з іншої – надавати нові інструменти для запобігання суїцидальним нахилам.

Дуже перспективним є аналіз даних, отриманих завдяки пасивному моніторингу поведінкових змін, які здійснює користувач мобільного телефону: використання додатків, частота і тривалість дзвінків, режиму сну і фізичної активності, маршрути пересування, зміни в мовленні. За допомогою певних алгоритмів, можна виявляти відхилення від звичного способу життя, які можуть бути першими сигналами розвитку кризи. Проведені дослідження показують, що використовуючи таку форму моніторингу, можна виявляти

зміни в поведінкових проявах, що передують суїцидальному акту за кілька днів або й тижнів до його фактичного прояву, і застосовувати профілактичні методи чи надавати психологічну допомогу в залежності від складності випадку [55].

Окрім пасивного моніторингу, перспективним є застосування штучного інтелекту для аналізу текстових повідомлень у соціальних мережах. Застосування різних алгоритмів, зокрема Bidirectional Encoder Representations from Transformers (BERT) дає можливість розпізнавати ключові слова, стиль мовлення, емоційні маркери, частоту негативних висловлювань, що можуть свідчити про наявний внутрішній дистрес. Г. Мецлер та співавтори в своєму дослідженні описують, як така модель здатна диференціювати шкідливий і захисний контент. Авторка наголошує, що можливості таких систем не обмежуються тільки ідентифікацією ризику, а й дають змогу повноцінного втручання: маркуючи небезпечні повідомлення, перенаправляючи до ресурсів допомоги або кризових консультантів [30].

Ще одним напрямком, який сприяє профілактиці суїцидальних намірів у цифровому середовищі є робота із підлітками. Зважаючи на те, що підлітки є вкрай вразливою для суїцидальних ідей групою, вони доволі рідко звертаються по професійну психологічну допомогу. Водночас їх активність в онлайн-просторі є дуже високою, оскільки там вони мають можливість задовільнити потребу в приналежності, діляться своїм досвідом і переживаннями та формують свою ідентичність. Масштабний огляд ролі інтернет-контенту у формуванні суїцидальних схильностей серед підлітків, робить у своїй праці Ю. Асєєва, яка розглянула зокрема небезпечність впливу відео, музики, мемів та іншого тригерного матеріалу, який романтизує суїцид. Авторка дослідження наголошує на важливості розробки спеціальних алгоритмів фільтрування та протидії небезпечному контенту заради забезпечення безпечності молодіжного онлайн-середовища [1].

Цифрові інструменти для роботи з суїцидальністю, також демонструють значні результати й на інших категоріях осіб. Серед них волонтери,

внутрішньо переміщені особи, військові для яких спеціально розроблені онлайн-платформи, чат-боти, контакти екстреної допомоги, які спрямовані на їх підтримку. Дані наведені у дослідженні Л. Сака та Н. Малюка показують, що цифрові канали соціальних мереж і спеціалізовані сайти є головним джерелом підтримки для багатьох українців під час евакуації, тривоги, масових обстрілів та втрати зв'язку із близькими в умовах військових дій [12].

На окрему увагу серед всіх інноваційних підходів заслуговує профілактика суїцидальної поведінки підлітків, які є надзвичайно вразливою категорією для впливу цього феномену. Молоді люди перебувають на етапі формування ціннісних орієнтацій, соціальних зв'язків та ідентичності у поєднанні з нестачею досвіду саморегуляції, психоемоційною нестабільністю та високою роллю соціального схвалення, часто стають жертвами суїцидальних тенденцій. Це підтверджують дані дослідження проведеного О. Сердюком і В. Бурлаком, в якому вони визначили, що найуразливішою категорією для здійснення суїцидального акту є саме ті підлітки та студенти, які обмежені у спілкуванні із референтними особами, у них відсутнє стабільне соціальне середовище та активність у ньому. Також автори зазначають, що часто суїцидальні прояви є імпульсивними, тому основна робота психологів повинна бути направлена на загальне покращення психогігієни у молодіжному середовищі, а не тільки на осіб із клінічними симптомами [13].

С. Цвіренко та колеги у своєму дослідженні проаналізували психологічні характеристики студентів-медиків із позиції суїцидального ризику. За результатами, які вони отримали, було складено перелік показників, які можуть бути індикаторами суїцидальних нахилів. Серед них, автори наводять наступні: почуття безпорадності, високий рівень емоційного вигорання, знецінення себе, зниження мотивації до навчання та зростання соціальної тривожності. Ці дані дають підставу робити висновок, що значна частина студентів має латентний потенціал для розвитку суїцидальності, тому в академічних групах слід використовувати загальний профілактичний підхід до запобігання саморуйнації [18].

Окрім наведених психологічних характеристик, велике значення мають моральні переконання, які є профілактичним засобом в боротьбі із суїцидальністю. Це підтверджує дослідження проведені К. Мейсоном та колегами, де продемонстровано, що в умовах зовнішнього соціального тиску та нестабільної самооцінки, саме внутрішньо сформована система моральних рамок і заборон підлітка – наприклад, переконання у аморальності самогубства – виконує функцію захисного бар'єру. Ці результати є доказами перспективності інтеграції елементів морально-духовного виховання, відкритого обговорення цінностей та просвітницьких програм у межах профілактики суїцидальних нахилів [46].

В цьому ж контексті, К. Мейсон та співавтори підкреслюють ефективність залучення капеланів і духовних радників при роботі з молоддю у навчальних закладах. Їх присутність у школах та університетах, за словами авторів, створює атмосферу довіри, відкритості до запитання про сенс життя, екзистенційні дилеми, що часто виступають фоном для виникнення суїцидальних ідеацій. Важливим нюансом, який потрібно враховувати є те, що спеціалісти виступаючи не як носії релігійної доктрини, а як посередники між духовністю та психоемоційною підтримкою, створюють сприятливі умови профілактики суїцидальності, при цьому охоплюють набагато ширшу аудиторію, включаючи тих осіб, які не мають релігійної ідентичності, але шукають глибинний зміст [26].

Зниження рівня безпеки через війну, втрати, вимушене переселення викликає в молодих людей втрату опори, дестабілізацію життєвих умов, розірвані соціальні зв'язки, що часто стає причиною виникнення суїцидальних думок. Досліджуючи психологічні ресурси українців, Л. Сак та Н. Малюк визначили, що саме молоді особи, які не мають сформованої копінг-стратегії є більш схильними до саморуйнівної поведінки. Автори також додають, що в цьому контексті важливо впроваджувати програми ментального здоров'я у школи, університети та молодіжні центри. Ці програми повинні містити

навчання із навичок самодопомоги, усвідомлення тілесних реакцій на стрес, дихальні техніки, емоційну грамотність, тощо [12].

Сучасна парадигма профілактики суїцидальної поведінки вже виходить за межі класичної клінічної моделі, охоплюючи міждисциплінарні підходи, що враховують культурну та біопсихосоціальну складові особистості. Інтеграція інноваційних стратегій, зокрема майдфулнес, тілесно-орієнтованих практик, релігійно-духовної підтримки, штучного інтелекту, цифрових технологій та онлайн-комунікації відкривають нові можливості для раннього виявлення суїцидального ризику, зниження інтенсивності деструктивної ідеї та зміцненню внутрішніх ресурсів особистості. Значна увага акцентується на розробці адаптивного середовища, доступності інтервенцій та мобілізації соціальної підтримки. Підґрунтям тут служить значна ефективність цих підходів, їх емпірична доказовість та можливість інтеграції у життя сучасних людей, особливо молоді. Таким чином, можна вважати, що формування психоемоційної культури, стійкості до стресу та наявності сенсу життя, що реалізується через новітні технології, ресурси науки і взаємодію людей, має значний потенціал при профілактиці та запобіганні суїцидальності.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ ІЗ СУЇЦИДАЛЬНИМИ НАХИЛАМИ

2.1. Процедура та методика проведення емпіричного дослідження психологічних особливостей осіб із суїцидальними нахилами

Пошук та опитування респондентів для емпіричного дослідження психологічних особливостей осіб із суїцидальними нахилами проводився в онлайн-просторі. Всім учасникам було запропоновано пройти онлайн-опитування в Googl-Forms, яке передбачало анонімність та добровільність проходження. Це опитування було поширене через платформи та соціальні мережі, такі як Facebook, Telegram, Instagram тощо. Сама форма складалась із короткої анкети для визначення віку і статі досліджуваних, а також комплексу із п'яти методик для визначення схильності до суїциду та психологічних особливостей особистості. Таким чином була сформована вибірка із 91 респондента віком від 18 до 35 років, де соціальний статус не враховувався.

За допомогою попередньої анкети було встановлено, що досліджувані віком від 18 до 23 років складають 19,78 %, віком від 24 до 30 років – 46,15 %, а від 31 до 35 років – 34,07 %. Щодо статевого розподілу, то частка чоловіків, які прийняли участь у дослідженні складає 38,46 %, а жінок – 61,54 % відповідно.

Для отримання даних щодо схильності до суїцидальності було застосовано такі методи як анкетування та тестування. На початку онлайн-опитування було розміщено змістовну інструкцію, метою якої було ознайомлення з суттю цього дослідження та подано вказівку для проходження самого опитування. Окрім цього, кожне із опитувань чи тестів мали на початку коротку інструкцію для виконання конкретної методики. Це в сукупності

дозволило доступно та зрозуміло ввести досліджуваного в ситуацію виконання методик.

Для визначення схильності до суїцидальних намірів було використано наступні методики: методика «Шкала для оцінки суїцидального мислення» А. Бека, методика «Опитувальник оцінки здоров'я пацієнта» Р. Шпіцер, методика «Опитувальник депресивності» А. Бека. А для визначення особистісних рис: методика «Самооцінка психічних станів особистості» Г. Айзенка та методика «10-пунктовий опитувальник рис особистості (ТІП)» С. Гослінг.

Методика «Шкала для оцінки суїцидального мислення (SSI)» А. Бека та співавторів (Додаток А) є класичним і найбільш поширеним інструментом для діагностики інтенсивності суїцидальної ідеації. Ґрунтується дана методика на когнітивній теорії депресії, яка розглядає суїцидальні думки, як результат емоційної безпорадності, когнітивної безнадійності та песимізму. Шкала включає 21 пункт за допомогою яких можна оцінити наявність та глибину суїцидального мислення. Окрім цього, серед питань є такі, які розкривають наявність плану для здійснення акту суїциду, бажання померти, рівень контролю над імпульсами та інші когнітивно-емоційні аспекти особистості респондента. Ступінь вираженості певного симптомокомплексу можливий завдяки наявності градації відповідей від 0 до 2 у кожному пункті. Перевагами цієї методики є надійність, висока чутливість до виявлення суїцидальних тенденцій, можливість раннього діагностування та кількісної оцінки рівня ризику суїцидальності [10].

Методика «Опитувальник оцінки здоров'я пацієнта (PHQ-9)» розроблений Р. Шпіцером та співавторами (Додаток Б) є важливим інструментом для ефективно оцінки наявності та інтенсивності різних психічних симптомів, серед яких є тривожні, соматичні, депресивні та соматоформні. Із всіх наявних шкал методики PHQ, найбільш широко застосовується субшкала PHQ-9. Вона включає 9 пунктів які орієнтовані на діагностику депресії згідно критеріїв DSM. Респондент може самостійно

оцінити наскільки часто у нього виникали певні симптоми протягом двох останніх тижнів. Також він визначає ступінь інтенсивності прояву кожного симптому по шкалі від «зовсім не турбувало» до «майже щодня». За допомогою цієї методики можна також відслідковувати динаміку змін у стані досліджуваного протягом періоду лікування чи психотерапії. Серед інших переваг є простота та швидкість у застосуванні при значній інформативності, можливість для самотійного заповнення респондентом [17].

Іншою методикою для визначення депресивності є розроблений А. Беком у 1961 році «Опитувальник депресивності (DBI)» (Додаток В). Він є одним із найбільш поширених та найнадійніших інструментів для вимірювання рівня депресії у підлітків та дорослих. Передумовами для розробки цього опитувальника стали безліч клінічних спостережень та когнітивна теорія депресії. Шкала А. Бека містить 21 пункт, кожен із яких охоплює специфічний симптом депресії: песимізм, тривожність, занижене лібідо, почуття провини, розлади сну тощо. Оцінювання відбувається за допомогою чотирибальної шкали, яка показує ступінь вираженості кожного симптому, а в сукупності складається у загальний бал, який і визначає рівень депресивності. Застосовується дана методика у практичній психології, психіатрії та наукових дослідженнях, де показує високу діагностичну ефективність із виявлення схильності та прогнозування проявів суїцидальних намірів. Простота використання забезпечує глибоке розуміння суб'єктивного сприйняття симптомів пацієнтом [17].

Для визначення вираженості психічних станів використовувалась методика «Самооцінка психічних станів особистості» Г. Айзенка (Додаток Д). Вона складається з 40 тверджень, які розділені на чотири шкали по 10 пунктів у кожній, що виявляють рівень тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності особистості. Оцінка свого стану здійснюється самим респондентом, який відповідає на твердження за допомогою триточної шкали: «Ніколи» – 0 балів, «Рідко» – 1 бал, «Часто» – 2 бали. Підрахунок балів за кожною шкалою відбувається окремо та визначається рівень вираженості: низький, середній

або високий. Дозволяє оперативно оцінити загальний емоційний стан досліджуваного, виявити наявність напруги, ригідності чи нестійкості у поведінці [11].

Для визначення рис особистості застосовано методику «10-пунктовий опитувальник рис особистості (TIPI)» С. Гослінга та співавторів (Додаток Е). Це простий у використанні інструмент для експрес-оцінки «Великої п'ятірки» особистісних рис: екстраверсії, нейротизму, відкритості до нового досвіду, сумлінності та доброзичливості. Незважаючи на те, що містить тільки 10 тверджень, він продемонстрував достатній рівень надійності та валідності в багатьох дослідженнях. При його проходженні респондент оцінює наскільки певні твердження відповідають його характеру за допомогою семибальної шкали. «10-пунктовий опитувальник рис особистості» є зручним інструментом для швидкої оцінки особистісних рис респондентів, який не вимагає значних часових затрат від респондента, а також доволі простий в інтерпретації та опрацюванні результатів [44].

2.2. Результати емпіричного дослідження психологічних особливостей осіб із суїцидальними нахилами

Вибірка проведеного емпіричного дослідження спрямованого на виявлення психологічних особливостей осіб із суїцидальними нахилами була сформована особами юного та раннього дорослого віку, що мають різний ступінь прояву суїцидальних нахилів. Як вже зазначалось, загальна кількість респондентів склала 91 особу, серед яких 56 жінок (61,54 %) і 35 чоловіків (38,48 %) (Рис. 2.1). Віковий розподіл виглядає наступним чином: група від 18 до 23 років складається з 18 осіб (19,78 %), віком від 24 до 30 років – 42 особи (46,15 %), а віком від 31 до 35 років – 31 особа (34,07 %) (Рис. 2.2). Такий розподіл дозволив охопити респондентів, що перебувають на різних етапах становлення особистості та соціалізації, але належать до спільної вікової

категорії, в якій поява суїцидальних проявів поведінки має особливу соціально-психологічну значущість.

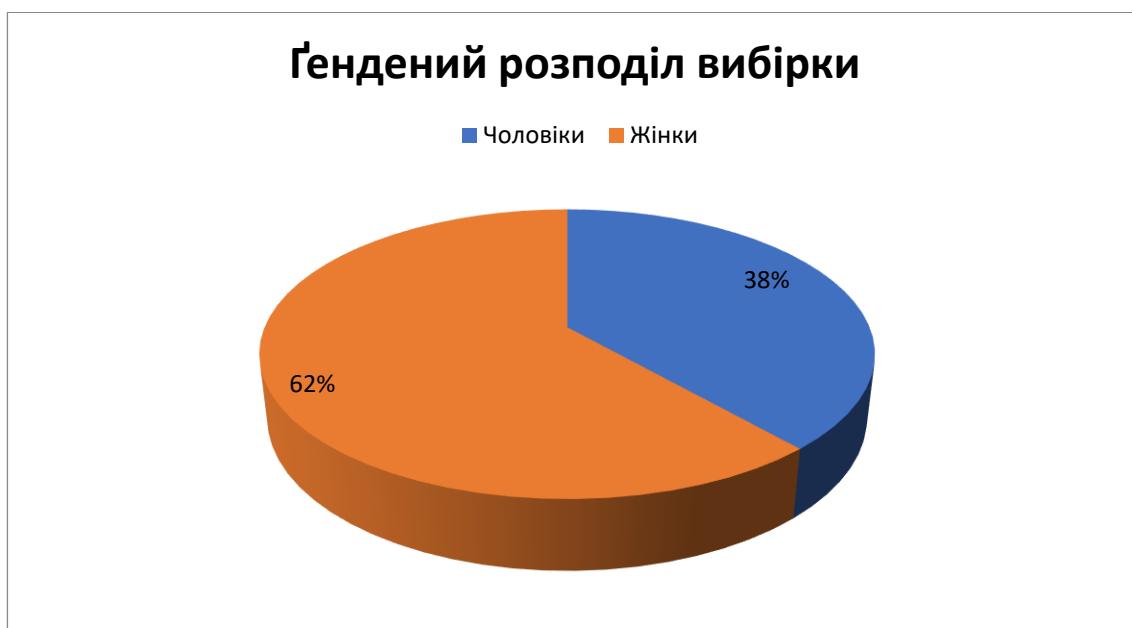


Рисунок 2.1. Гендерний розподіл вибірки досліджуваних.



Рисунок 2.2. Віковий розподіл вибірки досліджуваних.

Всі отримані дані було зібрано за допомогою онлайн-анкетування з використанням п'яти стандартизованих психодіагностичних інструментів.

Для кожної методики був проведений описово-статистичний аналіз, а саме: визначено середні значення (медіану), мінімальні та максимальні показники, частотні розподіли за рівнями вираженості певних ознак, а також виявлені тенденції, які мають вагоме значення для розуміння психологічного стану респондентів. Значна увага приділялась не тільки опису статистичних закономірностей у вузькому сенсі, а швидше якісному опису того, які риси, стани та переживання супроводжують підвищення показників за окремими шкалами.

Для кращого розуміння та інтерпретації результатів, враховувались не лише числові дані, але й контекстуальні, наприклад, вікові особливості, можливі соціальні фактори, загальна структура особистісних характеристик респондентів. Формулювання висновків також відбувалось крізь призму розуміння та врахування обмеженості дослідження, зокрема розміру вибіркової сукупності та способу збору даних.

Проведений аналіз результатів за методикою «Шкала для оцінки суїцидального мислення, SSI» А. Бека показав, що більшість респондентів мають низький рівень суїцидальних думок та намірів. Ті респонденти, які потрапили у категорію «низький рівень суїцидального мислення» (0 – 5 балів) склали 74,73 %, тобто 68 осіб, що свідчить про відсутність або мінімальні прояви суїцидальних намірів у більшості респондентів. Категорію «помірний рівень» (6 – 19 балів) склали 20,88 % опитуваних. Тобто у 19 осіб із вибіркової сукупності, можуть бути окремі епізодичні думки чи переживання, котрі пов'язані із суїцидом, але стабільна тенденція до їх реалізації відсутня. Також було зафіксовано «високий рівень ризику» (20 – 38 балів) у 4 респондентів (4,39 %), що вимагає особливої уваги з боку кваліфікованих фахівців у вигляді індивідуального психологічного супроводу (Табл. 2.1).

Медіана за цією шкалою складає 4,28 бали, при стандартному відхиленні 4,98 бали, що відповідає загальній тенденції до переважання низьких значень з окремими високими показниками. При цьому найнижчий результат, який був

зафіксований, склав 0 балів, а найвищий – 28 балів, що свідчить про наявність респондентів із суттєвою інтенсивністю суїцидальних ідей (Рис. 2.3).

Таблиця 2.1

Результати за методикою «Шкала для оцінки суїцидального мислення»

А. Бек

Рівень вираженості суїцидальних думок	К-сть осіб	Відсоток осіб
Низький (0 – 5 балів)	68	74,73
Помірний (6 – 19 балів)	19	20,88
Високий (20 – 38 балів)	4	4,39



Рисунок 2.3. Розподіл респондентів по кількості отриманих балів за методикою «Шкала для оцінки суїцидального мислення» А. Бека

Порівняння за статевою приналежністю показало, що серед жінок медіана склала 4,5 бали, що є трохи вищим ніж середній результат чоловіків –

3,85 бали, хоч ця різниця не носить вираженого характеру. Аналізуючи вікові групи, виявлено, що найвищий середній бал був у групі 24 – 30 років, що ймовірно, пов'язано з особистісними та соціально-економічними кризами, характерними для цього періоду життя. Друге місце посіла вікова група 31 – 35 років, а найменш виражені показники у наймолодшій віковій групі 18 – 23 років.

Отримані результати значною мірою відповідають загальним тенденціям, які виявляють схожі дослідження, де більшість молодих людей не мають високого ризику суїцидальної поведінки, але наявна помітна меншість, яка потребує психологічної підтримки і допомоги. Також наявність осіб із високими показниками, навіть у маленьких вибірках, свідчить про необхідність регулярної психодіагностики та проведення профілактичних заходів.

Аналіз даних за результатами проведеної методики «Опитувальник оцінки здоров'я пацієнта, PHQ-9» Р. Шпіцер, дозволив виявити рівень депресивних симптомів серед досліджуваних та їхній розподіл за клінічно значущими категоріями. Так, мінімальний рівень прояву депресії (0 – 4 бали) зафіксовано у 42 осіб, що складає 46,15 % від вибірки. Кількісно високий показник мінімального прояву депресії свідчить про те, що близько половини опитаних осіб не відчують виражених емоційних порушень, або ж їхні симптоми носять слабо виражений чи епізодичний характер. Легкий рівень прояву депресії (5 – 9 балів) спостерігався у 28 осіб – 30,77 % від вибірки. Здебільшого це супроводжувалось повідомленням про періодичні зниження настрою, підвищену втомлюваність та незначні труднощі із концентрацією уваги чи сном, але без вагомого впливу на повсякденну активність.

Помірний рівень прояву депресії (10 – 14 балів) виявлено у 12 респондентів, що складає 13,19 % від кількості вибірки. Відповіді представників цієї групи вказували на їхнє відчутне зниження життєвої активності, труднощів із виконанням робочих або навчальних обов'язків та збільшення кількості негативних думок. Із помірно-важким рівнем прояву

депресії (15 – 19 балів) виявлено 6 осіб – 6,59 %, а тяжка депресія (20 – 27 балів) – у 3 респондентів – 3,3 %. Ці досліджувані мали комплекс симптомів, який значною мірою може впливати на їхнє функціонування та якість життя. Середній бал за цією шкалою склав 6,72, при стандартному відхиленні 4,79 бали. Це відповідає загальній тенденції до легких проявів депресивності у вибірці. Мінімальне значення – 0 балів, а максимальне – 24 бали (Табл. 2.2, Рис. 2.4)

Таблиця 2.2

Результати за методикою «Опитувальник оцінки здоров'я пацієнта»

Р. Шпіцер

Вираженість депресії	К-сть осіб	Відсоток осіб від вибірки, %
Відсутня (0 – 4 бали)	42	46,15
Легка (5 – 9 балів)	28	30,77
Помірна тяжкість (10 – 14 балів)	12	13,19
Середня тяжкість (15 – 19 балів)	6	6,59
Тяжка (20 – 27 балів)	3	3,3

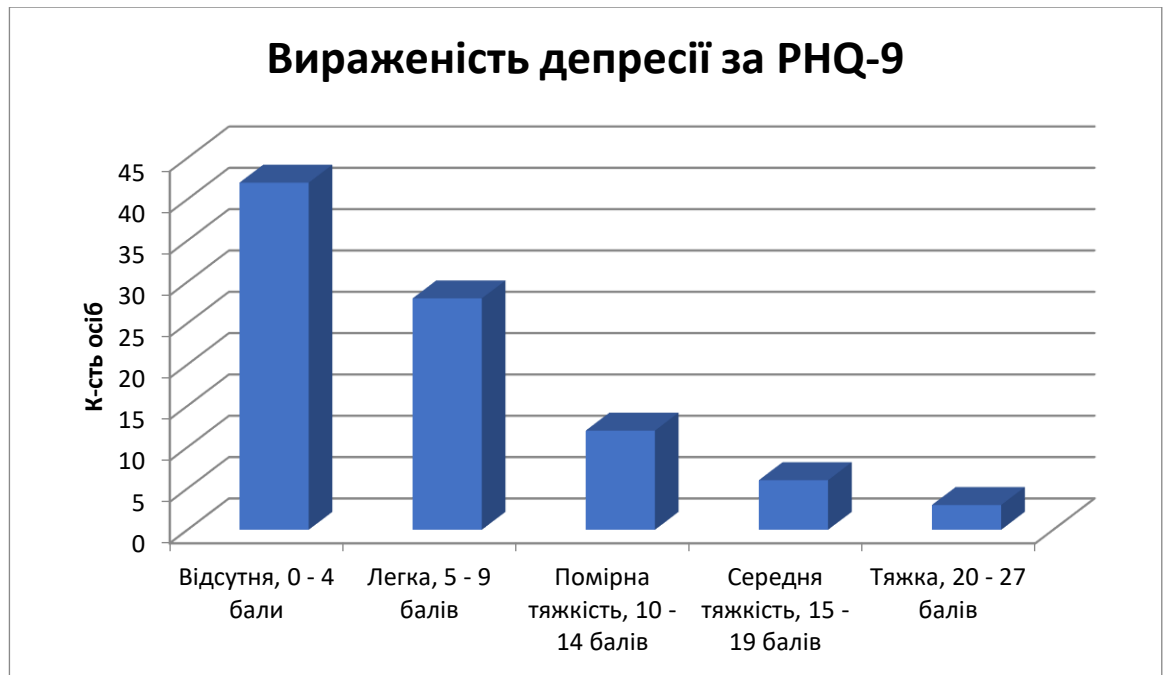


Рисунок 2.4. *Співвідношення кількості респондентів та ступеня вираженості депресії за результатами PHQ-9.*

Аналіз за статтю продемонстрував, що у жінок середнє значення дещо вище ніж у чоловіків – 7,10 та 5,90 балів відповідно. Це може бути пов'язано із тим, що жінки значно частіше повідомляють про симптоми депресії, що може бути пов'язане як з біологічними, так і соціально-психологічними факторами. Результати за віковим розподілом показали, що тенденція до вищих показників є в групі 24 – 30 років – медіана 7,40 балів, в той час, як у групі 18 – 23 років – 5,80 балів, а у 31 – 35 років – 6,30 балів. Причинами такого розподілу може бути збільшення навантаження, які пов'язані із роботою, сімейними обов'язками та невизначеності життєвих перспектив.

Також слід зазначити, що хоча більшість учасників мали мінімальні або легкі прояви депресії, сукупно 23,09 % респондентів потрапили у категорію від помірного і вище рівня прояву депресивності. Така частка є доволі суттєвою, адже саме ці рівні найчастіше асоціюються з підвищеним ризиком суїцидальних думок та поведінки, особливо при впливі супутніх чи додаткових стресових факторів. Якщо зіставляти результати по цій шкалі із результатами по методиці SSI, то можна побачити, що серед респондентів із

високими показниками депресії значно частіше фіксуються й підвищені значення формування суїцидальних ідей. Отриманий результат, черговий раз підтверджує відому у науковій літературі закономірність: наявність депресивних симптомів є однією із головних детермінант формування суїцидальних намірів.

Дані за методикою «Опитувальник оцінки здоров'я пацієнта» дозволяють зробити висновок, що хоча емоційний стан більшості опитаних не викликає серйозних побоювань, все ж у вибірці є значна кількість осіб, чия депресивна симптоматика є клінічно значущою. Важливо враховувати таку інформацію, також зважаючи на те, що розмір вибірки є доволі невеликим, особливо при плануванні профілактичних і корекційних заходів в межах роботи освітніх, медичних та психологічних служб.

Детальніша картина психоемоційного стану респондентів була отримана за допомогою аналізу результатів методики «Опитувальник депресивності, DBI» А. Бека, зокрема завдяки наявним показникам когнітивних, емоційних та соматичних симптомів депресії. Середній сумарний бал по вибірці за методикою склав 8,95 при стандартному відхиленні 6,68 балів, що загалом відповідає низькому рівню депресивності у вибірковій сукупності, але з помітною варіабельністю результатів. Мінімальне виявлене значення становило 0 балів, а максимальне – 27 балів (Рис. 2.5).



Рисунок 2.5. Розподіл респондентів по кількості отриманих балів за методикою «Опитувальник депресивності» А. Бека

Загальний розподіл респондентів за рівнями депресивності охопив тільки чотири із п'яти можливих ступенів вираженості депресії. Так, першим рівнем є відсутність або мінімальний прояв депресії (0 – 9 балів), куди увійшли 55 осіб (60,44 %). Для цієї групи характерною є відсутність виражених негативних емоційних станів на постійній основі, хоч не виключено, що вони час від часу поодинокі проявляються, але при цьому не впливають на загальне функціонування. У 21 особи (23,08 %) була виявлена легка депресія, що характеризується деякою втратою енергійності та інтересу до діяльності, зниженим рівнем настрою, хоч здатність виконувати основні обов'язки зберігається. Помірну депресію (16 – 19 балів) виявлено у 9 осіб (9,89 %). Серед респондентів, які належать до цього ступеня вираженості є поширені більш стійкі та інтенсивні симптоми депресії, які можуть впливати на продуктивність та соціальну взаємодію. І остання група досліджуваних із вираженою депресією (20 – 29 балів) складає 6 осіб (6,59 %). Для них значних труднощів у виконанні повсякденних справ завдають негативне світосприйняття та чітко окреслені ознаки емоційного виснаження (Табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Загальний результат за методикою «Опитувальник депресивності»**А. Бека**

Ступінь вираженості депресії	К-сть балів	К-сть осіб	Відсоток осіб від вибірки, %
Відсутність	0 – 9	55	60,44
Легка депресія	10 – 15	21	23,08
Помірна депресія	16 – 19	9	9,89
Виражена депресія	20 – 29	6	6,59
Важка депресія	30 – 63	0	0

Аналіз за статевою приналежністю показав, що серед жінок середній бал становив 9,40, а серед чоловіків тільки 8,27. Ця тенденція не є значною, а просто логічно відображає загальну тенденцію по всіх попередніх результатах методик, а також по інших, схожих дослідженнях загалом. Можливо така різниця спричинена тим, що жінки частіше демонструють більш виражені емоційні реакції на стресові фактори.

За віковими групами, найбільшу медіану показника депресивності продемонструвала група 24 – 30 років, де вона склала 9,80 балів. Нижчі показники, 8,70 балів, мала група 31 – 35 років, а найнижчі, всього 7,90 балів – група 18 – 23 років. Це ймовірно за все спричинено саме піковими навантаженнями через сімейні, фінансові та професійні виклики, які притаманні для раннього дорослого віку.

Змістовний аналіз окремих пунктів опитувальника показав, що найвищі бали респонденти отримували за твердження, пов'язані з проблемами із сном, відчуттям втоми та зниженням задоволеності від процесу діяльності. Серед

найменш популярних пунктів були ті, що стосуються самозвинувачення та ідеї провини, хоча серед респондентів із високим загальним балом саме ці елементи були найпомітніші.

При порівнянні результатів цієї методики із результатами PHQ-9, можна побачити значну подібність у розподілах: респонденти груп із помірними та високими показниками за DBI часто демонстрували такі ж, відповідні їм рівні за PHQ-9. Це можна вважати прямим свідченням узгодженості результатів за обома методиками для діагностування депресивної симптоматики, що дозволяє припускати, що вони мають взаємну валідність у даній вибірці.

Окрім зазначеного вище, було виявлено ще одну закономірність: ті респонденти з високими балами за DBI набагато частіше потрапляли в категорії з підвищеним або високим рівнем суїцидальної ідеї за шкалою SSI. Це ще раз підкреслює тісний зв'язок між депресивністю та суїцидальністю.

В підсумку, результати за проведеною методикою «Опитувальник депресивності» А. Бека підтверджують, що більшість учасників дослідження не мають клінічно значущої депресії, однак варто зауважити, що приблизно кожен шостий респондент демонструє симптоматику, яка потребує уваги відповідного кваліфікованого спеціаліста. Разом із попередніми діагностичними результатними, ці дані дають можливість оцінити емоційний стан та виділити групи підвищеного ризику, що є вкрай важливим для завчасної профілактики та психологічної допомоги.

Отримані результати за методикою «Самооцінка психічних станів особистості» Г. Айзенка дозволили детально вивчити емоційно-вольову сферу досліджуваних, оскільки методика охоплює чотири вагомих показники: ригідність, агресивність, тривожність та фрустрацію. Кожен із цих компонентів відповідає за певний аспект емоційного реагування та вибору поведінкових стратегій, тому їхній сукупний аналіз допомагає зрозуміти, у яких психологічних умовах формуються суїцидальні нахили.

Перший компонент – ригідність – показує наскільки особистість є стійкою до змін і чи наявні у неї труднощі в пристосуванні до нових обставин. У цій вибірці середнє значення ригідності склало 11,8 балів при стандартному відхиленні 4,2 бали. Мінімальне значення – 4 бали, максимальне – 20 балів. Більшість, тобто 54,95 % респондентів, знаходились у межах 8 – 14 балів, що являється середнім рівнем та свідчить про певну стабільність поведінки з непоганими адаптивними можливостями, але з можливими труднощами у ситуації дуже різких змін. Високий рівень ригідності виявлено у 19,78 % респондентів, що може вказувати на тенденцію до фіксації певних жорстких моделей мислення і поведінки, а також ускладнення в прийнятті нових рішень, що тільки підвищує вразливість у стресових ситуаціях (Табл. 2.4, Рис. 2.6).

Таблиця 2.4

Рівень вираженості ригідності за результатами методики «Самооцінка психічних станів особистості» Г. Айзенка

Рівень вираженості ригідності	К-сть балів	К-сть осіб	Відсоток осіб, %
Низький, відсутня	0 – 7	23	25,27
Середній	8 – 14	50	54,95
Високий, виражена	15 – 20	18	19,78

Другий компонент – агресивність, середнє значення якої склало 9,6 балів, при відхиленні 3,9 бали. Мінімальний набраний бал – 2, а максимальний – 18. Важливо, що 56,04 % досліджуваних потрапили саме в категорію із низькою агресивністю, що вказує на вміння контролювати свої емоційні реакції. Частка тих респондентів, які потрапили в категорію з високим рівнем агресивності склала 15,38 %. Імовірно, їх можна охарактеризувати, як більш

імпульсивних, менш стриманих, що підвищує їхню конфліктність в різних складних ситуаціях та можливість афективного спалаху (Табл. 2.5, Рис. 2.6).

Третій – тривожність, яка серед респондентів виявилась найбільш вираженим психічним станом. Середнє значення склало 13,4 балів, відхилення 4,7 бали. Важливо зазначати, що 28,57 % респондентів мали показники, які перевищили межу високого рівня тривожності – більше 15 балів. У опитувальнику, саме ці учасники найчастіше вказували про підвищене внутрішнє занепокоєння, напруження та схильність до переживань, навіть за відсутності видимих зовнішніх загроз. І тільки у 17,58 % опитаних виявлено низький рівень тривожності, що може свідчити про їхню емоційну стійкість та вміння спокійно реагувати на стрес (Табл. 2.6, Рис. 2.6).

Таблиця 2.5

Рівень вираженості агресивності за результатами методики «Самооцінка психічних станів особистості» Г. Айзенка

Рівень вираженості агресивності	К-сть балів	К-сть осіб	Відсоток осіб, %
Низький, спокійний	0 – 7	51	56,04
Середній	8 – 14	26	28,58
Високий, агресивний	15 – 20	14	15,38

Таблиця 2.6

Рівень вираженості фрустрації за результатами методики «Самооцінка психічних станів особистості» Г. Айзенка

Рівень вираженості фрустрації	К-сть балів	К-сть осіб	Відсоток осіб, %
Низький	0 – 7	16	17,58

Середній	8 – 14	49	53,85
Високий	15 – 20	26	28,57

І останнє – фрустрація, яка показує наскільки респонденти відчують незадоволеність своїх потреб у різних сферах життя мала середнє значення 10,2 балів, при відхиленні 4,1 бали. 58,24 % досліджуваних знаходились у зоні середніх показників (8 – 14 балів). Низька та висока фрустрація спостерігалась у рівної кількості респондентів, по 20,88 % у кожній групі. Представники групи з високим показником відзначились схильністю до почуття безсилля перед труднощами та сприйняттям ситуацій як таких, що перевершують їхні фізичні, психічні і моральні можливості (Табл. 2.7, Рис. 2.6).

Таблиця 2.7

Рівень вираженості тривожності за результатами методики «Самооцінка психічних станів особистості» Г. Айзенка

Рівень вираженості тривожності	К-сть балів	К-сть осіб	Відсоток осіб, %
Низька, відсутня	0 – 7	19	20,88
Середня	8 – 14	53	58,24
Висока	15 – 20	19	20,88

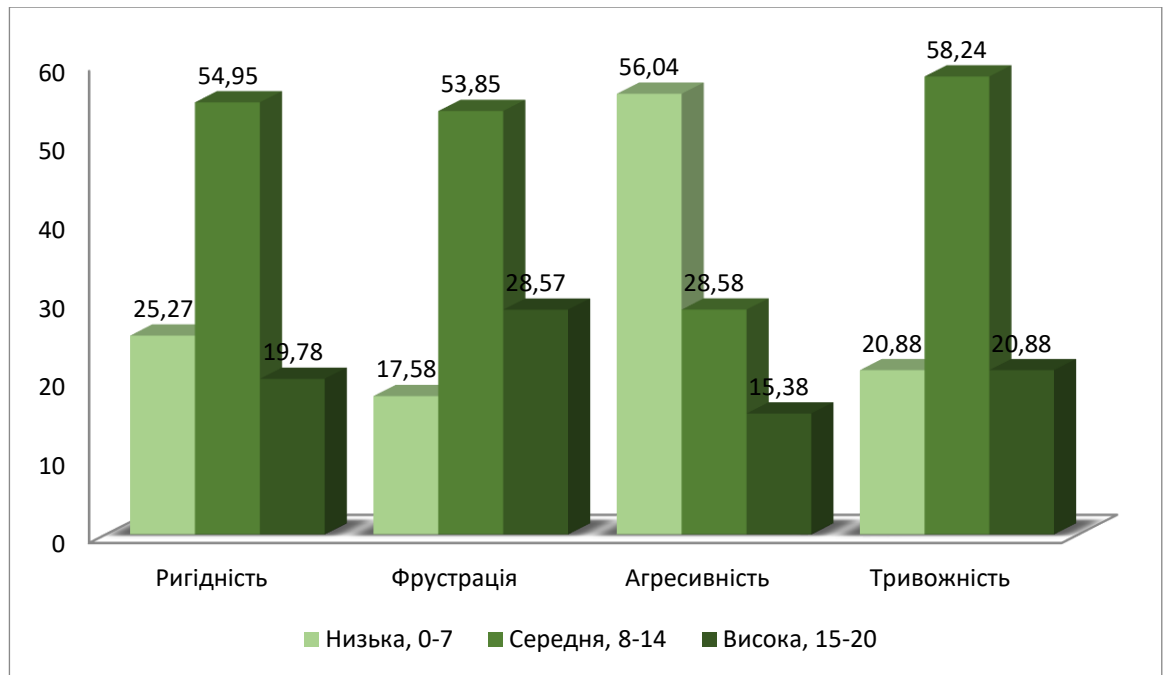


Рисунок 2.6. Загальний кількісний розподіл респондентів за результатами методики «Самооцінка психічних станів особистості» Г. Айзенка

Гендерний аналіз результатів виявив, що для жінок притаманні дещо вищі середні показники тривожності ($M = 13,9$ балів) і фрустрації ($M = 10,7$ балів), в той час як для чоловіків – агресивність ($M = 10,3$ балів) та ригідності ($M = 12,1$ балів). Хоч ці відмінності не завжди були різко виражені, але все ж вони вказують на певні статеві особливості емоційного реагування.

Вікові групи показали, що показник ригідності та фрустрації має тенденцію до зростання з віком. Так, група 31 – 35 років демонструвала найвищі середні значення ригідності – 12,7 балів та фрустрації – 11,0 балів. Показник тривожності був найвищим у віковій групі 24 – 30 років – 14,0 балів. Агресивність не була виражена в певній віковій групі, тільки у наймолодшій групі, 18 – 23 роки, спостерігалась трохи більша варіативність.

При зіставленні отриманих результатів із методикою SSI, виявилось, що респонденти із високими показниками тривожності та фрустрації, значно частіше виявляли підвищені значення за шкалою суїцидального мислення. Окрім цього, ті ж респонденти мали помірно-важкі та важкі прояви депресії за PHQ-9. Тому, фрустрацію та тривожність слід розглядати як потенційні

чинники ризику розвитку суїцидальності, особливо у випадках супутньої депресивності.

Таким чином, отримані результати підтверджують, що навіть за відсутності у більшості частини опитуваних критичних значень за окремими шкалами, підвищення рівнів тривожності та фрустрації у значної частини вибірки, може слугувати важливим сигналом для профілактичної та психокорекційної роботи. Не меншої уваги заслуговують й високі показники ригідності та агресивності, які при можливому поєднанні з іншими несприятливими факторами можуть ускладнювати процес психологічної допомоги, оскільки вони впливають на зниження гнучкості та адаптивності мислення, підвищують конфліктність у міжособистісній взаємодії.

Методика «10-пунктовий опитувальник рис особистості, ТІРІ» С. Гослінга дала змогу оцінити базові особистісні риси опитуваних, зокрема екстраверсію/інтроверсію, доброзичливість, сумлінність, нейротизм/емоційну стабільність та відкритість новому досвіду. Особлива увага у цьому дослідженні приділялась нейротизму, оскільки він дуже тісно пов'язаний із підвищеною імпульсивністю, вразливістю до стресу і ймовірністю виникнення та формування суїцидальних ідей.

Середній показник нейротизму у вибірці – 4,7 бали, що відповідає середньо-високому рівню. Близько третини респондентів отримали оцінку 6 або 7 балів, що свідчить про значну схильність до емоційної нестабільності, різких перепадів настрою, підвищеної тривожності та чутливості до негативних подій. Низький показник (1 – 3 бали), отримали 25,27 % респондентів, які характеризуються більшою врівноваженістю та стійкістю до дії стресових факторів. Та найбільший відсоток – 42,86 %, склали ті, хто отримав 4 – 5 балів. Цих осіб можна охарактеризувати, як таких, що мають помірну вразливість до емоційних труднощів (Табл. 2.8).

Таблиця 2.8

Рівень вираженості нейротизму за результатами методики «10-пунктовий опитувальник рис особистості» С. Гослінг

Рівень вираженості нейротизму	Бали	К-сть осіб	Відсоток осіб, %
Низький	1 – 3	23	25,27
Середній	4 – 5	39	42,86
Високий	6 – 7	29	31,87

Також детальний аналіз показав, що високі значення нейротизму часто поєднувались із підвищеною фрустрацією та тривожністю за методикою Г. Айзенка, а також із помірним або високим рівнем депресивності за DBI та PHQ-9. Це дозволяє припускати, що емоційна нестабільність може слугувати фоновим фактором, який посилює вплив стресу і підвищує розвиток суїцидальності (Рис. 2.7).

Показник екстраверсії мав середнє значення 4,2 бали. Найвищі показники (6 – 7 балів) мали 26,37 % досліджуваних, найнижчі (1 – 3) – 21,98 %, які є практично чистими інтровертами. Все ж більшість опитуваних займали середній діапазон (4 – 5 балів), що свідчить про наявність у них збалансованості соціальної активності. Також зафіксовано помітний негативний зв'язок між екстраверсією і рівнем суїцидальної ідеації: більш соціально активні особи частіше мали низькі бали за методикою «Шкала для оцінки суїцидального мислення» А. Бека, на відміну від тих, хто мав низьку соціальну активність (Табл. 2.9).

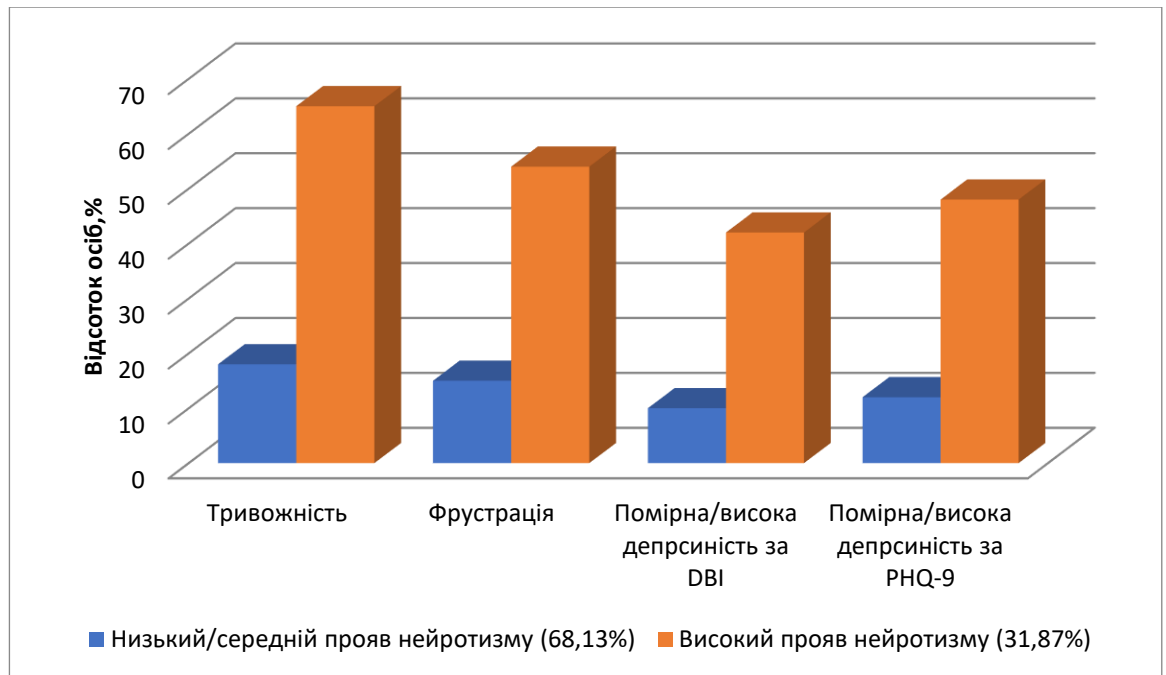


Рисунок 2.7. Співвідношення рівня нейротизму за ТІРІ із фрустрацією, тривожністю за Г. Айзенком і рівнем депресивності за DBI та PHQ-9.

Доброзичливість, середнє значення якої склало 5,1 балів, виявилась доволі вираженою рисою: понад половина респондентів набрала 5 і більше балів. Високі показники доброзичливості співвідносяться з нижчим рівнем агресивності та вищою стресостійкістю, хоча прямого зв'язку з показниками депресивності чи суїцидальної ідеації не було встановлено (Табл. 2.9).

Середній показник сумлінності також був доволі високим – 5,0 балів. Особи, котрі мали високі показники за цією шкалою частіше мали також низькі або середні показники за DBI та PHQ-9, що підтверджує важливість організованості та цілеспрямованості, як захисних факторів для запобігання появи емоційних розладів (Табл. 2.9).

Достатньо поширеною виявилась і відкритість до нового досвіду, середнє значення якої склало 4,9 бали. Особливість цієї риси полягає у тому, що вона пов'язана з готовністю приймати зміни, цікавитись новою інформацією та більш гнучко й адаптивно мислити. Особи з високою відкритістю частіше демонстрували нижчий рівень ригідності та вищі показники пристосування до складних життєвих ситуацій (Табл. 2.9).

Таблиця 2.9

Рівень вираженості рис особистості (окрім нейротизму) за результатами методики «10-пунктовий опитувальник рис особистості» С. Гослінг

Риса особистості	Рівень вираженості	Бали	К-сть осіб	Відсоток осіб, %
Екстраверсія	Низький	1 – 3	20	21,98
	Середній	4 – 5	47	51,65
	Високий	6 – 7	24	26,37
Доброзичливість	Низький	1 – 3	11	12,08
	Середній	4 – 5	50	54,95
	Високий	6 – 7	30	32,97
Сумлінність	Низький	1 – 3	11	12,09
	Середній	4 – 5	51	56,04
	Високий	6 – 7	29	31,87
Відкритість новому досвіду	Низький	1 – 3	23	25,28
	Середній	4 – 5	43	47,25
	Високий	6 – 7	25	27,47

Аналіз за статтю показав, що для жінок були більш характерні вищі показники нейротизму ($M = 4,9$ бали) та доброзичливості ($M = 5,3$ балів), тоді як чоловіки мали вищий рівень екстравертованості ($M = 4,4$ бали) та сумлінності ($M = 4,4$ бали). Віковий зріз показав, що у групі 18 – 23 роки рівень

нейротизму був найвищим, а показник сумлінності та відкритості до нового досвіду частіше зростали з віком.

Таблиця 2.10

Результати кореляційного аналізу по всіх застосованих методиках

[illegible]

Сумі нність	Відкри тість
-0,39*	-0,21
-0,35*	-0,17
-0,33*	-0,18
-0,29*	-0,12
-0,25	-0,09
-0,21	-0,05
-0,19	-0,06
-0,31*	-0,14
0,41*	0,28
0,47**	0,34*
1	0,29
	1

Проведений кореляційний аналіз (Табл. 2.10) засвідчив про існування взаємозв'язків між основними психодіагностичними показниками, які проявились через:

- високу позитивну кореляцію суїцидальних нахилів за SSI з підвищеним рівнем депресивності за PHQ-9 та DBI і тривожністю, що свідчить про тісний зв'язок схильності до аутоагресивних думок до низької емоційної регуляції. Виявлено також і те, що у осіб із високими показниками суїцидального ризику, часто прослідковувався підвищений рівень нейротизму.

- помірні позитивні кореляції між ригідністю, агресивністю, фрустрацією та суїцидальністю, що демонструє вплив цих характеристик особистості, як додаткових чинників ризику, хоч і менш значимих, як афективні.

- негативну кореляцію між суїцидальністю та екстравертованістю, доброзичливістю та сумлінністю, які виступають запобігаючими факторами.

Головним спостереженням стало те, що поєднання високо рівня нейротизму з підвищеною тривожністю, фрустрацією та помірними або високими показниками депресії створює дуже сприятливу основу для запуску суїцидальної ідеації. І навпаки, високий рівень сумлінності, доброзичливості та екстравертованості можуть частково компенсувати цей ризик, оскільки виконують роль психологічного ресурсу, який сприяє боротьбі з стресом та емоційними кризами.

Підводячи загальний підсумок, можна стверджувати, що аналіз результатів за проведеними методиками дозволяє сформулювати цілісне

уявлення про психологічний стан респондентів та окреслити, які саме детермінанти можуть впливати на появу та розвиток суїцидальних тенденцій. Хоча більшість досліджуваних демонструють адаптивні показники за окремими шкалами, все ж у вибірці простежується певна група ризику, характерними ознаками якої є поєднання емоційної нестабільності, депресивних симптомів та зниженої здатності до конструктивного подолання труднощів.

Аналіз результатів SSI виявив, що переважна більшість опитуваних має низький рівень суїцидальних ідей, тільки 4,39 % демонструють високі значення, що вимагає уваги з боку спеціалістів. Велика частка – 20,88 % респондентів, отримали помірні показники, що сигналізують про наявність певного емоційного напруження або кризових думок, які періодично загострюються за певних стресових умов.

Аналіз даних за PHQ-9 та DBI довів, що наявність мінімальних або легких проявів депресії спостерігається у більшій половині опитаних, однак майже кожен четвертий має клінічно значущі симптоми – від помірних до важких. І власне у цій групі частіше за все зустрічаються високі показники за SSI, як прямий зв'язок депресивності та суїцидальності.

За результатами методики Г. Айзенка виявлено, що найвиразнішими емоційними станами у вибірці є тривожність і фрустрація. Високі значення саме цих показників часто поєднуються з наявними депресивними симптомами та підвищеним нейротизмом, утворюючи комбінацію, яка значно підвищує психологічну вразливість. Тоді, як ригідність та агресивність у більшості респондентів перебувають на середньому рівні, все ж є ті, хто за цими рисами має високі показники, які значною мірою ускладнюють адаптацію і конструктивну взаємодію в кризових ситуаціях.

За допомогою методики TIPI було встановлено, що нейротизм є важливим предиктором емоційної нестабільності та підвищеної реактивності на стрес. Респонденти з високими показниками нейротизму мали вищі прояви тривожності та депресії, а також підвищені бали за шкалою суїцидальних ідей.

Наявність таких рис, як сумлінність, доброзичливість та екстраверсія, навпаки, служать захисними факторами, які зменшують схильність до суїцидальних тенденцій.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДЛЯ ДОПОМОГИ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПРИ СУЇЦИДАЛЬНИХ НАХИЛАХ

3.1. Практичні рекомендації для допомоги особам із суїцидальними нахилами з урахуванням їх психічних особливостей

Рекомендації для психологів і кризових консультантів, що працюють із суїцидальними особами повинні ґрунтуватись на комплексному, доказовому та індивідуальному підході, що враховує, як клінічні, так і соціально-психологічні детермінанти. Першим кроком є ретельний та систематичний скринінг ризику з використанням стандартизованих методів – шкала Бека, PHQ-9, тощо, що уможлиблюють завчасне виявлення ступеня безнадійності, депресивності, тривожності та інтенсивності утворення суїцидальних думок, а також наявність попередніх спроб [45].

При діагностиці особливу увагу слід приділяти поєднанню декількох факторів високого ризику: наявність доступу до засобів реалізації, сильний психічний біль у поєднанні з низькою емоційною саморегуляцією, гостре відчуття ізоляції та високий рівень імпульсивності [75]. Важливо враховувати не лише наявність суїцидальних думок, а й поведінкову готовність до дії, яка проявляється через попередні спроби, або самопошкодження, або у вигляді репетиції суїцидального акту [17].

Окрім використання скринінгових методів, кризові фахівці повинні орієнтуватися на персональне оцінювання ризику з урахуванням унікального контексту клієнта, його соціального оточення, культурних особливостей та особистісних характеристик. Важливо розуміти, які з потенційних обставин і тригерів можуть спричиняти загострення стану, а також оцінювати наявність ресурсів на які може опиратись клієнт [9].

Серед доказових психотерапевтичних методів, найбільшу ефективність із суїцидальними особами показали діалектико-поведінкова терапія (DBT) за умови, що клієнт має високу емоційну дисрегуляцію, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) для запобігання суїциду (CBT-SP), методи управління колаборативною оцінкою (CAMS), підходи спрямовані на підвищення усвідомленості (ACT, MBCT) [75].

Диференційований підхід до роботи із суїцидальними клієнтами сприяє виявленню певних психологічних і соціальних чинників ризику, а також враховує їх природу та інтенсивність дії на особистість. У тих випадках, коли основним предиктором виступає високий рівень депресії та виражений психічний біль, першочерговим завданням стає зменшення емоційного страждання та стабілізація афективного стану. Цього ефекту можна досягнути, використовуючи методи КПТ, які будуть спрямовані на зміну деструктивних переконань, формування альтернативних сценаріїв майбутнього та підвищення відчуття контролю над життям [75]. Також, як додатковий спосіб рекомендується використовувати прийоми усвідомленості або релаксаційні техніки, що сприяють зниженню рівня напруги та тривожності [45].

При взаємодії із клієнтами, що характеризуються високим рівнем імпульсивності та низькою емоційною саморегуляцією, ключовим завданням психолога є навчання їх навичкам відтермінування реакції та формування ефективної стратегії поведінки у критичних ситуаціях. В таких випадках, високу ефективність демонструє діалектико-поведінкова терапія, що сприяє формуванню толерантності до дистресу, розвитку усвідомленого мислення та зменшення частоти імпульсивних дій [75].

У випадку, якщо домінуючим фактором виступає соціальна ізоляція та відчуття емоційної покинутості, першочерговим завданням є створення умов для відновлення соціальних зв'язків і залучення клієнта до підтримувальних спільнот. При цьому що офлайн, що онлайн-групи показують дуже близькі результати зі зменшення інтенсивності суїцидальної ідеації за рахунок формування почуття приналежності та взаєморозуміння [16].

При роботі з клієнтами, які мають ряд екзистенційних проблем, таких як втрата сенсу чи порожнеча, доцільно застосовувати логотерапевтичні методи, що фокусуються на пошуку індивідуально значущих цінностей та цілей. Допомога клієнту ідентифікувати особисті ресурси, сформувані довгострокові плани та визначитись із сферою реалізації потенціалу, сприяє наповненню його життя змістовністю та сенсом [17]. Доповненням до цього методу, може бути участь у волонтерських та соціально-орієнтованих проєктах, що сприяє підвищенню самооцінки та зниженню почуття безпорадності [48].

Зважаючи на результати цього та інших досліджень, робота із суїцидальними особами вимагає врахування вікових і гендерних особливостей. Така важливість врахування цих факторів спричинена відмінністю інтенсивності психічного болю, способів подолання кризових станів і самої структури ризик-факторів, які власне й спричиняють суїцидальні нахили [17].

Молодь віком від 18 до 25 років потрапляє у групу ризику через активний процес формування ідентичності, визначення життєвих планів, тиску щодо професійного та особистісного самовизначення. Частими чинниками, які можуть слугувати зародженню суїцидальних ідей в цій групі є перфекціонізм, страх невдачі, залежність від думки однолітків і висока емоційна реактивність [9]. Психологам рекомендується застосовувати методи КПТ, які спрямовані на корекцію деструктивних переконань, а також тренінги розвитку стресостійкості та критичного мислення. Дуже ефективним підходом є інтеграція цифрових ресурсів самодопомоги у вигляді мобільних додатків для моніторингу настрою, онлайн-щоденників та платформ анонімної комунікації з кваліфікованими фахівцями [75].

У старшій групі (від 26 до 35 років) частіше прослідковуються кризи, які пов'язані з роботою, сімейними стосунками, професійними вигоранням та фінансовими труднощами. Для цієї категорії ефективними є інтервенції, спрямовані на відновлення емоційного балансу, подолання хронічного стресу

та формування ресурсів підтримки. Рекомендується використовувати підходи, які інтегрують в себе індивідуальне консультування, групову терапію та коучинг [45].

Чоловіки становлять окрему групу ризику, оскільки часто приховують свої емоційні проблеми та уникають звернення по кваліфіковану допомогу через гендерні стереотипи та стигматизацію. Під час роботи з ними слід використовувати інструменти, що сприяють саморозкриттю, зокрема через неформальні формати зустрічей, ненасильницьку комунікацію та активне слухання. Часто застосовуються і демонструють високу ефективність програми, які спрямовані на розвиток емоційної грамотності та формування каналів безпечного вираження емоцій [21].

Жінки, навпаки потребують уваги до їх більшої емоційної вразливості, почуття провини та залежності від міжособистісних зв'язків [17]. Серед центральних тем, які розглядаються при роботі з ними, є зміцнення самооцінки, підтримка у балансуванні соціальних і сімейних ролей, розвиток навичок конструктивного вирішення конфліктів. Дуже високу ефективність показують групи взаємопідтримки, які дозволяють вільно обмінюватись емоціями, переживаннями та досвідом [16].

В кожній із розглянутих вікових і статевих груп важливо враховувати контекстні чинники, а саме економічну ситуацію, доступність психологічних і медичних послуг, соціальну підтримку, рівень цифрової грамотності, тощо. Саме такий, комплексний підхід може бути дуже ефективним при ранньому втручанні для запобігання суїцидального акту [48].

Значну роль, особливо останнім часом, почали відігравати цифрові технології, які допомагають робити ранній скринінг, виявляти ризики, забезпечувати безперервною підтримкою та підвищувати доступність психологічної допомоги. Одним із ключових напрямків є застосування мобільних додатків для моніторингу психоемоційного стану, наприклад MoodTools, Daylio чи їм подібні аналоги, що дозволяють клієнту фіксувати тривожність, стрес, рівень настрою, а також отримувати автоматичні поради

щодо зниження психічної напруги. Інтеграція цих інструментів в план терапії, може дозволити психологу аналізувати динаміку станів клієнта та своєчасно реагувати на наявні в ній негативні тенденції [75].

Використання онлайн-консультування та чат-ботів є важливим елементом кризової підтримки за допомогою яких можна надати негайну допомогу при загостренні кризового стану, особливо у нічний час або коли клієнт не має можливості відвідати психолога, бо перебуває у віддаленому населеному пункті [48]. Навіть коротких, але своєчасних текстових чи голосових повідомлень буває достатньо, щоб зменшити рівень відчаю та відчуття ізоляції [45].

При роботі з молоддю, корисними інструментами можуть бути онлайн-спільноти орієнтовані на взаємопідтримку, модерація яких забезпечує створення безпечного простору для обміну емоціями та досвідом. Приналежність до такої групи може мати позитивний ефект у вигляді зменшення інтенсивності переживання відчуття самотності, сприяти пошуку нових соціальних зв'язків і розширювати мережу підтримки [9]. З іншої сторони, психологу слід подбати про навчання своїх клієнтів навичкам цифрової гігієни – розпізнавання шкідливого контенту, уникнення тригерних дискусій та обмеження свого часу перебування у «токсичних» онлайн-середовищах [17].

Виправданим є застосування онлайн-платформ психоедукації, де розміщені матеріали, відеолекції, інтерактивні курси та вправи з емоційної саморегуляції, розвитку подолання стресу, планування безпечних дій у кризових ситуаціях тощо. Їхнє застосування у вигляді доповнення до індивідуального чи групового терапевтування, тільки підсилить ефект від останнього, забезпечивши клієнтам постійний доступ до критично важливих інструментів самопомоги [16]. І завдяки впровадженню цифрових інтервенцій у поєднанні з традиційними методами кризового консультування, створюється можливість ефективної взаємодії і забезпечення клієнта

безперервною підтримкою – від моменту виявлення суїцидального ризику до посткризового супроводу [48].

Розглянуті чотири блоки рекомендацій формують цілісну, багаторівневу систему допомоги особам із суїцидальними нахилами, яка поєднує психосоціальні підходи, клінічні методи та сучасні цифрові інструменти. Перший блок окреслює ключові орієнтири під час діагностування, визначення ризик-факторів і побудови індивідуальних планів втручання. Наступний, деталізує особливості цільових інтервенцій, орієнтованих на провідні чинники ризику – імпульсивність, депресивність, соціальну ізоляцію та втрату сенсу життя, пропонуючи конкретні організаційні та психотерапевтичні кроки.

У третьому блоці розглянуті рекомендації для гендерного та вікового фактору, що дозволяє адаптувати допомогу під специфічні потреби різних груп населення, враховуючи їхній життєвий етап, соціальні ролі та культурні стереотипи. У четвертому блоці описані рекомендації щодо інтеграції у процес терапії онлайн-ресурсів та цифрових інтервенцій, які підвищують доступність допомоги, забезпечують можливість безперервного моніторингу психоемоційного стану клієнта та його підтримку у кризові моменти.

3.2. Програма корекційно-профілактичної роботи із використанням інноваційних підходів для профілактики суїцидальних нахилів

За даними ВООЗ, щороку понад 700 тисяч людей у світі вчиняють суїцидальні акти, чим припиняють своє життя. Особливо поширений суїцид серед осіб молодого віку (15 – 29 років), де він займає третє місце серед причин смертності. При цьому, значна частина випадків носить імпульсивний характер, що свідчить про необхідність розвитку методів швидкої стабілізації психоемоційного стану та підвищення стресостійкості [67].

Традиційні підходи до профілактики суїцидальності не втрачають своєї актуальності, однак потребують доповнення методами, які можна

застосовувати автономно, без спеціального обладнання та без постійної присутності фахівця. На значну увагу заслуговують підходи, спрямовані на розвиток навичок усвідомленості, саморегуляції та здатності знаходити особистісний сенс, навіть у складних життєвих обставинах. Серед таких підходів, ефективність яких підтверджена науковими дослідженнями, є контрольовані дихальні техніки, майндфулнес, йога та тілесно-орієнтовані вправи, а також логотерапевтичні методи пошуку сенсу життя у зниженні симптомів депресії, тривоги та при профілактиці кризових станів. Поєднання цих простих, але ефективних методів у вигляді єдиного тренінгового комплексу дає змогу впливати на ключові чинники суїцидальної поведінки: фізіологічне збудження (регуляція через дихання і тіло), емоційну реактивність (зниження рівня тривожності та стресу), відчуття безпорадності та втрати сенсу (робота з цінностями та смислами).

Перевагою тренінгового формату є поєднання інтерактивності, практичного відпрацювання технік та групової підтримки, що позитивно позначається на мотивації та ефективності засвоєння матеріалу. Так, як цільова група програми – молоді люди віком від 18 до 35 років, для яких притаманна висока динаміка життя, схильність до інтенсивних емоційних коливань та часте використання швидких, але досить небезпечних способів зниження стресу, тренінгове заняття буде ефективним та доцільним засобом профілактики суїцидальності. Таким чином, обраний підхід завдяки своїй доступності, науковій обґрунтованості та ефективності має стати провідною стратегією профілактики суїцидальних нахилів у молоді, оскільки дозволяє не лише зменшити ризик імпульсивних дій у кризових станах, але й сприяє формуванню більш стійкої, усвідомленої та ресурсної життєвої позиції.

Тренінгове заняття 1. «Майндфулнес та розвиток усвідомленості».

Мета: сформувати в учасників навички перебування «тут і зараз», розпізнавання власних емоційних та тілесних станів, підвищення рівня

толерантність до емоційного болю як ресурсу профілактики імпульсивних та деструктивних дій, зокрема й суїцидального акту.

Завдання:

- Ознайомити учасників із практикою майндфулнес та його ефективністю в профілактиці депресивних і тривожних станів.
- Навчити базових технік усвідомленості, які можна застосовувати у кризових станах.
- Розвинути здатність ідентифікувати та приймати власні емоції без автоматичного переходу до дії.

Тривалість: 2 години.

Хід роботи

1. Вступ (15 хв.)

Привітальне слово до учасників тренінгу та створення безпечної атмосфери за рахунок пояснення умов проведення: добровільність участі, конфіденційність, повага до досвіду інших учасників, тощо. Міні-лекція «Майндфулнес у психологічній практиці» в яку входить пояснення того, як усвідомленість сприяє профілактиці суїцидальних нахилів через можливість помічати перші ознаки емоційної кризи та безпечно на них реагувати.

2. Практична частина (90 хв.)

Вправа 1. «Сканування тіла» – 25 хв.

Мета: виявлення та усвідомлення тілесних відчуттів, зниження фізіологічної напруги.

Процедура: учасники займають зручне положення в просторі (лягають чи присідають), щоб мати можливість розслабити тіло, заплющують очі. Ведучий повільно спрямовує увагу на різні частини тіла (починаючи від стоп ніг, закінчуючи головою). Завданням учасників є лише спостерігати та відслідковувати всі відчуття в своєму тілі, не намагатись зумисно їх змінити. При наявності напруги, учасникам рекомендується робити глибокий видих, уявно відпускаючи її.

Вплив: практика підвищує соматичну обізнаність, знижує рівень кортизолу, зменшує симптоми тривожності та депресії.

Вправа 2. Усвідомлене дихання – 20 хв.

Мета: стабілізація емоційного стану, розвиток концентрації уваги.

Процедура: учасники займають сидяче положення із прямою спиною та «спостерігають» за природним ритмом свого дихання. Ведучий пропонує сконцентрувати увагу на відчуттях: у ніздрях при вдиху та видиху або на підйомі й опусканні грудної клітки. Можливо деяким учасникам буде складно довго концентрувати увагу, в такому випадку ведучому слід м'яко, повернути увагу до дихання, без критики.

Вплив: знижує активність мигдалини, підвищує когнітивний контроль.

Вправа 3. «П'ять відчуттів» – 20 хв.

Мета: швидке повернення у момент «тут і зараз» при сильному емоційному стресі.

Процедура: учасник повинен у наступній послідовності: назвати 5 речей, які бачить, 4 звуки, які чує, 3 речі, яких торкається, 2 запахи і 1 смак, які відчуває в цей момент. Ведучий пропонує зробити якомога детальніший опис (форма, колір, відтінок, післясмак, тощо).

Вплив: техніка швидкого та ефективного «заземлення», яка активує сенсорні канали, зменшує інтенсивність негативних емоцій, розриває цикл румінацій.

Робота в групі: «Мана моїх ресурсів» – 25 хв.

Мета: усвідомлення особистих джерел підтримки та опори.

Процедура: на аркуші паперу, учасник малює коло у центрі якого розміщує себе у тому вигляді чи образі, який йому до вподоби. Навколо він вписує або малює речі, людей, місця, які дають йому відчуття безпеки чи сенсу. Після, ці малюнки обговорюються учасниками в парах, звертається увага на те, як ці ресурси можна застосовувати у момент емоційної кризи.

Вплив: підвищення відчуття соціальної та внутрішньої опори зменшує ризик здійснення імпульсивних дій.

3. Завершення (15 хв.)

Рефлексія у колі: «Що я відчуваю зараз? Який інструмент із сьогодні засвоєних, я використаю наступного разу у складний момент?». Домашнє завдання: щодня, протягом тижня практикувати п'ять хвилин усвідомленого дихання, використати одну техніку «заземлення» у стресовій ситуації.

Тренінгове заняття 2. «Дихальні практики для стабілізації емоційного стану».

Мета: допомогти учасникам опанувати комплекс дихальних технік, спрямованих на зниження рівня тривожності, емоційної напруги та їх фізіологічної активності, що зменшує ймовірність імпульсивних дій у кризових станах.

Завдання:

- Ознайомити учасників із фізіологією дихання та його впливом на нервову систему людини.
- Розглянути чотири науково-обґрунтовані техніки контрольованого дихання.
- Продемонструвати зв'язок дихальних технік із майндфулнес, освоєним на попередньому занятті.

Тривалість: 2 години.

Хід роботи

1. Вступ (15 хв.)

Коротке пригадування змісту першого тренінгового заняття, основних принципів майндфулнесу. Вступна міні-лекція «Дихання та нервова система», де пояснюється впливу дихання на симпатичний і парасимпатичний відділи нервової системи людей. Самоспостереження учасників: вимірювання власного ритму дихання на початку заняття (кількість вдихів і видихів за хвилину).

2. Практична частина (90 хв.)

Вправа 1. Діафрагмальне дихання – 20 хв.

Мета: зменшення загального фізіологічного напруження.

Процедура: учасники займають зручні сидячі або лежачі пози, долоні розміщують на животі. Починають із повільного вдиху через ніс, протягом 3 – 4 секунд, руками відслідковують підйом живота. Потім здійснюють подовжений видих – 5 – 6 секунд через рот. Виконується вправа протягом п'яти хвилин до повного розслаблення. Впродовж виконання вправи, учасник повинен фокусувати свою увагу на відчуттях і процесах в тілі.

Вплив: знижує рівень кортизолу, стабілізує частоту серцевих скорочень.

Вправа 2. Техніка «4 – 7 – 8» – 20 хв.

Мета: швидке зниження емоційної напруги у кризовий момент.

Процедура: учасники здійснюють вдих протягом 4 секунд або просто по рахунку, затримують подих на 7 секунд, а після повільно видихають впродовж 8 секунд. Цикл повторюється чотири рази.

Вплив: підвищує варіабельність серцевого ритму, знижує активацію мигдалини.

Вправа 3. «Квадратне дихання» – 15 хв.

Мета: стабілізувати увагу та контроль імпульсів.

Процедура: всі елементи виконуються протягом 4 секунд в наступній послідовності: вдих – затримка – видих – затримка. Виконується вправа протягом 5 – 7 хвилин. Для полегшення можна використовувати уявний або наявний квадрат і «рухатись» по його кутах.

Вплив: використовується у підготовці військових і спортсменів для швидкої регуляції психічного стану.

Вправа 4. Ритмічне дихання «5 – 5» у русі – 20 хв.

Мета: зняття м'язового та психоемоційного напруження.

Процес: виконання вправи відбувається при повільній ходьбі учасників по колу або хаотично у просторі приміщення. При ходьбі вони здійснюють вдих протягом п'яти кроків, а також видих протягом наступних п'яти кроків. При цьому темп виконання вправи є рівномірним. Виконання протягом 5 – 7 хвилин.

Вплив: інтегрує тілесну та дихальну регуляцію, підвищує стійкість до стресу.

Робота в групі: «Дихальний комплекс» – 15 хв.

Процедура: учасники об'єднують дві вправи з якими вже встигли ознайомитись протягом першого і другого заняття та створюють свій п'яти хвилинний комплекс для щоденного використання. Після, відбувається обговорення, коли саме доцільно застосовувати різні техніки (стрес, емоційний сплеск, безсоння).

3. Завершення (15 хв.)

Проводиться рефлексія: «Яка із технік найбільше підходить для мене? Чому саме ця техніка?». Домашнє завдання: щоденне практикування обраних технік 2 – 3 рази на день. Після виконання вправ рекомендується записувати спостереження в щоденник.

Тренінгове заняття 3. «Тілесно-орієнтовані вправи та йога в контексті подолання суїцидальних нахилів».

Мета: сформувати в учасників навички зняття м'язової та психоемоційної напруги через усвідомлений рух, статичні пози та легкі рухові комплекси з хатха-йоги. Зміцнити відчуття тілесної опори, як ресурсу стабілізації в кризових станах.

Завдання:

- Ознайомити учасників тренінгу з принципами тілесно-орієнтованої роботи в психології.
- Показати, як можна поєднувати майндфулнес та дихання із рухом.
- Навчити простих фізичних вправ, які виконуються без додаткового обладнання і фізичної підготовки.
- Розвинути відчуття тілесної впевненості, що зменшує почуття безпорадності та відчуження.

Тривалість: 2 години.

Хід роботи

1. Вступ (15 хв.)

Міні-лекція «Тіло як ресурс», пояснюється психофізіологічний зв'язок між м'язовою напругою та емоційними станами. Також розглядається вплив руху та поз на нервову систему і гормональний фон. Після цього учасники роблять коротку розминку для підготовки тіла до вправ протягом п'яти хвилин: кругові рухи шиєю, плечами та розтяжка спини тощо.

2. Практична частина (90 хв.)

Вправа 1. «Поза Гори» – 10 хв.

Мета: відчутти стабільність і внутрішню опору.

Процедура: учасники стоять прямо, стопи розміщуються на ширині плечей, руки опускаються вздовж тіла. Тренер наголошує на важливості відчувати контакту стоп із підлогою. Вага учасника повинна бути рівномірно розподілена між обома ногами. Дихання має бути спокійним і рівномірним, фокус уваги на рівновазі.

Вплив: знижує тривожність, активує парасимпатичну нервову систему.

Вправа 2. «Поза Древа» – 15 хв.

Мета: розвиток концентрації та відчуття рівноваги.

Процедура: учасники стають прямо, відчуваючи свої стопи. Потім починають неспішно переносити вагу на одну ногу. Другу ногу вони піднімають та ставлять на внутрішню сторону стегна опірної ноги. Долоні з'єднуються перед грудьми. Позу слід утримувати протягом 30 – 60 секунд, після змінити ногу.

Вплив: тренує баланс і стійкість тіла та емоцій.

Вправа 3. «Кішка-Корова» – 15 хв.

Мета: зняття напруги в спині, регуляція дихання.

Процедура: учасники стають на коліна та долоні, стегна повинні бути під прямим кутом та розміщені над колінами, плечі теж мусять зайняти прямий кут над кистями. На вдиху учасник прогинає спину і направляє трохи вперед, піднімаючи голову – поза «Корови». Потім на видиху опускається трохи назад, округлюючи спину і опускаючи голову – поза

«Кішка». Повторюється вправа протягом п'яти хвилин відповідно до ритму дихання учасника.

Вплив: розслаблює м'язи спини, синхронізує рух і дихання.

Вправа 4. Прогресивна м'язова релаксація Джекобсона – 20 хв.

Мета: зниження м'язового тону та вивільнення накопиченої напруги.

Процедура: учасник займає зручну позу і починає по черзі напружувати та розслаблювати групи м'язів у такій послідовності: стопи – гомілки – стегна – живіт – руки – плечі – обличчя. Напруження м'язів здійснюється на вдиху, а розслаблення на видиху. Важливо, щоб учасники концентрували всю свою увагу на процесі та відмінностях між напругою і розслабленням.

Вплив: ефективно знижує симптоми тривоги та депресії.

Вправа 5. «Поза Дитини» – 10 хв.

Мета: глибоке розслаблення та відновлення.

Процедура: учасник стає на коліна, ноги при цьому мають бути на ширині плечей. Після він опускається на п'яти, об які повинні опиратись його стегна, корпус нахиляється вперед, витягнувши руки. Нахилятись потрібно доти, доки лоб не торкнеться підлоги. В такій позі потрібно перебувати від 1 до 3 хвилин.

Вплив: зменшує частоту серцевих скорочень, заспокоює нервову систему.

Міні-інтеграція: «Рух + дихання + усвідомленість» – 20 хв.

Процедура: учасник вибирає довільні пози із вже розглянутих, які йому підходять найкраще по складності виконання та ефективності допомоги. Після цього, він виконує серію у поєднанні із дихальними техніками та майндфулнес-спостереженнями. Наприклад: «Поза Гори» з діафрагмальним диханням, або «Кішка-Корова» з ритмічним диханням «5 – 5».

3. Завершення (15 хв.)

Рефлексія в колі: «Яка із сьогоднішніх вправ найбільше допомогла зняти напругу?». Домашнє завдання: сформувати та виконувати комплекс із трьох обраних вправ протягом 10 хвилин кожного дня.

Тренінгове заняття 4. «Сенс та цінності життя: внутрішня опора у кризі».

Мета: сприяти формуванню в учасників особистісного сенсу життя, усвідомленню цінностей та джерел внутрішньої опори як захисних факторів проти суїцидальних нахилів.

Завдання:

- Ознайомити учасників тренінгу із основами логотерапевтичного підходу В. Франкла.
- Допомогти виявити власні цінності та сенсоутворюючі джерела.
- Навчити застосовувати ці ресурси у кризових ситуаціях.
- Інтегрувати елементи раціональної духовної підтримки через культурні, моральні та гуманістичні принципи.

Тривалість: 2 години.

Хід роботи

1. Вступ (15 хв.)

Ведучий ознайомлює учасників з підходом В. Франкла через міні-лекцію «Втрата сенсу як фактор ризику». Після наводяться приклади досліджень, де продемонстровано, що люди із високим рівнем усвідомлення сенсу життя рідше потрапляють у групу ризику. Також з'ясовується, який зв'язок існує з попередніми модулями: дихальні та тілесні практики, майндфулнес готують основу для глибшого осмислення власного життя.

2. Практична частина (90 хв.)

Вправа 1. «Моє Чому» – 25 хв.

Мета: усвідомлення, що дає учаснику відчуття цінності життя.

Процедура: ведучий оголошує серію запитань: «Що для мене в цьому житті важливо?», «Що мене надихає?», «За що, я готовий боротися?» і подібні. Кожен учасник записує свою відповідь, після чого проводиться безоцінне обговорення в парах.

Вплив: підвищує екзистенційний ресурс, знижує почуття безвиході.

Вправа 2. «Ціннісне коло» – 20 хв.

Мета: візуалізація та вибір пріоритетів власних життєвих цінностей.

Процедура: учасники на великих аркушах паперу (А3) малюють коло, яке ділять на сектори: сім'я, здоров'я, розвиток, творчість, служіння іншим, тощо. Кожен із записаних секторів заповнюється учасником в залежності від його значущості та реалізованості. Після заповнення проводиться обговорення, як можна зміцнити слабкі сектори.

Вплив: допомагає з'ясувати джерела сенсу та потенційні напрямки особистісного зростання.

Вправа 3. «Лист підтримки самому собі» – 20 хв.

Мета: створення внутрішнього ресурсу для самопідтримки.

Процедура: кожен учасник пише собі листа від свого майбутнього «сильного «Я»» з підтримкою, аргументацією та нагадуванням про цінність власного життя. Лист рекомендується наповнювати всіма тими речами, які надихають учасника, наприклад, улюбленими цитатами з літератури, мистецтва, філософії або культурних традицій.

Вплив: підсилює внутрішній діалог і знижує автоматичність деструктивних рішень.

Вправа 4. «Маленькі акти сенсу» – 25 хв.

Мета: втілення цінностей у конкретних діях.

Процедура: кожен учасник формує свій список невеликих щоденних вчинків, які додають сенсу його життю, записує їх. Головне, щоб ці вчинки відповідали їхнім цінностям, наприклад, допомогти іншому, подбати про здоров'я, створити щось особливе, тощо. Після написання, відбувається обговорення у групі, як саме ці дії можуть підтримати у важкі моменти життя.

Вплив: сприяє відновленню почуття значущості та контролю над життям.

3. Завершення (15 хв.)

Формується коло для проведення рефлексії: «Яка цінність є найважливішою для мене, навіть у кризові моменти?». Домашнє завдання:

виконати 3 із прописаних «маленьких актів сенсу» протягом тижня, бажано для наочності і підсилення ефекту зафіксувати їх у щоденник.

Тренінгове заняття 5. «Інтеграція навичок: План особистої стабільності».

Мета: осмислити, систематизувати та закріпити навички отримані в процесі попередніх тренінгів, створити індивідуальний алгоритм дії для запобігання розвитку суїцидальних тенденцій у кризових ситуаціях.

Завдання:

- Узагальнити знання та досвід, отриманий протягом чотирьох тренінгових занять.
- Відпрацювати інтегровані комплекси, що включають майндфулнес, дихальні, тілесні та смислові техніки.
- Підвищити впевненість учасників у власній здатності протистояти імпульсам у кризових ситуаціях.
- Розробити персональний «План особистої стабільності» з конкретизацією кожного кроку для самодопомоги у кризі.

Тривалість: 2 години.

Хід роботи

1. Вступ (10 хв.)

Привітання та встановлення цілей заключного заняття. Коротке пригадування основних технік із вже розглянутих на попередніх заняттях.

2. Практична частина (100 хв.)

Блок 1. Майндфулнес при кризі – 20 хв.

Процедура: повторюються вправа «Сканування тіла» з додаванням короткого усвідомленого дихання із першого заняття. Ведучий проводить обговорення в групі: як ці допомагає виявити перші сигнали внутрішньої кризи.

Блок 2. Швидка стабілізація стану – 25 хв.

Процедура: проводиться повторення вправи із другого заняття – «Квадратне дихання», яке гармонійно поєднується з «Позою Гори». Обговорюється та тренується ситуація застосування комбінації технік при відчутті наростання напруги.

Блок 3. Відновлення контролю через тіло – 20 хв.

Процедура: учасники у повільному темпі з фокусом на тілесні відчуття проводять серію вправ: «Кішка-Корова» та «Поза Дерево», які поєднуються із ритмічним диханням «5 – 5».

Блок 4. Повернення до сенсу – 25 хв.

Процедура: учасники у скороченому форматі пригадують всі умови виконання вправи «Маленькі акти сенсу». Кожен із учасників обирає одну дію, яку він зможе зробити вже прямо сьогодні, щоб забезпечити підтримкою себе, або когось іншого. Ведеться обговорення в групі про те, як усвідомлення цінностей допомагає уникати деструктивних імпульсивних дій.

Блок 5. Створення «Плану особистої стабільності» – 10 хв.

Процедура: учасники записують алгоритм дій, які вони будуть виконувати при виникненні кризової ситуації. Детально аналізують, які для них характерні емоційні, поведінкові та фізіологічні сигнали тривоги. Розглядають, які миттєві дії серед розглянутих технік із модуля 1 – 3, вони можуть застосувати для зменшення наростаючої напруги. Наступним кроком є знаходження довгострокової опори через пошук цінностей, смислів та самопідтримки за допомогою технік із четвертого заняття. І на останок, учасники прописують контакти людей чи служб, які зможуть допомогти їм знайти ресурси у критичний момент.

3. Завершення (10 хв.)

Ведучий проводить рефлексію в колі: «Який мій головний ресурс після проходження цієї програми?». Кожному учаснику роздається картка-пам'ятка «План особистої стабільності» у кишеньковому форматі. Побажання і рекомендації для довготривалого підтримання ефекту у вигляді щоденних

коротких практик з будь-якого модуля. Подяка за участь у тренінговому навчанні та прощання.

ВИСНОВКИ

У ході виконання кваліфікаційної роботи було здійснено комплексне теоретичне, емпіричне та практичне вивчення феномену суїцидальної поведінки. Це дозволило повноцінно розкрити психологічну природу суїцидальних нахилів, ідентифікувати основні детермінанти розвитку та специфіки прояву, а також визначити можливі шляхи надання психологічної допомоги таким особам. У межах роботи було послідовно реалізовано мету та всі поставлені завдання, які дозволили сформулювати наступні висновки:

1. Здійснено глибокий теоретичний аналіз сучасних концепцій і моделей суїцидальної поведінки, які пояснюють механізми її формування. Встановлено, що сучасна психологічна наука розглядає суїцид, як складний багаторівневий феномен, який є наслідком поєднання когнітивних, афективних, поведінкових і соціокультурних чинників. Проаналізовано основні теоретичні підходи до вивчення суїцидальності, серед яких трьохетапна модель Д. Клонські та А. Мея, інтерперсональна теорія Т. Джойнера, нарративно-кризова модель Л. Коен тощо. Виділено, що спільним для них є розуміння суїцидальності як багатофакторного процесу у якому ключова роль належить емоційній дисрегуляції, відсутності сенсу життя та почуттю соціальної ізоляції. Виокремлено низку психологічних детермінант, які мають прямий вплив на формування суїцидальної поведінки: нейротизм, імпульсивність, афективна нестабільність, низька самооцінка, ригідність мислення, почуття безвиході тощо.

2. Проаналізовано новітні психопрофілактичні та психокорекційні напрямки, які базуються на інтегративному підході до роботи з особами із суїцидальними нахилами. Розглянуті напрямки орієнтовані на роботу із суїцидальністю за допомогою застосування тілесно-орієнтованих, майндфулнес-практик, йоги, когнітивно-поведінкових і нарративних підходів. Проаналізовано, що їх вплив полягає у зниженні рівня тривоги, емоційного напруження, підвищенню усвідомленості та формуванню конструктивного

ставлення до власного досвіду. Окрім проаналізованих напрямків роботи, також оцінено значення цифрових інтервенцій. На сучасному етапі їх застосування вони дозволяють оперативно реагувати на кризові стани, надають можливість клієнту мати постійний доступ до психологічної допомоги, при цьому зберігаючи конфіденційність.

3. Розроблено процедуру та проведено емпіричне дослідження, метою якого стало виявлення провідних психологічних особливостей осіб із суїцидальними нахилами. Для цього було підбрано комплекс валідних психодіагностичних методик, серед яких методика «Шкала для оцінки суїцидального мислення» А. Бека, методика «Опитувальник оцінки здоров'я пацієнта» Р. Шпіцер, методика «Опитувальник депресивності» А. Бека. А для визначення особистісних рис: методика «Самооцінка психічних станів особистості» Г. Айзенка та методика «10-пунктовий опитувальник рис особистості (ТПП)» С. Гослінг. Отримані дані дали змогу здійснити цілісну психологічну інтерпретацію профілю осіб із суїцидальними тенденціями. Вони дозволили оцінити афективні, когнітивні, особистісні та поведінкові характеристики респондентів.

Результати дослідження засвідчили, що для осіб із суїцидальними нахилами характерними є підвищений рівень нейротизму, емоційна дезрегуляція, імпульсивність, низький рівень самоприйняття та самооцінки, виражене почуття самотності та соціальної ізольованості. Ці особистості є більш схильними до негативного сприйняття життєвих подій, часто переоцінюють та перебільшують значення невдач і мають ригідні мислинневі схеми. Вагомими рисами, які було визначено є високий рівень тривожності, фрустраційної нетолерантності, слабо розвинених копінг-стратегій та низький поріг емоційної збудливості і вміння регулювати свої емоційні стани.

Визначено також і прояви суїцидальності на рівні когніцій, поведінки, емоцій, а також особистісних структур. Встановлено, що серед переважаючих емоційно-афективних проявів є депресивні і тривожні емоційні переживання, а також втрата здатності до позитивного прогнозування майбутнього. У

когнітивній сфері найбільш виражене є переконання про безмістовність життя, дезорганізоване мислення та загальна песимістичність світогляду. Поведінково проявляється через надмірну схильність до аутоагресії, уникання соціальної взаємодії та самопокарання. Особистісна структура позначена емоційною чутливістю, заниженою самооцінкою та зниженим рівнем соціальної активності.

4. За результатами емпіричного дослідження було розроблено комплексну програму, спрямовану на корекцію та профілактику суїцидальності. Вона передбачає багаторівневу структуру психологічної допомоги, оформлену у тренінговому форматі, який включає в себе практичне відпрацювання технік, інтерактивність та групову підтримку.

Програму орієнтовано на розвиток навичок емоційної саморегуляції; розвиток усвідомлення власних почуттів і тілесних відчуттів; зниження рівня психічної напруги через тілесно-орієнтовані, дихальні та майндфулнес-практики; перебудова деструктивних когнітивних схем за допомогою елементів когнітивно-поведінкової терапії; підвищення рівня самооцінки та розвитку почуття життєвого сенсу.

Передбачається, що програма матиме високу ефективність у зв'язку із інтеграцією різних психотерапевтичних підходів, а саме когнітивно-поведінкового, наративного, тілесно-орієнтованого, екзистенційного та майндфулнес-підходу. Це дозволить ефективно розроблену цілісну гуманістично орієнтовану модель психологічної профілактичної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асєєва Ю. Роль впливу інтернету на суїцидальну поведінку осіб підлітково-юнацького віку. *Наука і освіта*. 2020. № 3, С. 5-13. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NiO_2020_3_3

2. Гура, А. і Abdriakhimova Т. Війна і підлітки: фактори, що впливають на рівень суїцидів в Україні: Аналіз суїцидальних спроб у підлітків, які госпіталізовані у відділення реанімації гострої інтоксикації НДСЛ ОХМАТДИТ. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2025. Т.10, №1. URL: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v10i1.594>

3. Єрмакова Н. Прояви суїцидальних тенденцій у підлітковому віці. *Психологія: реальність і перспективи*. 2023. № 20. С. 48–56. URL: https://doi.org/10.35619/prap_rv.v1i20.325

4. Жданюк А. Фактори ризику суїцидальних настроїв серед військовослужбовців: попередження та психологічна підтримка. *Universum*. 2024. №14 С. 417–424. URL: <https://archive.liga.science/index.php/universum/article/view/1410>

5. Іваць А., Романів О., Надь Б. Соціально-психологічні чинники та фактори ризику суїцидів серед осіб молодого віку. *Здоров'я нації*. 2018. №3. С. 28–29. URL: <https://journals.uzhnu.uz.ua/index.php/health/article/view/597>

6. Концепція виховання дітей та молоді в цифровому просторі. Нац. акад. пед. наук України, 2021. 52 с.

7. Куліш О., Качуріна М., Педченко О. Техніки майндфулнес у роботі зі стресом та тривогою в дорослих цивільних українців в умовах війни. *Наукові записки. серія: психологія*. 2025. № 1. С. 81–87. URL: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2025-1-10>

8. Музиченко І., Бурак А. Психологічні особливості суїцидальної поведінки серед студентської молоді. *Наукові перспективи*. 2024. № 1(43). URL: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1\(43\)-858-868](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1(43)-858-868)

9. Поственція суїциду (буліциду): робота з колективом закладу освіти: методичні рекомендації / ред.: С. Л. Чуніхіної, Л. А. Найдьоновой, Н. Ф. Умеренковой. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. 76 с.
10. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців. : Метод. посіб. / Коkun О. М. та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с.
11. Психологія професійної діагностики та професійного консультування: практичний посібник / ред. Ігнатович О. М. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2021. 225 с.
12. Сак Л., Малюк Н. Research on the psychological resources of Ukrainians in overcoming war-induced distress, analysis of the experience of the civilian population in self-help. *Psychosomatic medicine and general practice*. 2025. Т. 10, № 2. URL: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v10i2.617>
13. Сердюк О. О., Бурлака В. В. Суїцидальна поведінка української молоді. 2024. С. 133–137.
14. Ситник С. І., Пономарьова В. К., Трофімова Д. О. Практика майндфулнес як засіб подолання стресу в часи пандемії. *Науковий вісник ужгородського національного університету. серія: психологія*. 2022. № 3. С. 50–53. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.3.10>
15. Скляр О. С. Суїцид як проблема психологічної стійкості працівників Національної поліції України в умовах дії воєнного стану. *Підготовка правоохоронців в системі МВС України в умовах воєнного стану* : зб. наук. пр. 2024. С. 249–253. URL: <https://dspace.univd.edu.ua/handle/123456789/21763>
16. Третинна профілактика суїцидів у закладі освіти: соціально-психологічні технології кризової взаємодії педагогічної спільноти, сім'ї, громади : методичні рекомендації / ред. С. Л. Чуніхіна. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. 144 с.
17. Федоренко Р. П. Психологія суїциду : навч. посіб. Вид. 2-ге, змін. та доп. Луцьк : Вежа-Друк. 2022. 492 с.

18. Цвіренко С. М., Похилько В. І., Чернявська Ю. І. Психологічна характеристика студентів-медиків із позиції визначення суїцидального ризику. *Актуальні питання лінгвістики, професійної лінгводидактики, психології і педагогіки вищої школи* : зб. статей V міжнар. наук.-практ. конф. 2020. С. 399–403. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/14109>
19. A randomized controlled trial on the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and a group version of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronically depressed patients. / J. Michalak et al. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2015. Vol. 83, no. 5. P. 951–963. URL: <https://doi.org/10.1037/ccp0000042>
20. Abdulsalam A., Alhothali A. Suicidal ideation detection on social media: a review of machine learning methods. *Social network analysis and mining*. 2024. Vol. 14, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1007/s13278-024-01348-0>
21. Antecedents and service contact in an observational study of 242 suicide deaths in middle-aged men in England, Scotland and Wales, 2017 / J. Graney et al. *BMJ public health*. 2024. Vol. 2, no. 1. P. e000319. URL: <https://doi.org/10.1136/bmjph-2023-000319>
22. Are big five personality traits associated to suicidal behaviour in adolescents? A systematic review and meta-analysis / M. S. S. da Mota et al. *Journal of affective disorders*. 2023. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.11.002>
23. Arowosegbe A., Oyelade T. Suicide risk assessment and prevention tools in the UK: current landscape and future directions. *Psychiatry international*. 2023. Vol. 4, no. 4. P. 354–369. URL: <https://doi.org/10.3390/psychiatryint4040032>
24. Association between sleep quality, depressive symptoms, and suicidal ideation in college students / Q. Yang et al. *Psychol health med*. 2024. Vol. 29, no. 9. P. 1583–1601. URL: <https://doi.org/10.1080/13548506.2024.2331491>
25. Brajković L., Dravinec R., Korać D. Depressive disorder and suicidal tendencies: role of psychological pain and health-related quality of life. *Psychiatry*

international. 2025. Vol. 6, no. 2. P. 59.

URL: <https://doi.org/10.3390/psychiatryint6020059>

26. Clergy as suicide prevention gatekeepers / K. Mason et al. *Journal of Pastoral Care & Counseling: advancing theory and professional practice through scholarly and reflective publications.* 2021. Vol. 75, no. 2. P. 84–91. URL: <https://doi.org/10.1177/1542305020974997>

27. Clinical characteristics and suicidal ideation as predictors of suicide: prospective study of 1000 referrals to general adult psychiatry / D. Hayward et al. *BJPsych bulletin.* 2024. P. 1–6. URL: <https://doi.org/10.1192/bjb.2024.67>

28. Connectedness and perceived burdensomeness among adolescents at elevated suicide risk: an examination of the interpersonal theory of suicidal behavior / K. Opperman et al. *Archives of suicide research.* 2015. Vol. 19, no. 3. P. 385–400. URL: <https://doi.org/10.1080/13811118.2014.957451>

29. Depression, suicide ideation, and irrational beliefs: explanatory models in psychology students / P. D. Rosas-Fuentes et al. *Salud mental.* 2023. Vol. 46, no. 2. P. 61–67. URL: <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2023.009>

30. Detecting potentially harmful and protective suicide-related content on twitter: machine learning approach / H. Metzler et al. *J med internet res.* 2022. Vol. 24, no. 8. e34705. URL: <https://doi.org/10.2196/34705>

31. Determinants of suicidality in the European general population: a systematic review and meta-analysis / M. T. Carrasco-Barrios et al. *International journal of environmental research and public health.* 2020. Vol. 17, no. 11. P. 4115. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph17114115>

32. Determinants of suicide ideation in the romanian population / M. E. Vuscan et al. *International journal of environmental research and public health.* 2022. Vol. 19, no. 16. P. 10384. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph191610384>

33. Diagnosis of the suicide crisis syndrome in the emergency department associated with significant reduction in 3-month readmission rates / L. J. Cohen et

- al. *The journal of clinical psychiatry*. 2024. Vol. 85, no. 4.
URL: <https://doi.org/10.4088/jcp.24m15320>
34. Durkheim É. *Suicide*. New York, NY : Free Press, 1966. 405 p.
 35. Frankl V. E. *Man's search for meaning*. Pocket, 1978.
 36. Freud S. *Mourning and melancholia* (1917). 1984. PP. 152-170.
 37. Gun violence exposure and suicide among black adults / D. C. Semenza et al. *JAMA network open*. 2024. Vol. 7, no. 2. P. e2354953.
URL: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.54953>
 38. Increasing cognitive-emotional flexibility with meditation and hypnosis: the cognitive neuroscience of de-automatization / K. Fox et al. *Hypnosis and meditation: towards an integrative science of conscious planes*. 2016. P. 191–219. URL: <https://arxiv.org/abs/1605.03553>
 39. Is irreligion a risk factor for suicidality? Findings from the nashville stress and health study / C. L. Daniels et al. *Journal of religion and health*. 2023.
URL: <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01906-4>
 40. Joiner T. *Why people die by suicide*. Cambridge : Harvard University Press, 2005. 288 p. DOI: <https://doi.org/10.2307/j.ctvjghv2f>
 41. Kang S. S., Sponheim S. R., Lim K. O. Interoception underlies therapeutic effects of mindfulness meditation for posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *Biological psychiatry: cognitive neuroscience and neuroimaging*. 2021. URL: <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2021.10.005>
 42. Keefner T. P., Stenvig T. Rethinking suicide risk with a new generation of suicide theories. *Research and theory for nursing practice*. 2020. Vol. 34, no. 4. P. 389–408. URL: <https://doi.org/10.1891/rtnp-d-19-00128>
 43. Khaustova O., Omelyanovich V., Sukhovii O. Seasonality and suicide: the role of regional features of suicide dynamics in Ukraine in 2005-2021 in the development of a statistical model for their prediction. *Psychosomatic medicine and general practice*. 2023. Vol. 7, no. 2. URL: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v7i2.340>

44. Klimanska M., Haletska I. Ukrainain adaptation of the short five factor personality questionnaire tipi (tipi-ukr). *Psychological journal*. 2019. T. 5, № 9. C. 57–74. URL: <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.9.4>
45. Mann J. J., Michel C. A., Auerbach R. P. Improving suicide prevention through evidence-based strategies: a systematic review. *American journal of psychiatry*. 2021. Vol. 178, no. 7. P. 611–624. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864>
46. Mason K. et al. Suicide risks and protections in religious communities: two exploratory studies. *Religions*. 2024. Vol. 15, no. 9. 1118. URL: <https://doi.org/10.3390/rel15091118>
47. Mazykin M. Meditation as a psychotherapeutic tool. *Problems of modern psychology : collection of research papers of kamianets-podilskyi national ivan ohiienko university, G.S. kostiuk institute of psychology of the national academy of educational sciences of Ukraine*. 2020. № 47. C. 141–158. URL: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2020-47.141-158>
48. Melhem N., Moutier C. Y., Brent D. A. Implementing evidence-based suicide prevention strategies for greatest impact. *Focus*. 2023. Vol. 21, no. 2. P. 117–128. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220078>
49. Melzer L., Forkmann T., Teismann T. Suicide Crisis Syndrome: a systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2024. URL: <https://doi.org/10.1111/sltb.13065>
50. Menninger K. Man against himself. New York : Harcourt, Brace, 1938. 485 p.
51. Näher A.-F., Rummel-Kluge C., Hegerl U. Associations of suicide rates with socioeconomic status and social isolation: findings from longitudinal register and census data. *Frontiers in psychiatry*. 2020. Vol. 10. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00898>
52. O'Reilly D., Rosato M. Religion and the risk of suicide: longitudinal study of over 1 million people. *British journal of psychiatry*. 2015. Vol. 206, no. 6. P. 466–470. URL: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128694>

53. Orlovskiy B. M., Fokin A. S. Criminological approach to study of suicide determinants and suicidal human behavior. *Law and society*. 2020. T. 3, № 2. С. 36–43. URL: <https://doi.org/10.32842/2078-3736/2020.2-3.6>
54. Osetrova O. Соціальні аспекти суїцидальної проблематики у сучасному українському суспільстві. *Філософія та політологія в контексті сучасної культури*. 2022. Т. 14, № 2. С. 18–23. URL: <https://doi.org/10.15421/352217>
55. Passive detection of behavioral shifts for suicide attempt prevention / P. Moreno-Muñoz et al. 2020. URL: <https://doi.org/10.48550/arXiv.2011.09848>
56. Prevalence and determinants of suicidal ideation among South African Health Sciences students at the onset of the COVID-19 pandemic / S. Seedat et al. *Frontiers in psychiatry*. 2025. Vol. 16. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1492620>
57. Prevalence and psychiatric correlates of suicidal ideation in UK university students / U. Akram et al. *Journal of affective disorders*. 2020. Vol. 272. P. 191–197. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.185>
58. Prevalence of and factors in suicidal thoughts in 14-15-year-olds. A Polish-Ukrainian study / K. Ostaszewski et al. *Postępy psychiatrii i neurologii*. 2025. URL: <https://doi.org/10.5114/ppn.2025.151776>
59. Psychosocial factors distinguishing men who have attempted suicide from men with suicidal ideation and non-suicidal men: findings from a global survey / S. Bennett et al. *The journal of men's studies*. 2024. URL: <https://doi.org/10.1177/10608265241256258>
60. PTSD, religious coping, and interpersonal antecedents of suicidal desire among military veterans: an initial examination of moderation models. / T. D. Carroll et al. *Psychology of religion and spirituality*. 2020. Vol. 12, no. 3. P. 304–310. URL: <https://doi.org/10.1037/rel0000270>
61. Relationship of religion with suicidal ideation, suicide plan, suicide attempt, and suicide death: a meta-analysis / J. Poorolajal et al. *Journal of research*

in health sciences. 2021. Vol. 22, no. 1. P. e00537-e00537.
URL: <https://doi.org/10.34172/jrhs.2022.72>

62. Salifu L. D., Yidana A. Prevalence of suicide ideation and its associated risk factors among undergraduate students of the university for development studies, Tamale. *BMC psychiatry*. 2024. Vol. 24, no. 1.
URL: <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06155-7>

63. Searching for comfort in religion: insecurity and religious behaviour during the COVID-19 pandemic in Italy / F. Molteni et al. *European societies*. 2020. P. 1–17. URL: <https://doi.org/10.1080/14616696.2020.1836383>

64. Shevchuk O., Krupelnyska L. Application of immersive technologies in dealing with suicidality (in terms of virtual reality technologies). *Bulletin of Taras Shevchenko national university of Kyiv. Psychology*. 2023. No. 1 (17). P. 83–90.
URL: [https://doi.org/10.17721/bpsy.2023.1\(17\).12](https://doi.org/10.17721/bpsy.2023.1(17).12)

65. Suicidal behaviour among the university students in the UK: a systematic review / R. Kabir et al. *Heliyon*. 2024. P. e24069.
URL: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e24069>

66. Suicidal ideation among men during COVID-19: examining the roles of loneliness, thwarted belongingness, and personality impairment / J. S. Ogrodniczuk et al. *Scandinavian journal of psychology*. 2023.
URL: <https://doi.org/10.1111/sjop.12904>

67. Suicide. *World Health Organization*. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

68. The effect of brief mindfulness meditation on suicidal ideation, stress and sleep quality / R. Wu et al. *Archives of suicide research*. 2021. P. 1–16.
URL: <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1982800>

69. The interpersonal theory of suicide: state of the science / M. Robison et al. *Behavior therapy*. 2024. URL: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.04.008>

70. The mediating effects of personality traits on the relationship of youth conduct problems and mood disorders with adulthood suicidality / T.-Y. Wang et

al. *Scientific reports*. 2023. Vol. 13, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-31338-9>

71. The role of spirituality and religiosity on the suicidal ideation of medical students / L. M. Vitorino et al. *International journal of social psychiatry*. 2023. P. 002076402311534. URL: <https://doi.org/10.1177/00207640231153497>

72. The three-step theory of suicide: description, evidence, and some useful points of clarification / E. D. Klonsky et al. *Preventive medicine*. 2021. Vol. 152. P. 106549. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106549>

73. Tsegay A., Damte A., Kiros A. Determinants of suicidal ideation among patients with mental disorders visiting psychiatry outpatient unit in Mekelle town, psychiatric clinics, Tigray, Northern Ethiopia: a case–control study. *Annals of general psychiatry*. 2020. Vol. 19, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00270-x>

74. Using large language models to understand suicidality in a social media-based taxonomy of mental health disorders (preprint) / B. Bauer et al. *JMIR mental health*. 2024. URL: <https://doi.org/10.2196/57234>

75. Vadon N., Calati R., Gonda X. Evidence-based psychotherapeutic methods of prevention and intervention in suicidal behaviour. *Neuropsychopharmacol hung*. 2022. Vol. 24, no. 4. P. 170–179.

76. Yang Y. Suicidal ideation among US adolescents during the COVID-19 pandemic: exploring individual, interpersonal, and community-level resilience factors. *Public health*. 2025. Vol. 242. P. 199–205. URL: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.03.009>

77. Yöyen E., Keleş M. Psychological Risk Factors in the Transition from Suicidal Ideation to Suicidal Behavior in Young Adults. *Healthcare*. 2024. Vol. 12, no. 18. URL: <https://doi.org/10.3390/healthcare12181850>

