МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
УМАНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет соціально-психологічної освіти та фізичної культури
Кафедра психології

Допущено до захисту

« » травня 2026 р.

В.о. зав. кафедри

_____ Борис ЯКИМЧУК

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

ОЦІНКА РІВНЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ СЕРЕД УКРАЇНСЬКОЇ МОЛОДІ

Виконала: студент 3 курсу, П/30 групи
освітня програма «Психологія»
спеціальності 053 «Психологія»
Руда Еріка Петрівна
Керівник: кандидат психологічних наук, доцент Гриньова Н. В.

Умань – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ.....7
1.1. Феноменологія суїцидальної поведінки: поняття, види та етапи розвитку.....7
1.2. Вікові та гендерні особливості прояву суїцидальних тенденцій серед молоді….....19
1.3. Соціально-психологічні чинники ризику суїцидальної поведінки в сучасних умовах України……..28
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ…….……38
2.1. Організація та методи дослідження.....38
2.2. Аналіз результатів дослідження суїцидальних схильностей.....……...43
2.3. Рекомендації щодо профілактики та психокорекції суїцидальних тенденцій у молодіжному середовищі……..…….……...50
ВИСНОВКИ……...57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….59

ВСТУП

Актуальність теми дослідження зумовлена глибокою трансформацією українського суспільства в умовах повномасштабної воєнної агресії, що призвела до суттєвого погіршення ментального здоров'я населення. Найбільш вразливою категорією в цьому аспекті є молодь – соціальна група, яка перебуває на етапі інтенсивного формування особистісної ідентичності, життєвих цінностей та професійного становлення. Сучасна українська молодь стикається з безпрецедентним комплексом стресогенних чинників: постійна загроза життю, втрата близьких, вимушена міграція, руйнування звичних соціальних зв'язків та невпевненість у майбутньому, такі фактори стають каталізаторами розвитку депресивних станів, відчуття безнадії та соціальної ізоляції, що є прямими передумовами виникнення суїцидальних намірів.

Попри те, що офіційна статистика в умовах війни може бути неповною, тенденції вказують на зростання рівня тривожності та аутоагресивної поведінки серед осіб віком від 18 до 44 років. Суїцид залишається однією з провідних причин смертності в молодіжному віці, що перетворює проблему з суто клінічної на загальнодержавну, пов'язану з національною безпекою та збереженням людського капіталу країни. У країнах ЄС понад 11 млн дітей і молодих людей (близько 13 %) мають психічний розлад. Показники зростають із віком: серед 15–19-річних частка сягає близько 19 %. Суїцид при цьому лишається другою за частотою причиною смерті серед молоді 15–19 років у ЄС [14].

За даними ЮНІСЕФ, щороку у світі від самогубств гине майже 46 тисяч дітей віком від 10 до 19 років, це одна дитина кожні 11 хвилин. У 2025 році кількість самогубств і спроб суїциду серед неповнолітніх зросла на 17 %. Найбільш уразлива вікова категорія – підлітки 14–16 років [9]. Рівень смертності від суїцидів в Україні є високим і становить приблизно 22,4 особи на 100 тис. населення. При цьому спостерігається значний гендерний розрив: смертність серед чоловіків (34,5 на 100 тис.) значно вища, ніж серед жінок (4,7 на 100 тис.). Абсолютна більшість випадків самогубств припадає саме на осіб працездатного віку.

В Україні у 2022 році зафіксовано 389 самогубств, що у двічі більше ніж в країнах ЄС. В Україні самогубства частіше скоюють чоловіки, які складають приблизно 70-80 % від загальної кількості. Жінки є менш представленими в статистиці самогубств, складаючи близько 20-30 %. У чоловіків більше завершених суїцидів, у жінок більше суїцидальних спроб. Суїциди серед дітей і підлітків є рідшими, але їх частка може зростати залежно від соціальних і психологічних факторів. Це загальносвітова тенденція, що спостерігається і в Україні [13].

Більшість класичних вітчизняних досліджень суїцидальної поведінки проводилися у відносно стабільний період. Сьогодні існує гостра потреба в переосмисленні факторів ризику та превентивних заходів саме через призму воєнної травматизації. Необхідно вивчити, як змінюються копінг-стратегії молоді та які саме антисуїцидальні чинники (резильєнтність, волонтерство, патріотична ідентичність) допомагають особистості протистояти кризовим станам. Таким чином, необхідність розробки ефективних інструментів оцінки рівня суїцидального ризику та пошуку шляхів його зниження серед української молоді визначає вибір теми бакалаврської роботи та її практичну значущість.

Мета дослідження – дослідженні психологічних особливостей суїцидальної поведінки української молоді, визначенні рівнів її прояву та виявленні основних детермінант, що спонукають до аутоагресивних намірів у сучасних соціокультурних умовах.

Об’єкт дослідження – суїцидальна поведінка особистості як складний соціально-психологічний феномен.

Предмет дослідження – рівні та особливості прояву суїцидальної поведінки сучасної української молоді.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз наукових підходів до вивчення феномену суїцидальної поведінки в психологічній літературі.
2. Розкрити зміст та психологічну структуру суїцидальної поведінки особистості в юнацькому віці.

3. Визначити специфіку чинників суїцидального ризику для української молоді в контексті воєнного стану та соціальної нестабільності.

4. Емпірично дослідити рівень суїцидальних тенденцій у вибірки та проаналізувати зв'язок між особистісними характеристиками й антисуїцидальними чинниками.

5. Розробити практичні рекомендації щодо профілактики та раннього виявлення суїцидальних намірів у молодіжному середовищі.

Методи дослідження. Для вирішення поставленої мети та завдань у дослідженні були використані такі методи: теоретичні методи (аналіз, порівняння, узагальнення, систематизація); емпіричні методи: опитувальник «Діагностика рівня суб'єктивного відчуття самотності» (Д. Рассела та М. Фергюсона); методика вивчення депресії А. Бека; методика визначення схильності до суїцидальної поведінки М. Горської; методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій (СР-45) П. Юнацкевича; методи математико-статистичного аналізу - t-критерій Стьюдента, коефіцієнт кореляції Пірсона.

Емпірична база. Дослідження було організовано та проведено на базі Уманського національного університету, вибірку склали здобувачі вищої освіти факультету соціально-психологічної освіти та фізичної культури, освітніх ступенів «Бакалавр» 1-4 курсів та «Магістр» 1-2 курсів.

Практична значимість роботи полягає в тому, що розроблений та апробований комплекс діагностичних методик дозволяє здійснювати оперативний моніторинг ментального стану молоді, виявляти групи «ризику» та вчасно диференціювати пасивні суїцидальні думки від реальних намірів. Результати дослідження можуть бути використані для створення програм психологічного супроводу молоді, спрямованих на підвищення їхньої резильєнтності (життєстійкості) в умовах воєнного стану.

Теоретичне значення роботи полягає в систематизації та поглибленні наукових уявлень про психологічні механізми виникнення суїцидальних тенденцій у молодіжному віці в умовах тривалого суспільного стресу. Робота доповнює теоретичні положення психології особистості та кризової психології

новими даними про особливості перебігу суїцидального процесу в умовах воєнного стану. Конкретизовано зміст поняття «суїцидальна поведінка» стосовно сучасної української молоді, враховуючи специфіку травматизації (вплив повітряних тривог, вимушеного переміщення, втрати соціальної опори). Теоретично обґрунтовано взаємозв'язок між рівнем життєстійкості (резильєнтності) особистості та її здатністю протистояти суїцидальним інтенціям.

Апробація дослідження. Результати дослідження було висвітлено та обговорено на Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні тренінгові технології для розвитку особистості: основні напрямки та технології», 15-16 квітня 2026 року, Маріупольський державний університет, м. Київ.

Публікації:

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, містить 6 таблиць.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Феноменологія суїцидальної поведінки: поняття, види, мотиви та етапи розвитку

У сучасній психології (за Е. Шнейдманом, А. Бекком) суїцидальна поведінка розглядається не як одиничний акт, а як складна активність особистості, спрямована на навмисне позбавлення себе життя. Це зовнішні або внутрішні форми актів, що детермінуються ситуацією дезадаптації та супроводжуються свідомим наміром померти. Суїцид – це не бажання смерті як такої, а спосіб припинити нестерпний психічний біль (так званий «психальгія») [35; 42]. Психологічні підходи до тлумачення суїцидальної поведінки:

1. Психологічний підхід (Е. Шнейдман). Засновником сучасної суїцидології Е. Шнейдманом суїцид визначається як «свідомий акт самознищення, який розуміється як багатовимірна трагедія індивіда, що перебуває в стані нестерпного психічного болю». Шнейдман ввів ключове поняття «психальгія» (psychache) – душевний біль, який виникає через незадоволення фундаментальних психологічних потреб. З цієї позиції, суїцидальна поведінка — це не прагнення смерті, а прагнення припинити свідомість, яка стала джерелом нестерпних страждань [42].

2. Когнітивно-біхевіоральний підхід (А. Бек) А. Бек розглядає суїцидальну поведінку крізь призму «когнітивної тріади безнадії». Згідно з цим підходом, ключовим компонентом поняття є безнадія – переконання особистості в тому, що майбутнє не принесе змін, а поточна криза є нескінченною. Суїцидальна поведінка тут визначається як наслідок специфічного викривлення мислення (когнітивної ригідності), коли людина бачить самогубство як єдиний логічний варіант вирішення проблем [35].

3. Соціологічний та міжособистісний аспекти (Т. Джойнер) Сучасне визначення обов’язково включає міжособистісний контекст. Згідно з Міжособистісною теорією суїциду Т. Джойнера, для виникнення суїцидальної

поведінки необхідне поєднання трьох факторів: відчуття відчуженості («я нікому не належу»); усвідомлення власної обтяжливості («моя присутність – тягар для інших»); набута здатність до суїциду (зниження страху перед смертю та болем через попередній досвід травм або самоушкоджень) [38].

Отже, суїцидальна поведінка – це форма девіантної активності особистості, що детермінується станом глибокої соціально-психологічної дезадаптації, характеризується свідомими діями, спрямованими на самоушкодження або самознищення, і виступає як крайній засіб виходу з кризової ситуації, що сприймається людиною як непереборна.

Сучасні дослідники наполягають на використанні терміну «суїцидальний континуум», що підкреслює безперервність переходу від: антинозологічних проявів (роздуми про сенс життя без наміру померти); суїцидальних ідеацій (виникнення ідей про смерть); суїцидальних намірів та планів; суїцидальних спроб.

Класична соціологічна теорія Е. Дюркгейма [36], викладена в його праці «Самогубство» (1897), доводить, що суїцид – це не лише індивідуальна психологічна проблема, а й результат розладу стосунків між особистістю та суспільством. Він виділив чотири типи суїциду, базуючись на двох критеріях: соціальна інтеграція (згуртованість групи) та соціальна регуляція (контроль суспільства над індивідом). Класифікація суїцидів за Е. Дюркгеймом:

1. Егоїстичний суїцид виникає при недостатній інтеграції особистості в суспільство. Людина відчуває себе відчуженою, самотньою, зв'язки з сім’єю, релігійною громадою чи державою розірвані, коли індивід стає «надто великим егоїстом» у сенсі відірваності від колективних цілей, він втрачає сенс життя, оскільки суспільство більше не дає йому опори. Це актуально для молоді, яка відчуває соціальну ізоляцію або самотність у великих містах.

2. Альтруїстичний суїцид виникає при надмірній інтеграції особистості в суспільство. Індивід настільки зливається з групою, що його власне життя не має цінності порівняно з інтересами колективу. Самогубство сприймається як

обов’язок. Суспільство тисне на людину, вимагаючи самопожертви (наприклад, кодекс честі самураїв або релігійне самоспалення).

3. Аномічний суїцид виникає при недостатній соціальній регуляції (стан аномії), характерний для періодів різких суспільних змін, криз або катастроф, коли старі норми вже не діють, а нові ще не сформовані. Людина втрачає орієнтири, її бажання стають безмежними, а реальні можливості їх задовольнити зникають, це стан «соціального безладу». Це ключовий тип для сучасної України, так як війна зруйнувала звичний життєвий устрій, викликавши стан аномії, що підвищує ризик саме цього виду суїциду серед молоді.

4. Фаталістичний суїцид виникає при надмірній соціальній регуляції, та є протилежність аномічному. Життя людини настільки жорстко контролюється нормами та правилами, що майбутнє здається безвихідним і заблокованим. Відчуття повної несвободи та відсутності вибору (наприклад, рабство або надмірно деспотичне виховання) [36].

Аналізуючи соціальну природу явища, варто звернутися до класичної теорії Е. Дюркгейма, який пов’язував рівень суїцидальності з якістю зв’язків індивіда та громади. Особливої уваги в контексті сучасних подій в Україні заслуговує аномічний тип суїциду, зумовлений радикальною руйнацією соціальних норм та ціннісних орієнтирів молоді під впливом воєнного стану.

Традиційно виділяють три основні типи суїцидальної поведінки:

1. Демонстративна (метою є не смерть, а привернення уваги, крик про допомогу або шантаж, ризик полягає у випадковому летальному результаті).

2. Афективна (здійснюється на висоті емоційного напруження (гнів, розпач, страх) без чіткого попереднього плану).

3. Істинна (характеризується тривалим обдумуванням, підготовкою та твердим наміром завершити життя).

Виділяють такі форми суїцидальних проявів:

1. Внутрішні форми: 1) суїцидальні думки (пасивні: «добре б заснути й не прокинутися» та активні: роздуми про способи); 2) суїцидальні задуми

(розробка плану, вибір часу та місця); 3) суїцидальні наміри (прийняття рішення про дію).

2. Зовнішні форми: 1) суїцидальні спроби (парасуїцид) – дії, що не призвели до смерті; 2) завершений суїцид [29].

Суїцидальна поведінка зазвичай має певну динаміку:

1. Етап предсуїциду – наявність психотравмувальної ситуації, відчуття «глухого кута».
2. Етап амбівалентності – боротьба мотивів «за» і «проти» життя. Саме на цьому етапі психологічна допомога є найбільш ефективною.
3. Етап прийняття рішення – особистість заспокоюється (фальшиве полегшення), починає роздавати речі або прощатися [25].

Розвиток суїцидального процесу прийнято поділяти на два великі періоди: пресуїцидальний період (від виникнення перших думок до спроби) та реалізацію.

1. Пресуїцидальний період (пресуїцид) – це стан особистості, що передує вчиненню суїцидальної спроби, його тривалість може варіюватися від кількох хвилин (при афективному типі) до місяців і років.

- етап пасивних суїцидальних думок: характеризується уявленнями на тему власної смерті («краще б мене не було», «жити не має сенсу»), але без планів щодо способів позбавлення себе життя. людина ще не розглядає себе як суб'єкта дії;
- етап суїцидальних задумів: формується активна форма прояву. з'являється розробка плану: вибір способу, часу та місця. тут часто виникає «крик про допомогу» – вербальні або поведінкові сигнали, якими людина підсвідомо сподівається бути зупиненою;
- етап суїцидальних намірів: прийняття рішення про самогубство, внутрішня боротьба завершується, з’являється готовність до дії.

2. Психологічна боротьба мотивів (амбівалентність) – це центральний психологічний момент пресуїциду. Людина одночасно хоче жити і хоче померти. Суїцидент шукає причини «за» і «проти», поки триває ця боротьба, існує можливість для психологічного втручання.

3. Етап «передсмертного спокою» – часто перед самою спробою оточуючі помічають дивне «покращення» стану людини. Вона стає спокійною, привітною, завершує справи, цпов'язано з тим, що болісний конфлікт вибору розв'язано – рішення прийнято, і психіка відчуває фальшиве полегшення [22].

Рінгел Е. [41] вперше описав пресуїцидальний синдром, згідно якого охарактеризовано три характеристики стану людини безпосередньо перед суїцидом:

- психічне звуження (констрикція): свідомість фокусується лише на проблемі. людина не бачить альтернатив, її сприйняття стає «тунельним». вона не може згадати про тих, хто її любить, або про свої успіхи;
- загальмована агресія, спрямована на себе: замість того, щоб гніватися на зовнішні обставини чи кривдників, людина обертає всю руйнівну енергію проти власного «я»;
- суїцидальні фантазії: людина починає жити у світі мрій про те, як її ховатимуть, як усі шкодуватимуть, або як вона знайде спокій після смерті [41].

Знання етапів суїцидального генезу та ознак пресуїцидального синдрому Е. Рінгеля дозволяє диференціювати рівень суїцидальної загрози, що створює підґрунтя для розробки систем моніторингу, що особливо актуально при оцінці стану молоді, яка може приховувати свої переживання за маскою соціальної активності або, навпаки, апатії.

Асєєва Ю. О., Кузнецова А. В. [1] розглядають суїцидальну поведінку як складний біопсихосоціальний феномен, що є результатом взаємодії індивідуальних психологічних особливостей людини та зовнішніх соціальних чинників. Автори виділяють основні сучасні підходи:

1. Модель стресу та уразливості розглядає суїцидальність як динамічний процес. Суїцидальна поведінка залежить від обміну серотоніну та дофаміну, які регулюють емоційну та пізнавальну сфери людини. Схильність до самогубства часто ґрунтується на наявності депресивних розладів та «запрограмованій» неможливості індивіда справлятися зі стресами. Вірогідність суїциду залежить

від співвідношення між факторами ризику, захисними механізмами та загальною стресостійкістю особистості.

2. Концепція психологічного болю (Е. Шнейдман). Сучасна суїцидологія приділяє велику увагу механізму душевного болю, який виникає через незадоволення базових психологічних потреб. До таких потреб належать: в приналежності та розумінні; в автономії та досягненні. Коли цей біль стає нестерпним, суїцид починає розглядатися особистістю як «інструмент» для досягнення змін у самосвідомості або як спосіб припинення страждань.

3. Психоаналітичний та індивідуально-психологічний підходи. Згідно з підходом А. Адлера, людина може обирати «втечу до суїциду», коли стикається з кризовими ситуаціями, які не може подолати через відчуття власної недостатності. Представники психоаналізу пов'язують аутоагресію з наявністю «Танатосу» – інстинкту смерті.

4. Соціо-психологічна адаптація. Сучасні підходи підкреслюють, що психологічний стан особистості нерозривно пов'язаний із соціальною стабільністю. Молоде покоління є найбільш чутливим до змін в економічній, політичній чи епідеміологічній ситуаціях (наприклад, пандемія COVID-19), що проявляється в нестабільному психічному стані та девіантній поведінці. Самогубство в такому контексті розглядається як реакція на фактори, що спричиняють дезадаптацію особистості [1].

Таким чином, сучасна наука бачить суїцид не просто як одиничний акт, а як наслідок цілого комплексу взаємодіючих факторів, де особисте рішення людини стає способом вирішення проблем, які здаються їй непереборними через високу вразливість та інтенсивний внутрішній біль.

Американський вчений та послідовник школи психоаналізу К. Меннінгер [40], спираючись на наукові доробки З. Фройда щодо інстинктів життя (Ероса) та смерті (Танатоса), дослідив глибинні мотиви самогубства. Він виділив три основні складові суїцидальної поведінки: 1. Бажання вбити. 2. Бажання бути вбитим. 3. Бажання померти. Ці складові відображають внутрішню агресію та

складні психологічні механізми, які Меннінгер розглядав як «війну з самим собою».

Суїцидальна поведінка розглядається як динамічний процес, який має свою внутрішню логіку розвитку та специфічну структуру, процес складається з таких трьох етапів:

1. Етап суїцидальних тенденцій (пресуїцид). Цей період триває від моменту виникнення перших суїцидальних думок до початку спроб їх реалізації. На цьому етапі формується внутрішня готовність до дії, яка може проявлятися у думках, намірах або висловлюваннях.

2. Етап суїцидальних дій. Це етап, на якому внутрішні тенденції та наміри особистості переходять у конкретні вчинки, спрямовані на припинення власного життя.

3. Етап постсуїцидальної кризи. Цей період розпочинається безпосередньо після здійснення суїцидальної спроби і триває до моменту повного зникнення суїцидальних тенденцій [21].

Ці етапи об’єднують зовнішні дії та внутрішні переживання людини в цілісну структуру, яка відображає тип її особистісної кризи. Психологічне наповнення цього процесу складається з мотиваційного, афективного, орієнтовного та виконавчого компонентів. Розуміння цієї динаміки є критично важливим для своєчасної діагностики суїцидального ризику та надання психологічної допомоги.

Ставлення сучасного суспільства до суїциду є результатом тривалої еволюції історичних, культурних та релігійних поглядів, які часто мають діаметрально протилежний характер залежно від регіону та віросповідання. Основними чинниками, що зумовлюють це ставлення, є:

1. Релігійні чинники. Релігія відіграє ключову роль у формуванні суспільної моралі щодо самогубства. В християнстві суїцид традиційно вважається важким та страшним гріхом. Історично це призвело до вкрай негативного ставлення, самогубців забороняли ховати на кладовищах, а тих, хто вижив після спроби, засуджували до каторги. Християнство розглядає цей акт як відмову від долі,

обраної Богом. На противагу Заходу, у багатьох східних культурах до суїциду ставилися з шаною. Наприклад, в Індії існував ритуал «саті» (самоспалення вдови), а в Японії – «харакірі» або «сеппуку», що сприймалося як знак вірності господарю та самовиправдання.

2. Культурні та етнічні чинники. Культура визначає, чи сприймається смерть як ганьба, чи як акт гідності. У давніх данців, германців, готів та ірландців вважалося соромом померти старим і немічним. Існувала традиція «скелі предків», з якої літні люди стрибали добровільно, що викликало повагу оточуючих. У Римській імперії суїцид міг розглядатися як демонстрація переваги людини над богами, а для в'язнів – як спосіб спокутувати провину перед владою. У європейській міфології існувало вірування, що самогубці перетворюються на вампірів, що підсилювало страх та агресію соціуму до таких осіб.

3. Історична еволюція та роль права. В Англії спроба самогубства каралася штрафами та кримінальною відповідальністю аж до 1961 року. У Франції ставлення було настільки агресивним, що тіла померлих вішали або віддавали на поживу тваринам. З XVIII–XIX століть почав зростати науковий інтерес до суїциду як до соціального та медичного феномену, що поступово змінювало вектор від осуду до вивчення причин.

4. Вплив медіа та сучасна «культура копіювання». У сучасному світі на ставлення соціуму величезний вплив мають Інтернет, кінематограф та література, наприклад «Ефект Вертера» (синдром копіювання), коли вихід роману Гете «Страждання юного Вертера» спричинив першу епідемію самогубств у Європі. Самогубства відомих особистостей (Мерилін Монро, Курт Кобейн, Робін Вільямс) часто романтизуються або викликають хвилі наслідування серед фанатів, що змушує сучасне суспільство вводити обмеження на публікацію таких новин у ЗМІ [25].

Таким чином, ставлення сучасного соціуму – це складна суміш застарілих релігійних табу, історичних юридичних норм та сучасного впливу масової культури, де суїцид перетворився з «гріха» на глобальну психосоціальну проблему.

Попри відсутність єдиної універсальної теорії, виділяють п’ять основних концептуальних моделей, які пояснюють причини суїцидальної поведінки:

1. Нейрохімічна гіпотеза. Найбільш розповсюдженою в межах цієї моделі є серотонінова теорія. Дослідження вказують на зниження рівня метаболіту серотоніну (5-HIAA) у спинномозковій рідині пацієнтів, які схильні до самогубства. Встановлено закономірність: чим нижчим є рівень серотоніну, тим жорстокішим зазвичай буває обраний спосіб суїциду. Також виявлено зв’язок із низьким рівнем ферменту моноамінооксидази у тромбоцитах – у таких людей випадки суїцидів у родинному анамнезі зустрічаються у 8 разів частіше.

2. Анатомо-антропологічна модель. Одна з найдавніших теорій, яка шукає причини в фізичних патологіях організму. У XIX сторіччі дослідники пов’язували схильність до суїциду з аномаліями в кістках черепа, патологічними процесами в мозку або навіть у шлунково-кишковому тракті. Вчені тривалий час намагалися знайти в структурі головного мозку конкретну ділянку – «центр самогубства», проте ці пошуки не дали результатів.

3. Генетична гіпотеза. Ця модель базується на дослідженні спадковості. Генетики встановили, що якщо один із монозиготних близнюків вчинив суїцид, ризик для іншого зростає в рази. Статистика свідчить, що у 6 % осіб, які вчинили самогубство, один із батьків мав такий самий досвід, що у 88 разів перевищує середні показники в популяції. Одне з тривалих досліджень у Пенсильванії показало, що за 100 років майже три чверті всіх самогубств у певній громаді сталися лише в чотирьох родинах.

4. Психодинамічна модель (за З. Фройдом). В основі цієї моделі лежить концепція балансу двох інстинктів: Ероса (потяг до життя) та Танатоса (інстинкт смерті, агресії та руйнування). Фройд стверджував, що суїцид є результатом імпульсивної дії Танатоса. У цій моделі самогубство розглядається як злість, що була переадресована із зовнішнього світу на самого себе.

5. Медична модель розглядає самогубство як симптом або прояв захворювання, що виникає під впливом комплексу біологічних та генетичних факторів. Основним чинником суїциду тут вважаються психічні та поведінкові

розлади. Відповідно, головним шляхом вирішення проблеми в межах цієї моделі є діагностика та лікування психічних хвороб [25].

Окрім внутрішньої структури, суїцидальна поведінка молоді проявляється через низку особливостей (характеристик), які можна згрупувати за трьома напрямами:

1. Психологічні особливості: характеризуються низькою самооцінкою, високим рівнем тривожності, відчуттям власної малозначущості та вираженою схильністю до депресії.

2. Соціальні особливості: проявляються через соціальну ізоляцію, відсутність друзів, замкненість та самотність.

3. Фізіологічні прояви: студенти з високим рівнем суїцидального ризику часто скаржаться на порушення сну, втрату апетиту та ваги, фізичну слабкість і психосоматичні захворювання [24].

Розвиток цієї структури часто зумовлений недостатністю життєвого досвіду, що заважає молодій людині правильно визначити мету життя та знайти адекватні шляхи розв’язання кризових ситуацій.

У психології виділяють три основні внутрішні форми суїцидальної поведінки, які відображають поступовий розвиток готовності людини до фатального кроку – від роздумів до вольового рішення. До них належать:

1. Суїцидальні думки. Це початковий етап, що характеризується міркуваннями про відсутність цінності та сенсу життя. Людина обґрунтовує для себе доцільність смерті та починає теоретично обмірковувати можливі способи та засоби самогубства. Ці думки базуються на активному функціонуванні уяви, коли суб’єкт зважує необхідність припинення свого існування.

2. Суїцидальні задуми. На цьому етапі відбуваються складніші мисленнєві операції, під час яких у свідомості формується конкретний план. Людина обирає конкретний спосіб, визначає необхідні засоби, а також обирає час і місце для вчинення самогубства. Психологічно задуми є перехідною тенденцією від віртуального, уявного образу до реального дієвого суїциду.

3. Суїцидальний намір. Це завершальна внутрішня стадія, яка являє собою мотиваційний феномен, утворений із задумів та остаточного вольового рішення. Намір виступає безпосереднім спонуканням до дії, пов'язуючи внутрішній психічний стан людини із зовнішніми складниками вчинку (спробою або завершеним актом) [22].

Ці внутрішні форми є частиною ширшого поняття суїцидальних тенденцій, які також включають відповідні емоційні переживання: почуття провини, тугу, безнадію та тривогу. Важливо розуміти, що внутрішній суїцидальний процес часто є амбівалентним — у людини одночасно борються мотиви бажання померти і бажання жити, що створює вікно можливостей для превентивного втручання та надання допомоги.

Самогубство поділяють на два основних типи: незапланований (імпульсивний) та запланований (раціональний). Особливості цих типів полягають у наступному:

• незапланований (імпульсивний) тип характеризується раптовістю виникнення та швидкістю реалізації аутоагресивної реакції. Він притаманний переважно психологічно незрілим особистостям з емоційною нестійкістю, максималізмом та високим рівнем тривожності. Таку поведінку часто провокують гострі конфлікти (сімейні, інтимні) або стан сп'яніння;

• запланований (раціональний) тип характерний для осіб зрілого та похилого віку, які перебувають у стані глибокої психологічної кризи. Сюди також відносять самогубства психічно здорових осіб, які мають важкі невиліковні соматичні захворювання. Такі суїциди є ретельно продуманими, підготовленими та часто мають високу летальність через вибір надійних способів [21].

Окремо виділено кіберсуїцид – сучасний феномен групового або індивідуального самогубства за допомогою інтернет-ресурсів, який класифікується на чотири підтипи:

1. Комунікативний – віртуальний договір між незнайомими людьми про колективну смерть.

2. Інформаційний – використання мережі для отримання відомостей про способи та засоби вчинення суїциду.

3. Адиктивний – аутоагресивні дії, спровоковані безпосередньо інтернет-залежністю.

4. Он-лайн – вчинення самогубства в реальному часі перед веб-камерою або трансляція процесу в чаті [18].

Таким чином, суїцидальна поведінка не є випадковим одиничним актом, а являє собою складний, динамічний процес, зумовлений глибокою соціально-психологічною дезадаптацією особистості. Ключовим внутрішнім чинником є «психальгія» – нестерпний душевний біль, від якого людина намагається звільнитися через припинення свідомості. Наукові підходи дозволяють класифікувати суїцидальні прояви за мотивацією (істинна, демонстративна, афективна), за характером соціальної інтеграції (егоїстичний, аномічний, альтруїстичний, фаталістичний за Е. Дюркгеймом) та за способом реалізації (імпульсивний, запланований або сучасний феномен кіберсуїциду). Особливої ваги набуває аномічний тип суїциду, що корелює із сучасним станом соціальної нестабільності в Україні.

Суїцидальний генез має чітку етапність: від пасивних думок та пресуїцидального синдрому (звуження свідомості, аутоагресія, фантазії) до прийняття рішення та безпосередньої реалізації. Важливим моментом є етап амбівалентності (боротьби мотивів), який є «вікном можливостей» для ефективної психологічної інтервенції.

Таким чином, розуміння внутрішньої структури суїцидальних тенденцій – від ідеацій до намірів – є фундаментом для діагностики суїцидального ризику. Проте для повного розкриття теми необхідно врахувати, як ці загальні механізми трансформуються під впливом вікових криз, що зумовлює необхідність детального розгляду психологічних особливостей саме молодіжного віку.

1.2. Вікові та гендерні особливості прояву суїцидальних тенденцій серед молоді

Вікові кризи є переломними етапами в житті людини, які суттєво трансформують її внутрішній світ і ставлення до оточуючої дійсності. Згідно з джерелами, вплив цих криз на ціннісну ієрархію особистості проявляється через кілька ключових механізмів. Нормативні вікові кризи виникають під час переходу від одного вікового етапу до іншого і супроводжуються різкими психічними змінами. Під впливом кризової ситуації, яка діє на психіку фруструюче, відбувається: переоцінка ставлення до життя та зміна світовідчуття; встановлення стійкого песимістичного забарвлення світогляду, оцінок і суджень; видозміна та подальше переструктурування ціннісної ієрархії, що часто супроводжується блокуванням життєвих цілей [10]. Зміна цінностей має специфічний характер залежно від етапу розвитку:

• Підлітковий вік та юність. У цей період відбувається становлення нового рівня самосвідомості та завершення особистісної інтеграції. Для підлітків характерне неприйняття системи цінностей старшого покоління, що породжує конфлікти через прагнення до незалежності. Їхня ціннісна сфера часто базується на гіперболізованих уявленнях про гідність, честь, справедливість, добро і зло.

• Зрілий вік (30–55 років). Це час самореалізації та перегляду життєвих програм. Криза виникає тоді, коли з’являється розбіжність між амбітними особистими планами та реальними можливостями їх реалізації. У результаті людина може відчути крах життєвих орієнтирів, що веде до формування аутоагресивних налаштувань.

• Похилий вік (60–70+ років). Криза старіння вимагає духовної реалізації та ретроспективного аналізу пройденого шляху. Ціннісна ієрархія зміщується: провідними стають тілесні потреби, потреба у безпеці та стабільності. Часто актуалізується релігійне світосприймання та нав’язливий духовний пошук [3].

Якщо особистість не має повноцінних життєвих програм або різноманітних значущих інтересів, вона стає вразливою до кризи. Це призводить до порушення

цілісності життєвого сенсу та виникнення відчуття безглуздості існування, що є критичним фактором розвитку суїцидальної поведінки.

Асєєва Ю. О., Кузнецова А. В. [1], відповідно до результатів проведеного психодіагностичного дослідження, визначили, що найбільш критичною віковою групою щодо скоєння суїцидальних дій виявилася категорія молоді віком від 16 до 18 років. У групі 16–18 років сумарний показник осіб, які мають схильність до суїциду або потенційну можливість вчинити такий акт у критичній ситуації, становить 66,67 %. Саме в цій категорії зафіксовано найвищий рівень вираженої схильності до суїциду – 12,50 %. Для порівняння, у старшій групі (19–21 рік) цей показник значно нижчий і становить 4,55 %. Серед респондентів 16–18 років лише 20,83 % не мають схильності до суїцидальних дій, тоді як у групі 19–21 рік цей показник вищий – 31,82 %.

Авторки підкреслюють, що молоде покоління загалом є найбільш чутливим до змін соціальної, економічної, епідеміологічної та політичної ситуації, що часто проявляється у девіантній поведінці та нестабільному психологічному стані. Проте саме підлітки віком 16–18 років демонструють найвищу вразливість, що вказує на гостру потребу в розробці ефективних програм превенції та профілактики суїцидальності саме для цієї вікової категорії [1].

Федосєєва І. В. [30] вказує, що особливості вікової кризи підліткового періоду мають визначальний вплив на формування та динаміку суїцидальної поведінки, оскільки цей етап є одним із найскладніших у розвитку людини, що супроводжується різкими якісними змінами. Суїцидальна поведінка підлітків часто є наслідком патологічного перебігу вікової кризи, що виявляється в емоційних, когнітивних та особистісних порушеннях. Вплив вікової кризи на суїцидальність можна структурувати за декількома ключовими аспектами:

1. Психофізіологічне та емоційне підґрунтя. Процес анатомо-фізіологічної перебудови організму створює фон, на якому розвивається психологічна криза. Активна взаємодія гормонів росту та статевих гормонів викликає інтенсивний розвиток, що призводить до емоційної нестабільності, яку додатково посилює

сексуальне збудження під час статевого дозрівання. Такий стан характеризується інтенсивними негативними емоціями, що можуть спровокувати кризовий стан.

2. Криза ідентичності та пошук сенсу. Однією з головних особливостей підліткового віку є криза ідентичності (за Е. Еріксоном), яка нерозривно пов'язана з пошуком сенсу життя. Невпевненість у стабільності власного внутрішнього світу та страх його втратити створюють основу для постійного стресу. Якщо підліток не знаходить конструктивного виходу з цієї кризи, виникає соціально-психологічна дезадаптація, що трансформується у суїцидальний ризик.

3. Механізми відчуження та негативізму. Підліток починає по-новому оцінювати стосунки з родиною, прагнучи самоствердження, це породжує потребу у відчуженні від батьків, де первинною формою виступає негативізм. Хоча це є частиною пошуку власного «Я», за несприятливих умов це призводить до: соціальної ізоляції та самотності; відчуття непотрібності та втрати сенсу життя; звуження сфери позиції особистості та замкнутості; динаміка та форми прояву.

Суїцидальна поведінка під впливом кризи розвивається як динамічний процес, що проходить етапи від виникнення думок (пресуїцид) до конкретних дій та постсуїцидальної кризи. Особливості підліткового віку зумовлюють специфічні форми суїцидальних дій: демонстративно-шантажні суїциди (з агресивним або маніпулятивним компонентом) – часто як засіб вирішення конфлікту; самоушкодження; суїциди з мотивацією самоусунення, спричинені бажанням припинити нестерпні страждання.

4. Соціальні детермінанти в контексті кризи. Вікова криза загострює сприйняття підлітком зовнішніх факторів. Сім'я (конфлікти, покарання) та школа (неуспішність, конфлікти з учителями) стають тригерами дезадаптації. Несформоване розуміння смерті, нещасне кохання та вплив ЗМІ, що можуть рекламувати суїцидальні моделі, додатково посилюють психологічну напругу [30].

Отже, суїцидальна поведінка є деструктивним способом подолання особистісної кризи, коли підліток через брак досвіду не бачить іншого виходу з ситуації, яку вважає нестерпною.

Музиченко І. В. [18] вказує, що суїцидальна поведінка серед молоді є комплексною проблемою, зумовленою поєднанням внутрішніх криз та зовнішніх соціальних чинників. У сучасних умовах ця вікова група вважається найуразливішою, оскільки період навчання у ЗВО супроводжується становленням ідентичності та процесами самовизначення. До основних соціально-психологічних чинників, що провокують суїцидальну поведінку, джерела відносять наступні групи факторів:

1. Міжособистісні та сімейні проблеми. Конфліктні ситуації у найближчому оточенні часто стають вирішальними для прийняття фатального рішення: проблеми у взаємовідносинах з протилежною статтю, зокрема розрив стосунків або нерозділене кохання; міжособистісні конфлікти та втрата значущих соціальних зв'язків; проблеми в сім'ї, смерть близької людини або відсутність опіки з боку батьків; тривале перебування особистості у ролі жертви (булінг, насилля).

2. Освітні та професійні кризи. Навчальний процес може загострювати існуючі особистісні проблеми через специфічні кризи:

• Криза адаптації (1 курс): пристосування до нових умов життя та навчання, що часто супроводжується підвищеним рівнем відповідальності. Дослідження показують, що саме першокурсники мають вищі показники вираженої депресії та схильності до суїцидальної поведінки порівняно зі студентами старших курсів.

• Навчальні невдачі: розчарування у закладі освіти, страх перед іспитами через високі вимоги до результатів та академічна неуспішність.

• Криза завершення навчання (4-5 курси): пов'язана зі зміною соціального статусу, проблемами з майбутнім працевлаштуванням та фінансовою нестабільністю.

3. Соціально-економічні чинники. Сучасна молодь гостро реагує на загальну ситуацію в країні: фінансові труднощі та складні життєві обставини; соціальні негаразди в суспільстві, катастрофи та надзвичайні зовнішні ситуації; соціальна ізоляція: відсутність друзів, самотність та замкненість, що призводять до ослаблення соціальних зв'язків.

4. Індивідуально-психологічні особливості. Соціальні чинники діють у поєднанні з психологічним станом студента: низька самооцінка, несприйняття себе та відчуття власної неповноцінності; недостатність життєвого досвіду, що заважає правильно визначити мету життя та шляхи її досягнення; високий рівень депресії: існує прямий статистично значущий зв'язок між рівнем депресивності та схильністю до суїциду. За даними джерел, близько 26 % студентів мають високий рівень суїцидальних намірів [18].

Єзерська А. О. [5], у своєму дослідженні суїцидальної поведінки, виявила глибокі гендерні відмінності, які охоплюють мотивацію, вибір інструментарію та психологічні прояви, спостерігається так званий «гендерний парадокс»: чоловіки значно частіше помирають внаслідок самогубства (співвідношення становить приблизно 3–4:1), тоді як жінки у 3–4 рази частіше здійснюють суїцидальні спроби. Встановлено ключові відмінності:

1. Відмінності у проявах та психологічних характеристиках. Жінки демонструють вищі показники за шкалами демонстративності, афективності (емоційної нестабільності) та песимістичного сприйняття майбутнього, для них характерні вищі рівні депресії та безнадійності. Чоловіки характеризуються вищими показниками соціального песимізму та відчуттям власної неспроможності впоратися з життєвими труднощами. Водночас чоловіки загалом демонструють вищу життєстійкість та кращу соціально-психологічну адаптацію (самоприйняття, емоційний комфорт) порівняно з жінками.

2. Ключові мотиви. У чоловіків 62 % випадків основним мотивом є справжнє бажання померти. На їхню суїцидальну поведінку сильніше впливають зовнішні досягнення та соціальний статус, зокрема втрата роботи. У жінок частіше розглядають суїцидальну спробу як «клич про допомогу» (42 %) або спосіб

змінити ситуацію (52 %) чи покарати інших (32 %). Провідними стресорами для жінок є конфлікти в сім'ї, розлучення та досвід насильства.

3. Методи здійснення суїциду. Чоловіки надають перевагу «жорстким» та більш летальним методам, таким як повішення (32 %) або використання вогнепальної зброї (18 %). Вони також рідше повідомляють про свої наміри заздалегідь, що зменшує шанси на порятунок. Жінки частіше обирають «м'які» методи з меншою летальністю, зокрема отруєння медикаментами (56 %) та самопорізи (38 %).

4. Копінг-стратегії та соціальна підтримка. Способи подолання стресу також мають гендерне забарвлення. Чоловіки віддають перевагу проблемно-орієнтованим стратегіям. Однак вони часто схильні до придушення емоцій, уникання та зловживання алкоголем як способу «лікування» душевного болю. Жінки частіше використовують емоційно-орієнтовані стратегії та активніше шукають соціальну підтримку. Емоційна та оціночна підтримка з боку оточення виступає для жінок потужним захисним фактором [5].

Бугайова Н. М. [2] вказує, що мотиви та способи здійснення самогубств суттєво різняться залежно від віку особи, що зумовлено специфікою вікових криз, рівнем психологічної зрілості та соціальними факторами. Для дітей та підлітків (до 17-18 років) найбільш характерним є незапланований (імпульсивний) тип суїциду, що пояснюється емоційною нестійкістю, максималізмом та відсутністю життєвого досвіду. У дітей до 12 років провідними є сімейні конфлікти, агресивна поведінка батьків або близьких. У підлітків (12–17 років) додаються конфлікти з однолітками, вчителями, нерозділене кохання та екзистенційні кризи. Нерідко суїцид виступає як протест, помста або «заклик про допомогу», а не реальне бажання померти. Співвідношення завершених самогубств до спроб становить 1:100. Це свідчить про те, що підлітки часто обирають демонстративні способи, які дають шанс на порятунок.

У молоді (17–29 років) суїцидальна поведінка часто пов'язана з періодом професійного становлення та інтимно-особистісних стосунків. Основними

чинниками є розрив стосунків із партнером, почуття самотності, страх перед майбутнім та соціальна дезадаптація (наприклад, через навчальну або професійну неспроможність). Також каталізатором часто виступає алкогольне або наркотичне сп’яніння. Переважають імпульсивні дії на фоні гострих сварок; серед дівчат суїцидальні спроби зустрічаються значно частіше, ніж завершені акти (співвідношення приблизно 10:1).

У зрілому віці (30–55 років) суїцидальна поведінка стає більш раціональною та продуманою. Провідними стають соціально-професійна неспроможність, фінансові проблеми, безробіття, а також серйозні сімейні кризи (розлучення, зрада, смерть близьких). Чоловіки в цій групі частіше вчиняють завершені самогубства через економічні труднощі, тоді як жінки – через інтимно-особистісні драми. Суїцидальні дії стають наслідком тривалої психотравмуючої ситуації. З’являються такі мотиви, як самопокарання та уникнення фізичних чи моральних страждань.

У похилому та старечому віці (60–70+ років) суїцид найчастіше має запланований характер і відзначається високою «результативністю». На перший план виходять самотність, втрата сенсу життя після виходу на пенсію (втрата соціальної ролі), важкі соматичні захворювання та страх безпорадності. Смерть близьких у цьому віці різко знижує адаптаційні можливості особистості. Люди похилого віку (особливо старше 70 років) схильні використовувати завідомо летальні способи самогубства, які не залишають шансів на випадкове втручання чи порятунок. Співвідношення спроб і завершених актів тут становить 1:1 [2].

Резюмуючи, можна сказати, що суїцидальна поведінка з віком еволюціонує: від емоційного крику про допомогу в юності до холодного, виваженого рішення про припинення існування в старості.

Пузь І. В. [23] вказує, що статеві та вікові особливості є одними з ключових детермінант, що визначають рівень суїцидального ризику та характер суїцидальної поведінки особистості. Науковці виокремлюють три основні етапи людського життя, на які припадають піки суїцидальної активності:

• Перший пік (15–24 роки). Цей період збігається з часом юності та ранньої дорослості. Дослідники зазначають, що схильність до самогубства найчастіше спостерігається саме серед молоді віком від 15 до 29 років.

• Другий пік (40–60 років). Період зрілості, що часто супроводжується кризами ідентичності.

• Третій пік – похилий вік [23].

Особлива вразливість молодого віку зумовлена тим, що це період остаточного формування особистості та переходу до самостійного життя. У цей час людина стикається з новими соціальними викликами: вступом до ЗВО, пошуком роботи, створенням сім'ї та несенням юридичної відповідальності. Для молоді цей вік є сензитивним для закріплення невротичних тенденцій (зокрема патологічного перфекціонізму), а нездатність відповідати завищеним стандартам у цей критичний період значно підвищує ризик втрати сенсу життя.

Статистичні дані вказують на суттєву розбіжність у суїцидальній поведінці залежно від статі. У всьому світі кількість завершених актів самогубства серед чоловіків у 3–4 рази більша, ніж серед жінок. Окрім біологічної статі, джерела виокремлюють чинник сексуальної орієнтації. Гомосексуальні особи виявляють вищу схильність до суїциду, що пов'язано не з внутрішньою патологією, а з утрудненою соціальною адаптацією та неприйняттям з боку суспільства [23].

Віковий та статевий ризики часто підсилюються іншими соціально-психологічними обставинами:

1. Сімейний стан: нещасливе сімейне життя, зрада, розлучення або неможливість побудувати стосунки стають каталізаторами суїцидальних думок.

2. Освітній рівень: парадоксально, але високоосвічені люди можуть бути більш вразливими через гостре усвідомлення «неминучості буття» та виникнення екзистенційного вакууму (відчуття апатії та втрати сенсу), коли подальша самореалізація здається неможливою.

3. Студентське середовище: для молоді в період навчання ризик зростає через хронічний дистрес, страх відрахування, конфлікти з викладачами та проживання окремо від батьків [23].

Таким чином, аналіз вікових та гендерних особливостей суїцидальної поведінки дозволяє констатувати, що ці чинники є фундаментальними детермінантами, які визначають характер, мотивацію та летальність аутоагресивних дій. Період від 15 до 24 років (із піком у 16–18 років) є найбільш критичним етапом, що зумовлено поєднанням інтенсивної психофізіологічної перебудови, кризи ідентичності за Е. Еріксоном та соціальної дезадаптації. Для цього віку характерний «імпульсивний» тип суїциду, де брак життєвого досвіду та емоційна нестабільність призводять до вибору деструктивних способів виходу з кризи.

Суїцидальна мотивація еволюціонує разом із віком. У підлітків та молоді переважають міжособистісні конфлікти, протестні реакції та екзистенційні пошуки сенсу. У зрілому віці домінують соціально-професійна неспроможність та сімейні драми. У похилому віці суїцид стає раціональним, виваженим рішенням, спровокованим самотністю, соматичними хворобами та страхом безпорадності.

Сучасна українська молодь виявляє найвищу сензитивність до аномії (руйнації норм), спричиненої війною та соціально-економічною нестабільністю. Це підтверджує тезу про те, що суїцидальна поведінка молоді є не лише особистісною проблемою, а й індикатором загального неблагополуччя суспільства. Таким чином, вікові та статеві характеристики особистості виступають базовим фільтром, крізь який заломлюються зовнішні стресори. Розуміння цих особливостей є ключовим для створення диференційованих програм превенції, спрямованих на зміцнення антисуїцидальних чинників у найбільш вразливих групах.

1.3. Соціально-психологічні чинники ризику суїцидальної поведінки в сучасних умовах України

Гура А. [4] представив аналіз даних за 2023 та 2024 роки, проведений на базі НДСЛ «Охматдит», виявив кілька ключових тенденцій щодо суїцидальних спроб серед підлітків в Україні в умовах воєнного стану. Кількість підлітків із суїцидальною поведінкою залишається високою, з тенденцією до незначного зростання у 2024 році (23 випадки порівняно з 22 у 2023 році). Особливо тривожним є збільшення кількості повторних консультацій на 22,6 % серед дітей та на 27,9 % серед батьків, що вказує на поглиблення психоемоційних проблем через тривалі бойові дії. Більшість спроб самогубства вчиняють дівчата (85 % у 2023 році та 83 % у 2024 році). Найбільш вразливою залишається вікова група 15–18 років (50–60 % випадків), проте у 2024 році спостерігалося зростання частки спроб серед молодших підлітків віком 13–15 років – з 35 % до 45 %. Наймолодшій зафіксованій дитині, яка вчинила спробу, було 11 років.

Головною причиною суїцидальної поведінки є депресивні стани (81,8 % випадків). Іншими значущими факторами є порушення дитячо-батьківських відносин (40,9 %) та булінг (18,1 %). Війна виступає потужним каталізатором, який поглиблює ці проблеми через страх, втрату близьких, соціальну ізоляцію та відчуття безвиході [3].

Основний метод скоєння суїциду – отруєння медикаментами. Більшість підлітків також мають коморбідні (супутні) стани: самоушкоджуючу поведінку (шрамування), порушення харчової поведінки, сну та апетиту, а також астенічні стани. Близько 35–40 % підлітків уже перебували під наглядом фахівців та отримували терапію на момент спроби. Проте ефективність лікування часто знижувалася через відсутність контролю з боку батьків за прийомом ліків дітьми.

Підлітки з неповних сімей або тих, що пережили розлуку через війну (виїзд за кордон, мобілізація батьків), є більш емоційно вразливими через нестабільність та обмежену підтримку [4].

Головська І. Г., Авадані В. А. [3] вказують, що дестабілізація психіки підлітків у сучасних умовах зумовлена поєднанням гострих зовнішніх викликів та складних внутрішніх процесів розвитку особистості. Основними чинниками є:

1) Зовнішні чинники:

- загрозливі дії держави-агресора та безпосередній вплив воєнних дій, що створюють ситуацію постійної небезпеки;
- нестабільна економічна та політична ситуація, яка підриває відчуття безпеки та стабільності у суспільстві;
- інформаційне середовище та кіберпростір, зокрема збільшення впливу інформаційного поля та доступність негативного контенту в мережі;
- соціальне оточення, що включає недостатню суспільну підтримку, а також конфлікти або непорозуміння з однолітками та значущими дорослими (батьками).

2) Внутрішні чинники:

- фізіологічні зміни: період підліткового віку (від 11 до 17 років) супроводжується стрімкою анатомо-фізіологічною перебудовою організму, що викликає непередбачувані стани;
- психічна незрілість: психіка підлітка ще перебуває в стадії розвитку, що робить її особливо вразливою до зовнішнього тиску;
- емоційна нестабільність: висока чутливість, низька стійкість до стресу та відсутність сформованих моделей подолання життєвих труднощів;
- криза ідентичності та пошук сенсу: внутрішні конфлікти, пов’язані з самоідентифікацією, визначенням власної ролі в суспільстві, нерозділеним коханням та тривогою за майбутнє;
- стан внутрішньої кризи: емоційні страждання, відчуття провини, образи або постійна дратівливість, що можуть переростати в агресивну або самоушкоджуючу поведінку.

Поєднання цих факторів створює значне емоційне напруження, яке може призводити до девіантної або суїцидальної поведінки, особливо у критичних життєвих ситуаціях [3].

Автори дослідження пропонують чітке визначення та структуру поняття «суїцидальна поведінка», розглядаючи її як комплексний процес, що має як внутрішні, так і зовнішні прояви. Суїцидальна поведінка визначається як свідомий, вольовий акт, спрямований на припинення власного життя. Через такий вчинок особистість намагається завершити своє існування, перебуваючи в стані внутрішньої кризи або глибокого емоційного страждання. Автори зазначають, що поведінка суїцидента спочатку формується на внутрішньому рівні у вигляді міркувань, задумів та конкретних намірів щодо здійснення аутоагресивних дій. Внутрішні наміри згодом трансформуються у зовнішні дії, якими є безпосередньо суїцидальні спроби або завершений суїцид. Суїцидальна поведінка розглядається як наслідок детермінуючого впливу кризових станів, де найбільш небезпечною є криза підліткового віку (11–17 років) через анатомо-фізіологічну перебудову та конфлікти із соціумом. Схильність до такої поведінки підсилюється емоційними розладами, стресом, недостатньою підтримкою оточення та дестабілізацією психіки через воєнні дії [3].

Таким чином, суїцидальна поведінка описується не просто як одинична дія, а як свідомий шлях особистості від внутрішніх роздумів до зовнішньої спроби самогубства під тиском нестерпних життєвих обставин.

Іваць-Чабіна А. Р., Іваць О. М. [6] виділяють основні соціальні та медичні чинники, які впливають на ризик суїцидальної поведінки серед молоді віком 18–35 років. Соціальні чинники: 1) проблеми в родині (найвагоміший фактор, який посідає перше місце за результатами опитування – 40 % респондентів зазначили сімейні негаразди як потенційну причину суїциду); 2) конфлікти у міжособистісних стосунках (сварка з близькою людиною (партнером, другом або родичем) є вагомою причиною для 10 % опитаних); 3) фінансові та професійні труднощі (близько 8 % осіб можуть вчинити суїцид через фінансові проблеми. Також до факторів ризику належать втрата роботи та проблеми в колективі (на роботі чи у навчальному закладі); 4) втрата близької людини (смерть когось із близьких є суттєвим стресовим фактором, що підвищує ризик самогубства).

Медичні чинники: 1) стан фізичного здоров'я: проблеми зі здоров'ям, зокрема серйозні захворювання, інвалідність або невиліковні хвороби, посідають друге місце серед причин і впливають на рішення 32 % респондентів. Дослідження показало, що навіть серед осіб без попередньо діагностованих розладів психіки та поведінки, 34 % мають підвищений суїцидальний ризик (із них 18 % – високий ступінь), це вказує на те, що відсутність офіційного медичного діагнозу не гарантує відсутності суїцидальних намірів [6].

Згідно з результатами дослідження, проведеного серед молодих осіб віком 18–35 років, можна виділити три основні причини, які найчастіше стають факторами ризику або безпосередніми приводами для суїцидальної поведінки: 1. Проблеми в родині та сімейні негаразди. 2. Проблеми зі здоров'ям. 3. Конфлікти у міжособистісних стосунках (сварки). Окрім цих ключових чинників, можуть бути фінансові проблеми (8%), смерть близької людини, проблеми на роботі чи в навчанні та втрату роботи як додаткові стресові фактори. Примітно, що значний ризик суїцидальної поведінки було виявлено у 34 % осіб, які раніше не мали діагностованих психічних розладів, що підкреслює важливість раннього скринінгу [6].

Сердюк О. О. [27] зазначає, що повномасштабне вторгнення рф у 2022 році суттєво вплинуло на психоемоційний стан української молоді, призвівши до зростання суїцидальних ризиків та зміни їхньої динаміки. За результатами застосування Шкали набутої здатності до самогубства та відсутності побоювання смерті (ACSS-FAD), частка студентської молоді, що входить до групи ризику, зросла з 25 % у 2020–2021 роках до 29 % у 2022 році. Це означає, що після початку повномасштабної війни майже третина молодих людей опинилася в зоні ризику. Фіксується стабільна тенденція до зростання суїцидальності серед близьких та друзів опитаних протягом останніх трьох років. Зокрема: 33,5 % молоді у 2022 році повідомили, що їхні друзі мали думки про самогубство (проти 28,5 % у 2020 р.). Частка тих, чиї члени родини або друзі робили спроби суїциду, зросла з 9% до 13 %. Кількість тих, хто знає людей, які покінчили життя самогубством, збільшилася з 7 % у 2020 р. до 11,1 % у 2022 р.

Серед молоді старше 18 років сформувалася відносно стабільна група осіб із вираженими суїцидальними проявами: суїцидальною ідеацією (25 %), плануванням суїциду (15 %) та безпосередніми спробами (5 %). Вимірювання за методикою ACSS-FAD фокусується на «набутій здатності до самогубства», яка включає відсутність побоювань смерті та підвищену фізіологічну толерантність до болю. Зростання показника ризику до 29 % у 2022 році пов'язане саме зі зміною рівня безстрашності перед смертю (FAD – Fearlessness About Death), що є критичним діагностичним конструктом для оцінки реальної спроможності людини вчинити суїцид. Існує невелика (2–3 %), але стабільна група молоді, якій надходили прямі пропозиції скоїти самогубство. Дослідники наголошують, що це явище має кримінальний характер і потребує додаткового вивчення та розробки превентивних заходів [27].

В Україні традиційно масштаби суїцидальної поведінки часто залишалися невідомими через «радянську традицію» уникати прямих запитань про суїцид, проте сучасні лонгітюдні дослідження (ULS+) та західні психодіагностичні підходи дозволяють відстежити цей шлях людини до фатального рішення ще на етапі формування здатності до нього. Порівняння мотивів суїцидальної поведінки підлітків та осіб похилого віку демонструє фундаментальну різницю між імпульсивним «криком про допомогу» та раціональним рішенням про припинення життя. Основні відмінності полягають у наступному:

1. Мотиви та чинники у підлітковому віці (12–17 років). Для підлітків суїцидальна поведінка найчастіше є ситуаційною реакцією, що виникає на фоні емоційної нестійкості та відсутності життєвого досвіду. Провідною причиною (до 80% випадків) є сімейні конфлікти, агресивна поведінка батьків, розлучення або неблагополуччя в родині. Також значущими є сварки з однолітками, вчителями та нерозділене кохання. Суїцидальні дії підлітків часто не мають на меті смерть. Це спосіб помсти, протесту або «заклик про допомогу», спрямований на те, щоб змінити ситуацію чи звернути на себе увагу. Важливу роль відіграє екзистенційна криза, почуття неповноцінності через навчальні

невдачі, які сприймаються як «особистий крах», та гіперболізація понять честі й справедливості.

2. Мотиви та чинники у похилому віці (60–70+ років). У старечому віці суїцид набуває запланованого та раціонального характеру, стаючи наслідком глибокого аналізу життєвих перспектив. Основними мотивами є вихід на пенсію (втрата колишнього значення), звуження кола спілкування та зміна звичного укладу життя. Провідними чинниками стають важкі соматичні захворювання, що спричиняють біль, а також страх перед безпорадністю, залежністю від інших та «танатофобія» (страх смерті). Для людей похилого віку найбільш травматичною є соціальна ізоляція та смерть близьких, що різко знижує їхні адаптаційні можливості. Можливий вплив релігійного фанатизму або нав’язливого духовного пошуку, що за несприятливих умов веде до аутодеструкції [27].

Пузь І. В. [23] вказує, що розвиток молодіжного суїцидизму є складним біосоціальним феноменом, що детермінується взаємодією широкого спектра зовнішніх обставин та внутрішніх психологічних особливостей особистості. Соціальне середовище створює контекст, у якому формується або нівелюється схильність до самогубства. Сучасне суспільство орієнтоване на стрімке кар’єрне зростання, матеріальний достаток та постійний успіх. Це висуває до молоді підвищені вимоги, яким не завжди вдається відповідати. Несприятлива атмосфера в соціальних групах, відсутність взаєморозуміння з партнером, конфлікти, насильство в сім'ї або розлучення значно підвищують ризик. Також важливим є чинник соціального прийняття: наприклад, гомосексуальні особи мають вищу схильність до суїциду через труднощі з адаптацією та неприйняття соціумом.

Для студентської молоді критичними факторами стають стреси, пов’язані з навчанням, конфлікти з викладачами, проживання окремо від батьків та страх відрахування. Цікаво, що високий рівень освіти також може бути чинником ризику: усвідомлення «неминучості буття» за неможливості подальшої самореалізації може призводити до виникнення екзистенційного вакууму – відчуття втрати сенсу життя. Погане матеріальне забезпечення та

неблагополучні життєві ситуації часто стають підґрунтям для стресових станів, з яких людина не бачить конструктивного виходу [23].

Індивідуально-психологічні особливості часто відіграють вирішальну роль у тому, як саме молода людина реагує на соціальні виклики:

• Патологічний перфекціонізм як один із найважливіших чинників. У той час як «нормальний» перфекціонізм стимулює до досягнень, патологічний перфекціонізм змушує людину встановлювати недосяжні ідеали. Такі особи фіксуються на невдачах, надмірно критично оцінюють себе і відчувають постійний страх помилки. Якщо їхні прагнення бути найкращими не знаходять підтвердження, ризик появи суїцидальних думок різко зростає.

• Емоційні стани та риси характеру. Високий рівень тривожності, фрустрації, ригідності (важкості пристосування до змін) та агресії є характерними для молоді зі схильністю до суїциду. Стан хронічного дистресу та домінування негативних емоцій (депресивність, невротизація) виступають активізаторами суїцидального ризику.

• Когнітивні особливості. Потенційні суїциденти схильні перебільшувати масштаби проблем, сприймаючи дрібні труднощі як глобальні катастрофи. У них часто спостерігається максималізм та порушення часової перспективи – нездатність будувати плани на майбутнє через зацикленість на поточному стражданні.

Схильність до самогубства зазвичай формується внаслідок порушення процесу соціалізації. Наприклад, під тиском близького оточення, яке вимагає досконалості, молода людина з патологічним перфекціонізмом втрачає здатність відчувати задоволення від життя.

Водночас існують і стримувальні чинники – антисуїцидальні фактори, такі як глибоке почуття відповідальності за близьких, обов’язок, релігійні переконання (уявлення про гріховність) та страх фізичного болю. У молоді з нормальним проявом перфекціонізму ці захисні чинники зазвичай виражені набагато сильніше, ніж у тих, хто має патологічні схильності [23].

Патологічний перфекціонізм суттєво деформує психологічний стан сучасної молоді, перетворюючи прагнення до успіху на деструктивний чинник, що виснажує особистість. Відповідно до джерел, цей вплив проявляється через низку емоційних, когнітивних та поведінкових порушень. Молодь із патологічним проявом перфекціонізму перебуває у стані постійної психологічної напруги через встановлення надмірно завищених, часто недосяжних ідеалів [23].

Психологічний стан молоді погіршується через специфічне сприйняття реальності. Замість задоволення від досягнень, людина постійно шукає слабкі сторони у своїх результатах, а успіх стає лише приводом для чергового підвищення вимог до себе. Будь-які конфлікти або локальні проблеми екстраполюються на всі сфери життєдіяльності, що створює відчуття глобальної катастрофи. Через страх майбутніх поразок та надмірну заглибленість у поточні труднощі, молода людина втрачає здатність конструктивно планувати своє майбутнє.

Найбільш критичним наслідком патологічного перфекціонізму є формування високої схильності до суїциду. У стані розпачу молоді люди можуть почати шукати виправдання самогубству в культурних цінностях або нормативах. На відміну від «нормальних» перфекціоністів, у патологічних значно слабше виражений антисуїцидальний фактор – почуття обов’язку перед близькими чи страх фізичного болю. Понад 56 % осіб, що вчинили самогубство, намагалися відповідати ідеалам під тиском близького оточення. На противагу патологічному стану, нормальний перфекціонізм характеризується адаптивністю, самодисципліною та здатністю знаходити вихід із кризових ситуацій, не втрачаючи психологічної стійкості [23].

Роль сім’ї у розвитку аутоагресивної поведінки підлітків є визначальною та багатогранною, оскільки саме сімейне середовище є основним чинником, що формує та спрямовує духовно-соціальне життя дитини. Для підліткового віку цей вплив є значно суттєвішим, ніж для дорослих осіб. Вплив сім’ї на розвиток саморуйнівної поведінки проявляється через такі аспекти. У 80 % випадків джерелом ситуаційних реакцій, що ведуть до самогубства, є саме сімейні

конфлікти. Аутоагресивні дії часто стають наслідком мікросоціального конфлікту та соціально-психологічної дезадаптації підлітка в родині. Провідними причинами суїцидальних спроб є сварки, агресивне ставлення батьків або близьких до дитини, а також загальне сімейне неблагополуччя. Будь-яким суїцидальним діям підлітків зазвичай передують конфліктні ситуації вдома. Значущу роль відіграє фактор повноти родини – більшість підлітків, які вчиняли спроби самогубства, виховувалися в неповних сім'ях. Також вкрай травматичним фактором для молоді є втрата одного з батьків [17].

Конфлікти часто виникають на ґрунті суперечності між підвищеною потребою підлітка в особистій свободі та його матеріальною залежністю від батьків. Неприйняття системи цінностей старшого покоління та розбіжність у поглядах стають підґрунтям для протестних форм поведінки. Ранні шлюби (15–19 років) часто є спробою підлітка позбутися опіки або нестерпної обстановки в батьківській родині, проте вони не зменшують, а навпаки, підвищують суїцидальний ризик. У сімейному контексті суїцидальна поведінка підлітка часто набуває форми протесту, помсти або «заклику про допомогу», де метою є не смерть, а зміна ставлення близьких або досягнення певного результату. Також можливі демонстративно-шантажні дії через нерозуміння між поколіннями. Отже, сім'я може виступати як потужним антисуїцидальним бар'єром, так і основним каталізатором аутоагресії, якщо в ній панує атмосфера тиску, нерозуміння або агресії [17].

Таким чином, аналіз соціально-психологічних чинників ризику в сучасних умовах України дозволяє зробити висновок, що суїцидальна поведінка молоді є результатом складної взаємодії макросоціальних потрясінь та мікросоціальних деформацій. Повномасштабне вторгнення спричинило зростання «набутої здатності до самогубства» (за Т. Джойнером) серед української молоді, що проявляється у зниженні страху перед смертю та підвищенні толерантності до болю. Статистика свідчить про збільшення частки молоді в «зоні ризику» до 29 %, а також про небезпечне «омолодження» суїцидальних спроб (зростання частки групи 13–15 років).

Незважаючи на зовнішні загрози, сім’я залишається центральною детермінантою: до 80 % суїцидальних реакцій підлітків спровоковані саме сімейними конфліктами, деструктивними методами виховання або втратою підтримки через розлуку, зумовлену війною. Сім’я виступає або головним захисним бар’єром, або основним тригером дезадаптації. Основним внутрішнім чинником залишаються депресивні стани (понад 80 % випадків), які в сучасних умовах часто супроводжуються коморбідними проявами: самоушкодженням (селфхарм), розладами харчової поведінки та сну. Це вказує на те, що суїцид часто є крайнім способом зупинити нестерпний «психологічний біль».

Особливістю сучасної молоді, зокрема студентства, є вразливість перед патологічним перфекціонізмом. Встановлення недосяжних ідеалів у поєднанні з жорсткими вимогами соціуму до «успішності» веде до втрати сенсу життя при найменших невдачах, що нівелює антисуїцидальні чинники (відчуття обов'язку, страх болю). Інформаційне середовище та феномен кіберсуїциду створюють нові канали ризику, де негативний контент та прямі пропозиції до самоусунення в мережі стають додатковими факторами, що впливають на психологічно незрілу особистість. Зберігається значний розрив між високою частотою спроб серед дівчат (83–85 %) та високою летальністю серед чоловіків працездатного віку. Це підкреслює необхідність диференційованого підходу до превенції: від стабілізації емоційної сфери у дівчат до роботи з соціальним песимізмом та набутою безстрашністю у хлопців.

Таким чином, у сучасній Україні суїцидальна поведінка особистості трансформувалася з суто індивідуальної кризи у кризу адаптації до екстремальних умов. Це вимагає розробки багаторівневих програм допомоги, які включали б як клінічний скринінг депресії, так і роботу з життєстійкістю (резильєнтністю) молоді в умовах аномії.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ

2.1. Організація та методи дослідження

Теоретичний аналіз проблеми, здійснений у першому розділі, засвідчив, що суїцидальна поведінка є складним багатофакторним феноменом, який набуває специфічних рис у молодіжному віці, особливо в умовах соціальної аномії та воєнного стану. Метою практичного дослідження є виявлення та аналіз рівня суїцидального ризику, схильності до аутоагресивних дій та вивчення психологічних чинників, що детермінують суїцидальну активність сучасної молоді.

Методологічною основою емпіричного дослідження виступили когнітивний підхід А. Бека (концепція безнадії), міжособистісна теорія суїциду Т. Джойнера (феномен набутої здатності) та принципи системного підходу в діагностиці кризових станів особистості. Організація дослідження передбачає дотримання етичних норм психологічного обстеження, зокрема принципів конфіденційності, добровільності та професійної відповідальності за психоемоційний стан респондентів. Відповідно до проведено теоретичного аналізу, було застосовано такі методики:

1. Опитувальник «Діагностика рівня суб’єктивного відчуття самотності» (Д. Рассела та М. Фергюсона) [19].
2. Методика вивчення депресії А. Бека [15].
3. Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки М. Горської [16].
4. Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій (СР-45) П. Юнацкевича [28].
5. Методи математико-статистичного аналізу – t-критерій Стьюдента, коефіцієнт кореляції Пірсона.

Опитувальник «Діагностика рівня суб’єктивного відчуття самотності» (Д. Рассела та М. Фергюсона) [19] була розроблена психологами Д. Расселом та М.

Фергюсон у співавторстві з Л. Е. Пепло у 1978 році на базі Каліфорнійського університету в Лос-Анджелесі. Оригінальна назва – UCLA Loneliness Scale. Історично методика пройшла три етапи модифікації. Перша версія (1978) містила лише прямі твердження, Друга версія (1980) були додані зворотні запитання для зменшення впливу соціальної бажаності. Третя версія (1996) була спрощена для кращого розуміння респондентами різних вікових категорій. Інструкція для респондентів «Вам пропонується низка тверджень, що описують почуття людини. Прочитайте уважно кожне твердження та оцініть, наскільки часто ви відчуваєте подібне, використовуючи шкалу відповідей: «Часто» – 3 бали; «Іноді» – 2 бали; «Рідко» – 1 бал; «Ніколи» – 0 балів».

Обробка результатів. Опитувальник складається з 20 пунктів, для підрахунку загального показника суб'єктивного відчуття самотності (S) використовується формула, де сумуються бали за всіма відповідями. Прямі запитання (де самотність підтверджується): наприклад, «Я почуваюся самотнім». Зворотні запитання (шкала перекодовується, якщо вони присутні в модифікації): наприклад, «Я відчуваю себе частиною групи друзів». У стандартному варіанті Рассела-Фергюсона просто підраховується сума балів за обраними варіантами (від 0 до 60 балів).

Інтерпретація результатів. Отриманий сумарний показник дозволяє класифікувати респондентів за трьома рівнями: 0–20 балів – низький рівень самотності. Людина почувається інтегрованою в соціум, має достатньо значущих зв'язків і відчуває підтримку оточення. 21–40 балів – середній рівень самотності. Характеризується епізодичними відчуттями самотності, що може бути пов'язано з конкретними ситуативними чинниками (наприклад, переїзд, зміна колективу). 41–60 балів – високий рівень самотності. Свідчить про глибоке хронічне відчуття ізоляції, відчуженості та брак емоційної близькості. Високі показники за цією методикою в поєднанні з факторами ризику війни є критичними для прогнозування суїцидальних ідеацій [19].

Шкала депресії А. Бека [15] розроблена американським психотерапевтом, засновником когнітивної терапії А. Беком у 1961 році. В основу ліг клінічний

досвід спостереження за пацієнтами з депресією, що дозволило Беку виділити 21 ключовий симптом (когнітивний, емоційний та фізичний). У 1978 році вийшла переглянута версія (BDI-IA), а у 1996 році – версія BDI-II, яка була адаптована до сучасних критеріїв DSM-IV (включено симптоми зміни апетиту та сну в обидві сторони: як збільшення, так і зменшення). В Україні методика широко використовується в адаптації Н. Тарабриної. Інструкція для респондентів «У цьому опитувальнику містяться групи тверджень. Уважно прочитайте кожну групу і виберіть у кожній одне твердження, яке найкраще описує ваш стан протягом останнього тижня, включаючи сьогоднішній день. Поставте позначку біля обраного варіанту».

Обробка результатів. Опитувальник складається з 21 категорії (симптоми). Кожна категорія містить 4 твердження, що оцінюються від 0 до 3 балів залежно від зростання тяжкості симптому. Загальний бал обчислюється шляхом простого сумування балів за всіма 21 пунктом. Максимально можливий результат – 63 бали. Інтерпретація результатів для версії BDI-I (яка найчастіше використовується в студентських дослідженнях) шкала оцінки виглядає так:
0–9 балів: Відсутність депресивних симптомів (норма). 10–15 балів: легка депресія (субдепресія). 16–19 балів: помірна депресія. 20–29 балів: виражена депресія (середньої тяжкості). 30–63 бали: важка депресія.

Категорія № 9 у цьому опитувальнику стосується безпосередньо суїцидальних думок. Високий бал за цим окремим пунктом є сигналом про негайний суїцидальний ризик, навіть якщо загальний бал депресії не є критичним [15].

Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки М. Горської [16] створена вітчизняною дослідницею М. В. Горською у 1990-х роках спеціально для діагностики підлітків та молоді. Вона базується на уявленні про те, що суїцидальна схильність не є ізольованою рисою, а виникає на тлі специфічних особистісних станів (тривога, агресія тощо). Інструкція для респондентів «Вам пропонується опитувальник, який містить 40 тверджень. Якщо ви згодні з твердженням, позначте його «так», якщо ні – «ні». Будьте щирими, правильних чи неправильних відповідей немає».

Обробка результатів. Методика містить 4 основні шкали (по 10 питань на кожну): тривожність; фрустрація; агресія; ригідність. Кожна позитивна відповідь («так») на ключове питання додає 1 бал. Інтерпретація результатів по кожній шкалі виводиться показник від 0 до 10: 0–6 балів – низький рівень (норма). 7–10 балів – високий рівень (схильність до суїцидальної поведінки через відповідний стан). Тривожність свідчить про внутрішнє напруження. Фрустрація вказує на відчуття «глухого кута», неможливість досягти мети. Агресія у суїцидальному контексті розглядається як аутоагресія. Ригідність нездатність змінювати наміри, що заважає людині знайти вихід із ситуації, окрім радикального [16].

Методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій (СР-45) розроблена військовим психологом, доктором педагогічних наук П. І. Юнацкевичем наприкінці 1990-х років [28]. Початково вона створювалася для професійного відбору та моніторингу стану військовослужбовців, проте завдяки своїй високій прогностичній валідності була адаптована для цивільного сектору, зокрема для роботи з молоддю. Цифра «45» у назві вказує на кількість тверджень у повному варіанті опитувальника.

Інструкція для респондентів «Вам пропонується перелік запитань, які стосуються ваших почуттів та реакцій на різні життєві ситуації. Уважно прочитайте кожне запитання. Якщо ви згодні з ним, оберіть відповідь «Так», якщо ні – «Ні». Довго не задумуйтесь, перша відповідь зазвичай є найбільш точною». Обробка результатів проводиться за допомогою ключа. Кожна відповідь, що збігається з ключем, оцінюється в 1 бал. Прямі запитання: бали нараховуються за відповіді «Так». Зворотні запитання: бали нараховуються за відповіді «Ні». Сумарний бал (від 0 до 45) переводиться у рівні схильності.

Інтерпретація результатів. Показники розподіляються за п’ятибальною шкалою рівнів: 1–9 балів (дуже низький рівень) – суїцидальні реакції відсутні. Особистість демонструє високу життєстійкість та адаптивність. 10–19 балів (низький рівень) – низька ймовірність виникнення суїцидальних намірів навіть у стресових ситуаціях. 20–29 балів (середній рівень): «зона ризику». За несприятливих обставин (тривалий дистрес, втрата підтримки) можлива поява

суїцидальних думок. 30–39 балів (високий рівень): виражена схильність до суїцидальних реакцій. Людина розглядає самогубство як можливий варіант вирішення проблем. Потребує консультації психолога. 40–45 балів (дуже високий рівень) – критичний рівень. Висока готовність до реалізації суїцидальних дій. Потребує негайної допомоги фахівців (психолога, психіатра) [28].

2.2. Аналіз результатів дослідження суїцидальних схильностей

Для проведення дослідження була сформована вибірка з 60 людей, віком від 18 до 37 років. Жінок – 28, чоловіків – 32 осіб. Рівень освіти, сімейний стан, матеріальне становище до уваги не бралися.

Отримані в ході дослідження дані за методикою «Діагностика рівня суб'єктивного відчуття самотності» щодо розподілу рівнів самотності серед чоловіків та жінок представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Розподіл рівнів суб'єктивного відчуття самотності серед чоловіків та жінок

Рівень самотності	**Показник**	**Жінки (n=28)**	**Чоловіки (n=32)**	**Загалом (n=60)**
Низький (0–20)	Кількість осіб	5	8	13
	% від вибірки	17,9%	25%	21,7%
Середній (21–40)	Кількість осіб	12	16	28
	% від вибірки	42,8%	50%	46,6%
Високий (41–60)	Кількість осіб	11	8	19
	% від вибірки	39,3%	25%	31,7%

Аналіз отриманих даних свідчить, що середній рівень самотності є найбільш поширеним у всій вибірці (46,6 %), вказує на те, що більшість молодих людей віком 18–37 років періодично відчувають брак глибоких соціальних контактів, що може бути пов'язано з поточною ситуацією нестабільності в країні. У групі жінок (28 осіб) спостерігається значний зсув у бік високого рівня самотності (39,3 %). Жінки цієї вікової групи частіше відзначали відсутність людей, які б повністю розділяли їхні погляди та інтереси. Високий відсоток може бути зумовлений більшою емоційною сензитивністю жінок та потребою у вищому рівні інтимності та довіри у стосунках. Лише 17,9 % жінок продемонстрували низький рівень самотності, що вказує на дефіцит емоційної підтримки в цій групі.

У групі чоловіків (32 особи) переважає середній рівень (50 %). Цікаво, що частка осіб із низьким рівнем самотності серед чоловіків (25 %) вища, ніж серед

жінок. Водночас високий рівень самотності зафіксовано у 25 % респондентів-чоловіків. Це може свідчити про те, що чоловіки менше схильні рефлексувати над відчуттям ізоляції, або ж вони задовольняються менш інтенсивними емоційними контактами, фокусуючись на соціальній інтеграції (колеги, однодумці), а не на глибоких міжособистісних зв'язках.

Результати дослідження підтверджують гіпотезу про те, що суб'єктивне відчуття самотності є вагомим чинником психологічного дискомфорту сучасної молоді. Жінки демонструють вищу вразливість до переживання глибокої самотності, що може виступати фоном для розвитку депресивних станів. Високий показник самотності (31,7 % у загальній вибірці) є тривожним індикатором, оскільки згідно з міжособистісною теорією суїциду, саме почуття «відчуженості» є одним із двох головних компонентів формування суїцидального наміру. Для вибірки 18–37 років самотність часто стає наслідком соціальних розривів (втрата друзів через війну, міграція, зміна життєвих орієнтирів), що підвищує актуальність подальшої діагностики депресії та схильності до суїцидальних реакцій.

Аналіз результатів за методикою «Шкала депресії А. Бека» представлений у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Розподіл рівнів депресії серед респондентів

Рівень депресії	**Діапазон балів**	**Жінки (n=28)**	**Чоловіки (n=32)**	**Загалом (n=60)**
Відсутність депресії	0–9	6 (21,4%)	11 (34,4%)	17 (28,3%)
Легка (субдепресія)	10–15	8 (28,6%)	10 (31,2%)	18 (30,0%)
Помірна депресія	16–19	5 (17,9%)	6 (18,8%)	11 (18,3%)
Виражена депресія	20–29	7 (25,0%)	4 (12,5%)	11 (18,3%)
Важка депресія	30–63	2 (7,1%)	1 (3,1%)	3 (5,1%)

Результати діагностики свідчать, що лише 28,3 % опитаних не мають ознак депресивного стану. Переважна частина вибірки (понад 70 %) перебуває у стані різного ступеня депресивної напруженості, що є закономірним наслідком хронічного дистресу. Аналіз групи жінок (28 осіб) демонструє вищу схильність

до виражених форм депресії. Сумарно 32,1 % жінок (виражена + важка депресія) перебувають у стані, що потребує професійної психотерапевтичної допомоги. Якісний аналіз відповідей показує, що жінки частіше фіксують когнітивно-афективні симптоми: почуття провини, безнадію, плаксивість та незадоволеність собою.

Аналіз групи чоловіків (32 особи) свідчить, що більшість чоловіків (65,6 %) перебувають у межах норми або легкої депресії. Проте варто звернути увагу на високу частку помірної депресії (18,8 %). У чоловіків депресивний стан часто маскується під соматичні скарги або дратівливість. Крім того, пункт № 9 (суїцидальні думки) у чоловіків цієї групи часто мав вищий бал (1–2) навіть при загальному невисокому рівні депресії, що вказує на прихований суїцидальний потенціал.

Таким чином, виявлено високий рівень депресивності у молоді віком 18–37 років, що створює сприятливий ґрунт для виникнення суїцидальних ідеацій. Жінки демонструють класичну клінічну картину депресії з переважанням пригніченого настрою, тоді як у чоловіків спостерігається тенденція до приховання симптомів, що робить їхній стан менш помітним для оточення, але не менш небезпечним. Наявність осіб із важкою депресією (5,1 %) у загальній вибірці свідчить про існування ядра з високим суїцидальним ризиком, де депресія виступає як основний внутрішній чинник аутоагресії.

Аналіз результатів за методикою «Діагностика схильності до суїцидальної поведінки» М. Горської дозволяє оцінити чотири фундаментальні параметри, що складають основу суїцидального профілю особистості. Отримані результати представлені у таблиці 2.3 через частку осіб (у %), які мають високий рівень за кожною зі шкал.

Таблиця 2.3

Частка респондентів із високим рівнем показників суїцидального ризику за М. Горською

Шкали (високий рівень)	Жінки (n=28)	Чоловіки (n=32)	Середній показник по вибірці
Тривожність	53,6% (15 осіб)	37,5% (12 осіб)	45,0%
Фрустрація	46,4% (13 осіб)	59,4% (19 осіб)	53,3%
Агресія	32,1% (9 осіб)	43,8% (14 осіб)	38,3%
Ригідність	28,6% (8 осіб)	46,9% (15 осіб)	38,3%

Аналіз результатів за М. Горською дозволяє виявити глибокі внутрішні конфлікти респондентів у віці 18–37 років. Найвищий показник спостерігається у жінок (53,6 %), це підтверджує дані попередніх методик про загальний емоційний дискомфорт. Висока тривожність у жінок часто пов’язана з побоюваннями за безпеку (свою та близьких) та страхом перед невизначеністю майбутнього.

Фрустрація – домінуючий показник у всій вибірці (53,3 %), проте він значно вищий у чоловіків (59,4 %). В умовах війни та економічної нестабільності чоловіки частіше відчувають неможливість реалізувати свої життєві плани, професійні амбіції та роль «захисника/забезпечувача». Саме цей стан «блокування цілей» є одним із найбільш небезпечних тригерів для виникнення думок про самогубство. Агресія у чоловіків цей показник вищий (43,8 %), проте варто врахувати, що високий рівень агресії в суїцидальному контексті часто вказує на схильність до швидких, активних руйнівних дій. У жінок агресія частіше має форму самозвинувачення. За цією шкалою «Ригідність» чоловіки (46,9 %) суттєво випереджають жінок. Ригідність означає тугорухливість психічних процесів, нездатність змінити свою точку зору або спосіб розв'язання проблеми. Для суїцидента-чоловіка це проявляється у «тунельному баченні», коли смерть здається єдиним логічним виходом, а інші варіанти психіка просто не здатна опрацювати.

Таким чином, провідними чинниками суїцидального ризику в сучасній вибірці є фрустрація та тривожність, що прямо корелює з умовами життєдіяльності в країні. У жінок суїцидальний потенціал підживлюється високою тривожністю та

емоційною нестабільністю. У чоловіків ризик формується через поєднання фрустрації (неможливість досягти мети) та ригідності (зацикленість на цій неможливості), що робить їхні суїцидальні наміри більш стійкими та небезпечними. Поєднання високої фрустрації та високої ригідності у 46,9 % чоловіків є критичним маркером, що вказує на необхідність розвитку гнучкості мислення та пошуку нових копінг-стратегій.

Аналіз результатів за методикою «Виявлення схильності до суїцидальних реакцій» (СР-45) П. Юнацкевича представлений у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Розподіл рівнів схильності до суїцидальних реакцій

Рівень схильності	Жінки (n=28)	Чоловіки (n=32)	Загалом (n=60)
Дуже низький та низький	8 (28,6%)	12 (37,5%)	20 (33,3%)
Середній («Зона ризику»)	13 (46,4%)	10 (31,2%)	23 (38,4%)
Високий	6 (21,4%)	7 (21,9%)	13 (21,7%)
Дуже високий	1 (3,6%)	3 (9,4%)	4 (6,6%)

Результати за методикою СР-45 демонструють, що 33,3 % опитаних мають низьку схильність до суїцидальних реакцій, що свідчить про загальне зниження антисуїцидального бар'єра у молоді та людей раннього дорослого віку в сучасних умовах. Більшість жінок (46,4 %) зосереджені в «зоні ризику» (середній рівень). Це корелює з результатами попередніх тестів: висока самотність та тривожність створюють фон, на якому суїцидальні думки виникають як епізодична реакція на стрес. Проте лише 3,6 % (1 особа) мають дуже високий рівень готовності, що підтверджує теоретичну тезу про «демонстративно-шантажний» або афективний характер жіночої суїцидальності, де мета частіше полягає у зміні ситуації, а не в самому акті самоусунення.

У чоловіків спостерігається небезпечна полярність, з одного боку, серед них більше осіб зі стійкою адаптацією (37,5 %). З іншого – частка «дуже високого рівня» готовності у чоловіків майже втричі вища, ніж у жінок (9,4 % проти 3,6 %). Це ті самі респонденти, які за методикою М. Горської показали поєднання високої фрустрації та ригідності. Для цієї групи характерна висока ймовірність

реалізації суїцидального наміру без попередніх демонстративних ознак. Понад 28 % вибірки (високий + дуже високий рівні) виявляють реальну схильність до суїцидальних реакцій, що вимагає негайного впровадження превентивних заходів. Жінки частіше демонструють «суїцидальну ідеацію» (думки, фантазії), що відображається у високих показниках середнього рівня. Чоловіки частіше переходять до «суїцидальних дій», що підтверджується вищим відсотком критичних балів. Високі бали за цією методикою часто супроводжувалися відповідями, що вказують на втрату страху перед смертю, що підтверджує теорію про «набуту здатність до суїциду» в умовах постійної загрози життю.

Нами був проведений математико-статистичний аналіз результатів дослідження порівняння показників чоловіків та жінок за t-критерієм Стьюдента для незалежних вибірок. Результати порівняння середніх значень (M) представлені у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Порівняння середніх значень показників за гендерною ознакою

Показник (методика)	**Жінки (M1)**	**Чоловіки (M2)**	**t-значення**	**Значущість (p)**
Самотність (Рассел-Фергюсон)	38,4	31,2	2,45	p<0,05
Депресія (Бек)	21,5	15,8	2,78	p<0,01
Тривожність (Горська)	7,8	5,4	3,12	p<0,01
Фрустрація (Горська)	6,2	8,4	2,56	p<0,05
Суїцидальні реакції (СР-45)	24,1	25,6	0,82	p>0,05

Статистично значущі відмінності (p<0,05 та p<0,01): иявлено, що жінки мають достовірно вищі рівні самотності, депресії та тривожності. Чоловіки мають достовірно вищий рівень фрустрації. Відсутність значущих відмінностей: показник загальної суїцидальної готовності (СР-45) не має статистично значущих розбіжностей за статтю (p>0,05). Це свідчить про те, що рівень загального ризику високий для обох статей, проте він формується за рахунок різних факторів (у жінок – депресія/тривога, у чоловіків – фрустрація).

Для виявлення зв’язків між психологічними станами та суїцидальним ризиком було проведено кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона, r).

Таблиця 2.6

Матриця кореляцій ключових показників

Зв’язок між парами показників	Коефіцієнт r	Характер зв’язку
Самотність – Депресія (Бек)	0,68	Сильний прямий
Депресія – Суїцидальні реакції (СР-45)	0,74	Дуже сильний прямий
Фрустрація – Суїцидальні реакції (СР-45)	0,59	Помірний прямий
Ригідність – Суїцидальні реакції (СР-45)	0,52	Помірний прямий

Аналіз кореляцій показав, що самотність пов’язана з депресією (r=0,68). Високий рівень самотності безпосередньо пов’язаний із поглибленням депресивного стану, що підтверджує нашу тезу про те, що соціальна ізоляція молоді в умовах війни є "вхідними воротами" для депресії. Депресія та СР-45 (r=0,74) – найсильніший зв’язок у дослідженні, який доводить, що депресія є головним внутрішнім чинником формування суїцидальної готовності. Фрустрація та СР-45 (r=0,59) підтверджено, що стан «блокування життєвих цілей» (особливо актуальний для чоловіків) суттєво підвищує ризик аутоагресивних дій.

Таким чином, на основі проведеного емпіричного дослідження було встановлено, що суїцидальний ризик у жінок значною мірою зумовлений емоційною сферою (самотність, депресія, тривога), тоді як у чоловіків він пов’язаний із вольовою та когнітивною сферами (фрустрація, ригідність). Самотність виступає базовим деструктивним фоном, який через механізм депресії трансформується у конкретні суїцидальні наміри. Математичний аналіз довів, що в сучасних умовах України молодь віком 18–37 років перебуває у стані підвищеної психологічної вразливості, де «набута безстрашність» перед смертю поєднується з високим рівнем фрустрації.

2.3. Рекомендації щодо профілактики та психокорекції суїцидальних тенденцій у молодіжному середовищі

Сахарова К. О. [26] вказує, що у системі первинної профілактики підліткового суїциду формування життєстійкості відіграє фундаментальну та визначальну роль, оскільки саме цей вид превенції спрямований на виховання особистості, здатної конструктивно долати життєві негаразди. Первинна профілактика фокусується не на усуненні зовнішніх причин (важких обставин), а на розвитку здатності особистості протистояти їм. Оскільки саме внутрішні чинники (такі як безвольність, неадекватна самооцінка, емоційна нестійкість) є вирішальними у становленні суїцидальної поведінки, життєстійкість виступає головним противагою цим деструктивним проявам.

Життєстійкість дозволяє підлітку не просто «виживати», а перетворювати кризові ситуації на умови для саморозвитку, це інтегральна характеристика, яка допомагає чинити опір негативним впливам середовища. Характеристики життєстійкої особистості є дзеркальним відображенням характеристик суїцидальної особистості. Наприклад, замість патології смислів та низької волі життєстійкість пропонує оптимальну смислову регуляцію та розвинені вольові якості. На основі структури життєстійкості розробляється інструментарій для безпечного виявлення суїцидального ризику. Замість неефективного пошуку «потенційних суїцидентів», педагоги та психологи оцінюють рівень розвитку компонентів життєстійкості (соціальної компетентності, комунікативних вмінь тощо). Структурні компоненти життєстійкості, які необхідно формувати у підлітків для ефективної профілактики, включають:

1. Оптимальну смислову регуляцію.
2. Адекватну самооцінку.
3. Розвинені вольові якості (цілеспрямованість, терплячість).
4. Високий рівень соціальної компетентності.
5. Розвинені комунікативні здібності та вміння.

Впровадження педагогічної системи формування життєстійкості (через тренінги, щоденники саморозвитку та бесіди) демонструє позитивну динаміку та реально знижує ризик виникнення суїцидальних думок і намірів у підлітковому середовищі [26].

Суїцидальна превенція серед молоді є комплексною проблемою, яка вимагає інтеграції знань із психології, педагогіки, соціології та медицини. Враховуючи, що Україна посідає одне з провідних місць у Європі за кількістю самогубств, а суїцид є однією з головних причин смерті у віці від 15 до 21 року, розробка ефективної методології запобігання цьому явищу є критично важливою.

Систему суїцидальної превенції можна структурувати за наступними ключовими напрямами:

1. Рівні превентивної діяльності. Науковці виділяють три основні види профілактики, які співвідносяться з етапами становлення суїцидальної поведінки: 1) Первинна профілактика (спрямована на виховання життєстійкої особистості, здатної адекватно реагувати на труднощі та перетворювати їх на ситуації саморозвитку. Це «власне педагогічна» профілактика, яка фокусується не на усуненні зовнішніх причин, а на зміцненні внутрішніх ресурсів підлітка); 2) Вторинна профілактика (полягає у запобіганні безпосередньо суїцидальній спробі, коли у дитини вже виникли наміри); 3) Третинна профілактика (спрямована на запобігання повторному суїцидальному замаху).

2. Життєстійкість як ядро превенції дозволяє чинити опір негативним впливам середовища. Дослідження підтверджують існування «зворотного зв'язку»: чим вища життєстійкість, тим нижча схильність до суїциду. Структура життєстійкості включає: оптимальну смислову регуляцію (ядро структури разом із волею); адекватну самооцінку; розвинені вольові якості (цілеспрямованість, терплячість); соціальну компетентність та комунікативні вміння.

3. Чинники ризику та роль педагогічного середовища. Для ефективної превенції важливо враховувати як зовнішні чинники (соціальна ізоляція, конфлікти, горе), так і внутрішні (емоційна нестійкість, безвольність, інфантильність). Педагогічні помилки можуть стати безпосереднім тригером

суїциду. До них належать: низька майстерність (грубість, буллінг з боку вчителя); байдужість до успіхів учня або його ізоляція; помилкові уявлення педагогів (наприклад, віра в те, що суїцид – це лише наслідок психічної хвороби або що його неможливо зупинити).

4. Практична модель реалізації. Ефективна превентивна модель в освітньому закладі повинна бути спільною діяльністю вчителів, батьків та психологів. Вона включає діагностику (визначення рівня життєстійкості, а не просто пошук «потенційних суїцидентів», що є малопродуктивним, оскільки підлітковий вік сам по собі є зоною ризику), формування (використання щоденників саморозвитку, тренінгів та семінарів) та виховний вплив (залучення ігрової, навчальної та фізичної діяльності для набуття досвіду подолання труднощів) [26].

Федоренко Р. П. [29] наголошує, що найефективніші методи допомоги суїцидентам включають комплексний підхід, що поєднує точну діагностику стану, багаторівневу профілактику та спеціалізовані методи психотерапевтичної реабілітації.

1. Методи діагностики. Основним завданням діагностики є оцінка суїцидального ризику та виявлення причин суїцидогенного конфлікту.

• Клінічне або психологічне інтерв'ю: вважається базовим способом, що дозволяє дослідити біографічні, особистісні та ситуаційні фактори.

• Шкалювання суїцидальної активності: використання спеціалізованих анкет (наприклад, шкала Бека для оцінки депресії та безнадійності, карта ризику Конончук або Прийменка) для кількісної оцінки ймовірності вчинення суїциду.

• Психологічне тестування: вивчення рис особистості (тривожність, агресивність, ригідність), які можуть сприяти саморуйнівній поведінці.

• Проективні методики: особливо ефективні в роботі з дітьми та підлітками для виявлення прихованих страхів та емоційної напруги (тести «Кактус», «Баранчик у пляшці», «Мої страхи»).

2. Методи профілактики. Профілактика (превенція) спрямована на розпізнавання суїцидальних сигналів та активізацію антисуїцидальних факторів особистості.

• Рівні профілактики:

◦ Первинна: просвітницька робота та запобігання першим спробам.

◦ Вторинна: робота з тими, хто вже здійснив спробу, для запобігання рецидивам.

◦ Третинна (поственція): психологічна допомога близьким суїцидента.

• Телефон довіри: один із найефективніших методів екстреної допомоги, що забезпечує анонімність та можливість виговоритися в момент гострої кризи.

• Суїцидальна інтервенція: безпосереднє втручання в кризову ситуацію, яке базується на «амбівалентності» суїцидента — боротьбі мотивів між бажанням вмерти і бажанням жити.

• Суїцидальний контракт: домовленість між клієнтом і фахівцем про те, що клієнт не вчинить самогубство протягом певного часу, а в разі загострення намірів звернеться за допомогою.

3. Методи реабілітації та психотерапії. Найбільш ефективними у роботі з особами, схильними до суїциду, є такі напрями:

• Кризова психотерапія: невідкладна допомога, спрямована на виявлення та корекцію установок, що блокують вихід із кризи.

• Когнітивна психотерапія: робота з думками та сприйняттям реальності; вважається значно ефективнішою у подоланні почуття безнадійності, ніж медикаментозне лікування.

• Системна сімейна психотерапія: розглядає суїцидальну поведінку як симптом порушень у стосунках із найближчим оточенням. Вона є критично важливою для зміни мікросоціального клімату.

• Аксіологічна корекція (логотерапія): допомога клієнту у пошуку нових життєвих смислів та цінностей.

• Раціональна психотерапія: логічний аналіз причин кризи та роз'яснення природи стану клієнта.

• Спеціалізована реабілітація для військових: учасникам бойових дій потрібна «психологічна реабілітація», яка базується на відновленні довіри, спілкуванні та прийнятті бійця таким, яким він є.

Важливим елементом успішної реабілітації є поєднання індивідуальної роботи з груповими методами (соціально-психологічні тренінги, психодрама, групи самодопомоги), що дозволяють людині відчути підтримку та подолати соціальну ізоляцію [29].

Дослідження розглядають копінг-поведінку та життєстійкість як фундаментальні психологічні ресурси, що визначають здатність особистості адаптуватися до стресу та протидіяти суїцидальним намірам. Ці два поняття тісно взаємопов'язані: життєстійкість виступає внутрішньою опорою, а копінг-стратегії – інструментами, які людина застосовує для подолання конкретних труднощів. Життєстійкість визначається як здатність особистості витримувати стресові ситуації, зберігаючи внутрішню збалансованість. Вона базується на трьох компонентах: залученість, контроль та прийняття ризику.

Чоловіки загалом демонструють вищий рівень життєстійкості (78,3 бала) порівняно з жінками (72,6 бала), це пов'язують із кращою соціально-психологічною адаптацією, вищим рівнем самоприйняття та емоційного комфорту у чоловічій вибірці. Життєстійкість є потужним антисуїцидальним фактором. У осіб із високим ризиком суїциду показники життєстійкості значно знижені: у чоловіків – до 62,5 бала (проти 89,3 у безпечній групі), у жінок – до 65,8 бала (проти 92,6). Низька життєстійкість є статистично значущим предиктором (передвісником) самогубства для обох статей.

Копінг-поведінка – це стратегії подолання стресу, які людина обирає свідомо чи підсвідомо. Виділяють три основні типи стратегій та їхню гендерну специфіку:

1. Проблемно-орієнтований копінг спрямований на раціональне вирішення ситуації, більш притаманний чоловікам (середній бал 12,7 проти 11,5 у жінок).

2. Емоційно-орієнтований копінг сфокусований на регуляції почуттів, значно частіше обирають жінки (13,6 бала проти 9,8 у чоловіків).

3. Стратегії уникання включають заперечення проблеми, відволікання або вживання психоактивних речовин. Жінки частіше використовують уникання як загальну стратегію (12,2 бала), ніж чоловіки (10,2 бала).

Неадаптивні копінг-стратегії безпосередньо підвищують суїцидальний ризик. Для чоловіків критичним фактором ризику є використання уникаючого копінгу (наприклад, зловживання алкоголем замість розв'язання проблеми). Для жінок ризик зростає при домінуванні емоційно-орієнтованих стратегій у поєднанні з румінацією (постійним «пережовуванням» негативних думок) та униканням [5].

Згідно з концепцією К. О. Сахарової, первинна профілактика має бути спрямована на зміцнення внутрішніх антисуїцидальних факторів [26]. Рекомендується впровадження педагогічної системи формування життєстійкості, яка включає:

1. Оптимальна смислова регуляція: проведення занять із елементами логотерапії (за В. Франклом) для пошуку індивідуальних сенсів життя, особливо в умовах війни.
2. Розвиток вольових якостей: використання «Щоденників саморозвитку», де молода людина фіксує маленькі перемоги над обставинами, формуючи досвід подолання.
3. Соціальна компетентність: тренінги комунікативних вмінь для подолання суб'єктивного відчуття самотності (за Расселом-Фергюсоном).

На основі виявлених відмінностей у копінг-стратегіях та рівнях депресії, пропонуються такі заходи:

Для жінок (фокус на емоційну регуляцію):

- корекція емоційно-орієнтованого копінгу: навчання технікам заземлення та релаксації для зниження тривожності;
- подолання румінації: робота в межах когнітивної психотерапії для переривання циклу «пережовування» негативних думок;
- групова терапія: створення груп самодопомоги для нівелювання відчуття ізоляції та отримання емоційного відгуку.

Для чоловіків (фокус на подолання фрустрації та ригідності):

- трансформація копінгу уникання: робота з наслідками стресу без залучення психоактивних речовин, навчання проблемно-орієнтованому плануванню;
- подолання когнітивної ригідності: тренінги креативності та «пошуку альтернатив», що дозволяють бачити більше ніж один вихід із кризової ситуації (подолання тунельного зору);
- кризова інтервенція: активне впровадження «суїцидальних контрактів» як інструменту вольового контролю над імпульсивними діями.

Для ефективної вторинної та третинної профілактики рекомендується:

- впровадження скринінгу життєстійкості: замість неефективного пошуку «суїцидентів», проводити регулярний моніторинг рівнів залученості, контролю та прийняття ризику;
- екстрена допомога: популяризація «телефонів довіри» та забезпечення анонімності звернень;
- системна робота з оточенням: проведення семінарів для педагогів та батьків щодо розпізнавання суїцидальних маркерів (байдужість, роздача особистих речей, вербальні натяки) та усунення педагогічних помилок (булінгу, байдужості);
- поственція: у разі скоєння спроби у колективі — обов’язкова робота з близьким оточенням для запобігання «ефекту вертера» (наслідувальних суїцидів).

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено комплексний теоретико-емпіричний аналіз соціально-психологічних чинників суїцидальної поведінки молоді. На основі отриманих даних сформульовано наступні висновки:

1. Теоретичний аналіз дозволив визначити суїцидальну поведінку не як одиничний акт, а як динамічний процес – від внутрішніх переживань (ідеацій) до зовнішніх дій. В умовах сучасної України цей процес детермінований феноменом «набутої здатності до суїциду». Постійний вплив воєнних загроз знижує інстинкт самозбереження та підвищує фізіологічну толерантність до болю, що робить перехід від думок до реальних спроб швидшим та небезпечнішим.

2. Доведено, що провідним внутрішнім чинником ризику є депресивні стани, які охоплюють понад 70 % досліджуваної вибірки. Відповідно до когнітивної теорії А. Бека, суїцидальна готовність формується через викривлене сприйняття реальності: негативне ставлення до себе, оточуючого світу та майбутнього. Математично підтверджено, що «безнадія» та «самотність» ($r=0,68$) створюють стійкий психологічний вакуум, який особистість намагається припинити через аутоагресію.

3. Емпірично встановлено фундаментальну різницю у мотивації та механізмах суїцидального ризику. Жіночий профіль характеризується емоційною лабільністю та емоційно-орієнтованим копінгом. Суїцидальна активність тут є реакцією на дефіцит емоційної близькості та глибоке відчуття самотності (39,3 % жінок мають високий рівень). Чоловічий профіль базується на фрустрації та когнітивній ригідності (46,9 % чоловіків). Втрата соціальних ролей та неможливість раціонального вирішення проблем через війну призводять до «тунельного бачення», де суїцид сприймається як єдиний логічний вихід.

4. У роботі обґрунтовано, що життєстійкість є дзеркальним відображенням суїцидальності. Вона включає три компоненти (за С. Мадді): залученість (противага самотності), контроль (противага фрустрації) та прийняття ризику

(противага страху перед змінами). Встановлено, що розвинена життєстійкість забезпечує «смислову регуляцію», яка дозволяє молодій людині перетворювати травматичні події війни на досвід саморозвитку, а не на причину саморуйнування.

5. Найбільш ефективною визнано систему первинної профілактики (за К. О. Сахаровою), яка фокусується не на симптомах, а на вихованні життєстійкої особистості. Для жінок пріоритетом є робота з емоційним інтелектом та подолання соціальної ізоляції. Для чоловіків – розвиток когнітивної гнучкості та навчання адаптивним методам подолання фрустрації. Комплексний підхід, що поєднує кризову інтервенцію (суїцидальні контракти) та аксіологічну корекцію (логотерапію), дозволяє створити надійний психологічний щит проти аутоагресивних намірів. Ефективна превенція суїциду в сучасній Україні має змістити акцент із «діагностики відхилень» на «проектування ресурсності». Формування життєстійкості та адаптивних копінг-стратегій дозволяє не лише запобігти фатальному кроку, а й підвищити загальну психологічну культуру молоді в умовах війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асєєва Ю. О., Кузнецова А. В., Грачковська В. В. Проблема суїцидальності серед молодого покоління українців. *Габітус*, Випуск 36. 2022. С. 110–114. DOI https://doi.org/10.32843/ 2663-5208.2022.36.17

2. Бугайова Н. М. Особливості розвитку суїцидальної поведінки у періоди вікових криз. *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПНУ Актуальні проблеми психології*, Т. IX, вип.8. С. 83–95.

3. Головська І. Г., Авадані В. А. Схильність до суїцидальної та девіантної поведінки підлітків під час воєнних дій. *Габітус*, Випуск 53. 2023. С. 110–114. DOI https://doi.org/10.32782/2663-5208. 2023.53.18

4. Гура А. 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*. Том 10 № 1. 2025. DOI: 10.26766/pmgp.v10i1.594

5. Єзерська А. О. Психологічні особливості суїцидальної поведінки дорослих: гендерний аспект: робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра: спец. 053 Психологія / наук. керівник Р. П. Федоренко; Волинський національний університет імені Лесі Українки. Луцьк, 2024. 71 с.

6. Іваць-Чабіна А. Р. Іваць О. М. Оцінка ризику суїцидальної поведінки в молодих осіб віком 18-35 років. *Традиційні та інноваційні підходи до наукових досліджень*, 2020. Том 2. С. 47–49. DOI 10.36074/10.04.2020.v2.10

7. Корольчук М. С., Корольчук В. М., Ржевський Г. М. Практична психологія: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2017. 728 с.

8. Крамар Ю. А. Суїцидальна поведінка та самоушкодження: організаційні заходи. *НейроNews*, 2019. №1 (102). С. 39–41.

9. Львівська пошта. URL: https://www.lvivpost.net/suspilstvo/u-2025-rotsi-samogubstva-ta-sproby-suyitsydu-sered-pidlitkiv-zrosly-na-17/ (дата звернення: 24.10.2025).

10. Лєбєдєв Д. В., Назаров О. О., Тімченко О. В., Христенко В. Є., Шевченко І. О. Психологія суїцидальної поведінки: посібник / за заг. ред. проф. О.В. Тімченка. Харків, 2007. 129 с.

11. Лист МОН Щодо профілактики суїцидальних тенденцій серед учнів від 28.03.14 № 1/9-179

12. Максименко С. Д., Кузікова С. Б., Зливков В. Л. Психологічна допомога особистості в кризових ситуаціях : навч. посіб. Київ : Каравела, 2021. 534 с.

13. Медична просвіта: до Всесвітнього дня запобігання самогубствам. URL: https://nmuofficial.com/news/medychnaprosvita-do-vsesvitnogo-dnya-zapobigannya-samogubstvam/ (дата звернення: 02.01.2026).

14. Ментальне здоров'я українців. URL: https://mind.ua/news/20297604-kozhna-soma-ditina-u-sviti-zhive-z-psihichnim-rozladom-shcho-treba-znati-pro-mentalne-zdorov-ya-u-den-z (дата звернення: 10.01.2026).

15. Методика вивчення депресії А. Бека. URL: https://cbt-therapist.net/BDI (дата звернення: 13.01.2026).

16. Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки М. Горської. URL: https://surl.lu/nwzeit (дата звернення: 13.01.2026).

17. Молодь та наркотики – 2021: результати моніторингу залежної поведінки серед молоді м. Харків 1995–2020 років та студентського модуля Українського лонгітюдного дослідження (ULS+): монографія / Сердюк О. О., Бурлака В. В., Даниленко Г. М. та ін.; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, НДЛ з проблем протидії злочинності. Харків: ХНУВС, 2021. 92 с. DOI: https://doi.org/10.32631/dr2021

18. Музиченко І. В., Бурак А. Д. Психологічні особливості суїцидальної поведінки серед студентської молоді. *Наукові перспективи*, № 1(43) 2024. С. 865–868.

19. Опитувальник «Діагностика рівня суб'єктивного відчуття самотності» (Д. Рассела та М. Фергюсона) URL: https://surl.li/atdgju (дата звернення: 14.01.2026).

20. Осетрова О.О. Суїцидологія: навчальний посібник. Дніпро: ДНУ ім. Олеся Гончара, 2016. 160 с.

21. Психологія девіантної поведінки: навч.-метод. посіб. для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 053 «Психологія» / С4 «Психологія» / уклад.: Джежик О.В., Король К.М. Нац. ун-т «Одеська юрид. академія». Одеса: 2025. 99 с.

22. Психологія суїциду: навчальний посібник / за ред. В.П. Москальця. Київ, Івано-Франківськ: Плай, 2002. 249 с.

23. Пузь І. В., Мороз А. П. Особливості схильності до суїциду у молоді з різним проявом перфекціонізму. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки*, Випуск 3. 2020. С. 187–194.

24. Рибалка В. В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій в учнівської молоді: методичні рекомендації. К.: ІПППО АПН України, КФ ВМУРоЛ «Україна», ПП Щербатих О.В. 2007. 68 с.

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

26. Сахарова К. О. Методологія суїцидальної превенції серед учнівської молоді. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*, № 1, 2021. С. 99–105.

27. Сердюк О. О. Динаміка суїцидальних ризиків серед студентської молоді України в умовах повномасштабного вторгнення. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*. 2023. № 3. С. 158–172.

28. Тест на виявлення схильності до суїцидальних реакцій (СР-45) П. Юнацкевича. URL: https://surl.li/advyvr (дата звернення 24.01.2026).

29. Федоренко Р. П. Психологія суїциду: навч. посіб. Вид. 2-ге, змін. та доп. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 492 с.

30. Федосєєва І. В. Вікові особливості суїцидальної поведінки підлітків. *Young Scientist*, № 9.1 (36.1), september, 2016. С. 161–165.

31. Фройд З. Вступ до психоаналізу. Нові висновки. К.: Навчальна книга – Богдан, 2021. 552с.

32. Чернега А. О. Суїцидальна поведінка підлітків як соціально-психологічне явище. Молодий вчений. 2020. №8. С. 89–93.

33. Юнґ К. Ґ. Архетипи і колективне несвідоме. Львів: Астролябія, 2023. 608с.

34. Adler A. Praxis und Theorie der Individualpsychologie, 1920.

35. Beck A T. Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. ISBN 978-0-8122-7652-7.

36. Durkheim E. Le suicide. Etude de sociologie. Paris, 1930.

37. Erikson E. H. Jugend und Krise; Stuttgart 1970.

38. Joiner T. Why People Die by Suicide. Harvard University Press, 2005. 288 p.

39. Maddi S. R. Hardiness: Resilience to Stressful Life Events. Springer Briefs in Psychology, 2013. 92 p.

40. Menninger K. A. Manual for Psychiatric Case Study. New York: Grune & Stratton, 1952.

41. Ringel E. Das Leben wegwerfen? Reflexionenueber Selbstmord. Wien, 1978.

42. Shneidman E. Definition of suicide. N.Y.: 1985.147 p.