

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ
УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук
Кафедра психології

Швець Карина Юріївна
(прізвище, ім'я, по батькові студента в називному відмінку)

**Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня магістра**

на тему: «**Психологічні особливості суїцидальної
поведінки у молоді**»

Група ТУбз-4-24М1ПС(2,0здс)
Спеціальність: 053 «Психологія»

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

*Дипломна робота містить результати власних досліджень. Використання
ідей, результатів, текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело*

(підпис)

Швець К. Ю.
(прізвище та ініціали)

Науковий керівник

кандидат психологічних наук, доц. _____
(посада, науковий ступінь, вчене звання) (підпис)

Назаренко І. Є.
(прізвище та ініціали)

Допущено до захисту перед ЕК

Завідувач кафедри

(посада, науковий ступінь,
вчене звання)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

Київ 2026 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ.....	6
1.1. Суїцидальна поведінка: поняття, характеристика.....	6
1.2. Психологія суїцидальної поведінки.....	12
1.3. Прояв суїцидальної поведінки в молодому віці.....	27
Висновки до розділу 1.....	33
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ.....	34
2.1. Організація та методи дослідження.....	34
2.2. Аналіз результатів первинної діагностики.....	36
Висновки до розділу 2.....	45
РОЗДІЛ 3. ПРОФІЛАКТИКА ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ.....	47
3.1. Особливості профілактичної роботи з молоддю, що має суїцидальну поведінку.....	47
3.2. Система занять, спрямованих на профілактику психологічних особливостей суїцидальної поведінки у молоді.....	51
3.3. Порівняльний аналіз результатів первинної та повторної діагностики	55
Висновки до розділу 3.....	73
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	79
ДОДАТКИ.....	90

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Актуальність дослідження зумовлена стійкою тенденцією зростання психоемоційної напруженості серед молоді, що пов'язано з соціальними, економічними та культурними трансформаціями сучасного суспільства. Молодий вік є періодом інтенсивного особистісного становлення, формування життєвих цінностей, ідентичності та світоглядних орієнтацій, що робить молодих людей особливо вразливими до дії стресових факторів і кризових ситуацій. За таких умов ризик виникнення суїцидальних думок і форм поведінки суттєво зростає.

Суїцидальна поведінка у молоді має складну психологічну природу та формується під впливом поєднання індивідуально-психологічних, міжособистісних і соціальних чинників. Емоційна нестабільність, труднощі саморегуляції, занижена самооцінка, порушення часової перспективи, а також дефіцит ефективних копінг-стратегій значною мірою підвищують імовірність аутоагресивних проявів. Водночас зовнішні фактори, зокрема соціальна ізоляція, академічні та міжособистісні труднощі, можуть виступати каталізаторами суїцидального ризику.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вагомий внесок у вивчення психологічних механізмів і чинників суїцидальної поведінки у молодіжному середовищі зробили зарубіжні та вітчизняні дослідники, зокрема А. Бек, Д. Вассерман, М. Вільямс, Е. Дюркгайм, Т. Джойнер, М. Лайнен, К. Хоутон, Е. Шнейдман, а також фахівці-практики, які зосереджують увагу на профілактиці та психологічному супроводі молоді групи ризику.

Водночас, незважаючи на наявність значного масиву наукових праць, проблема психологічних особливостей суїцидальної поведінки у молоді залишається недостатньо систематизованою та потребує подальшого ґрунтового дослідження, що й визначає актуальність і наукову цінність обраної теми.

Метою роботи є вивчення психологічних особливостей суїцидальної поведінки у молоді та ефективних напрямів її профілактики.

Відповідно до поставленої мети визначені наступні завдання:

- розкрити поняття та характерні риси суїцидальної поведінки;
- дослідити психологію суїцидальної поведінки;
- визначити прояви суїцидальної поведінки в молодому віці;
- провести експериментальне дослідження психологічних особливостей суїцидальної поведінки у молоді;
- проаналізувати результати первинної діагностики;
- розкрити особливості профілактичної роботи з молоддю, що має суїцидальну поведінку;
- запропонувати систему занять, спрямованих на профілактику психологічних особливостей суїцидальної поведінки у молоді;
- здійснити порівняльний аналіз результатів первинної та повторної діагностики.

Об'єктом дослідження є психологічні особливості суїцидальної поведінки у молоді.

Предметом дослідження є теоретико-методичні та прикладні аспекти психологічних особливостей суїцидальної поведінки у молоді.

Методи дослідження. Для досягнення визначеної мети та реалізації завдань дослідження були використані такі методи:

- теоретичний аналіз психолого-педагогічних джерел з окресленої проблематики;
- емпіричні методи, зокрема методика «Опитувальник суїцидального ризику» та тест «Схильність до девіантної поведінки»;
- методи кількісного й якісного аналізу отриманих даних.

Інформаційно-теоретичну основу дослідження становлять праці вітчизняних і зарубіжних учених у сфері загальної та клінічної психології, сучасні людиноцентричні підходи, а також результати досліджень провідних

українських науковців, присвячених вивченню психологічних особливостей суїцидальної поведінки молоді.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел. Перелік використаних джерел налічує 100 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ

1.1. Суїцидальна поведінка: поняття, характеристика

У сучасних умовах проблема суїцидальної поведінки серед молоді набуває особливої актуальності. Вона широко висвітлюється у засобах масової інформації та є об'єктом наукового аналізу представників різних галузей знань, зокрема психологів, педагогів, медичних працівників, філософів та інших спеціалістів.

Суїцид розглядається як усвідомлена дія особистості, наслідком якої є позбавлення себе життя. За визначенням В.Ф. Войцеха, Н.І. Євсєєвої та П.Б. Зотова, суїцидальна поведінка охоплює будь-які дії людини, спрямовані на завдання собі шкоди з летальним результатом. Термін «суїцидальний» застосовується до осіб, чиї думки повністю зосереджені на самогубстві. До цієї ж категорії належать люди, які перебувають у зоні суїцидального ризику, а також ті, хто вже здійснював спроби суїциду [9, 13, 18].

Б.С. Положий зазначав, що у широкому розумінні поняття «суїцидальна поведінка» включає не лише завершений суїцид, а й інші прояви суїцидальної активності, такі як спроби самогубства, суїцидальні думки, погрози, роздуми на відповідну тематику та інші форми [30].

На сьогодні форми та особливості суїцидальної поведінки ґрунтовно досліджуються в межах соціально-гуманітарних наук. Значна кількість наукових праць у цій сфері сприяла формуванню суїцидології як самостійної наукової дисципліни. Суїцидологія зосереджена на комплексному вивченні всіх аспектів, пов'язаних із суїцидальною поведінкою [34]. Проблема суїциду нині охоплює всі соціальні групи та стосується сучасного суспільства загалом, незалежно від вікових, расових, гендерних чи матеріальних відмінностей. Суїцидальна поведінка була предметом дослідження як

вітчизняних, так і зарубіжних науковців, зокрема А.Г. Амбрумової, В.Ф. Войцеха, Т.П. Злової, П.Б. Зотова, Б.С. Положого та інших [2; 3; 9; 16; 18; 30].

А.Г. Амбрумова визначає суїцидальну поведінку як результат психологічної дезадаптації особистості в умовах переживання мікросоціального конфлікту. Вона виокремлює такі її форми, як внутрішні антивітальні переживання, пасивні суїцидальні думки, суїцидальні задуми, наміри, зовнішні суїцидальні спроби та завершений суїцид [2, с. 97].

Ю.Р. Вагін у своїх наукових роботах підкреслює, що суїцидальна поведінка часто є складовою аутоагресивної поведінки поряд із парасуїцидами, а також прямими й непрямими формами аутодеструкції [6, с. 292].

На думку П.Б. Зотова, Й. Неелмана та Т.Ф. Рудзинської, у деяких осіб спостерігаються приховані форми суїцидальної поведінки, які можуть виступати передумовою переходу до відкритих, активних суїцидальних дій.

Отже, своєчасне виявлення певних особистісних рис, рання діагностика, спрямована на визначення суїцидальних проявів, проведення психокорекційної та психотерапевтичної роботи, а також застосування медикаментозного лікування можуть суттєво сприяти профілактиці суїцидальної поведінки [18; 27; 33].

Е.В. Змановська у своїх дослідженнях виокремлює такі етапи суїцидальної поведінки.

Перший етап – передсуїцидальний, який характеризується підготовкою до здійснення суїциду.

Другий етап – постсуїцидальний, що має місце у випадку незавершеної або невдалої спроби самогубства. Зазначені етапи можуть тривати як протягом тривалого часу, так і розгортатися у дуже стислий період [17].

Відповідно до класифікації Т.Ф. Рудзинської, існують три основні фактори, що сприяють формуванню суїцидальної поведінки [33], які подані в табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Фактори, що сприяють виникненню суїцидальної поведінки

Фактори	Характеристика
Біологічні	1. Порушення серотонінергічної системи мозку; 2. Суїцидальна поведінка у біологічного родича.
Психолого-психіатричні	1. Психічні розлади особистості (депресія, шизофренія, алкогольна залежність); 2. Індивідуально-психологічні особливості (знижена переносимість емоційних навантажень, максималізм, категоричність суджень, схильність до «чорно-білих» оцінок, низький рівень комунікативних здібностей, неадекватна самооцінка, обмежений репертуар копінг-стратегій, низький рівень здібностей до вирішення міжособистісних проблем); 3. Суїцидальні спроби або епізоди самоушкоджувальної поведінки в минулому.
Соціально-середовищні	1. Стресові події (смерть близької людини, фізичне, психологічне або сексуальне насильство тощо); 2. Певні соціальні характеристики сім'ї, постійного місця роботи тощо); 3. Доступність засобів для суїциду.

Й. Неелман зазначає, що відповідно до психопатологічного підходу суїцидальна поведінка розглядається як прояв психічного розладу; з позиції соціологічного підходу вона трактується як наслідок соціальних умов і процесів, що відбуваються в суспільстві; у межах соціально-психологічного підходу така поведінка пояснюється впливом індивідуально-психологічних чинників. На сучасному етапі суїцидальну поведінку вже не обмежують виключно рамками патології, оскільки вона може спостерігатися і серед психічно здорових людей. Водночас наявність у особи як психічних, так і тяжких соматичних захворювань розглядається як суттєвий фактор ризику виникнення суїцидальної поведінки [27, с. 25]. Й. Неелман трактує суїцид як окрему форму захворювання, що має специфічні прояви та особливості перебігу і потребує відповідного терапевтичного втручання.

У більшості випадків суїцидальна поведінка виявляється у замкнутих, соціально ізольованих осіб, а також у дітей з нестійким психоемоційним станом. До групи підвищеного ризику також належать діти, які виховуються в несприятливих сімейних умовах, є свідками постійних батьківських

конфліктів, зазнають домашнього насильства або стають жертвами булінгу з боку однолітків [26].

Н.В. Александрова у своїй науковій праці виокремлює основні типи суїцидальної поведінки [1], які подано в табл. 1.2.

Таблиця 1.2

Типи суїцидальної поведінки

Тип суїцидальної поведінки	Характеристика
Справжня	Добре обдумане і прийняте рішення людини про суїцид. Важлива ефективність спроби суїциду. В даному випадку в передсмертних записках прописані самозвинувачення з метою захисту близьких від звинувачень. Найчастіше при справжньому суїциді вдаються до повішення.
Самоушкодження	У даному випадку поєднуються аутоагресія з гетероагресією. Як правило, цьому сприяють: виховання в неблагополучному середовищі, асоціальна поведінка близьких, порушення шкільної адаптації, епіліптоїдний тип акцентуації характеру, пубертатний період. Даний тип пов'язаний з внутрішньою злістю і агресією індивіда.
Афективна	Це суїцидальні спроби, що здійснюються в стані афекту, який триває всього кілька хвилин, проте в деяких випадках даний стан може затягуватися на кілька годин, або навіть днів. В даному випадку, найчастіше, при спробі суїциду вдаються до самоповішення або отруєння токсичними речовинами.
Демонстративна	Спроба суїциду з метою привернути до себе увагу оточуючих, без будь-якого бажання покінчити з собою, з розрахунком, що вчасно прийде допомога. Також спроба суїциду в даному випадку здійснюється для того, щоб викликати жалість і співчуття до власної особи, позбутися майбутніх неприємностей і покарань, або ж щоб покарати кривдника, обрушивши на нього обурення оточуючих. У даному випадку, при спробі суїциду найчастіше вдаються до розтину вен, отруєння неотруйними препаратами, зображення повішення.
Демонстративно-шантажна з агресивним компонентом	Найчастіше для таких людей характерні істероїдні і збудливі типи акцентуації характеру. Як правило, даній спробі суїциду передують конфлікти в сім'ї і з оточуючими, булінг і цькування, порушена адаптація в суспільстві. Актом суїциду людина, в даному випадку, намагається довести свою правоту і помститися кривднику. Якщо людина не отримує бажаного, спроби суїциду можуть повторюватися.

Демонстративно-шантажна з маніпулятивною мотивацією	Як правило, людина тривалий час перебуває в дисгармонійному середовищі, в якому занадто багато протиріч. Найчастіше для таких людей характерні істероїдні типи акцентуації характеру, завищена самооцінка. Підготовка до суїциду в даному випадку займає довгий період, так як відбувається ретельний пошук більш безболісних способів піти з життя (наприклад, обчислюється безпечна доза препарату, що приймається).
Суїцид з мотивацією самоусунення	Людина, як правило, знаходиться в зовні благополучному оточенні, але не стабільному, конфлікти у взаєминах з близькими носять прихований характер. У даному випадку для людини характерні: висока тривожність, занижена самооцінка, почуття провини, конформність, несамостійність, пасивність, низька стресова толерантність, низький статус у суспільстві. Підготовка до суїциду, в даному випадку, займає тривалий період, протягом якого почуття страху не покидає людину. Як правило, обираються небезпечні способи самогубства.

Причини виникнення суїцидальної поведінки у молодому віці можуть мати різноманітний характер. Так, у ряді випадків спроби самогубства здійснюються з метою привернення уваги з боку дорослих або однолітків і виступають своєрідною формою протесту проти байдужого ставлення з боку оточення. Ще одним поширеним чинником є нерозділене кохання. У цьому віковому періоді діти та підлітки відзначаються підвищеною емоційною чутливістю та вразливістю, що значною мірою обумовлено гормональними змінами, пов'язаними з процесами вікового розвитку [42].

Доцільно також зосередити увагу на складових суїцидальної поведінки, зокрема на тих факторах, наявність яких зумовлює її формування у конкретного індивіда.

Аналіз наукових праць різних авторів дає підстави стверджувати, що суїцидальна поведінка є багатофакторним утворенням і належить до складних соціально-психологічних проблем, дослідження яких здійснюється в межах різних наукових напрямів і охоплює низку аспектів, а саме:

- різноманіття форм суїцидальних проявів – від виникнення суїцидальних думок до здійснення завершеного суїциду;
- відсутність обов'язкової патологічної основи, оскільки така поведінка в окремих випадках може спостерігатися і у психічно здорових осіб;
- наявність тенденції до поступового розвитку суїцидальних проявів;
- залежність формування та перебігу суїцидальної поведінки від комплексу факторів, зокрема біологічних, соціальних, психологічних і психіатричних.

Отже, суїцидальна поведінка за своєю суттю є свідомим і цілеспрямованим створенням загрози власному здоров'ю та життю, характеризується широким спектром проявів і має поетапний характер перебігу. У межах даного дослідження, слідом за А.Г. Амбрумовою, під суїцидальною поведінкою розуміється процес, що є наслідком психологічної дезадаптації особистості, зумовленої переживанням мікросоціального конфлікту. Вона включає внутрішні антивітальні переживання, пасивні суїцидальні думки, суїцидальні задуми, суїцидальні наміри, зовнішні суїцидальні спроби та завершений суїцид.

1.2. Психологія суїцидальної поведінки

Причини формування суїцидальної поведінки є багатограними й не можуть бути пояснені лише наявністю психічного розладу, соматичного захворювання чи складної життєвої ситуації, у якій опинилася людина. Водночас численні наукові дослідження виокремлюють низку чинників, що підвищують імовірність суїцидів і суїцидальних спроб. Сам факт їх існування не означає неминучості суїциду, проте поєднання кількох таких факторів суттєво збільшує рівень ризику.

Попри значущість психічних розладів як одного з факторів ризику, суїцидальна поведінка не є їх прямим або обов'язковим наслідком. Більшість осіб, навіть за наявності тяжких психічних порушень, ніколи не здійснюють суїцидальних дій. У той же час окремі люди, які раніше не мали психічних захворювань, але потрапили у складні соціально-психологічні обставини, можуть здійснювати суїцидальні спроби або завершені суїциди. Найчастіше безпосереднім пусковим механізмом суїцидальних дій, навіть за наявності серйозної психічної патології, виступає кризова ситуація або конфлікт. Так, повідомлення про діагноз тяжкої хвороби (онкологічні захворювання, ВІЛ/СНІД) чи смерть близької людини нерідко провокують виникнення суїцидальних думок. Міжособистісні конфлікти є джерелами інтенсивних емоцій страху, сорому та провини, які суб'єктивно переживаються як надзвичайно болісні. Суїцидальний вчинок зазвичай відбувається у стані звуженої свідомості, коли домінує афективне напруження, відчуття безвиході або відсутня здатність шукати альтернативні шляхи вирішення проблеми.

Прагнення до смерті та вплив на оточуючих є взаємопов'язаними складовими суїцидальної поведінки. З одного боку, вона асоціюється з ідеєю смерті або саморуйнування, з іншого — на несвідомому рівні може бути спрямована на зміну поведінки значущих людей та психологічний вплив на соціальне оточення. У більшості суїцидальних актів одночасно присутні обидві ці складові.

Чим більш вираженим є мотив припинення страждань, тим вищою є ймовірність того, що самоушкодження завершиться летально або матиме серйозні медичні наслідки. Разом з тим, лише незначна частина суїцидальних дій, спрямованих на зовнішній вплив, має суто маніпулятивний характер. Нерідко погрози, які оточуючі сприймають як шантаж, можуть завершуватися смертю через недооцінку небезпеки ситуації або прагнення людини продемонструвати серйозність своїх намірів. У таких випадках сам вибір самоушкодження як засобу впливу на інших свідчить про психологічне неблагополуччя та є підставою для надання професійної психотерапевтичної допомоги.

Більшість людей не розглядають власні суїцидальні наміри як остаточне та незмінне рішення. Для людини є природним сумнів і внутрішні коливання між різними варіантами дій. У кризовій ситуації це проявляється у протистоянні бажання зберегти життя та змінити обставини і прагнення померти або заподіяти собі шкоду. Такі внутрішні суперечності часто відображаються в поведінці та можуть бути використані близькими людьми для підтримки життєствердних тенденцій.

Ставлення до суїциду в суспільстві значною мірою визначається культурними та релігійними особливостями. Незалежно від індивідуальних характеристик людини, яка здійснила суїцидальний акт, сама тема самогубства викликає специфічні асоціації та емоційні реакції, що є подібними для більшості представників певної культури.

Поширеною реакцією є моральне засудження як самої особи, так і її близьких, що призводить до стигматизації сім'ї та ускладнює звернення за психологічною допомогою. Суїцидальний вчинок надзвичайно сильно впливає на родичів і близьке оточення. Інтенсивна реакція горя є типовим наслідком втрати члена сім'ї внаслідок суїциду, оскільки до переживання втрати додається надмірне почуття провини, пов'язане з переживанням власної відповідальності за дії померлого.

Прижиттєві конфлікти або наявність суїцидальних записок із звинувачувальним змістом істотно посилюють відчуття «провини» у близьких та сприяють характерному для осіб, які пережили суїцид рідної людини, прагненню знайти «третього винного». До типових складових таких переживань також належать сором, страх суспільного осуду, приховування справжньої причини смерті, а також зниження рівня соціальної активності та продуктивності. Суїцидальні погрози, у свою чергу, нерідко викликають тривогу та побоювання щодо можливості їх реалізації. Відчуття роздратування, гніву й недовіри часто виникають як реакція на сприйняття маніпулятивного тиску або так званого «суїцидального шантажу». Небезпечним і неприпустимим наслідком таких емоцій може стати провокування людини до здійснення суїцидальних дій. Презирство та знецінення зазвичай пов'язані з усталеними стигматизуючими уявленнями щодо психічних розладів, а також зі сприйняттям суїциду як гріха, прояву моральної слабкості чи неповноцінності. Спроби моралізувати або «наставляти на правильний шлях» переважно лише посилюють у людини почуття провини та сорому і перешкоджають налагодженню відкритого діалогу. Попри те, що суїцидальний акт відбувається у просторі міжособистісних відносин і часто виступає своєрідним аргументом у конфлікті з емоційно значущими людьми, вони не можуть нести повну відповідальність за такі дії, оскільки рішення про суїцид приймається індивідом самостійно, а повний контроль над його поведінкою є неможливим.

Суїцидальні висловлювання, думки або дії є підставою для обов'язкового звернення за консультацією до відповідного фахівця — психолога, психотерапевта або психіатра.

На сьогодні функціонує Міжнародна асоціація з попередження самогубств, за рекомендаціями якої у багатьох містах світу та нашої країни створено служби з профілактики суїцидів. Вони є сучасною формою організації медичної та соціально-психологічної допомоги особам, які

потребують професійної підтримки чи медикаментозного лікування. Діяльність таких служб орієнтована на широкі верстви населення, насамперед на людей, що перебувають у стані психологічної кризи, зазнають впливу стресогенних чинників і належать до потенційно суїцидонебезпечної групи.

Одним із провідних принципів роботи цих служб є анонімність. Усвідомлення того, що особисті та емоційно болісні питання не стануть предметом розголосу, сприяє більшій відкритості клієнта та полегшує встановлення контакту. Ще одним важливим принципом, рекомендованим міжнародними суїцидологічними організаціями, є те, що підрозділи таких служб не повинні розташовуватися на базі психіатричних закладів. Це дозволяє зменшити психологічний бар'єр, який часто заважає людині звернутися по допомогу.

Ключовою ланкою у системі профілактики самогубств є анонімна телефонна служба, відома як «телефон довіри». Вона була заснована у 1953 році в Лондоні священником Чадом Варою та швидко набула поширення в країнах Європи й Америки. Основна мета телефонної служби полягає в наданні людині, яка перебуває у кризовій ситуації та має суїцидальні думки, можливості негайного контакту з фахівцем або волонтером, здатним вислухати її як друг і допомогти подолати складну життєву ситуацію.

У діяльності таких служб особлива увага приділяється профілактиці суїцидальної поведінки у практично здорових осіб з прикордонними психічними розладами, оскільки ця група є найчисельнішою та переважно представлена людьми молодого віку.

Для надання допомоги близьким важливими є такі дії.

1. Необхідно намагатися розпізнати ознаки можливого суїциду. Суїцидальна превенція передбачає не лише турботу й участь з боку друзів і родичів, а й уміння вчасно помітити сигнали небезпеки. Обізнаність із принципами профілактики та прагнення володіти відповідною інформацією можуть врятувати життя. Поширюючи ці знання серед інших, можна

руйнувати міфи й хибні уявлення, які перешкоджають запобіганню багатьом суїцидам. Слід звертати увагу на можливі попереджувальні ознаки, зокрема суїцидальні висловлювання, попередні спроби самогубства, депресивні стани, різкі зміни у поведінці чи особистісних рисах, а також підготовку до «останнього волевиявлення». Важливо помічати прояви безнадійності, безпорадності та соціальної ізоляції. Чим більше людей будуть обізнані з цими сигналами, тим вищими є шанси на зменшення кількості самогубств серед основних причин смертності.

2. Сприймайте суїцидальну людину як особистість. Допускайте думку, що людина справді може перебувати в суїцидальному стані. Не варто вважати, що вона не здатна або не наважиться на самогубство. Часто виникає спокуса заперечувати реальність загрози чи вірити, що хтось інший обов'язково зупинить людину від фатального кроку. Саме через таке недооцінювання ситуації тисячі людей різного віку, соціального статусу та етнічної належності вчиняють самогубства. Не дозволяйте оточуючим переконати вас у «несерйозності» конкретної суїцидальної ситуації. Якщо ви відчуваєте, що існує реальна небезпека, керуйтеся власними переконаннями та дійте. Ризик помилитися, перебільшивши загрозу, є значно меншим, ніж імовірність втрати людського життя через бездіяльність.

3. Налагоджуйте підтримувальні взаємини. Не існує універсальних відповідей на настільки складну проблему, як самогубство. Водночас надзвичайно важливим кроком є позиція прийняття та щирої участі щодо людини, яка втратила надію. Подальший розвиток ситуації значною мірою залежить від якості взаємин. Підтримка має виявлятися не лише словами, а й невербально — через емпатію та уважність; у таких умовах моралізування є недоречним, натомість важливо демонструвати розуміння та турботу. Замість заглиблення у самоосуд і негативні переживання тривожній людині необхідно допомогти усвідомити й прийняти власні почуття. Для особистості, яка вважає себе нікому не потрібною й нелюбою, щира увага та співпереживання іншої людини мають потужний підтримувальний ефект.

Саме так можна досягти контакту з внутрішньо ізольованим світом зневіреної людини.

4. Будьте уважним слухачем. Люди з суїцидальними намірами часто гостро переживають почуття відчуження, тому не завжди готові сприймати поради. Набагато більше вони потребують можливості висловити свій біль, фрустрацію та думки на кшталт: «Мені немає заради чого жити». У стані депресії людині важливіше говорити самій, ніж слухати настанови з боку.

Ви можете відчувати роздратування, образу або гнів, якщо людина не реагує одразу на ваші слова чи зусилля. Усвідомлення того, що близька вам особа має суїцидальні думки, нерідко викликає у того, хто допомагає, страх відторгнення, безсилля або власної непотрібності. Проте слід пам'ятати, що людина в кризі часто не здатна зосередитися на чомусь іншому, окрім відчуття безвиході. Вона прагне позбутися болю, але не бачить шляхів виходу. Якщо хтось зізнається вам у суїцидальних думках, утримайтеся від осуду. Намагайтеся залишатися спокійними та уважними. Можна, наприклад, сказати: «Я ціную твою відвертість, адже поділитися цим зараз потребує великої сміливості». Ви надаєте значну підтримку, коли уважно вислуховуєте переживання людини — сум, провину, страх чи гнів. Іноді навіть мовчазна присутність поруч є свідченням щирої турботи та зацікавленості.

Як фахівцям, так і людям без спеціальної підготовки важливо розвивати здатність «слухати третім вухом», тобто помічати невербальні сигнали: зміни в поведінці, апетиті, настрої, міміці, рухах, порушення сну, схильність до імпульсивних вчинків у кризових ситуаціях. Хоча ознаки наближення суїциду часто замасковані, уважний і чутливий слухач здатний їх розпізнати.

5. Уникайте суперечок. Зіткнувшись із суїцидальними висловлюваннями, родичі або друзі нерідко реагують фразами на кшталт: «Подумай, ти ж живеш краще за багатьох, тобі слід бути вдячним». Такі слова одразу припиняють діалог і лише посилюють пригніченість людини,

яка й без того страждає. Намір допомогти в подібний спосіб часто призводить до протилежного результату.

Поширеним є й інше зауваження: «Ти усвідомлюєш, яке горе і сором принесеш своїй родині?». Водночас саме така ідея може лежати в основі намірів суїцидальної людини. У жодному разі не проявляйте агресії під час розмов про самогубство і намагайтеся не демонструвати шок від почутого. Вступаючи в суперечку з людиною у стані глибокої пригніченості, ви ризикуєте не лише програти дискусію, а й втратити саму людину.

6. Ставте прямі й коректні запитання. Коли ви формулюєте непрямі запитання на зразок: «Я сподіваюся, ти не думаєш про самогубство?», у них уже закладена бажана для вас відповідь. Якщо близька людина відповість заперечно, це, швидше за все, не допоможе розібратися з реальною суїцидальною кризою і не сприятиме наданню необхідної допомоги.

Найефективнішим способом втручання у кризову ситуацію є обережне й тактовне формулювання прямого запитання: «Чи думаєш ти про самогубство?». Таке запитання не здатне викликати подібні думки, якщо їх раніше не існувало. Навпаки, у випадку, коли людина вже розмірковує про суїцид і вперше зустрічає того, кому небайдужі її переживання та хто готовий відкрито обговорювати цю заборонену тему, вона часто відчуває полегшення. Це створює умови для усвідомлення власних почуттів і може сприяти емоційному розвантаженню, своєрідному катарсису.

Запитання щодо тривожної ситуації варто ставити спокійно та зрозуміло, наприклад: «З якого часу ваше життя здається вам настільки безнадійним?», «Як ви вважаєте, що стало причиною появи цих почуттів?», «Чи виникали у вас конкретні думки щодо способу самогубства?», «Якщо раніше ви замислювалися про самогубство, що вас тоді зупинило?». Для того щоб допомогти людині краще усвідомити власні думки, доцільно інколи перефразувати або повторювати ключові моменти її відповідей, наприклад: «Інакше кажучи, ви маєте на увазі...». Ваша готовність уважно слухати й

обговорювати те, чим людина хоче поділитися, є значним полегшенням для того, хто перебуває у відчаї та боїться осуду з боку оточення.

7. Не використовуйте необґрунтовані заспокоєння. Раціоналізація є одним із поширених механізмів психологічного захисту. Після почуття про суїцидальну загрозу може виникнути спокуса сказати: «Насправді ви так не думаєте». Проте подібні твердження зазвичай не мають під собою об'єктивних підстав і є лише відображенням власної тривоги того, хто слухає.

Причина, з якої людина озвучує свої суїцидальні думки, часто полягає в потребі привернути увагу до власного стану й отримати розуміння. За відсутності щирої зацікавленості та співчуття депресивна особа може сприйняти фрази на кшталт «Ви насправді так не думаєте» як недовіру або відторгнення. Натомість розмова, побудована на турботі та повазі, здатна істотно знизити ризик суїцидальних дій. Поверхневі або банальні втіхи, навпаки, можуть підштовхнути людину до фатального кроку саме тоді, коли вона найбільше потребує щирої та відкритої участі в її долі.

Особи з суїцидальними намірами зазвичай знецінюють зауваження типу: «У всіх є такі ж проблеми» або подібні клішовані висловлювання, оскільки вони різко контрастують з глибиною їхнього страждання. Такі репліки лише применшують значущість переживань, посилюють почуття непотрібності та безцінності.

8. Пропонуйте конструктивні варіанти. Замість того щоб апелювати до почуття провини, наголошуючи, наприклад: «Подумай, який біль твоя смерть завдасть близьким», — доцільніше запропонувати людині розглянути альтернативні способи розв'язання ситуації, про які вона раніше могла не замислюватися.

Важливо переконати зневірену особу, що вона може відкрито говорити про свої почуття без сорому, у тому числі про такі складні емоції, як ненависть, гіркота чи бажання помсти. Якщо людині складно самотійно висловити ці переживання, можна м'яко підвести її до цього, зазначивши:

«Мені здається, що ви дуже засмучені», або «Складається враження, що вам зараз хочеться плакати». Доцільно також сказати: «Ви справді хвилюєтеся. Можливо, якщо ви поділитесь своїми труднощами зі мною, я спробую вас зрозуміти».

Коли кризова ситуація та емоційна напруга є вираженими, важливо з'ясувати, яким чином людина справлялася з подібними труднощами раніше. Це так звана оцінка наявних ресурсів подолання проблеми, яка передбачає аналіз попереднього досвіду. Для цього можна поставити запитання: «Чи доводилося вам раніше переживати щось подібне?». Спільне обговорення минулих способів подолання кризи може допомогти знайти ефективні підходи і для вирішення теперішньої ситуації.

Необхідно також звернути увагу на те, що залишається для людини позитивно значущим, що вона й досі цінує. Варто фіксувати ознаки емоційного пожвавлення, коли розмова торкається найкращих періодів її життя, звертаючи увагу, зокрема, на вираз очей. Слід з'ясувати, що з важливого для неї є доступним зараз, які люди продовжують мати для неї значення. Після всебічного аналізу життєвої ситуації доцільно поставити питання, чи з'явилися альтернативні варіанти виходу з кризи та чи виникло хоча б мінімальне відчуття надії.

9. Вселяйте надію. Робота з депресивними людьми, схильними до саморуйнівної поведінки, є надзвичайно відповідальною і складною. Психотерапевтична практика переконливо свідчить, що особливу цінність має зосередження на тому, що саме людина говорить і відчуває. Коли приховані тривожні думки вербалізуються, проблеми починають сприйматися менш фатальними та більш такими, що піддаються вирішенню. Людина, яка перебуває у стані тривоги, може дійти висновку: «Я все ще не знаю, як вирішити цю ситуацію, але тепер, коли мої труднощі стали зрозумілими, я бачу, що, можливо, надія все ж існує».

Надія відіграє ключову роль у подоланні зацикленості на суїцидальних думках. Показовим у цьому контексті є історичний досвід єврейського

населення під час Голокосту. До 1940 року середньомісячна кількість самогубств серед євреїв становила близько 71,2 випадку. У травні 1940 року, одразу після вторгнення нацистів, ця цифра зросла до 371. Причиною стала паніка і страх перед депортацією до концентраційних таборів. Ті, хто опинився в таборах, на початкових етапах часто зберігали віру у звільнення або возз'єднання з родинами. Поки існувала хоча б мінімальна надія, кількість самогубств залишалася відносно невеликою. Проте з поширенням інформації про масові знищення та усвідомленням безнадійності ситуації самогубства серед в'язнів набули характеру епідемії. Ще одна хвиля суїцидів відбулася наприкінці війни, коли люди дізнавалися про загибель близьких або повною мірою усвідомлювали жахи, пережиті у таборах.

Втрата надії на гідне майбутнє яскраво відображається в передсмертних записках самогубців. Саморуйнівна поведінка виникає тоді, коли людина позбавляється навіть мінімального оптимізму, а оточення прямо чи опосередковано підтверджує марність її сподівань. Влучним у цьому сенсі є вислів: «Ми сміємося з тих, хто сподівається, і госпіталізуємо тих, хто втратив надію». Водночас надія має ґрунтуватися на реальності. Неприпустимо заспокоювати людину порожніми обіцянками на кшталт: «Усе буде добре», якщо об'єктивно це не так. Справжня надія не виникає з фантазій, відірваних від дійсності, а з реальної здатності бажати, діяти і досягати.

Втрату близької людини неможливо скасувати жодними молитвами чи сподіваннями, однак її родичі можуть поступово віднайти новий сенс життя. Тому надії мають бути обґрунтованими та досяжними. У кризовій ситуації існує принципова різниця між надією «доплисти до найближчого берега» і фантазією «перетнути океан». Коли люди повністю втрачають віру у гідне майбутнє, вони особливо потребують підтримки і пошуку альтернатив. У цьому контексті доцільно ставити запитання: «Як ви могли б змінити цю ситуацію?», «Які види допомоги ззовні були б для вас прийнятними?», «До кого ви могли б звернутися по підтримку?».

Суїцидально налаштовані особи часто перебувають у стані внутрішнього емоційного дискомфорту, через що навколишній світ сприймається ними виключно у похмурих тонах. Надзвичайно важливо допомогти їм усвідомити, що життя не зводиться до одного полюса переживань. Людина здатна любити, водночас іноді відчуваючи ненависть; сенс життя не зникає навіть тоді, коли воно супроводжується болем. Світло і темрява, радість і страждання є нерозривно переплетеними складовими людського існування. Саме тому реалістична надія має бути представлена чесно, переконливо і м'яко, з опорою на ресурси та можливості самої людини, із наголосом на тому, що кризові стани зазвичай мають тимчасовий характер.

10. Оцініть ступінь суїцидального ризику. Необхідно намагатися визначити серйозність можливих намірів. Суїцидальні думки можуть варіюватися від швидкоплинних і нечітких уявлень про «можливість» самогубства до детально розробленого плану з конкретним способом його здійснення (отруєння, стрибок з висоти, використання вогнепальної зброї, мотузки тощо). Важливо враховувати й супутні чинники, зокрема алкоголізм, уживання наркотичних речовин, рівень емоційної дезорганізації, почуття безнадійності та безпорадності.

Загальновизнаним є той факт, що чим більш конкретним і продуманим є план суїциду, тим вищим є рівень ризику. Особливу настороженість мають викликати непрямі сигнали, наприклад, коли депресивний підліток починає роздавати особисто значущі для нього речі. У таких ситуаціях необхідно обмежити доступ до потенційно небезпечних предметів - медикаментів, зброї, ножів тощо.

11. Не залишайте людину наодинці у ситуації високого суїцидального ризику. Важливо залишатися з нею якомога довше або забезпечити присутність іншої надійної особи до моменту стабілізації стану чи прибуття професійної допомоги. За потреби слід звернутися до служби екстреної

медичної допомоги або до спеціалізованих медичних установ. Слід пам'ятати, що надання підтримки передбачає певну відповідальність.

Одним зі способів посилення відчуття турботи та життєвої перспективи є укладання так званого «суїцидального контракту» — домовленості, за якою людина обіцяє звернутися по допомогу або зв'язатися з конкретною особою перед тим, як здійснювати суїцидальні дії. Мета такої угоди полягає в тому, щоб створити додаткову паузу для обговорення альтернативних варіантів поведінки. Незважаючи на свою простоту, подібна практика в окремих випадках виявляється доволі ефективною.

12. Звертайтеся по допомогу до фахівців. Для осіб із суїцидальними намірами характерне звужене сприйняття реальності, так звана «тунельна свідомість», коли людина не здатна побачити повну картину можливих шляхів виходу з болісної ситуації. Першим сигналом нерідко стає неявне або пряме прохання про допомогу. Хоча друзі й близькі зазвичай керуються щирими намірами, їм може бракувати професійних знань, досвіду та емоційної стриманості, необхідних у кризовій ситуації.

Для людини із суїцидальними тенденціями потенційним джерелом підтримки може бути священнослужитель. В. Джеймс розглядав суїцид як своєрідну «релігійну хворобу», яку може полегшити віра. Дійсно, багато представників духовенства є уважними, чуйними та такими, що викликають довіру консультантами.

Водночас не всі з них мають підготовку до кризового втручання, а надмірне моралізування чи банальні повчання можуть лише посилити почуття ізоляції та провини у людини, яка переживає кризу.

Надійним і доступним ресурсом допомоги є сімейні лікарі. Вони, як правило, добре орієнтуються у стані пацієнта, здатні оцінити серйозність ризиків і за потреби направити його до профільного спеціаліста. До отримання спеціалізованої допомоги сімейний лікар може призначити медикаментозні засоби для зменшення вираженості депресивних симптомів.

За жодних обставин не слід знецінювати роль психіатрів і клінічних психологів у разі суїцидальної загрози. Усупереч поширеним стереотипам, психіатрична допомога не є привілеєм заможних.

Сьогодні існують як приватні, так і державні заклади, що фінансуються з національних або регіональних бюджетів і надають різні форми допомоги за доступною вартістю. Завдяки професійній підготовці та психотерапевтичному впливу ці фахівці мають унікальні можливості для розуміння прихованих почуттів, потреб і очікувань людини.

Під час психотерапевтичних консультацій зневірені особи зазвичай глибше усвідомлюють і вербалізують власний біль та тривогу. Якщо ж депресивна людина не готова співпрацювати зі спеціалістами або активно відмовляється від індивідуальної допомоги, альтернативою може стати сімейна терапія.

У такому випадку відхід від концепції «ідентифікованого пацієнта» дозволяє залучити всіх членів родини: кожен отримує підтримку, має можливість висловити власні переживання й очікування, а також спільно формувати більш сприятливий стиль сімейної взаємодії. Окрім зменшення емоційної напруги, сімейна терапія може передбачати і реальні зміни в соціальному оточенні.

У деяких випадках, коли ситуація набуває критичного характеру, єдиною реальною формою допомоги може стати госпіталізація до психіатричного стаціонару. Зволікання тут є небезпечним, а своєчасне стаціонарне лікування здатне полегшити стан як самої людини, так і її родини.

Водночас лікарня не є універсальним вирішенням проблеми. Суїцидальні дії можуть відбуватися під час лікування, у період тимчасових відпусток або невдовзі після виписки. Дослідження свідчать, що вирішальне значення має суб'єктивне ставлення пацієнта до факту госпіталізації. Якщо лікарня сприймається як «в'язниця», ризик суїциду при надходженні та після виписки істотно зростає.

Також встановлено, що особи з високою схильністю до саморуйнівної поведінки переживають кризу вкрай персоналізовано, реагуючи на конкретні життєві труднощі вибухами гніву, спрямованими на значущих інших, а згодом — на самих себе. Тривалі невдачі у встановленні стосунків формують у них негативне сприйняття сім'ї як ворожого середовища. Після виписки з лікарні таким людям часто важко адаптуватися до життя в соціальному оточенні. Частина з них здійснює повторні суїцидальні спроби або знову потрапляє до стаціонару.

13. Значення тривалої турботи та підтримки. Навіть якщо гостра кризова ситуація минула, фахівці й родини не повинні втрачати пильність. Найнебезпечніший період може бути ще попереду. Підвищення активності та зовнішнє пожвавлення іноді помилково сприймають як покращення стану. Відомі випадки, коли безпосередньо перед самогубством депресивні люди раптово стають надмірно діяльними, просять вибачення у знайомих і намагаються «поставити крапку» у стосунках. Це може створити ілюзію стабілізації та знизити рівень настороженості оточення.

Однак подібна поведінка нерідко є ознакою остаточного рішення завершити життя, своєрідного «погашення боргів». Статистичні дані свідчать, що близько половини суїцидів здійснюється протягом трьох місяців після початку психологічної кризи.

У повсякденній метушні суспільство часто забуває про людей, які вже здійснювали суїцидальні спроби. Парадоксально, але до них нерідко ставляться з осудом і зневагою, сприймаючи як «слабких» або «невдах». Такі особи стикаються з подвійною стигматизацією: їх вважають «ненормальними» за саме бажання померти і водночас «некомпетентними» через невдалу спробу. Це суттєво ускладнює пошук підтримки, прийняття та співчуття з боку сім'ї й соціального оточення.

Емоційні проблеми, що лежать в основі суїцидальної поведінки, рідко зникають повністю, навіть якщо здається, що криза минула. Саме тому не слід обіцяти повної конфіденційності в ситуаціях загрози життю. Допомога

не означає мовчазної співучасті. Подання суїцидальних сигналів зазвичай є формою звернення по допомогу. І ситуація не може вважатися вирішеною доти, доки людина з суїцидальними тенденціями не зможе відносно стабільно адаптуватися до життя.

1.3. Прояв суїцидальної поведінки в молодому віці

Суїцидальна поведінка може проявлятися на різних етапах онтогенетичного розвитку особистості, однак найбільша вразливість до таких проявів спостерігається саме у молодому віці. Це зумовлено сукупністю психологічних, соціальних та біологічних особливостей, характерних для цього періоду становлення особистості.

На сучасному етапі Україна входить до числа європейських країн з високими показниками самогубств серед молоді [21]. Упродовж останніх років в Україні фіксується зростання кількості суїцидів серед неповнолітніх, а також збільшення числа дітей із суїцидальною поведінкою, які мають психічні розлади.

Згідно з даними Слідчого комітету, у 2024 році в Україні було зареєстровано 753 випадки дитячих самогубств, що на 37,4 % перевищує показник 2023 року, коли було зафіксовано 548 таких випадків. У свою чергу, за інформацією Державної служби статистики, у 2023 році кількість самогубств серед дітей становила 311 випадків. Представники Генеральної прокуратури також відзначають зростання кількості неповнолітніх із психічними захворюваннями та суїцидальними тенденціями: у 2024 році їх число сягнуло 882 осіб, тоді як у 2023 році цей показник становив 635 [23].

У низці ситуацій молоді люди сприймають самогубство як найбільш простий і, на їхню думку, оптимальний вихід зі складних життєвих обставин. Особа, у свідомості якої формується суїцидальна ідея, багаторазово переживає цей сценарій у своїх думках, поступово звикаючи до нього і приймаючи можливість власної смерті. При цьому тривога ніби відходить на другий план, а реальні наслідки такого кроку повною мірою не усвідомлюються.

Під час здійснення суїцидального акту багато молодих людей не уявляють справжнього результату своїх дій. У цьому полягає одна з принципових відмінностей між суїцидальною поведінкою молоді та

дорослих: у першому випадку спроби самогубства частіше мають демонстративний характер, ніж є усвідомленими діями, спрямованими на позбавлення життя [38].

О.Н. Тараненко зазначає, що проблема суїцидів у молодому віці є надзвичайно актуальною у сучасному світі та стосується практично всіх розвинених країн. За його даними, суїцид посідає третє місце серед причин смертності молодого населення у світі [36].

Загалом суїцидальна поведінка у молодому віці має багато спільних рис із суїцидальністю дорослих осіб, однак водночас характеризується низкою специфічних відмінностей, безпосередньо пов'язаних з віковими особливостями цієї категорії. Значну роль у цьому відіграють психологічні та фізіологічні характеристики, притаманні людині на етапі формування особистості [7].

На думку Н.В. Александрової, суїцид у молодому віці супроводжується певними типовими ознаками, серед яких: незначність приводу, взаємна індукованість осіб до подібних девіантних форм поведінки, негативний вплив засобів масової інформації, прояви патохарактерологічних реакцій протесту, опозиції та групування, а також відсутність усвідомлення незворотності смерті за наявності її романтизованого, «магічного» образу [1, с. 4].

У дослідженнях Є.М. Кривуліна, присвячених аналізу клініко-психологічних і соціально-демографічних характеристик дітей, які вчинили суїцид або виявляли суїцидальну поведінку, було виокремлено так звані вірулентні ознаки суїцидальної поведінки у молодому віці. До них належать дефіцит уваги або емоційна відчуженість з боку близьких і однолітків, особливості виховання в повній чи неповній сім'ї, а також виникнення суїцидальних проявів у відповідь на відносно прості життєві труднощі. Узагальнені результати досліджень Є.М. Кривуліна подані в таблиці 2.3 [22].

У цьому контексті особливої значущості набуває своєчасна діагностика, спрямована на виявлення суїцидальних тенденцій у молоді, що дозволяє вчасно надати необхідну психологічну допомогу та підтримку [15].

Згідно з позицією Н.В. Александрової, постсуїцидальний період включає три основні складові: збереження або зниження актуальності конфлікту, рівень мобільності суїцидальних проявів, а також специфіку ставлення особи до здійсненої спроби самогубства.

Таблиця 2.3

Характеристика суїцидальної поведінки за статевою ознакою у молоді

Гендерна приналежність	Характеристика суїцидента	Характер прояву суїцидальної поведінки
Хлопці	Характерними клініко-психологічними та соціально-демографічними особливостями в молодому віці з актом суїциду є особи чоловічої статі (70,7%) у період позитивної пубертатної фази (16-17 років), частина з яких не включені в процес освіти (14,8%), що мають особистісні особливості шизоїдного, сензитивно-шизоїдного або емоційно-лабільного типів.	Самогубства серед даної категорії осіб частіше відбувалися у весняний період (53,6%) і мали форму самоповішення (95,1%).
Дівчата	Серед дітей, госпіталізованих до психіатричного стаціонару, більшою мірою спостерігалось серед осіб жіночої статі (80,0%) в період негативної пубертатної фази (13-15 років), які виявляють розлади адаптації та поведінки, або резидуально-органічну психічну патологію, що характеризуються особистісними особливостями нестійкого, сензитивного, істероїдного або збудливого типів.	Самогубства серед даної категорії осіб частіше відбувалися влітку. Акти суїциду здійснювалися за допомогою самопорізів (50,0%), прийому лікарських засобів (20,0%), падіння з висоти (16,7%).

На основі наведених положень автором було виокремлено відповідні типи постсуїцидальних станів [1], які систематизовано та подано в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Типи постсуїцидальних станів

Тип постсуїцидального стану	Характерні риси
Критичний	1) Конфлікт втратив свою значимість, суїцид призвів до розрядки напруги. 2) Суїцидальні прояви відсутні. 3) Почуття сорому і страху за скоєну спробу суїциду. Розуміння того, що ця спроба не допоможе вирішити ситуацію, що склалася. 4) Імовірність повторної спроби - мінімальна.
Маніпулятивний	1) Актуальність конфлікту зменшилася через сприятливий вплив на оточуючих. 2) Суїцидальні прояви відсутні. 3) Легке почуття сорому, страх смерті. Виразне закріплення даної поведінки для досягнення своїх цілей. 4) Висока ймовірність спроби суїциду.
Аналітичний	1) Конфлікт зберігає свою актуальність. 2) Суїцидальні прояви відсутні. 3) Настає каяття. Пошук інших шляхів вирішення проблем. 4) Спроба суїциду може повторитися, якщо не буде знайдено нового виходу із ситуації.
Суїцидально-фіксований	1) Конфлікт зберігає свою актуальність. 2) Суїцидальні прояви зберігаються. 3) Позитивне ставлення до суїциду.

Мотиви суїцидальної поведінки у підлітковому віці є багатограними та різноплановими. Спираючись на результати соціально-психологічних досліджень Т.А. Бондарєвої, можна виділити низку найпоширеніших спонукальних чинників, серед яких:

- переживання сорому та почуття провини;
- уражене або принижене самолюбство;
- відчуття самотності й браку розуміння з боку однолітків;
- страх насмішок, приниження чи публічної ганьби;
- схильність до наслідування поведінки однолітків або значущих кумирів;
- нерозділені романтичні почуття;
- прояви злості, протестної поведінки, погроз, прагнення помсти або вимагання;

- дефіцит батьківської уваги, ревності;
- бажання привернути увагу до власної особистості;
- прагнення уникнути складної або кризової життєвої ситуації [5].

Р.В. Власовських класифікує суїцидальні прояви в молодому віці на три основні форми:

- Справжній суїцид – характеризується твердим наміром особи вчинити самогубство, спроба якого часто закінчується смертю. Ця форма частіше спостерігається серед підлітків чоловічої статі.

- Афективні самогубства – відбуваються під впливом сильних емоцій, які беруть верх і примушують підлітка до спроби самогубства. Такі спроби не завжди є успішними та частіше зустрічаються серед дівчат [8].

- Демонстративний суїцид – акт, що здійснюється переважно для привернення уваги до себе, а не з метою реальної смерті.

Не можна ігнорувати вплив зовнішніх чинників на прийняття рішення про самогубство. За О.Н. Шелюк, до них належать:

- Несприятлива обстановка в сім'ї, включно з відсутністю турботи, жорстокістю, психологічним, фізичним чи сексуальним насильством;
- Конфлікти з однолітками та труднощі у спілкуванні;
- Невдачі в навчанні, спорті та інших захопленнях;
- Невдалий досвід романтичних відносин;
- Вплив засобів масової інформації, що може формувати небезпечні уявлення та поведінку.

Ці фактори можуть діяти окремо або у поєднанні, підвищуючи ризик прояву суїцидальної поведінки [40].

Молодий вік характеризується розширенням сфер соціалізації, проте соціальні й внутрішні невдачі часто призводять до конфліктів, що пов'язано з ще не стабільною психікою підлітків [39].

Отже, суїцидальна поведінка серед молоді має складний і багатофакторний характер. Вона обумовлена психологічними особливостями даного віку, зокрема емоційною нестійкістю, підвищеною сугестивністю,

сенситивністю, імпульсивністю та експлозивністю. Ці риси, що інколи досягають рівня акцентуації характеру, створюють передумови для соціально-психологічної дезадаптації та сприяють прояву суїцидальної поведінки.

Висновки до розділу 1

1. Сутність суїцидальної поведінки полягає у свідомому та цілеспрямованому створенні загрози власному життю і здоров'ю. Вона має широкий спектр проявів і розвивається поетапно. Суїцидальна поведінка – це процес, що виникає як наслідок психологічної дезадаптації особистості, пов'язаної з пережитими мікросоціальними конфліктами.

Вона включає: внутрішні антивітальні переживання, пасивні суїцидальні думки, задуми, наміри, зовнішні спроби та завершений суїцид.

2. Причини суїцидальної поведінки різноманітні. Суїцид не є прямим наслідком психічних розладів або складних життєвих обставин.

Проте певні фактори підвищують ризик: їх наявність не означає неминучості самогубства, але поєднання кількох факторів значно його підсилює. Деякі люди без психічних розладів можуть в умовах складної соціально-психологічної ситуації вдаватися до суїцидальних дій.

3. Ставлення до власного суїциду зазвичай непостійне. Люди часто вагаються між бажанням жити та бажанням померти, що проявляється в поведінці і може бути використано для підтримки життя.

Сприйняття суїциду в суспільстві формується культурним і релігійним контекстом, викликаючи схожі асоціації та емоційні реакції серед представників даної культури.

4. Суїцидальна поведінка серед молоді має складний характер. Вона пов'язана з психологічними особливостями підліткового та юнацького віку: емоційною нестійкістю, підвищеною сугестивністю, сенситивністю, імпульсивністю та експлозивністю.

Ці риси, часто доведені до рівня акцентуацій характеру, створюють передумови для соціально-психологічної дезадаптації та підвищують ризик прояву суїцидальної поведінки.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ

2.1. Організація та методи дослідження

Експериментальне дослідження, спрямоване на вивчення схильності молоді до суїцидальної поведінки, проводилося на базі Ліцею №303 суспільно-гуманітарного профілю міста Києва.

У дослідженні взяли участь учні 10-х класів Ліцею №303 у кількості 37 осіб, серед яких 20 дівчат та 17 хлопців. Вік учасників коливався від 15 до 16 років.

Для діагностики були обрані такі методики: «Опитувальник суїцидального ризику» (Т.Н. Разуваєва) та тест «Схильність до девіантної поведінки» (Е.В. Леус, А.Г. Соловйов).

Дослідження проводилося поетапно:

1 етап (вересень – жовтень 2025 р.) – визначення методів та формування вибірки експериментального дослідження, проведення первинної діагностики схильності молоді до суїцидальної поведінки.

2 етап (листопад 2025 – січень 2026 р.) – розробка та реалізація системи профілактичних заходів для учнів з ознаками суїцидальної поведінки.

3 етап (лютий 2026 р.) – повторна діагностика суїцидальної поведінки, аналіз отриманих даних, оцінка ефективності профілактичних заходів та формулювання висновків.

Методика «Опитувальник суїцидального ризику» (Т.Н. Разуваєва) [10] призначена для виявлення схильності до суїцидальної поведінки з метою запобігання можливим спробам самогубства.

На основі результатів за шкалами оцінюється рівень сформованості суїцидальних намірів та визначаються конкретні фактори ризику.

Тест «Схильність до девіантної поведінки» (Е.В. Леус, А.Г. Соловйов) [28] дозволяє ідентифікувати осіб з девіантною поведінкою та рівнем дезадаптації.

2.2. Аналіз результатів первинної діагностики

Результати, отримані за цією методикою, дозволяють отримати максимально детальну інформацію щодо наявності різних типів поведінкових девіацій у учнів.

На основі даних первинної діагностики молоді, проведеної за допомогою методики «Опитувальник суїцидального ризику» (Т.Н. Разуваєва), можна зробити такі висновки.

За шкалою «Демонстративність» (рис. 2.1) високий рівень виявлено у 7 осіб (19%), середній – у 4 осіб (11%). Ці показники свідчать про наявність у деяких учнів ознак демонстративності та прагнення привернути до себе увагу, а також про схильність домагатися співчуття та розуміння з боку оточення. У 26 осіб (70%) цей показник не проявлявся.



Рис. 2.1. Результати первинної діагностики учнів за методикою «Опитувальник суїцидальної поведінки» (шкала «Демонстративність»)

Аналіз результатів за шкалою «Афективність» (рис. 2.1) показав, що у 17 осіб (46%) спостерігається високий рівень, у 8 осіб (22%) – середній. Ці дані свідчать про те, що в цих респондентів емоції переважають над раціональним мисленням у стресових ситуаціях. У 12 осіб (32%) за цією шкалою виявлено низький рівень.



Рис. 2.2. Результати первинної діагностики учнів за методикою «Опитувальник суїцидальної поведінки» (шкала «Афективність»)

За шкалою «Унікальність» (рис. 2.3) високий рівень виявлено у 4 осіб (11%), що свідчить про схильність цих учнів сприймати себе як унікальних індивідів, які відрізняються від інших більш виразними або досконалими вчинками. Середній рівень за цією шкалою спостерігався у 6 осіб (16%), а у 27 осіб (73%) цей показник був низьким або практично відсутнім.



Рис. 2.3. Результати первинної діагностики респондентів за методикою «Опитувальник суїцидальної поведінки» (шкала «Унікальність»)

За шкалою «Неспроможність» (рис. 2.4) високий рівень виявлено у 9 осіб (24%), а середній – у 19 осіб (51%). Ці результати свідчать про наявність у цих респондентів негативного сприйняття власної особистості. Вони відчують себе несамотійними, зайвими та невідповідними цьому світу. Крім того, учні гостро усвідомлюють свою фізичну, інтелектуальну, моральну та інші форми нездатності. У 9 осіб (25%) цей показник проявлявся слабо.



Рис. 2.4. Результати первинної діагностики учнів за методикою «Опитувальник суїцидальної поведінки» (шкала «Неспроможність»)

За шкалою «Соціальний песимізм» (рис. 2.5) високий рівень спостерігався у 12 осіб (32%), а середній – у 20 осіб (54%). Це свідчить про наявність у цієї групи респондентів негативного сприйняття навколишнього світу. Вони розглядають середовище як ворожий простір і не мають уявлення про здорові взаємини з оточуючими. У 5 осіб (14%) схильність до соціального песимізму не виявлялася.



Рис. 2.5. Результати первинної діагностики респондентів за методикою «Опитувач суїцидальної поведінки» (шкала «Соціальний песимізм»)

Аналіз результатів за шкалою «Злам культурних бар'єрів» (рис. 2.6) показав, що високий рівень спостерігався у 7 осіб (19%). Це свідчить про те, що ці учні шукають культурні цінності та норми, які можуть виправдовувати суїцидальну поведінку, і можуть брати приклади такої поведінки з книг або літературних творів. Середнього рівня за цією шкалою не виявлено. У 30 осіб (81%) показники були низькими.



Рис. 2.6. Результати первинної діагностики респондентів за методикою «Опитувальник суїцидальної поведінки» (шкала «Злам культурних бар'єрів»)

За шкалою «Максималізм» (рис. 2.7) високий рівень спостерігався у 1 особи (3%), а середній – у 21 особи (57%). Це свідчить про наявність у цієї групи респондентів інфантильного максималізму у ціннісних установках, нездатності до компенсації невдач та афективної фіксації на поразках. У 15 осіб (40%) показники за цією шкалою були низькими.



Рис. 2.7. Результати первинної діагностики респондентів за методикою «Опитувальник суїцидальної поведінки» (шкала «Максималізм»)

За шкалою «Тимчасова перспектива» (рис. 2.8) високий рівень виявлено у 5 осіб (14%), а середній – у 1 особи (3%). Це свідчить про те, що у цих респондентів відсутня потреба в конструктивному плануванні майбутнього, що, ймовірно, пов'язано зі страхом невдач і поразок. У 31 особи (83%) показник був низьким або практично не проявлявся.



Рис. 2.8. Результати первинної діагностики учнів за методикою «Опитувальник суїцидальної поведінки» (шкала «Тимчасова перспектива»)

За шкалою «Антисуїцидальний фактор» (рис. 2.9) високий рівень спостерігався у 10 осіб (27%), а середній – у 20 осіб (54%). Це свідчить про наявність у цих респондентів глибокого почуття відповідальності за близьких, усвідомлення гріховності самогубства та його антиестетичності, а також, можливо, страху перед болем або фізичними стражданнями. У 7 осіб (19%) показники були низькими.

На основі результатів первинної діагностики за тестом «Схильність до девіантної поведінки» (Е.В. Леус, А.Г. Соловйов) можна зробити такі висновки.

За шкалою «Соціально обумовлена поведінка» (рис. 2.10) високий показник виявлено у 7 осіб (19%), а середній – у 28 осіб (76%).



Рис. 2. 9. Результати первинної діагностики учнів за методикою «Опитувач суїцидальної поведінки» (шкала «Антисуїцидальний фактор»)

Ці результати свідчать про наявність у респондентів сформованої моделі соціально обумовленої поведінки. У 2 осіб (5%) спостерігався низький показник соціально-психологічної дезадаптації, що вказує на відсутність орієнтації на соціально обумовлену поведінку та переважання індивідуалізації.



Рис. 2.10. Результати первинної діагностики респондентів за методикою «Схильність до девіантної поведінки» (шкала «Соціально обумовлена поведінка»)

Аналіз результатів за шкалою «Делінквентна поведінка» (рис. 2.11) показав, що високий рівень спостерігався у 2 осіб (5%), що свідчить про наявність сформованої моделі делінквентної поведінки у цих учнів. Середній рівень цього показника виявлено у 8 осіб (22%), що вказує на ситуативну схильність до делінквентної поведінки. У 27 осіб (73%) ознаки делінквентної поведінки не спостерігалися.



Рис. 2.11. Результати первинної діагностики учнів за методикою «Схильність до девіантної поведінки» (шкала «Делінквентна поведінка»)

Високий показник за шкалою «Залежна поведінка» (рис. 2.12) спостерігався у 1 особи (3%), що свідчить про сформованість у цього учня моделі залежної поведінки. Середній рівень цього показника виявлено у 6 осіб (16%), що вказує на схильність цих учнів до залежної поведінки. У 27 осіб (73%) показник був низьким.



Рис. 2.12. Результати первинної діагностики учнів за методикою «Схильність до девіантної поведінки» (шкала «Залежна поведінка»)

За шкалою «Агресивна поведінка» (рис. 2.13) високий рівень спостерігався у 1 особи (3%), що свідчить про наявність у цього респондента сформованої моделі агресивної поведінки. Середній рівень показника виявлено у 12 осіб (32%), що свідчить про ситуативну схильність цих учнів до агресивної поведінки. У 24 осіб (65%) ознаки агресивної поведінки були відсутні.



Рис. 2.13. Результати первинної діагностики учнів за методикою «Схильність до девіантної поведінки» (шкала «Агресивна поведінка»)

За шкалою «Суїцидальна поведінка» (рис. 2.14) високий показник спостерігався у 3 осіб (8%), що свідчить про наявність у них сформованої моделі суїцидальної поведінки. Ситуативна схильність до такої поведінки виявлена у 5 осіб (14%). У 29 осіб (78%) ознаки суїцидальної поведінки не спостерігалися.



Рис. 2.14. Результати первинної діагностики учнів за методикою «Схильність до девіантної поведінки» (шкала «Суїцидальна поведінка»)

За результатами проведеної діагностики встановлено наступне. Високий показник за шкалою «Демонстративність» спостерігався у 7 осіб (19%), що свідчить про прагнення цих учнів привертати до себе увагу.

За шкалою «Афективність» високий рівень зафіксовано у 17 осіб (46%), а за шкалою «Злам культурних бар'єрів» – у 7 осіб (19%).

Високий рівень соціального песимізму виявлено у 12 осіб (32%). Крім того, за шкалою «Суїцидальна поведінка» високі показники спостерігалися у 3 осіб (8%).

На підставі цих даних респондентів було розподілено на експериментальну та контрольну групи для подальшої роботи.

На рис. 2.15 представлені результати первинної діагностики учнів обох груп.

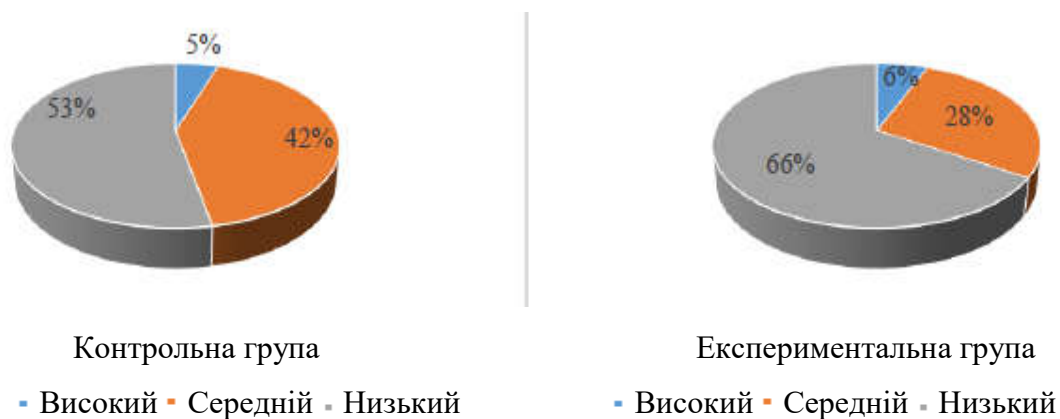


Рис. 2.15. Результати первинної діагностики контрольної та експериментальної груп

До контрольної групи увійшли учні 10-А класу у кількості 19 осіб. Серед них у 1 особи (5%) спостерігався високий рівень схильності до суїцидальної поведінки, у 8 осіб (42%) – середній рівень, а у решти респондентів показники були низькими або практично відсутні.

До експериментальної групи увійшли учні 10-Б класу у кількості 18 осіб. У 3 осіб (16%) виявлено високий рівень схильності до суїцидальної поведінки, у 11 осіб (61%) – середній, а низький рівень спостерігався у 4 осіб (23%).

На основі результатів первинної діагностики була розроблена система занять «Ми обираємо життя!», яка реалізовувалася з учнями експериментальної групи, схильними до проявів суїцидальної поведінки.

Висновки до розділу 2

1. Експериментальне дослідження, спрямоване на вивчення схильності молоді до суїцидальної поведінки, проводилося на базі Ліцею №303 суспільно-гуманітарного профілю м. Києва. Вибірка складалася з учнів 10-х класів цього ліцею у кількості 37 осіб, серед яких 20 дівчат та 17 хлопців. Вік респондентів становив 15–16 років. Для діагностики були використані методики: «Опитувальник суїцидального ризику» (Т.Н. Разуваєва) та тест «Схильність до девіантної поведінки» (Е.В. Леус, А.Г. Соловйов).

2. Дослідження проводилося поетапно:

I етап (вересень – жовтень 2025 р.) – визначення методів та формування вибірки, проведення первинної діагностики схильності молоді до суїцидальної поведінки.

II етап (листопад 2025 – січень 2026 р.) – розробка та впровадження системи профілактичних занять для учнів з ознаками суїцидальної поведінки.

III етап (лютий 2026 р.) – повторна діагностика, аналіз отриманих результатів, оцінка ефективності профілактичної роботи та формулювання висновків.

3. За результатами первинної діагностики було встановлено наступне. Високий показник за шкалою «Демонстративність» спостерігався у 7 осіб (19%), що свідчить про прагнення цих учнів привертати до себе увагу. За шкалою «Афективність» високий рівень зафіксовано у 17 осіб (46%), а за шкалою «Злам культурних бар'єрів» – у 7 осіб (19%). Високий рівень соціального песимізму спостерігався у 12 осіб (32%), а за шкалою «Суїцидальна поведінка» – у 3 осіб (8%). На підставі цих даних респондентів було розподілено на експериментальну та контрольну групи для подальшої роботи.

4. До контрольної групи увійшли 19 учнів 10-А класу. Серед них у 1 особи (5%) спостерігався високий рівень схильності до суїцидальної поведінки, у 8 осіб (42%) – середній рівень, а решта учнів мали низькі

показники або вони були відсутні. До експериментальної групи включено 18 учнів 10-Б класу. Високий рівень схильності до суїцидальної поведінки виявлено у 3 осіб (16%), середній – у 11 осіб (61%), а низький – у 4 осіб (23%).

РОЗДІЛ 3

ПРОФІЛАКТИКА ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ

3.1. Особливості профілактичної роботи з молоддю, що має суїцидальну поведінку

Для ефективної профілактики суїцидальної поведінки серед молоді необхідна комплексна та скоординована робота кількох фахівців, здатних надати допомогу у вирішенні цієї проблеми: педагогів, психологів, медичних працівників, а за потреби – представників органів опіки та піклування [37]. Це означає, що профілактика суїцидальної поведінки є системою державних, медичних, психолого-педагогічних, соціально-економічних та інших заходів, які спрямовані на своєчасне виявлення ознак суїцидальної поведінки [41].

За словами А.Н. Корнетова, при профілактиці суїцидальної поведінки молоді слід враховувати наявність певних індикаторів, таких як характер ситуації, що склалася, емоційний стан особи та її висловлювання щодо подій. Крім того, більшість осіб, які вчиняють суїцидальні дії, роблять це у короткий проміжок часу після виникнення суїцидальних думок [20].

Профілактика повинна здійснюватися на основі розробленої програми, яка передбачає застосування різних методів. При її складанні необхідно враховувати індивідуальні особливості молодої людини, що проявляє суїцидальну поведінку: чи була спроба одноразовою чи повторюваною, наявність суїцидальних думок або розмов про самогубство, оскільки ці прояви відрізняються у кожного індивіда [24]. Важливо також своєчасно проводити психологічну діагностику, яка дозволяє визначити ступінь прояву суїцидальних намірів і обрати адекватну стратегію надання психологічної допомоги [29].

Профілактика суїцидальної поведінки включає три етапи:

- Первинна – спрямована на суспільство в цілому, мета якої полягає у запобіганні факторів, що провокують суїцидальні прояви.

- Вторинна – орієнтована на підтримку осіб, які вже демонструють ознаки суїцидальної поведінки.

- Третинна – пов'язана з реабілітаційною роботою, що охоплює суїцидента та його родину після завершення кризи.

При реалізації профілактичних заходів важливо забезпечити такі умови: сприятлива психологічна та емоційна атмосфера вдома та в школі, підтримка однолітків, соціальна активність молоді, що дозволяє відчувати власну значущість; надання допомоги у вирішенні проблем; міцні сімейні та соціальні зв'язки; довірливе спілкування з дорослими (педагогами, батьками); контроль дорослих за використанням Інтернету [14].

А.А. Максимова зазначає, що одним із ключових моментів у профілактиці суїцидальної поведінки є запобігання дезадаптації як основної причини її розвитку [25].

О.П. Ворсіна пропонує таку систему дій щодо профілактики суїциду:

- а) ознайомитися з розвитком сучасної молоді, вивчити соціально-психологічні проблеми, визначити спектр завдань. Ця частина включає:

- створення єдиної програми профілактики фахівцями різних галузей;
- розробку та впровадження методів і форм профілактики суїцидальної поведінки;

- план психолого-педагогічної роботи з молоддю, батьками та педагогами;

- надання допомоги суїциденту спільно з відповідними фахівцями;
- безпосередню участь засобів масової інформації у профілактичних заходах.

- б) вивчення матеріалів з проблеми та розробка плану профілактики включає такі напрямки:

- аналіз і оновлення законодавчої бази, що регулює організацію профілактичної роботи;

- розробка плану заходів та занять, спрямованих на психолого-педагогічну підтримку молоді з ознаками суїцидальної поведінки;
 - створення культурних та освітніх просторів в установах (інформаційні стенди, розповсюдження брошур з контактами служб допомоги, телефонами довіри, а також матеріалами з питань сімейного виховання);
 - налагодження взаємодії навчальних закладів з органами правоохоронної влади, медичними установами та органами соціального захисту;
 - організація творчих конкурсів для підтримки та розвитку обдарованої молоді, що належить до групи ризику, а також осіб з обмеженнями за станом здоров'я та статусом сироти;
 - своєчасна діагностика проявів суїцидальної поведінки для оперативного надання допомоги та підтримки;
 - проведення групових та індивідуальних тренінгів;
 - розвиток системи додаткової освіти (спортивні секції, гуртки) та її реалізація;
 - робота з батьками (залучення до виховних та профілактичних заходів, аналіз звернень батьків, проведення спільних тренінгів);
 - робота з сім'ями, які перебувають у складних життєвих обставинах.
- в) надання допомоги молоді з «групи ризику» включає:
- діяльність педагога, спрямовану на роботу безпосередньо з учнем та його родиною (створення сприятливих умов для розвитку, контроль прогалин у знаннях, організація додаткових занять і консультацій, формування атмосфери підтримки і схвалення з боку батьків);
 - організацію медичної та психологічної допомоги (систематичні диспансерні огляди, статеве виховання, виявлення проблем сімейного виховання, аналіз психологічних особливостей молодого віку, проведення індивідуальної та групової психологічної корекції для учнів та їхніх сімей із «групи ризику»);

- організацію позакласної зайнятості та творчого дозвілля (шкільні оздоровчі табори, групи продовженого дня, гуртки, спортивні секції) [11].

Є.В. Расказова відзначає, що більшість молодих людей бояться своїх суїцидальних думок, тому для них важливо мати можливість поділитися ними з іншою особою. Молоді люди потребують бути почутими і мати право на висловлення власної думки, при цьому не слід заперечувати чи перебивати їх. Під час розмови корисними є навідні запитання [32].

С.Л. Таланов зазначає, що профілактика суїцидальної поведінки має ряд складнощів, зокрема:

- обмежений доступ до спеціалізованої психологічної допомоги через юридичну та фінансову залежність від батьків або опікунів;
- неприйняття батьками проблеми суїциду у сучасному суспільстві;
- ігнорування психологічними службами освітніх закладів проблеми суїцидальної поведінки серед підлітків [35].

Таким чином, для ефективної профілактичної роботи з проявами суїцидальної поведінки необхідна участь фахівців різних служб: соціально-психологічної, медичної та інших. При цьому слід враховувати гендерні, психологічні, вікові та особистісні особливості молоді. Ефективність профілактики значною мірою залежить від своєчасного проведення психологічної діагностики, що дозволяє визначити ступінь прояву суїцидальних намірів і розробити чітку стратегію надання психологічної допомоги.

3.2. Система занять, спрямованих на профілактику психологічних особливостей суїцидальної поведінки у молоді

Для реалізації профілактичної роботи з учнями, які мають схильність до суїцидальної поведінки, була розроблена система занять під назвою «Ми обираємо життя!».

Мета занять: створення умов для профілактичної роботи з молоддю, що проявляє схильність до суїцидальної поведінки.

Завдання програми:

- сприяти зниженню аутоагресивної та афективної поведінки;
- формувати у молоді цінність власної та чужої індивідуальності;
- навчити молодь цінувати життя.

Принципи реалізації програми:

- принцип єдності діагностичної та корекційної роботи;
- принцип інформативності;
- принцип врахування вікових та особистісних особливостей учасників експериментальної групи;
- діяльнісний принцип.

При розробці системи занять «Ми обираємо життя!» були використані психолого-педагогічні програми профілактичної роботи з молоддю, схильною до суїцидальних проявів, авторства Т.А. Бондарєвої, Т.Є. Горохової, А.С. Жаркової, І.С. Імаєвої, А.А. Максимової [5; 12; 14; 19; 25].

Групова робота є основою профілактичної роботи з молоддю, яка проявляє суїцидальні тенденції. Під час занять застосовуються методи ігротерапії, арт-терапії, тренінги, бесіди та інші психолого-педагогічні підходи.

Різноманітність використовуваних методів дозволяє опрацювати широкий спектр проблем, страхів і переживань, допомагає молодим людям відкриватися в комфортній для них обстановці.

Розроблена система занять складається з 14 занять і враховує вікові особливості молоді віком 16–17 років. Заняття проводяться двічі на тиждень, середня тривалість одного заняття – 45 хвилин.

Кожне заняття має стандартну структуру: привітання, основна частина, завершальна частина.

Очікувані результати профілактичної роботи за системою занять «Ми обираємо життя!» включають:

- позитивне самоусвідомлення та формування здорового образу власного «Я»;
- усвідомлення цінності власної та чужої індивідуальності;
- зниження рівня аутоагресивної поведінки.

План системи занять «Ми обираємо життя!» представлений у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Система занять «Ми обираємо життя!»

Тема	Мета	Хід заняття
1. Життя одне.	Формування у учасників уявлення про цінність життя.	1. Привітання та знайомство. 2. Обговорення правил, необхідних для проведення занять. 3. Вправа «Хто ж ти». 4. Вправа «Цінності». 5. Рефлексія. Прощання.
2. Скажемо стресу НІ!	Створення умов для учасників, в яких вони навчатимуться контролювати себе в стресових ситуаціях.	1. Привітання. 2. Вправа «Долоня мого стресу». 3. Вправа «Асоціації». 4. Рефлексія. Прощання.
3. Переможемо тривожність разом	Створення умов для учасників, в яких вони зможуть набутися навичок боротьби з тривогою.	1. Привітання. 2. Вправа «Стратегія моєї поведінки». 3. Вправа «Плюси - мінуси». 4. Рефлексія. Прощання.
4. Нам втома не страшна!	Визначення учасниками причин втоми та набуття навичок зняття втоми.	1. Привітання. 2. Вправа «Повітряна куля». 3. Вправа «Танець тіла». 4. Вправа «Острів спокою». 5. Рефлексія. Прощання.

5. Саморегуляція емоційного стану	Формування у учасників навичок саморегуляції.	1. Привітання. 2. Вправа «Дихальна гімнастика». 3. Вправа «Екран настрою». 4. Рефлексія. Прощання.
6. Я такий, який є!	Відпрацювання навичок впевненої поведінки, відстоювання своєї позиції.	1. Привітання. 2. Вправа «Активатор». 3. Вправа «Відмовся правильно». 4. Вправа «Чаша одкровення». 5. Рефлексія. Прощання.
7. Любов є в кожному з нас	Формування у учасників правильного уявлення про поняття «Любов».	1. Привітання. 2. Вправа «Незакінчені речення». 3. Вправа «Розкажи мені притчу». 4. Рефлексія. Прощання.
8. Я - частина світу!	Формування у учасників здорового образу «Я», емпатії та почуття власної унікальності.	1. Привітання. 2. Вправа «Поляна позитиву». 3. Вправа «Я всесвіт». 4. Рефлексія. Прощання.
9. Проблемами потрібно ділитися.	Надання учасникам інформації про анонімну службу допомоги.	1. Привітання. 2. Просвіта підлітків про психологічну допомогу різних фахівців та про служби допомоги. 3. Рефлексія. Прощання.
10. Конфлікти не для нас.	Формування у учасників навичок виходу з конфліктних ситуацій	1. Привітання. 2. Вправа «Активне слухання». 3. Вправа «Розвиваємо навички спілкування». 4. Вправа «Конфлікт». 5. Рефлексія. Прощання.
11. Здоров'я - запорука успіху.	Формування у учасників прагнення до ведення здорового способу життя	1. Привітання. 2. Вправа «Посмішка». 3. Вправа «Бути здоровими хочемо!». 4. Вправа «Компліменти». 5. Рефлексія. Прощання.
12. Майбутнє для мене.	Розширення знань і уявлення у учасників про можливості в їхньому майбутньому	1. Привітання. 2. Вправа «Через 5 років...». 3. Вправа «Мрії чи реальність?». 4. Рефлексія. Прощання.
13. Змінився сам, і світ зміниться для тебе.	Формування у учасників уявлення про цінність життя	1. Привітання. 2. Вправа «Сенс життя». 3. Бесіда на тему: «Як я можу стати кращим». 4. Рефлексія. Прощання.
14. Підсумкове заняття.	Підведення підсумків програми занять	1. Привітання. 2. Дискусія за результатами програми. 4. Підсумкова рефлексія. Прощання.

Отже, можна стверджувати, що розроблена та впроваджена система занять здатна сприяти зменшенню проявів суїцидальної поведінки серед молоді.

3.3. Порівняльний аналіз результатів первинної та повторної діагностики

Після завершення реалізації розробленої системи занять «Ми обираємо життя!» було проведено повторне дослідження. Результати повторної діагностики наведені в Додатках В і Г для експериментальної групи та в Додатках Д і К для контрольної групи.

Порівнюючи дані первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (Т.Н. Разуваєва), було зроблено такі висновки. На рис. 3.1 представлені результати первинної та повторної діагностики за шкалою «Демонстративність» для респондентів експериментальної групи.



Рис. 3.1. Результати первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Демонстративність»)

Проаналізувавши результати, можна зробити висновок, що за шкалою «Демонстративність» кількість респондентів з високим показником знизилася до 1 особи (з 22 % до 6 %). Це свідчить про те, що після проведених занять у учнів експериментальної групи зменшилося прагнення привертати до себе увагу оточуючих. На рис. 3.2 представлені результати первинної та повторної діагностики респондентів експериментальної групи за шкалою «Афективність».



Рис. 3.2. Результати первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за методикою «Опитувач суїцидального ризику» (шкала «Афективність»)

Аналіз результатів повторної діагностики показав, що кількість респондентів з високими показниками за шкалою «Афективність» знизилася до 5 осіб (з 56 % до 28 %). Кількість учнів із середнім рівнем залишилася незмінною, тоді як число учнів з низьким рівнем збільшилося.

Це свідчить про те, що після проведених занять учні експериментальної групи стали менш емоційно та імпульсивно реагувати у стресових ситуаціях.

На рис. 3.3 наведені результати первинної та повторної діагностики респондентів експериментальної групи за шкалою «Унікальність».



Рис. 3.3. Результати первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за методикою «Опитувач суїцидального ризику» (шкала «Унікальність»)

На основі отриманих даних можна зробити висновок, що кількість респондентів з високим показником за шкалою «Унікальність» знизилася до 1 особи (з 11 % до 6 %), тоді як кількість учнів із середнім показником зросла на 2 особи (з 17 % до 28 %). Ці результати свідчать про те, що учні продовжують сприймати себе як унікальні особистості та інколи можуть розглядати суїцид як нестандартний спосіб вирішення проблем.

На рис. 3.4 представлені результати первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за шкалою «Неспроможність».



Рис. 3.4. Результати первинної та повторної діагностики респондентів експериментальної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Неспроможність»)

За результатами повторної діагностики за шкалою «Неспроможність» кількість учнів з високим показником знизилася до 3 осіб (з 28 % до 17 %), а число учнів із середнім показником зросло до 12 осіб (з 50 % до 66 %). Це дозволяє зробити висновок, що для даної групи респондентів стало менш характерним негативне сприйняття власного «Я».

На рис. 3.5 наведені результати первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за шкалою «Соціальний песимізм».

Аналізуючи ці результати, встановлено, що кількість респондентів з високим показником знизилася до 6 осіб (з 39 % до 33 %), а кількість учнів із середнім рівнем зменшилася до 4 осіб (з 50 % до 22 %). Це свідчить про те,

що експериментальна група стала менш схильною до негативного сприйняття навколишнього світу.



Рис. 3.5. Результати первинної та повторної діагностики респондентів експериментальної групи за методикою «Опитувач суїцидального ризику» (шкала «Соціальний песимізм»)

На рис. 3.6 наведені результати первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за шкалою «Злам культурних бар'єрів». Аналіз отриманих даних дозволяє зробити висновок, що кількість респондентів з високим показником знизилася до 1 особи (з 17 % до 6 %), 2 особи (11 %) показали середній рівень при повторній діагностиці, а кількість учнів з низьким показником залишилася без змін.



Рис. 3.6. Результати первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Злам культурних бар'єрів»)

На рис. 3.7 представлені результати первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за шкалою «Максималізм».

Аналіз отриманих даних дозволяє зробити висновок, що кількість респондентів з високим показником залишилася без змін, тоді як число учнів із середнім показником знизилася до 9 осіб (з 56 % до 50 %). Це свідчить про те, що дані респонденти зберігають схильність до інфантильного максималізму ціннісних установок.



Рис. 3.7. Результати первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Максималізм»)

На рис. 3.8 наведені результати первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за шкалою «Тимчасова перспектива».

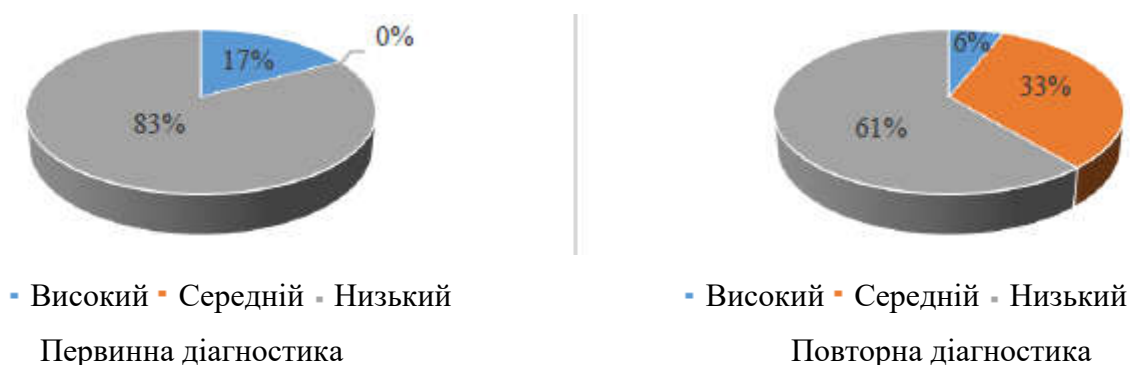


Рис. 3.8. Результати первинної та повторної діагностики респондентів експериментальної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Тимчасова перспектива»)

На основі отриманих даних за шкалою «Тимчасова перспектива» можна зробити висновок, що кількість респондентів з високим показником знизилася до 1 особи (з 17 % до 6 %), учнів із середнім рівнем стало 6 осіб (33 %), а число учнів з низьким показником зменшилося до 11 осіб (61 %). Це свідчить про те, що дані учні навчилися ставити цілі та завдання і планувати своє майбутнє.

Аналізуючи результати первинної та повторної діагностики за шкалою «Антисуїцидальний фактор» (рис. 3.9), встановлено, що кількість учнів експериментальної групи з високим показником залишилася без змін, тоді як число учнів із середнім показником зросло до 8 осіб (з 39 % до 44 %).



Рис. 3.9. Результати первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Антисуїцидальний фактор»)

Аналізуючи результати повторної діагностики учнів експериментальної групи за методикою «Схильність до девіантної поведінки» (автори - Е.В. Леус, А.Г. Соловйов), можна зробити такі висновки.

Результати первинної та повторної діагностики респондентів експериментальної групи за шкалою «Соціально обумовлена поведінка» наведені на рис. 3.10.



Рис. 3.10. Результати первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Соціально обумовлена поведінка»)

За результатами повторної діагностики за шкалою «Соціально обумовлена поведінка» кількість учнів з високим показником знизилася до 2 осіб (з 28 % до 11 %), що свідчить про сформованість у них моделі соціально обумовленої поведінки. Кількість респондентів із середнім показником зменшилася до 8 осіб (з 66 % до 44 %), а число учнів із низьким показником, для яких така поведінка є неприйнятною, збільшилося на 7 осіб (з 6 % до 45 %). На рис. 3.11 представлені результати первинної та повторної діагностики респондентів експериментальної групи за шкалою «Делінквентна поведінка».

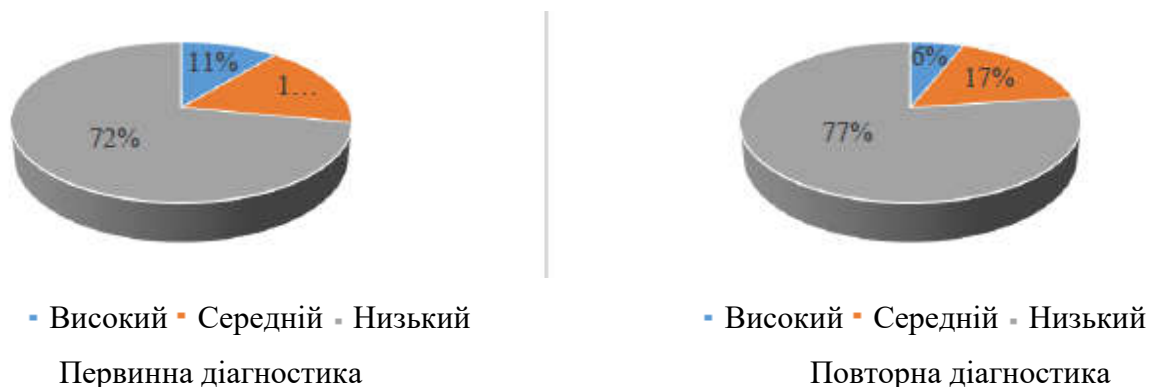


Рис. 3.11. Результати первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Делінквентна поведінка»)

Аналізуючи результати повторної діагностики, встановлено, що кількість респондентів з високим показником за шкалою «Делінквентна поведінка» знизилася до 1 особи (з 11 % до 6 %), тоді як число учнів із середнім показником залишилося без змін. Це свідчить про те, що у цієї групи учнів зберігається певна схильність до делінквентної поведінки. Низький показник за цією шкалою виявлено у 14 респондентів.

На рис. 3.12 наведені результати первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за шкалою «Залежна поведінка».

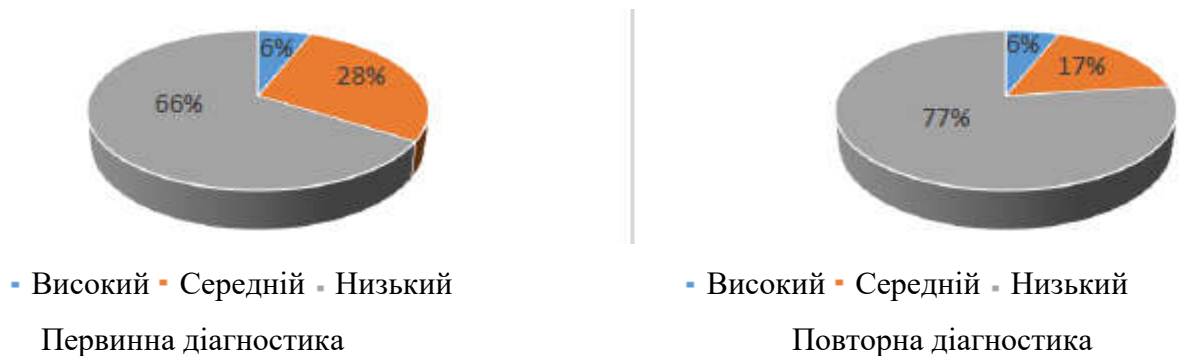


Рис. 3.12. Результати первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Залежна поведінка»)

На основі результатів повторної діагностики можна зробити висновок, що кількість респондентів з високим показником за шкалою «Залежна поведінка» залишилася без змін, тоді як число учнів із середнім показником знизилося до 3 осіб (з 28 % до 17 %). Це свідчить про наявність у цієї групи схильності до залежної поведінки. Низький рівень за цією шкалою зафіксовано у 14 респондентів. Порівнюючи результати первинної та повторної діагностики за шкалою «Агресивна поведінка» (рис. 3.13), встановлено, що кількість учнів із середнім показником знизилася до 2 осіб (з 28 % до 11 %), що свідчить про певну схильність цих респондентів до прояву агресивної поведінки. Високий показник під час повторної діагностики не зафіксовано, а для 16 учнів (89 %) цей тип поведінки не характерний.



Рис. 3.13. Результати первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику»

На рис. 3.14 наведені результати первинної та повторної діагностики учнів експериментальної групи за шкалою «Суїцидальна поведінка».



Рис. 3.14. Результати первинної та повторної діагностики респондентів експериментальної групи за методикою «Опитувач суїцидального ризику»

Аналізуючи результати дослідження, встановлено, що після реалізації системи занять кількість респондентів експериментальної групи з високим показником за шкалою «Суїцидальна поведінка» знизилася до 1 особи (з 11 % до 6 %), а з середнім показником – до 2 осіб (з 17 % до 11 %), що свідчить

про збереження певної схильності до суїцидальної поведінки у групі. Низький рівень за цією шкалою зафіксовано у 15 осіб (83 %).

Аналізуючи дані первинної та повторної діагностики учнів контрольної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (Т.Н. Разуваєва), зроблено наступні висновки.

На рис. 3.15 представлені результати первинної та повторної діагностики контрольної групи за шкалою «Демонстративність». Проаналізувавши ці дані, встановлено, що у контрольній групі не зафіксовано учнів з високим показником, тоді як кількість респондентів із середнім і низьким рівнем зросла. Це свідчить про те, що прагнення привертати до себе увагу оточуючих у цих учнів знизилося.



Рис. 3.15. Результати первинної та повторної діагностики респондентів контрольної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Демонстративність»)

На рис. 3.16 наведені результати первинної та повторної діагностики учнів контрольної групи за шкалою «Афективність». Аналіз повторної діагностики показав, що кількість респондентів з високими показниками знизилася до 2 осіб (з 32 % до 10 %).

Кількість учнів із середнім показником залишилася без змін, тоді як число респондентів з низьким рівнем за цією шкалою зросло до 12 осіб (з 16

% до 64 %). Це свідчить про те, що учні контрольної групи стали менш емоційно та імпульсивно реагувати у стресових ситуаціях.



Рис. 3.16. Результати первинної та повторної діагностики респондентів контрольної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Афективність»)

На рис. 3.17 наведені результати первинної та повторної діагностики учнів контрольної групи за шкалою «Унікальність».

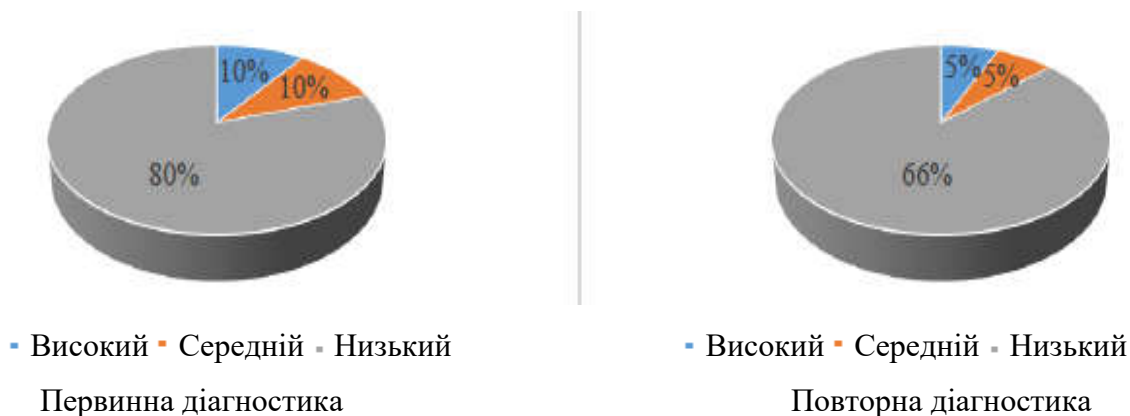


Рис. 3.17. Результати первинної та повторної діагностики респондентів контрольної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Унікальність»)

На основі результатів повторної діагностики за шкалою «Унікальність» встановлено, що кількість учнів контрольної групи з високими та середніми показниками знизилася до 1 особи (з 10 % до 5 %).

Це свідчить про те, що ці учні схильні сприймати себе як унікальну особистість і можуть розглядати суїцид як неординарний спосіб уникнення проблем.

При повторній діагностиці за шкалою «Неспроможність» (рис. 3.18) кількість респондентів контрольної групи з високим показником зменшилася до 2 осіб (з 21 % до 10 %), тоді як число учнів із середнім показником зросло до 10 осіб (з 47 % до 53 %).

Це свідчить про те, що негативне сприйняття себе залишається характерним для цієї групи.

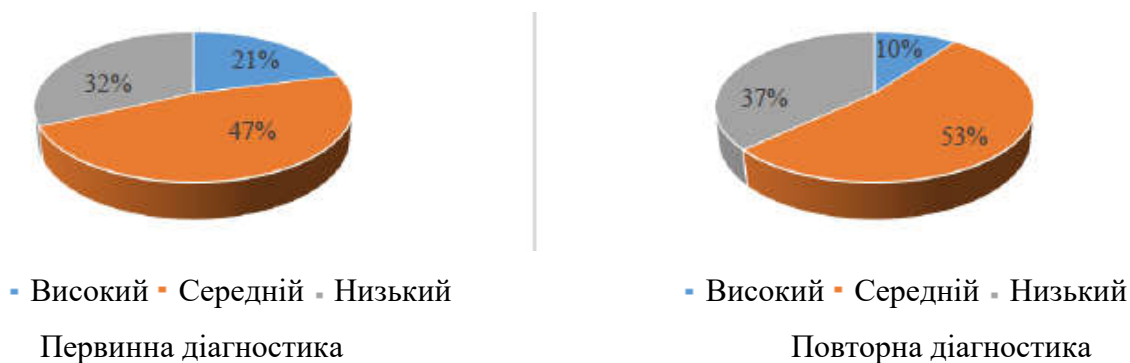


Рис. 3.18. Результати первинної та повторної діагностики респондентів контрольної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Неспроможність»)

Порівнюючи результати первинної та повторної діагностики респондентів контрольної групи, можна зробити висновок, що кількість учнів із високим показником за шкалою «Злам культурних бар'єрів» зросла до 6 осіб (з 26 % до 32 %), середній рівень не зафіксовано, а число респондентів із низьким показником зменшилося до 13 осіб (68 %).

Це свідчить про наявність у частини молодих людей проявів порушення культурних бар'єрів.



Рис. 3.19. Результати первинної та повторної діагностики респондентів контрольної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Злам культурних бар'єрів»)

На рис. 3.20 наведені результати первинної та повторної діагностики респондентів контрольної групи за шкалою «Максималізм».

Аналізуючи отримані дані, можна зробити висновок, що кількість учнів із високим показником зросла до 1 особи (5 %), а число респондентів із середнім показником збільшилося до 11 осіб (з 47 % до 58 %). Це свідчить про наявність у даної групи схильності до інфантильного максималізму ціннісних установок.



Рис. 3.20. Результати первинної та повторної діагностики учнів контрольної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Максималізм»)

На основі результатів дослідження за шкалою «Тимчасова перспектива» (рис. 3.21) можна зробити висновок, що кількість респондентів із високим показником знизилася до 1 особи (з 21 % до 5 %), тоді як число учнів із середнім показником збільшилося до 4 осіб (з 5 % до 21 %), а кількість учнів із низьким показником залишилася незмінною. Це свідчить про те, що дана група учнів навчилася ставити цілі, визначати завдання та планувати своє майбутнє.



Рис. 3.21. Результати первинної та повторної діагностики респондентів контрольної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Тимчасова перспектива»)

На рис. 3.22 представлені результати первинної та повторної діагностики учнів контрольної групи за шкалою «Антисуїцидальний фактор».

Аналіз отриманих даних показав, що кількість учнів із високим показником зменшилася до 2 осіб (з 16 % до 10 %), а число респондентів із середнім рівнем знизилося до 9 осіб (з 68 % до 47 %).

Далі були проаналізовані результати повторної діагностики контрольної групи за методикою «Схильність до девіантної поведінки» (автори – Е.В. Леус, А.Г. Соловйов).

На рис. 3.23 наведені результати первинної та повторної діагностики респондентів контрольної групи за шкалою «Соціально обумовлена поведінка».



Рис. 3.22. Результати первинної та повторної діагностики учнів контрольної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Антисуїцидальний фактор»)

Ми відзначаємо, що при повторній діагностиці кількість учнів із високим показником знизилася до 1 особи (з 10 % до 5 %), що свідчить про сформованість у цього респондента моделі соціально обумовленої поведінки.



Рис. 3.23. Результати первинної та повторної діагностики респондентів контрольної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Соціально обумовлена поведінка»)

Також відзначаємо, що кількість респондентів із середнім показником збільшилася до 17 осіб (з 79 % до 90 %), що свідчить про прояв соціально

обумовленої поведінки у більшості учнів цієї групи. Число респондентів із низьким показником скоротилося до 1 особи (5 %).

На рис. 3.24 наведені результати первинної та повторної діагностики учнів контрольної групи за шкалою «Залежна поведінка».



Рис. 3.24. Результати первинної та повторної діагностики учнів контрольної групи за методикою «Опитувач суїцидального ризику» (шкала «Залежна поведінка»)

На основі результатів повторної діагностики можна зробити висновок, що учні з високим показником за шкалою «Залежна поведінка» відсутні, а число респондентів із середнім рівнем скоротилося до 1 особи (з 16 % до 5 %). Кількість учнів із низьким показником зросла до 18 осіб (95 %), що свідчить про відсутність у цієї групи схильності до залежної поведінки.

Порівнюючи результати первинної та повторної діагностики за шкалою «Агресивна поведінка» (рис. 3.25), встановлено, що кількість учнів із середнім показником зросла до 6 осіб (з 26 % до 32 %), що вказує на наявність у них схильності до прояву агресивної поведінки. Високі показники не були зафіксовані, а число учнів із низьким рівнем зменшилося до 13 осіб (68 %).



Рис. 3.25. Результати первинної та повторної діагностики учнів контрольної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Агресивна поведінка»)

На рис. 3.26 наведені результати первинної та повторної діагностики учнів контрольної групи за шкалою «Суїцидальна поведінка».

Аналіз даних показав, що учнів із високим показником не виявлено, тоді як число респондентів із середнім рівнем збільшилося до 3 осіб (з 10 % до 16 %), що свідчить про збереження схильності до суїцидальної поведінки у частини цієї групи. У 16 осіб (84 %) показник залишився на низькому рівні.



Рис. 3.26. Результати первинної та повторної діагностики учнів контрольної групи за методикою «Опитувальник суїцидального ризику» (шкала «Суїцидальна поведінка»)

Отже, узагальнюючи результати первинної та повторної діагностики схильності до суїцидальної поведінки учнів контрольної групи, можна зробити такі висновки. За шкалами «Злам культурних бар'єрів», «Максималізм» та «Агресивна поведінка» відзначається зростання показників у 5 осіб (26 %), тоді як за шкалою «Суїцидальна поведінка» учнів із високими результатами не зафіксовано. Крім того, спостерігається зниження середнього рівня за шкалами «Унікальність» – у 1 особи (5 %), «Антисуїцидальний фактор» – у 4 осіб (21 %) та «Залежна поведінка» – у 2 осіб (10 %).

Аналіз повторної діагностики учнів експериментальної групи показав, що кількість респондентів із високими показниками зменшилася до 4 осіб (з 19 % до 11 %). Ці дані свідчать про покращення психологічного стану та зниження числа учнів, схильних до суїцидальної поведінки. Отже, реалізована нами система занять демонструє ефективність у профілактиці схильності до суїцидальної поведінки серед молоді.

Висновки до розділу 3

1. Для ефективного проведення профілактичної роботи з проявами суїцидальної поведінки необхідна координація роботи кількох фахівців різних служб, зокрема соціально-психологічної, медичної та інших. Особливу увагу слід приділяти гендерним, психологічним, віковим та особистісним особливостям учнів. Ефективність профілактичних заходів значною мірою залежить від своєчасного проведення психологічної діагностики, яка дозволяє визначити ступінь прояву суїцидальних намірів та обґрунтовано сформулювати стратегію надання психологічної допомоги.

2. Для реалізації профілактичної роботи з учнями, які мають схильність до суїцидальної поведінки, була розроблена система занять «Ми обираємо життя!». Мета програми – створення умов для профілактичної роботи з молоддю, що виявляє суїцидальні прояви. Основні завдання програми:

- зниження рівня аутоагресивної та афективної поведінки;
- формування ціннісного ставлення до власної та чужої індивідуальності;
- розвиток усвідомлення цінності життя.

3. Принципи реалізації програми включають:

- єдність діагностичної та корекційної роботи;
- інформаційну насиченість заходів;
- урахування вікових та особистісних особливостей учнів експериментальної групи;
- діяльнісний підхід у роботі.

4. Основу профілактичної роботи становить групова форма занять. Використовувані методи включають ігротерапію, арт-терапію, тренінги, бесіди та інші психолого-педагогічні техніки. Різноманітність методів сприяє комплексній опрацюванні проблем, страхів та переживань молоді та створює комфортні умови для відкритого вираження емоцій і переживань.

5. Розроблена система включає 14 занять, розрахованих на учнів віком 16–17 років. Заняття проводяться двічі на тиждень, тривалість одного – 45 хвилин. Кожне заняття має традиційну структуру: привітання, основна частина та заключна частина.

6. Після завершення реалізації системи занять «Ми обираємо життя!» було проведено повторне дослідження. Узагальнення результатів первинної та повторної діагностики респондентів контрольної групи показало, що за шкалами «Злам культурних бар'єрів», «Максималізм» та «Агресивна поведінка» відбулося підвищення показників у 5 осіб (26 %), тоді як за шкалою «Суїцидальна поведінка» учнів з високими показниками не виявлено. Водночас зафіксовано зниження середнього рівня за шкалами: «Унікальність» – у 1 особи (5 %), «Антисуїцидальний фактор» – у 4 осіб (21 %), «Залежна поведінка» – у 2 осіб (10 %).

7. Аналіз результатів первинної та повторної діагностики експериментальної групи свідчить, що кількість респондентів з високими показниками знизилася до 4 осіб (з 19 % до 11 %). Це свідчить про покращення показників та зменшення числа учнів, схильних до суїцидальної поведінки, що дозволяє стверджувати ефективність реалізованої системи занять у профілактиці схильності до суїцидальної поведінки у молоді.

ВИСНОВКИ

1. Сутність суїцидальної поведінки полягає у свідомому та цілеспрямованому створенні загрози власному життю і здоров'ю. Вона має широкий спектр проявів і розвивається поетапно. Суїцидальна поведінка – це процес, що виникає як наслідок психологічної дезадаптації особистості, пов'язаної з пережитими мікросоціальними конфліктами.

Вона включає: внутрішні антивітальні переживання, пасивні суїцидальні думки, задуми, наміри, зовнішні спроби та завершений суїцид.

2. Причини суїцидальної поведінки різноманітні. Суїцид не є прямим наслідком психічних розладів або складних життєвих обставин.

Проте певні фактори підвищують ризик: їх наявність не означає неминучості самогубства, але поєднання кількох факторів значно його підсилює. Деякі люди без психічних розладів можуть в умовах складної соціально-психологічної ситуації вдаватися до суїцидальних дій.

3. Ставлення до власного суїциду зазвичай непостійне. Люди часто вагаються між бажанням жити та бажанням померти, що проявляється в поведінці і може бути використано для підтримки життя.

Сприйняття суїциду в суспільстві формується культурним і релігійним контекстом, викликаючи схожі асоціації та емоційні реакції серед представників даної культури.

4. Суїцидальна поведінка серед молоді має складний характер. Вона пов'язана з психологічними особливостями підліткового та юнацького віку: емоційною нестійкістю, підвищеною сугестивністю, сенситивністю, імпульсивністю та експлозивністю.

Ці риси, часто доведені до рівня акцентуацій характеру, створюють передумови для соціально-психологічної дезадаптації та підвищують ризик прояву суїцидальної поведінки.

5. Експериментальне дослідження, спрямоване на вивчення схильності молоді до суїцидальної поведінки, проводилося на базі Ліцею №303

суспільно-гуманітарного профілю м. Києва. Вибірка складалася з учнів 10-х класів цього ліцею у кількості 37 осіб, серед яких 20 дівчат та 17 хлопців. Вік респондентів становив 15–16 років. Для діагностики були використані методики: «Опитувальник суїцидального ризику» (Т.Н. Разуваєва) та тест «Схильність до девіантної поведінки» (Е.В. Леус, А.Г. Соловйов).

6. Дослідження проводилося поетапно:

I етап (вересень – жовтень 2025 р.) – визначення методів та формування вибірки, проведення первинної діагностики схильності молоді до суїцидальної поведінки.

II етап (листопад 2025 – січень 2026 р.) – розробка та впровадження системи профілактичних занять для учнів з ознаками суїцидальної поведінки.

III етап (лютий 2026 р.) – повторна діагностика, аналіз отриманих результатів, оцінка ефективності профілактичної роботи та формулювання висновків.

7. За результатами первинної діагностики було встановлено наступне. Високий показник за шкалою «Демонстративність» спостерігався у 7 осіб (19%), що свідчить про прагнення цих учнів привертати до себе увагу. За шкалою «Афективність» високий рівень зафіксовано у 17 осіб (46%), а за шкалою «Злам культурних бар'єрів» – у 7 осіб (19%). Високий рівень соціального песимізму спостерігався у 12 осіб (32%), а за шкалою «Суїцидальна поведінка» – у 3 осіб (8%). На підставі цих даних респондентів було розподілено на експериментальну та контрольну групи для подальшої роботи.

8. До контрольної групи увійшли 19 учнів 10-А класу. Серед них у 1 особи (5%) спостерігався високий рівень схильності до суїцидальної поведінки, у 8 осіб (42%) – середній рівень, а решта учнів мали низькі показники або вони були відсутні. До експериментальної групи включено 18 учнів 10-Б класу. Високий рівень схильності до суїцидальної поведінки виявлено у 3 осіб (16%), середній – у 11 осіб (61%), а низький – у 4 осіб (23%).

9. Для ефективного проведення профілактичної роботи з проявами суїцидальної поведінки необхідна координація роботи кількох фахівців різних служб, зокрема соціально-психологічної, медичної та інших. Особливу увагу слід приділяти гендерним, психологічним, віковим та особистісним особливостям учнів. Ефективність профілактичних заходів значною мірою залежить від своєчасного проведення психологічної діагностики, яка дозволяє визначити ступінь прояву суїцидальних намірів та обґрунтовано сформулювати стратегію надання психологічної допомоги.

10. Для реалізації профілактичної роботи з учнями, які мають схильність до суїцидальної поведінки, була розроблена система занять «Ми обираємо життя!». Мета програми – створення умов для профілактичної роботи з молоддю, що виявляє суїцидальні прояви. Основні завдання програми:

- зниження рівня аутоагресивної та афективної поведінки;
 - формування ціннісного ставлення до власної та чужої індивідуальності;
 - розвиток усвідомлення цінності життя.
11. Принципи реалізації програми включають:
- єдність діагностичної та корекційної роботи;
 - інформаційну насиченість заходів;
 - урахування вікових та особистісних особливостей учнів експериментальної групи;
 - діяльнісний підхід у роботі.

12. Основу профілактичної роботи становить групова форма занять. Використовувані методи включають ігротерапію, арт-терапію, тренінги, бесіди та інші психолого-педагогічні техніки. Різноманітність методів сприяє комплексній опрацюванні проблем, страхів та переживань молоді та створює комфортні умови для відкритого вираження емоцій і переживань.

13. Розроблена система включає 14 занять, розрахованих на учнів віком 16–17 років. Заняття проводяться двічі на тиждень, тривалість одного – 45

хвилин. Кожне заняття має традиційну структуру: привітання, основна частина та заключна частина.

14. Після завершення реалізації системи занять «Ми обираємо життя!» було проведено повторне дослідження. Узагальнення результатів первинної та повторної діагностики респондентів контрольної групи показало, що за шкалами «Злам культурних бар'єрів», «Максималізм» та «Агресивна поведінка» відбулося підвищення показників у 5 осіб (26 %), тоді як за шкалою «Суїцидальна поведінка» учнів з високими показниками не виявлено. Водночас зафіксовано зниження середнього рівня за шкалами: «Унікальність» – у 1 особи (5 %), «Антисуїцидальний фактор» – у 4 осіб (21 %), «Залежна поведінка» – у 2 осіб (10 %).

15. Аналіз результатів первинної та повторної діагностики експериментальної групи свідчить, що кількість респондентів з високими показниками знизилася до 4 осіб (з 19 % до 11 %). Це свідчить про покращення показників та зменшення числа учнів, схильних до суїцидальної поведінки, що дозволяє стверджувати ефективність реалізованої системи занять у профілактиці схильності до суїцидальної поведінки у молоді.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаркова А.І. Кризи навчання у ВНЗ як чинник схильності до суїцидальної поведінки серед студентської молоді. Психологічні перспективи. 2021. Вип. 30. С. 8-18. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Ppst_2021_30_3
2. Балухтіна О. М., Лебеденко В. В. Технології соціальної роботи з профілактики суїцидальної поведінки у підлітків. Інноваційний потенціал соціальної роботи в сучасному світі: на межі науки та практики : матеріали І Міжнародної науково-практичної конференції (20–21 травня 2021 р., м. Чернігів). Чернігів: НУ «Чернігівська політехніка», 2021. С. 46–48.
3. Барановська О. П., Іващенко А. І. Гендерні особливості поведінки підлітків у конфліктних ситуаціях. Перспективи та інновації науки. 2022. № 10(15) С. 388–400.
4. Баричева Е.М. Клініко-психологічні особливості суїцидальної поведінки у підлітків. Автореф. дис. канд. мед. наук. Харків, 2024. 20 с.
5. Баришева О. І. Психологічні особливості суїцидальної поведінки студентської молоді. Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. 2023. Сер.: Психологія. №4. С. 1-17.
6. Барсученко І. В. Психологічні особливості самоактуалізації та делінквентності неповнолітніх. Перспективи та інновації науки. 2023. № 7(25) С. 349–359.
7. Батькам про суїцидальну поведінку підлітків. Дніпропетровська спеціалізована школа гуманістичного навчання та виховання. URL: http://school134.dp.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=159:-2020&catid=43:2012-12-20-08-18-35&Itemid=72
8. Бацилева О. В., Пузь І. В. Психологічні аспекти прояву інтернетадикції у молодіжному середовищі. Теорія і практика сучасної психології. 2023. №4. С. 48–52.

9. Бейник К. В., Єсіна Н. О. Технологія соціальної профілактики суїцидальної поведінки старших підлітків арт-терапевтичними засобами в закладах загальної середньої освіти. Актуальні проблеми досліджень у галузі соціальної педагогіки і соціальної роботи: матеріали Всеукраїнської науковопрактичної конференції здобувачів вищої освіти (19 травня 2023 р., м. Харків). Харків: ХНПУ імені Г.С. Сковороди, 2023. С. 112–117.

10. Блінова О.Є. Психологічні фактори суїцидальної поведінки у підлітковому віці. Актуальні проблеми суїцидології. Зб. наукових праць. 2022. Ч. 1. С. 31–32.

11. Бугайова Н.М. Аналіз ритуальних самогубств в індуїзмі. Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка АПН України. 2022. Т.IV. Ч.6. С.34-41.

12. Бугайова Н.М. Особливості розвитку суїцидальної поведінки у періоди вікових криз. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2024. Т. IX. № 8. С. 83–95.

13. Бугайова Н.М. Проблема суїциду та іслам. Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка АПНУ. 2022. Т.IV. Ч.7. С.18-25.

14. Бугайова Н.М. Ставлення християнства до проблеми суїциду. Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка АПН України. 2023. Т.V. Ч.1. С.31-40.

15. Вашека Т. В. Рання діагностика та профілактика суїцидальної поведінки у підлітковому віці. Практична психологія та соціальна робота. 2023. № 6 (87). С. 64-66.

16. Ващенко Р. В., Сулицький, В. В. Структура психологічного втручання після суїцидальної спроби. Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика / За заг. ред. І. Яковенка. Київ: РВВ КІВС, 2020. 146 с.

- 17.Величко Т. П. Психологічні чинники суїцидальних ризиків. Габітус. 2020. Вип. 19. С. 100–105.
- 18.Видра О.Г. Вікова та педагогічна психологія : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2021. 112 с.
- 19.Воднік В.Д. Самогубство: причини та шляхи профілактики. Вісник Національного університету "Юридична академія України імені Ярослава Мудрого". Серія : Філософія, філософія права, політологія, соціологія. 2023. № 3. С. 140–160.
- 20.ВООЗ. Самогубство. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- 21.Воронін М. Україна – в числі «лідерів» за рівнем самогубств. BBC Україна – вебсайт Української служби Британської телерадіомовної корпорації. Київ, 2023. URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/news-russian-49636380>
- 22.Гошовський Я.О. Ресоціалізація депривованої особистості. Дрогобич: Коло, 2025. 480 с.
- 23.Григор'єва М. С. Прояви нестабільності емоцій у підлітковому віці . Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Психологічні науки. 2025. Вип. 128. С. 72-75.
- 24.Грубі Т.В. Генезис перфекціонізму. Проблеми сучасної психології. 2025. Вип. 33. С. 128–138.
- 25.Грубі Т.В. Сучасні моделі перфекціонізму. Актуальні проблеми психології. 2023. Т. 1. Вип. 43. С. 8–15.
- 26.Гук О., Гриник І. Профілактика суїцидальної поведінки підлітків як актуальносоціально-педагогічна проблема. Молодь і ринок. 2021. №2 (188). С. 81–85.
- 27.Державна служба статистики України. Кількість померлих за окремими причинами смерті. URL: https://ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2024/ds/krops/arh_krops2024_u.html

- 28.Довлатянц О.О. Роль біологічних і соціальних факторів у суїцидальній поведінці дітей і підлітків. Харків, 2024. 250 с.
- 29.Допоможемо нашим дітям. Психологічні аспекти проблем неповнолітніх: профілактика та корекція / Упор. Л.Литвиненко. К.: Логос, 2021. 46 с.
- 30.Дюркгайм Е. Самогубство: соціологічне дослідження / Пер. з фр. Кононович. Київ, 2025. 519 с.
- 31.Експрес-діагностика суїцидального ризику. URL: <http://um.co.ua/3/3-2/3-21347.html>
- 32.Журавель А. О., Белякова С. М. Соціально-психологічні особливості суїцидальних намірів у студентів. Молодий вчений. 2024. №5 (45). С.207-210.
- 33.Журба К. Війна як чинник впливу на смисложиттєву сферу сучасних підлітків. Нова педагогічна думка. 2022. №2 (110). С.105 – 109.
- 34.Заверико Н. В. Технології соціально-педагогічної підтримки сім'ї з дитиною. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. 2015. № 8 (52). С. 333–340.
- 35.Зубрицька-Макота І.В., Христук О.Л. Суїцид як крайня форма психологічного неприйняття себе: допомога психологу діагностувати проблему. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. 2024. Вип. 1. С. 13-21. URL http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu_2024_1_4
- 36.Іваць А. Р., Романів О. П., Надь Б. Я. Соціально-психологічні чинники та фактори ризику суїцидів серед осіб молодого віку. Україна. Здоров'я нації. 2018. Вип. 3/1 (51). С. 28–29.
- 37.Інформація та рекомендації батькам учнів «Підліток і суїцид». URL: <https://vseosvita.ua/library/informacia-ta-rekomendacii-batkam-ucnivpidlitok-i-suicid-434843.html>
- 38.Йосифович Д. І., Пряхіна Н. О. Психологічні особливості самоактуалізації старшокласників, схильних до протиправної поведінки.

Бочаровські читання: матеріали наук.-практ. конф., присвяч. пам'яті проф. С. П. Бочарової. Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2016. С. 180–183.

39. Каневський В.І. Суїцидологія в соціальній роботі : навчальний посібник. Миколаїв : ЧДУ ім. Петра Могили, 2024. 348 с.

40. Коваленко М.В. Дослідження вікових особливостей феномена перфекціонізму у студентів ВНЗ. Вісник морфології. 2024. № 2. С. 435–439.

41. Ковальчук Т. І. Профілактика суїцидальної поведінки старшокласників сільських шкіл. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Київ: НАКККиМ, 2025. С. 73.

42. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Корня Л.В. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців. Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2024. 206 с.

43. Коханенко Л. Проблема самогубства: погляди І. Сікорського та сучасні дослід. Практична психологія та соціальна робота. 2022. № 4. С. 49–52.

44. Красильникова А. О. Зв'язок «груп смерті» з підлітковим суїцидом. Педагогіка і психологія: актуальні проблеми досліджень на сучасному етапі: матер. міжн. наук.-практ. конф. (м. Київ, Україна, 2–3 квітня 2021 р.). Київ: ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2021. 180 с.

45. Лебедєв 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, 2023. 129 с.

46. Лісова О. С. Психологія суїцидальної поведінки: Навчальний посібник. Чернівці, 2024. 234 с.

47. Лосієвська О. Г. Криза підліткового віку як чинник поведінки з відхиленнями. Теоретичні і прикладні проблеми психології. Луганськ : Ювілейний збірник наукових праць СЛУ ім. В. Даля, 2020. №1 (9). С. 112 – 118.

48.Лосієвська О.Г. Тренінг інтелектуальної, особистісної та соціальної рефлексії як засіб профілактики суїцидальних тенденцій у підлітків. Теоретичні і прикладні проблеми психології та педагогіки.: Збірник наукових праць СНУ ім. В.Даля , 2025. С.140-148.

49.Магдисюк Л. І., Федоренко Р. П., Мельник А. П., Хлівна О. М., Дучимінська Т. І. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: на допомогу практичному психологу: навч.-метод. посіб. Вид. 2-ге, змін. та доп. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 276 с.

50.Максименко С.Д. Психологія в соціальній та педагогічній практиці: методологія, методи, програми, процедури. – К.: Наукова думка, 2023. 226 с.

51.Маланюк Д. О. Індивідуально-психологічні детермінанти прояву підліткових девіацій. Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2021. № 2. С. 195–203.

52.Мартінішин В.В., Сова М.О. Профілактика суїцидальної поведінки в умовах відбування покарання серед засуджених. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2024. № 4. С. 173–178.

53.Марута Н. О. Предиктори суїцидальної поведінки при невротичних розладах. Український вісник психоневрології. 2023.Т. 14, вип. 1 (47). С. 59-63.

54.Методичні рекомендації з надання психологічної допомоги молоді, яка схильна до суїциду, чи здійснила спробу суїциду / упоряд. Б.П.Лазоренко. Київ : УДЦССМ, 2024. 44 с.

55.Москалець В. П. Психологія особистості. Підручник Київ: Видавництво Ліра-К, 2020. 364 с.

56. Музиченко І. В. Психологічні особливості суїцидальної поведінки особистості. Освіта та розвиток обдарованої особистості. 2024. № 9 (64) С. 11–15.

57.Музиченко І. В. Суїцидальна поведінка у підлітків: причини та особливості перебігу. Modern research in world science: proceedings of III International Scientific and Practical Conference (12–14 June 2022, Lviv). Lviv, Ukraine. 2022. С. 1116–1121.

58.Осетрова О.О. Суїцидологія : навчальний посібник. Дніпро : ДНУ ім. Олеся Гончара, 2025. 160 с.

59.Поліщук О., Зелінський О. Особливості психологічної профілактики підлітків із суїцидальною поведінкою. Сучасні тренінгові технології для розвитку особистості: еко-тренінг: тези доповідей VI Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Умань, 25-26 квітня 2023 р.). Умань, 2023. С. 84–86. URL: <http://surl.li/hdujr> 80

60.Прийменко В. М. Суїцидальна поведінка. Психологічний аналіз і профілактика: методичні рекомендації для практичних психологів і соціальних педагогів. Київ : КМПУ ім. Б. Д. Грінченка, 2025. 43 с.

61.Проскурня А.С. Типологічні особливості перфекціонізму як детермінанти виникнення афективних розладів : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.04. Київ, 2024. 210 с.

62.Профілактика деструктивної поведінки підлітків: навчально-методичний посібник / за заг. ред. Журавель Т. В., Удовенко Ю. М. Київ: Видавництво ФО-П Буря О.Д., 2022. 144 с.

63.Психологія особистості: Хрестоматія: Навч. посіб./ О.Б.Мельничук, Р.Ф.Пасічняк, Л.М.Вольнова та ін. Київ: НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2023. 532 с.

64.Психологія суїциду: Навчальний посібник / За ред. В. П. Москальця. Київ - Івано-Франківськ: Плай, 2022. С. 249.

65.Ратинська О. М. Соціальна профілактика адиктивної поведінки підлітків. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Педагогіка. Соціальна робота». 2024. № 1(38). С. 233–237.

66.Реуцький М. В. Епідемічний суїцид: соціально-психологічні аспекти. Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості :

матер. III Міжн. наук.-практ. конф. (30 верес. – 01 жовт. 2021 р., м. Херсон). Херсон : ФОП Вишемирський В.С., 2021. С. 69.

67.Реуцький М. В. Суїцидальна поведінка: історія вичення питання, психоедукація та психопрофілактика, виклики та феномени сучасності. Адаптація: психолого-медичні проблеми: колективна монографія /за заг. ред. Л. М. Пріснякової. Дніпро : Дніпров. гум. ун-т, 2022. С. 120–137.

68.Рибалка В.В. Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій в учнівській молоді: Методичні рекомендації. К.: ІПППО АПН України, КФ ВМУРОЛ “Україна”, ПП Щербатих О.В., 2023. 68 с.

69.Романовська Д. Робота з підлітками, схильними до суїциду. Психолог. 2023. №15 (207). С. 26-29.

70.Рябчич Ю. Соціально-психологічні детермінанти суїцидальної поведінки. Київський журнал сучасної психології та психотерапії. 2021. №1. С. 71–85.

71.Сапельнікова Т. С., Білоцерківська Ю. О. Чинники конфліктної поведінки школярів 10-11 класів. Науковий вісник ХДУ. Серія «Психологічні науки». 2023. № 1. С. 67–72.

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

73.Столярченко О. Б. Психологія особистості. Навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2022. 280 с.

74.Суїцидальна поведінка – деякі соціально-психологічні аспекти / О.Є.Єфімов, О.Є.Новік, Є.Б.Юрєв. Харків, 2020. 290 с.

75.Суліцький В.В., Пелешенко М.Л. Ефективність проведення соціально-педагогічної профілактики суїцидальної та аутодеструктивної поведінки серед студентської молоді. Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка: Педагогічні науки. 2023. № 8 (322). Ч. 2. С. 256-264.

76.Терлюк Л. Особливості суїцидальної поведінки у підлітків: теоретичний аспект. Студентський науковий вісник. 2024. № 42. С. 59–62.

77.Тисячна Ю. О. Соціально-психологічна характеристика суїцидальної поведінки серед дітей та підлітків. Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна». 2022. № 5. С. 200-204.

78.Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. Київ: Либідь, 2023. 376 с.

79.Титаренко Т.М.. Життєві домагання як соціально-психологічний механізм самоздійснення особистості. Життєві домагання особистості: монографія; за ред. Т.М. Титаренко. К.: Педагогічна думка, 2024. С.8-33.

80.Ткач Б.М. Нейропсихологічні механізми суїцидальної поведінки. Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за наук. ред.: С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2024. Вип. 32. С. 489–501.

81.Трусова С. М. Вплив сімейних стосунків на суїцидадальну поведінку неповнолітніх. Психологія. Збірник наукових праць. 2024. Вип. 3 (6). С. 177 - 181.

82.Тюріна В.О., Солохіна Л.О. Вплив військових конфліктів на психічне здоров'я людини: короткий огляд зарубіжних досліджень. Особистість, Суспільство, Війна. Харків. 2022. С. 116 – 118.

83.Федоренко Р. П. Психологія суїциду: навч. посіб. Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2021. 260 с.

84.Федосєєва І.В. Вікові особливості суїцидальної поведінки підлітків. Молодий вчений. Херсон, 2025. № 9.1. С. 161–165.

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

86.Хаустова О. О. Суїцид: сучасні підходи до профілактики. Ліки України. 2023. № 1 (167). С. 89-94.

- 87.Хаустова О. Самогубства та побутова смертність в Україні: підсумки 2024 року. Український вісник психоневрології. 2025. Том 21. С. 56-64.
- 88.Хіллман Дж. Самогубство і душа. Київ: Академвидав, 2024. 275 с.
- 89.Чала О.А. Перфекціонізм як детермінанта деструктивної конфліктності юнацтва. Вісник психології і педагогіки. 2025. Вип. 15. URL: [http://www.psych.kiev.ua/Вісник_психології і педагогіки](http://www.psych.kiev.ua/Вісник_психології_і_педагогіки). Збірник наук. праць. Випуск 15
- 90.Чернега А. О. Суїцидальна поведінка підлітків як соціально-психологічне явище. Молодий вчений. 2020. №8. С. 89-93.
- 91.Юнг К.Г. Архетипи і колективне несвідоме. Львів: Астролябія, 2023. 608 с.
- 92.Яценко М.А. Освіта як фактор розвитку соціального капіталу. Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики. Вип. 81. С. 90-98.
- 93.Яцина О.Ф. Вплив війни на психічне здоров'я: ознаки травматизації психіки дітей та підлітків. Наукові перспективи. 2022. № 7(25). С. 554 – 567.
- 94.Freeman D.G. Determinants of youth suicide: The easterlin-holinger cohort hypothesis reexamined. American Journal of Economics and Sociology. 2023. Vol. 57. №2. P. 183-199.
- 95.Gittell R., Vidal A. Community organizing. Building social capital as a development strategy. California: SAGE Publications, 2023. 206 p.
- 96.Kawachi I., Berkman L.F. Neighborhoods and Health. New York: Oxford University Press, 2023. 368 p.
- 97.Kawachi I., Kennedy B.P., Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. American journal of public health. 2023. Vol. 89, № 8. P. 1187–1193.
- 98.McCall P.L., Land K.C. Trends in white male adolescent, young-adult, and elderly suicide: Are there common underlying structural factors? Social Science Research. 2024. Vol. 23. №1. P. 57-81.

99. Petter O. Perfectionism And Suicide Are Linked, Finds New Study. Independent : electronic journal. 2025. URL: <https://www.independent.co.uk/life-style/perfectionism-suicide-link-study-bodykill-adolescents-western-ontariomental-health-a7868581.html>

100. Szreter S., Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. International journal of epidemiology. 2024. Vol. 33, № 4. P. 650–667.

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати первинної діагностики

Результати первинної діагностики підлітків за методикою «Опитувальник суїцидального ризику»

Учасник	ДМ	Бал	АФ	Бал	УН	Бал	НС	Бал	СП	Бал	ЗК	Бал	МА	Бал	ТП	Бал	АС	Бал
1	н	0	н	1.1	н	0	н	1.5	в	4	в	6.9	н	0	н	0	с	3.2
2	н	2.4	в	4.4	н	1.2	с	3	в	5	в	4.6	в	6.4	н	0	в	6.4
3	н	1.2	н	1.1	н	0	с	3	с	3	н	2.3	с	3.2	н	0	н	0
4	в	4.8	в	5.5	с	3.6	в	6	в	5	н	2.3	н	0	в	4.4	в	6.4
5	н	1.2	с	3.3	н	2.4	в	6	в	5	н	2.3	с	3.2	н	2.2	с	3.2
6	с	3.6	с	4.4	н	2.4	с	4.5	с	3	н	2.3	с	3.2	н	2.2	в	6.4
7	н	2.4	в	5.5	н	2.4	с	3.0	в	5	н	2.3	с	3.2	н	0	в	6.4
8	н	1.2	в	4.4	н	0	н	1.5	с	3	н	2.3	н	0	н	0	с	3.2
9	в	6	в	6.6	в	6	в	6	в	6	н	2.3	с	3.2	в	6.6	с	3.2
10	н	1.2	в	5.5	н	1.2	с	3	с	3	н	0	с	3.2	н	2.2	с	3.2
11	в	4.8	н	2.2	с	3.6	н	1.5	н	2	н	2.3	н	0	н	2.2	н	0
12	н	1.2	в	5.5	н	1.2	в	4.5	с	3	н	2.3	н	0	н	2.2	с	3.2
13	н	1.2	в	5.5	н	1.2	с	4.5	с	3	н	2.3	с	3.2	н	1.1	в	6.4
14	н	1.2	в	4.4	н	1.2	с	4.5	с	4	н	2.3	н	0	н	2.2	в	6.4
15	н	2.4	в	4.4	н	1.2	с	4.5	с	4	н	2.3	с	3.2	н	2.2	в	6.6
16	н	1.2	с	3.3	н	0	с	3	в	5	в	4.6	с	3.2	н	2.2	н	0
17	в	6	в	5.5	в	4.8	в	6	в	6	н	0	с	3.2	в	6.6	с	3.2
18	н	0	н	1.1	н	0	н	1.5	с	3	н	2.3	с	3.2	н	0	с	3.2
19	с	3.6	с	3.3	в	4.8	с	3	в	6	н	2.3	н	0	в	4.4	в	6.4
20	с	3.6	в	4.4	н	2.4	с	3	с	4	н	0	с	3.2	н	2.2	в	6.4
21	н	2.4	в	5.5	н	2.4	в	4	в	6	в	4.6	с	3.2	н	2.2	с	3.2
22	в	4.8	в	4.4	в	4.8	в	4.5	с	4	н	2.3	н	0	в	4.4	в	6.4

продовження Додатка А

23	в	4.8	в	5.5	с	3.6	с	3	с	4	н	0	с	3.2	с	3.3	с	3.2
24	н	2.4	в	4.4	н	2.4	в	4.5	с	4	н	0	с	3.2	в	5.5	с	3.2
25	н	1.2	с	3.3	н	1.2	с	3	н	2	н	2.3	н	0	н	1.1	с	3.2
26	н	1.2	н	2.2	н	0	с	3	с	4	в	4.6	н	0	н	2.2	с	3.2
27	н	1.2	с	3.3	н	0	с	3	с	4	в	4.6	н	0	н	0	с	3.2
28	н	1.2	н	0	н	1.2	н	1.5	н	0	в	4.6	н	0	н	1.1	н	0
29	н	1.2	н	2.2	н	0	н	0	н	1	н	2.3	н	0	н	0	с	3.2
30	н	1.2	н	1.1	н	0	н	1.5	с	3	в	4.6	с	3.2	н	0	с	3.2
31	н	2.4	н	1.1	н	1.2	н	1.5	с	3	н	0	с	3.2	н	1.1	с	3.2
32	в	4.8	в	4.4	с	3.6	с	3	в	7	н	0	н	0	н	1.1	с	3.2
33	н	2.4	н	1.1	н	2.4	в	4.5	с	3	н	0	с	3.2	н	2.2	с	3.2
34	с	3.6	с	3.3	н	2.4	с	3	в	6	н	0	н	0	н	1.1	н	0
35	н	1.2	с	3.3	н	1.2	с	3	с	4	н	2.3	с	3.2	н	2.2	н	0
36	н	1.2	н	1.1	н	0	с	3	н	0	н	0	н	0	н	0	с	3.2
37	н	1.2	н	1.1	н	0	с	3	с	3	н	2.3	с	3.2	н	0	с	3.2

Умовні позначення: ДМ – демонстративність; АФ – афективність; УН – унікальність; НС – неспроможність; СП – соціальний песимізм; ЗК – злам культурних бар'єрів; МА – максималізм; ТП – тимчасова перспектива; АС – антисуїцидальний фактор; Н – низький; С – середній; В – високий.

Додаток Б

Результати первинної діагностики

Результати первинної діагностики підлітків за методикою Тест «Схильність до девіантної поведінки»

Учасник	СОП	бал	ДП	бал	ЗП	бал	АП	бал	СП	бал
1	середній	15	низький	8	низький	8	середній	18	низький	6
2	середній	19	середній	12	низький	7	середній	15	середній	20
3	середній	19	низький	4	низький	7	низький	6	низький	6
4	середній	19	середній	11	середній	12	середній	13	високий	28
5	високий	21	низький	8	середній	12	середній	11	низький	7
6	високий	21	середній	14	низький	9	середній	18	середній	17
7	середній	18	низький	6	низький	9	низький	6	низький	7
8	середній	19	низький	7	низький	7	низький	5	низький	6
9	середній	14	високий	28	високий	25	високий	29	високий	26
10	середній	18	низький	7	низький	4	середній	12	низький	8
11	високий	21	середній	15	низький	10	середній	17	середній	20
12	середній	15	низький	4	низький	5	низький	4	низький	6
13	середній	15	низький	8	низький	8	низький	7	низький	6
14	середній	18	низький	10	низький	6	низький	9	низький	7
15	середній	18	низький	8	низький	5	низький	7	низький	7
16	високий	21	високий	21	середній	18	середній	20	високий	22
17	високий	21	низький	10	низький	3	низький	10	низький	10
18	високий	21	низький	10	низький	4	середній	11	середній	14
19	середній	19	середній	11	низький	7	середній	12	середній	13
20	середній	13	низький	2	низький	4	низький	2	низький	2
21	середній	13	низький	3	низький	7	низький	3	низький	8
22	середній	14	низький	4	низький	4	низький	1	низький	5
23	низький	5	середній	11	низький	6	низький	6	низький	5
24	середній	17	низький	10	низький	2	низький	5	низький	6
25	середній	13	низький	3	низький	4	низький	6	низький	7

продовження Додатка Б

26	середній	11	низький	9	низький	5	низький	5	низький	7
27	середній	18	низький	6	низький	8	низький	5	низький	5
28	середній	15	низький	6	середній	11	низький	6	низький	6
29	середній	12	низький	9	низький	4	середній	19	низький	10
30	середній	20	середній	13	низький	6	середній	11	низький	8
31	середній	16	низький	8	низький	7	низький	5	низький	6
32	низький	10	низький	3	низький	7	низький	5	низький	2
33	середній	17	низький	5	низький	3	низький	6	низький	4
34	середній	17	низький	6	низький	6	низький	9	низький	6
35	середній	14	низький	6	низький	7	низький	6	низький	10
36	середній	18	низький	6	середній	11	низький	4	низький	6
37	високий	23	середній	12	середній	13	низький	6	низький	6

Умовні позначення: СОП – соціально обумовлена поведінка; ДП – делінквентна поведінка; ЗП – залежна (аддиктивна) поведінка; АП – агресивна поведінка; СП – суїцидальна (аутоагресивна) поведінка.

Додаток В

Результати повторної діагностики експериментальної групи

Результати повторної діагностики респондентів за методикою «Опитувальник суїцидального ризику»

Учасник	ДМ	Бал	АФ	Бал	УН	Бал	НС	Бал	СП	Бал	ЗК	Бал	МА	Бал	ТП	Бал	АС	Бал
1	н	1.2	н	1.1	н	1.2	н	1.5	в	6.0	н	2.3	с	3.2	с	3.3	в	6.4
2	н	0	с	4.4	с	3.6	с	4.5	н	1.0	н	0	н	0	с	4.4	с	3.2
3	с	3.6	с	4.4	в	6.0	в	6.0	в	6.0	н	2.3	с	3.2	н	1.1	в	6.4
4	н	1.2	н	1.1	н	2.4	С	4.5	с	3.0	с	4.6	с	3.2	с	3.3	н	0
5	н	2.4	в	6.6	н	1.2	н	1.5	н	1.0	н	2.3	с	3.2	с	3.3	с	3.2
6	н	2.4	н	2.2	н	1.2	с	3.0	н	2.0	н	0	н	0	с	3.3	с	3.2
7	н	2.4	с	4.4	с	3.6	с	4.5	с	4.0	н	2.3	н	0	н	0	с	3.2
8	в	6.0	н	1.1	н	2.4	с	3.0	с	4.0	н	2.3	н	0	с	4.4	в	6.4
9	с	3.6	с	3.3	н	1.2	с	3.0	н	0	н	2.3	в	6.4	н	1.1	в	6.4
10	н	1.2	в	5.5	н	2.4	с	4.5	в	5.0	н	0	н	0	с	3.3	н	0
11	с	4.8	в	6.6	с	3.6	в	6.0	в	6.0	в	6.9	с	3.2	с	4.4	с	3.2
12	н	2.4	н	2.2	с	3.6	с	4.5	н	2.0	н	0	с	3.2	н	2.2	с	3.2
13	с	4.8	в	5.5	н	2.4	с	4.5	с	3.0	н	2.3	с	3.2	с	3.3	н	0
14	н	2.4	н	2.2	н	2.4	н	1.5	н	1.0	н	2.3	с	3.2	в	6.6	в	6.4
15	н	1.2	с	4.4	н	1.2	в	6.0	в	5.0	с	4.6	н	0	н	0	в	6.4
16	н	2.4	н	2.2	н	1.2	с	3.0	н	2.0	н	2.3	н	0	с	4.4	в	6.4
17	с	3.6	в	5.5	н	1.2	с	3.0	в	5.0	н	0	с	3.2	с	4.4	с	3.2
18	н	1.2	н	1.1	с	3.6	с	4.5	н	2.0	н	2.3	н	0	н	1.1	с	3.2

Умовні позначення: ДМ – демонстративність; АФ – афективність; УН – унікальність; НС – неспроможність; СП – соціальний песимізм; ЗК – злам культурних бар'єрів; МА – максималізм; ТП – тимчасова перспектива; АС – антисуїцидальний фактор; Н – низький; С – середній; В – високий.

Додаток Г

Результати повторної діагностики експериментальної групи

Результати повторної діагностики респондентів за методикою Тест «Схильність до девіантної поведінки»

Учасник	СОП	бал	ДП	бал	ЗП	бал	АП	бал	СП	бал
1	середній	15	низький	8	низький	8	низький	6	низький	6
2	середній	19	середній	12	низький	7	низький	4	низький	6
3	низький	9	низький	4	низький	7	низький	6	низький	6
4	низький	9	середній	11	середній	12	середній	13	низький	5
5	низький	0	низький	8	середній	12	низький	7	низький	7
6	низький	9	низький	8	низький	9	низький	4	середній	17
7	середній	18	низький	6	низький	9	низький	6	низький	7
8	середній	19	низький	7	низький	7	низький	5	низький	6
9	середній	14	високий	28	високий	25	високий	29	високий	26
10	низький	9	низький	7	низький	4	низький	7	низький	8
11	високий	21	середній	15	низький	10	середній	17	середній	20
12	середній	15	низький	4	низький	5	низький	4	низький	6
13	середній	15	низький	8	низький	8	низький	7	низький	6
14	низький	0	низький	10	низький	6	низький	9	низький	7
15	середній	18	низький	8	низький	5	низький	7	низький	7
16	низький	7	низький	6	середній	18	низький	9	низький	4
17	високий	21	низький	10	низький	3	низький	10	низький	10
18	низький	6	низький	10	низький	4	низький	4	низький	8

Умовні позначення: СОП – соціально обумовлена поведінка; ДП – делінквентна поведінка; ЗП – залежна (аддиктивна) поведінка; АП – агресивна поведінка; СП – суїцидальна (аутоагресивна) поведінка.

Додаток Д

Результати повторної діагностики контрольної групи

Результати повторної діагностики респондентів за методикою «Опитувальник суїцидального ризику»

Учасник	ДМ	Бал	АФ	Бал	УН	Бал	НС	Бал	СП	Бал	ЗК	Бал	МА	Бал	ТП	Бал	АС	Бал
1	н	1.2	н	1.1	н	1.2	н	1.5	с	3.0	н	2.3	с	3.2	н	1.1	н	0
2	н	0	с	4.4	н	2.4	с	4.5	с	3.0	в	6.9	н	0	с	4.4	с	3.2
3	с	3.6	с	4.4	в	6.0	в	6.0	в	6.0	н	2.3	с	3.2	н	1.1	н	0
4	н	1.2	н	1.1	н	2.4	с	4.5	с	3.0	в	6.6	с	3.2	н	1.1	н	0
5	н	2.4	н	2.2	н	1.2	н	1.5	н	1.0	н	2.3	с	3.2	н	2.2	с	3.2
6	н	2.4	н	2.2	н	1.2	с	3.0	н	2.0	н	0	н	0	с	3.3	с	3.2
7	н	2.4	с	4.4	с	3.6	с	4.5	с	4.0	в	6.9	с	3.2	н	0	с	3.2
8	н	0	н	1.1	н	2.4	с	3.0	с	4.0	н	2.3	н	0	с	4.4	н	0
9	с	3.6	с	3.3	н	1.2	н	1.5	с	3.0	н	2.3	в	6.4	н	1.1	в	6.4
10	н	1.2	в	5.5	н	2.4	н	1.5	с	4.0	н	0	н	0	н	0	н	0
11	с	4.8	н	2.2	н	3.6	в	6.0	в	6.0	в	6.9	с	3.2	в	5.5	с	3.2
12	н	2.4	н	2.2	н	1.2	с	4.5	с	4.0	н	0	с	3.2	н	2.2	с	3.2
13	н	2.4	в	5.5	н	2.4	с	4.5	с	3.0	н	2.3	с	3.2	с	3.3	н	0
14	н	2.4	н	2.2	н	2.4	н	1.5	н	1.0	н	2.3	с	3.2	в	6.6	н	0
15	н	1.2	с	4.4	н	1.2	н	0	в	5.0	в	6.9	н	0	н	0	в	6.4
16	н	2.4	н	2.2	н	1.2	с	3.0	с	3.0	н	2.3	н	0	н	2.2	н	0
17	с	3.6	н	1.1	н	1.2	с	3.0	в	5.0	н	0	с	3.2	н	2.2	с	3.2
18	н	1.2	н	1.1	н	2.1	с	4.5	н	2.0	н	2.3	н	0	н	1.1	с	3.2
19	н	2.4	ни	2.2	н	2.4	н	1.5	с	4.0	в	6.9	с	3.2	н	2.2	с	3.2

Умовні позначення: ДМ – демонстративність; АФ – афективність; УН – унікальність; НС – неспроможність; СП – соціальний песимізм; ЗК – злам культурних бар'єрів; МА – максималізм; ТП – тимчасова перспектива; АС – антисуїцидальний фактор; Н – низький; С – середній; В – високий.

Додаток К

Результати повторної діагностики контрольної групи

Результати повторної діагностики респондентів за методикою Тест «Схильність до девіантної поведінки»

Учасник	СОП	бал	ДП	бал	ЗП	бал	АП	бал	СП	бал
1	середній	15	низький	8	низький	8	низький	6	низький	6
2	середній	19	середній	12	низький	7	низький	4	низький	6
3	середній	9	низький	4	низький	7	низький	6	низький	6
4	середній	9	середній	11	низький	8	середній	13	низький	5
5	середній	0	низький	8	середній	12	низький	7	низький	7
6	середній	9	низький	8	низький	9	середній	14	середній	17
7	середній	18	низький	6	низький	9	низький	6	низький	7
8	середній	19	низький	7	низький	7	низький	5	низький	6
9	середній	14	низький	7	низький	6	середній	18	середній	16
10	середній	9	низький	7	низький	4	низький	7	низький	8
11	високий	21	середній	15	низький	10	середній	17	середній	20
12	середній	15	низький	4	низький	5	низький	4	низький	6
13	середній	15	низький	8	низький	8	низький	7	низький	6
14	середній	0	середній	12	низький	6	низький	9	низький	7
15	середній	18	низький	8	низький	5	середній	17	низький	7
16	низький	7	низький	6	низький	7	низький	9	низький	4
17	середній	14	низький	10	низький	3	низький	10	низький	10
18	середній	6	низький	10	низький	4	низький	4	низький	8
19	середній	18	середній	15	низький	9	середній	12	низький	9

Умовні позначення: СОП – соціально обумовлена поведінка; ДП – делінквентна поведінка; ЗП – залежна (аддиктивна) поведінка; АП – агресивна поведінка; СП – суїцидальна (аутоагресивна) поведінка.